

Guayaquil, 15 febrero de 2022

Doctora

María Antonieta Touriz Bonifaz

Coordinador de Posgrado

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de Guayaquil

Ciudad

De mi consideración:

Informo a usted sobre el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN** presentado por el Médico **Eduardo José Hidalgo Eguiguren**, del posgrado de **Siquiatría y Salud Mental** cuyo tema es: **“ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LA EDAD ADULTA”**, el mismo que se ha procedido a la revisión pertinente y cumple con los parámetros establecidos en las normas vigentes de la Universidad.

Por tal motivo, el tema del Proyecto de investigación antes mencionado está debidamente **aprobado**, y pueda continuar con el proceso respectivo de su Tesis.

Particular que comunico a usted para los fines consiguientes.

Atentamente,

**JHONY
JOE REAL
COTTO**

Firmado
digitalmente por
JHONY JOE REAL
COTTO
Fecha: 2022.02.18
20:38:55 -05'00'

Dr. Jhony Real Cotto PhD.

REVISOR

C.I. 0907536791



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
GESTIÓN GENERAL DE POSGRADO



OF.GGPFCM-163-ANTEP

Octubre 6 del 2021

Médico

Eduardo José Hidalgo Eguiguren

RESIDENTE ESPECIALIZACIÓN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Ciudad

Por medio del presente oficio comunico a usted, que aplicando lo que consta en la Unidad Curricular de Titulación vigente en esta Gestoría su **Anteproyecto de Investigación** con el tema:

“ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LA EDAD ADULTA”.

Tutor: Dra. Adelaida Alvear Méndez

Ha sido revisado y aprobado por la Gestoría General de Posgrado el día **05 de octubre del 2021**, por lo tanto, puede continuar con la ejecución del **Proyecto final de titulación**.

Revisor asignado: Dr. Jhony Real Cotto

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**MARIA
GISELLA RUIZ**

**Dra. Gisella Ruiz Ortega MSc.
GESTORA GENERAL DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

C. archivo

Revisado y Aprobado	Dra. Gisella Ruiz Ortega
Elaborado	Tcnlga. Nadia Guerrero V.



UNIDAD CURRICULAR DE TITULACIÓN
FORMULARIO DE REGISTRO DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIONES MÉDICAS

FECHA: Día: Mes: Año:

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

UNIDAD ASISTENCIAL DOCENTE (UAD)
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Fecha Inicio Programa
Día: 30 Mes: 07 Año: 2018

Fecha Culminación Programa
Día: 29 Mes: 07 Año: 2021

DATOS DEL POSGRADISTA			
NOMBRES:	Eduardo José	APELLIDOS:	Hidalgo Eguiguren
Cédula No:	1102753215	Dirección:	Joaquín Orrantia y Leopoldo Benitez. Edif. Elite Dep. 213
E-mail Institucional:	ehidalgoe@jbggye.org.ec	E-mail personal:	eduhidalgo@yahoo.com
Telf.convencional	-----	Teléfono móvil:	0991460198

MODALIDAD/OPCIÓN DE TITULACIÓN:
1. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN (x) 2. EXAMEN COMPLEXIVO () 3. ARTÍCULO CIENTÍFICO ()

OPCIÓN DE TITULACIÓN: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
Tema: Asociación entre experiencias psicológicas traumáticas en la niñez y desarrollo de depresión en la edad adulta

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.	
UNIDAD DE POSGRADO, INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO – UG.	
LÍNEA:	Salud humana, animal y del ambiente
SUBLÍNEA:	Biomedicina y epidemiología
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA.	
LINEA:	Salud mental y trastornos del comportamiento
SUBLÍNEA:	Depresión y Distimia
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL:	
LINEA:	Trastornos del estado del ánimo
SUBLÍNEA:	Depresión y Distimia

PALABRAS CLAVE: Depresión, experiencias psicológicas traumáticas, niñez.

TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:
TIPO: CORRELACIONAL
DISEÑO: NO EXPERIMENTAL, TRANSVERSAL

	Nombres y Apellidos	C.I.
TUTOR (A):	DRA. ADELAIDA DEL ROSARIO ALVEAR MENDEZ	0913657607
REVISOR(A):	DR. JHONY JOE REAL COTO	0907536791
COORDINADOR (A) DEL PROGRAMA:	DRA. ADELAIDA DEL ROSARIO ALVEAR MENDEZ	0913657607

APROBACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN/SINOPSIS.		
f)	f)	f)
Tutor(a) Dra. Adelaida Alvear	Revisor(a) Dr. Jhony Real Coto	Coordinadora. Dra. Adelaida Alvear
No. DE REGISTRO:		No. CLASIFICACIÓN:

Guayaquil, 23 de febrero del 2022

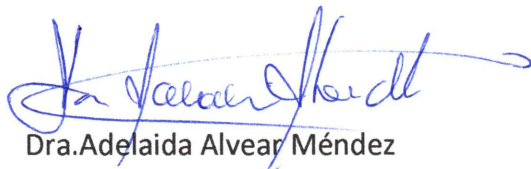
Doctora
María Antonieta Touriz Bonifaz
Coordinador de Posgrado Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de Guayaquil
Ciudad.-

APROBACIÓN DEL PROYECTO FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La suscrita certifica haber revisado y aprobado el proyecto final del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el Md. Eduardo Jose Hidalgo Eguiguren con CI. 1102753215, cuyo título es "ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LA EDAD ADULTA", y puedo dar fe que cumple los lineamientos metodológicos requeridos por la Universidad de Guayaquil para su aprobación.

Por la atención brindada a la presente quedo agradecida.

Atentamente,



Dra. Adelaida Alvear Méndez
Médico Tratante Especialista en Psiquiatría y Salud Mental
Instituto de Neurociencias
CI. 0913657607

Guayaquil, 24 de febrero del 2022

APROBACIÓN DE PROYECTO FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En mi calidad de Coordinadora del programa de Posgrado de Psiquiatría y Salud Mental que se lleva a efecto en el Instituto de Neurociencias, APRUEBO el proyecto final del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el Md. Eduardo Jose Hidalgo Eguiguren, que cumple los lineamientos y metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Tema del Anteproyecto de Investigación:

**"ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y
DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LA EDAD ADULTA"**

Por la atención brindada a la presente quedo agradecida.

Atentamente,



Dra. Adelaida Alvear Méndez
Coordinadora del Programa de Especialización
Psiquiatría y Salud Mental
Instituto de Neurociencias



INC-DDI-DOF 008-2022

Febrero 24 del 2022

APROBACIÓN DEL PROYECTO FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

En mi calidad de Coordinadora de Docencia e Investigación del posgrado de Psiquiatría y Salud Mental que se lleva a efecto en el Instituto de Neurociencias, APRUEBO el proyecto final del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el Md. Eduardo Jose Hidalgo Eguiguren, que cumple los lineamientos y metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Tema del Anteproyecto de Investigación:

**“ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y
DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LA EDAD ADULTA”**

Por la atención brindada a la presente quedo agradecido.

Atentamente

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Psic. Cecilia Maria Viteri Correa
COORDINADOR DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Pisc. Cecilia Viteri
Coordinadora de Docencia e Investigación

Cc: Archivo



**INSTITUTO
DE NEUROCIENCIAS**
JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL

INC-DDI-DOF 009-2022

Guayaquil, 02 de marzo del 2022

**CERTIFICACION DE DATOS OBTENIDOS DEL DEPARTAMENTO DE
ESTADÍSTICA PARA EL PROYECTO FINAL DE INVESTIGACIÓN**

En mi calidad de Coordinadora de Docencia e Investigación del Instituto de Neurociencias, certifico que el trabajo de titulación previo a la obtención del título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el Md. Eduardo Jose Hidalgo Eguiguren, con cédula de identidad número 1102753215 de la Universidad de Guayaquil, fue realizado con los datos solicitados y proporcionados por el Departamento de Estadística del Instituto de Neurociencias de pacientes hospitalizados entre el 01 de enero y 31 de diciembre del 2020.

Proyecto final de Investigación:

**“ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS
EN LA NIÑEZ Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LA EDAD ADULTA”**

Por la atención brindada a la presente quedo agradecido.

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS

Psic. Cecilia Maria Viteri Correa
COORDINADOR DE DOCENCIA
E INVESTIGACIÓN

Coordinadora de Docencia e Investigación

PBX: 2294862 ext. 50133

www.juntadebeneficencia.org.ec

copia. Archivo



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
GESTORÍA GENERAL DE POSGRADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO COMO
REQUISITO PREVIO PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

TEMA

**“ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS
TRAUMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN
EN LA EDAD ADULTA”**

AUTOR

DR. EDUARDO JOSE HIDALGO EGUIGUREN

TUTOR

DRA. ADELAIDA DEL ROSARIO ALVEAR MÉNDEZ

AÑO

2022

GUAYAQUIL - ECUADOR



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
GESTORÍA GENERAL DE POSGRADO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, Eduardo José Hidalgo Eguiguren

DECLARO QUE:

El trabajo de titulación titulado: “ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LA EDAD ADULTA” como parte de requisito previa a la obtención del título de **Especialista en Psiquiatría y Salud Mental**, ha sido realizado con base en una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente, este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del trabajo de titulación mencionado.

AUTOR

Eduardo José Hidalgo Eguiguren

C.I. 1102753215

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi agradecimiento en primer lugar a Dios por darme la vida y la fortaleza para alcanzar mis objetivos, a mis padres y hermanos, a mi esposa y a mis amigos por su apoyo incondicional.

A la Universidad de Guayaquil por permitirme realizar mi posgrado, al Instituto de Neurociencias que me acogió durante todo el tiempo del posgrado, a mis docentes, compañeros de posgrado, a mi tutora del proyecto de investigación Dra. Adelaida Alvear, a mi revisor del proyecto Dr. Jhony Real Cotto y a todas las personas que de una u otra forma han hecho posible la realización de este proyecto.

Eduardo

DEDICATORIA

A Sofia, mi hija.

Eduardo

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	4
1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	5
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	5
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
1.5 HIPÓTESIS	5
1.6 VARIABLES.....	6
CAPÍTULO II.....	8
2. MARCO TEÓRICO.....	8
2.1 TEORÍA GENERAL.....	8
2.1.1. TRASTORNOS DEPRESIVOS	8
2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN	9
2.1.3. ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS	9
2.1.4. DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN	10
2.1.5. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO	13
2.1.6. TRATAMIENTO.....	13
2.2 TEORÍAS SUSTANTIVAS.....	14
2.3 REFERENTES EMPÍRICOS	16
CAPÍTULO III	18
3. MATERIALES Y MÉTODOS.....	18
3.1 MATERIALES	18
3.1.1 LUGAR DE INVESTIGACIÓN.....	18
3.1.2 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN	18
3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS	18
3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA	19
3.2 MÉTODO	19
3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	19
3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	20

3.2.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN	20
3.2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20
3.2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN	22
3.2.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	23
3.2.7 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	23
3.2.8 CRONOGRAMA	24
CAPÍTULO IV.....	25
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	25
4.1 RESULTADOS	25
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS SUFRIDAS EN LA NIÑEZ Y DEPRESIÓN.	26
RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS SUFRIDAS EN LA NIÑEZ Y LA GRAVEDAD DEL CUADRO DEPRESIVO.....	33
4.2 DISCUSIÓN.....	34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA	38
ANEXOS	42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización variable independiente.....	20
Tabla 2 Operacionalización variable dependiente.....	21
Tabla 3 Características demográficas de la población.....	25
Tabla 4 Diagnóstico específico de ingreso de la población estudiada	26
Tabla 5 Presencia y tipo de experiencia traumática en la niñez en la población analizada.	27
Tabla 6 Tipo de depresión y antecedente de haber presentado alguna experiencia traumática en la niñez.....	28
Tabla 7 Correlación entre diagnóstico de depresión y experiencias traumáticas en la niñez	28
Tabla 8 Correlación entre diagnóstico de depresión y experiencia de haber sufrido castigo físico importante en la niñez.....	29

Tabla 9 Correlación entre diagnóstico de depresión y haber sufrido daño físico después de haber sido castigado.....	30
Tabla 10 Correlación entre diagnóstico de depresión y contacto sexual forzado con un no familiar.....	30
Tabla 11 Correlación entre diagnóstico de depresión y contacto sexual forzado con un pariente	31
Tabla 12 Correlación entre diagnóstico de depresión y separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes.	31
Tabla 13 Correlación entre diagnóstico de depresión y haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador	32
Tabla 14 Correlación entre diagnóstico de depresión y abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia.....	32
Tabla 15 Experiencias traumáticas en la niñez versus gravedad del cuadro depresivo	33

RESUMEN

Introducción: Las experiencias psicológicas traumáticas sufridas en la niñez de acuerdo con varios autores se relacionan con el desarrollo de depresión en la edad adulta y con la gravedad de los trastornos depresivos; éstos son un problema de salud pública que causan gran morbilidad a nivel mundial e incrementan el riesgo de suicidio. **Objetivo:** Establecer la asociación entre las experiencias psicológicas traumáticas en la niñez y el desarrollo de depresión en los pacientes hospitalizados con este diagnóstico en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en el período comprendido entre enero y diciembre del 2020. **Materiales y método:** es de tipo correlacional, cuantitativa, no experimental de corte transversal; se recolectaron datos del departamento de estadística y de las historias clínicas de pacientes ingresados con diagnóstico de depresión. **Resultados:** Se encontró una correlación positiva entre las experiencias psicológicas traumáticas ocurridas en la niñez y el desarrollo de depresión en la edad adulta para la población estudiada, se determinó que cuatro experiencias traumáticas de las siete estudiadas tienen correlación estadísticamente significativa con el desarrollo de depresión. **Conclusiones** se determinó que las personas que sufrieron experiencias traumáticas en la niñez tienen una probabilidad siete veces mayor de presentar depresión grave que las personas que no tuvieron este tipo de experiencias.

Palabras clave: Experiencias psicológicas traumáticas de la niñez, depresión, Instituto de Neurociencias.

ABSTRACT

Introduction: According to various authors, traumatic psychological experiences suffered in childhood are related to the development of depression in adulthood and the severity of depressive disorders; These are a public health problem that cause great morbidity worldwide and increase the risk of suicide. **Objective:** To establish the association between traumatic psychological experiences in childhood and the development of depression in hospitalized patients with this diagnosis at the Institute of Neurosciences of the Junta de Beneficencia de Guayaquil in the period between January and December 2020. **Materials and method:** it is correlational, quantitative, non-experimental cross-sectional; Data were collected from the statistics department and from the medical records of patients admitted with a diagnosis of depression. **Results:** A positive correlation was found between traumatic psychological experiences that occurred in childhood and the development of depression in adulthood for the population studied. It was determined that four of the seven studied traumatic experiences have a statistically significant correlation with the development of depression. **Conclusions** It was determined that people who suffered traumatic experiences in childhood are seven times more likely to present severe depression than people who did not have this type of experience.

Keyword: Childhood traumatic experiences, depression, Institute of Neurosciences.

INTRODUCCIÓN

La depresión se puede definir como un trastorno del afecto que se manifiesta por un estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en las actividades habituales. La alteración del estado de ánimo es prominente y relativamente persistente. Para el diagnóstico de depresión (y sus diferentes tipos) se debe tomar en cuenta los criterios diagnósticos que se encuentran en el DSM-V o en la CIE-10 (Ayano, G., Betele, A., Dukó, B., Tsegay, L., Dachew, B., 2021)

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública que cada día va en aumento, la OMS afirma que más de 300 millones de personas a nivel mundial padecen depresión, más aún, indican que es la principal causa a nivel mundial de discapacidad y que, por lo tanto, contribuye de forma muy importante a la morbilidad mundial, este trastorno además de ser una de las primeras causas de discapacidad, puede conducir al suicidio (OMS, 2020).

En este mismo tema, un artículo publicado en la revista Lancet en el 2019 por Herrman, Kieling, McGorry, Horton, Sargent y Patel, afirma que la depresión es la principal causa de carga por una enfermedad mental a nivel mundial, la misma que afecta a más de 300 millones de personas. En este contexto mundial podemos citar a Liu y otros (2020), quienes refieren que la depresión es la enfermedad mental más común a nivel mundial, siendo a la vez un importante problema de salud pública, así como una de las principales causas de ausentismo laboral en países de América Latina y el Caribe (Errazuriz y Crisostomo, 2020).

Un estudio llevado a cabo en Asia del Sur por Ogbo, Mathsaraja, Koti, Perz y Page (2018) concluye que en esa región del mundo los desórdenes depresivos son una carga sustancial en la salud pública y recomiendan que los gobiernos prioricen la prevención y el tratamiento de desórdenes depresivos.

La región de América Latina y el Caribe consta de 33 países, la mayoría de ellos de ingresos bajos y medios, Errazuriz y Crisostomo (2020) indican que esta región presenta un incremento de discapacidad debido a la depresión, más aún, afirman que los trastornos

depresivos entre personas de 15 a 49 años constituyen la principal causa de discapacidad.

En Brasil, Bonadiman y otros (2020) concluyeron en un estudio llevado a cabo desde 1990 hasta el 2017 que los trastornos depresivos han sido responsables de una alta carga de discapacidad laboral en especial en mujeres adultas que viven en la región sur del país.

En el Ecuador hay muy pocos artículos publicados sobre la etiología de la depresión en la población ecuatoriana; al buscar en las principales bases de datos médicas no se ha encontrado un estudio a nivel nacional publicado sobre etiología y epidemiología de trastornos depresivos en nuestra población. Cifras oficiales publicadas por el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) indican que en el año 2015 2088 personas en Ecuador fueron atendidas por enfermedades depresivas en los establecimientos de salud, de estas, el 64% fueron mujeres, la mayoría de atenciones por episodios depresivos se dio a personas entre 19 a 59 años (73,5%). Un estudio publicado en el 2021 por Muñoz K, Arévalo C, Tipán J, Morocho M. analiza la prevalencia de depresión en adolescentes en el Ecuador y concluyen que es una prevalencia alta, con mayor afectación a mujeres y a los adolescentes con bajo rendimiento académico.

Existen varios estudios publicados que relacionan las experiencias traumáticas sufridas en la niñez con la depresión en el adulto, por ejemplo el estudio publicado por Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L. y Leuzinger, M., en el 2015 en el que aseguran que hay un gran consenso en que este tipo de experiencias están relacionadas significativamente con el desarrollo de depresión y su severidad; otro estudio llevado a cabo por Dervishi, E., Mujaj, E. y Ibrahim, S. publicado en el 2019 confirma la conexión entre experiencias traumáticas de la niñez y la aparición de síntomas depresivos en la edad adulta, ellos estudiaron el abuso emocional, físico, sexual y negligencia física y emocional, indican que parece ser que la gravedad de los síntomas depresivos se correlaciona con el tamaño del trauma emocional.

Con la investigación se pretende tener un mejor conocimiento sobre el trastorno depresivo específicamente en nuestro medio y su etiología; los resultados de esta investigación pueden ser muy útiles para la sociedad ecuatoriana al constituirse en un punto de partida para la creación de políticas públicas encaminadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de los trastornos depresivos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

Los trastornos depresivos tienen una etiología múltiple, en relación con las experiencias traumáticas sufridas en la niñez y el desarrollo de depresión Vitrol *et al.* (2017) indican que existe suficiente evidencia de que este tipo de experiencias constituyen un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de patologías mentales y problemas biomédicos prevalentes en la edad adulta, tales como: depresión, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, obesidad, hipertensión, diabetes, problemas cardiovasculares, tabaquismo y promiscuidad sexual, otro estudio llevado a cabo por Saito y otros (2019) evidenció que los diferentes subtipos de maltrato infantil pueden estar asociados con el trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar. Se dispone de una gran cantidad de estudios internacionales que relacionan experiencias traumáticas infantiles con el desarrollo de enfermedades mentales como la depresión.

La depresión mayor ocurre más frecuentemente en personas con factores de riesgo específicos como: factores genéticos, baja autoestima, inicio temprano de ansiedad, antecedente de depresión mayor previo, consumo de sustancias, trastornos de la conducta o adversidad, por ejemplo: trauma durante la niñez o la edad adulta, eventos estresantes en el último año, pérdida de los padres, falta de calidez de los padres, historial de divorcio, problemas conyugales, escaso o nulo apoyo social y un nivel educativo bajo (Krishnan, 2019), en el mismo tema Ross, Kamiski y Herrington (2019) encontraron un efecto indirecto significativo entre el maltrato emocional en la niñez y síntomas depresivos en adultos.

Existe una gran incidencia y prevalencia de casos de depresión diagnosticados en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, además, acorde a las tendencias mundiales, esta patología va a continuar en aumento; por lo tanto, obtener un mejor conocimiento de su etiología específica en la población ecuatoriana, en su contexto socio cultural y, la relación existente con eventos traumáticos en la niñez, puede generar un impacto importante en la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta patología; se pretende, además, presentar el trabajo de investigación a las autoridades de salud para

colaborar con la elaboración de políticas públicas encaminadas a la prevención de la depresión y, de esta manera, mejorar la calidad de vida de los ecuatorianos.

1.2 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- ¿Existe asociación entre las experiencias psicológicas traumáticas sufridas en la niñez y el desarrollo de depresión en la edad adulta?
- ¿Qué tipo de experiencias psicológicas traumáticas sufridas en la niñez se relacionan con el desarrollo de depresión en la edad adulta?
- ¿El haber experimentado experiencias psicológicas traumáticas en la niñez se relaciona con la gravedad del cuadro depresivo?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Existe una importante incidencia de pacientes con diagnóstico de depresión que acuden al Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, muchos de los cuales requieren hospitalización por el alto riesgo autolítico que presentan. El estudio de los trastornos depresivos y de su etología es esencial en el campo de la psiquiatría y de salud pública, respecto a este tema Bout y otros (2020) indican que la depresión representa una considerable carga para el estado y personal de salud, con costos financieros y humanos de gran magnitud, cuando se presenta un primer episodio de depresión el paciente tiene alrededor del 50% de probabilidades de recurrencia e incluso se estima que pueden pasar alrededor del 20% de su vida deprimidos. Si se toma en cuenta este alto costo para el estado, familias y pacientes, además, del inminente riesgo de suicidio, el estudio detallado de la depresión y sus causas constituye un valioso aporte al especialista en psiquiatría, así como al médico de atención primaria.

La metodología empleada para la investigación será de tipo correlacional puesto que el fin del mismo consiste en determinar la influencia de las experiencias psicológicas traumáticas en la niñez y desarrollo de depresión en la edad adulta en pacientes hospitalizados en el Instituto de Neurociencias; creando así un precedente para futuras investigaciones sobre el tema y posible desarrollo de políticas públicas de salud; al contar

con acceso a la información de historias clínicas de pacientes hospitalizados, manteniendo la confidencialidad de los mismos en todo momento, se puede realizar este tipo de estudio y cumplir con el objetivo principal del mismo.

Al momento existen pocas investigaciones en el país de tipo epidemiológico que muestren la incidencia y prevalencia de patologías mentales, incluida la depresión, en la población ecuatoriana, más aún, no se han presentado datos de su etiología y relación con eventos psicológicos traumáticos en la niñez para esta población. Los resultados de esta investigación pueden ser muy útiles para la sociedad ecuatoriana, puede constituirse en un punto de partida para la creación de políticas públicas encaminadas a la prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno de los trastornos depresivos.

1.4 FORMULACIÓN DE OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la asociación entre las experiencias psicológicas traumáticas en la niñez y el desarrollo de depresión en los pacientes hospitalizados con diagnóstico de depresión en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, en el período comprendido entre el primero de enero y el 31 de diciembre del 2020.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características demográficas de los pacientes con depresión estudiados.
2. Determinar la presencia y tipo de experiencias psicológicas traumáticas ocurridas en la infancia en pacientes con diagnóstico de depresión mediante la escala de trauma de Marshall.
3. Establecer la relación entre las experiencias psicológicas traumáticas ocurridas en la infancia y la gravedad del cuadro depresivo.

1.5 HIPÓTESIS

- Hipótesis nula: No existe asociación entre el desarrollo de depresión en adultos y la

presencia de experiencias psicológicas traumáticas en la niñez.

- Hipótesis alternativa: Existe asociación entre el desarrollo de depresión en adultos y la presencia de experiencias psicológicas traumáticas en la niñez.

1.6 VARIABLES

Variable independiente: *Experiencia psicológica traumática en la niñez*, la información sobre la presencia y diferentes tipos de estas experiencias se obtuvo de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de depresión que han sido ingresados en el área de hospitalización del Instituto de Neurociencias entre enero y diciembre del 2020. De acuerdo con Marshall, R., Schneier, F., Lin, S., Simpson, H., Vermes, D., y Liebowitz, M. (2000) los parámetros a valorar son:

- Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes.
- Experiencia de haber sufrido castigo físico importante.
- Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador.
- Abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia.
- Contacto sexual forzado con un pariente.
- Daño físico después de haber sido castigado.
- Contacto sexual forzado con persona que no pertenece a la familia.

Variable dependiente: *Depresión*: Dentro de la clasificación CIE-10, la categoría F32 incluye el episodio depresivo y la categoría F33 el trastorno depresivo recurrente. Encontramos dentro de la nosología:

- Episodio depresivo (F32)
- Episodio depresivo leve (F32.0)
- Episodio depresivo moderado (F32.1)
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)
- Otros episodios depresivos (F32.8)
- Episodio depresivo sin especificación (F32.9)
- Trastorno depresivo recurrente (F33)
- Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.3)
- Trastorno depresivo recurrente sin especificación (F33.9)

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 TEORÍA GENERAL

2.1.1. TRASTORNOS DEPRESIVOS

Si bien los trastornos depresivos se conocen desde la antigüedad, el concepto de trastorno depresivo se introdujo en el año 1981 como un trastorno del afecto que se manifiesta por un estado del ánimo disfórico o pérdida del interés o placer en las actividades diarias, este trastorno del ánimo es prominente y relativamente persistente, el paciente lo diferencia de una emoción usual de tristeza o pena, describen el síntoma como un dolor emocional agonizante o perciben síntomas de enfermedad física (Boland, R., Verduin, M. y Ruiz, P., 2021). Se realiza la diferenciación entre depresión y trastorno bipolar tomando en cuenta que la persona con depresión no haya tenido antecedentes de manía o hipomanía (Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, 2018).

En la actualidad se manejan los conceptos de la CIE 10 y DSM-5 para el diagnóstico de depresión; la CIE 10 describe a la depresión como “una psicosis afectiva en la que el ánimo aparece marcadamente deprimido y predominan los sentimientos de tristeza e infelicidad” (Organización Mundial de la Salud, 1993). Mientras que el DSM-5 separa a los capítulos que correlacionan los trastornos bipolares y los depresivos, indica que los trastornos depresivos incluyen: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado (American Psychiatric Association, 2014).

Los trastornos depresivos pueden presentarse con una gran variedad de síntomas, los síntomas más comunes se denominan síntomas neurovegetativos, dentro de los cuales encontramos fatiga y baja energía, falta de atención, insomnio con despertares tempranos en la mañana, escaso apetito y baja de peso, a veces se incluyen disminución de la libido y rendimiento sexual, alteraciones del ciclo menstrual y empeoramiento de síntomas depresivos en la mañana (Boland, R., Verduin, M. y Ruiz, P., 2021).

2.1.2. EPIDEMIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

La depresión es un problema de salud pública que cada día va en aumento, es la principal causa de carga por una enfermedad mental a nivel mundial, la misma que afecta a más de 300 millones de personas (Herrman, Kieling, McGorry, Horton, Sargent y Patel, 2019), Liu y otros (2020) indican que la depresión es la enfermedad mental más común a nivel mundial; en América Latina y el Caribe es una de las principales causas de ausentismo laboral (Errazuriz y Crisostomo, 2020). En un metaanálisis que incluyó 90 estudios de 30 países desde 1994 hasta el 2014 se encontró una incidencia de 12,9% y una prevalencia al año de 7,2% y del 10,8% en toda la vida, con una mayor prevalencia en mujeres que en hombres y edad de inicio media de 40 años, la mitad de los pacientes entre 20 y 50 años (Lim G, Tam W, Lu Y, Ho C, Zhang M, Ho R, 2018).

2.1.3. ETIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS

Aún no está clara la etiología específica de la depresión, es probable que la depresión sea la expresión fenotípica de un amplio grupo de patologías similares. La depresión mayor ocurre más frecuentemente en personas con factores de riesgo específicos como: factores genéticos, baja autoestima, inicio temprano de ansiedad, antecedente de depresión mayor previo, consumo de sustancias, trastornos de la conducta; o adversidad, por ejemplo: Trauma durante la niñez o la edad adulta, eventos de vida estresantes en el último año, pérdida de los padres, escasa calidez de los padres, historial de divorcio, problemas conyugales, escaso o nulo apoyo social, nivel educativo bajo, además, la depresión puede deberse a múltiples efectos genéticos pequeños que se relacionan con factores ambientales específicos en cada persona, con una expresión genética alterada que ocurre durante el desarrollo del cerebro y en respuesta a un factor o varios factores estresantes (Krishnan, R., 2019).

En cuanto a la patogénesis de la depresión se han descrito algunas alteraciones biológicas en pacientes depresivos, de las aminas biógenas la noradrenalina y serotonina han sido identificados como los más implicados en los trastornos del estado del ánimo; existen otros trastornos de los neurotransmisores identificados como valores anormales de acetilcolina, niveles bajos de ácido homovanílico (metabolito principal de la dopamina), entre otros (Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, 2018). En relación con los factores neuroanatómicos, en personas con depresión grave se ha logrado identificar dilatación de los ventrículos cerebrales, disminución del tamaño del lóbulo frontal y del núcleo caudado,

lesiones en la sustancia blanca subcortical; otros estudios con SPECT y PET muestran disminución del flujo sanguíneo en la corteza prefrontal, ganglios basales y núcleos talámicos. El estrés prolongado conlleva a cambios neuronales en su funcionamiento y, finalmente, a la muerte celular. Se ha identificado, además, una sobre activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, descenso de concentración de somatostatina en el LCR, entre otros (Rubio, Jimenez, Palomo y Rodriguez, 2015).

Estudios preclínicos sugieren que el estrés temprano en la vida causa una hiperactividad de larga duración de las células del factor liberador de corticotropina en el hipotálamo, lo que conduce a un aumento de las respuestas al estrés. Los factores ambientales tempranos pueden establecer respuestas de estrés hipotalámico-pituitario-suprarrenal que pueden establecerse de por vida y transmitirse epigenéticamente a las generaciones posteriores. Las variaciones en la atención materna regulan epigenéticamente la expresión del receptor de glucocorticoides en el hipocampo de la descendencia. Un estudio encontró niveles reducidos de ARN mensajero y aumento de la metilación de un promotor del receptor de glucocorticoides específico de neuronas en el hipocampo post mortem de víctimas de suicidio con antecedentes de abuso infantil, en comparación con víctimas de suicidio sin abuso infantil o controles (Krishnan R., 2019).

2.1.4. DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

Para el diagnóstico de los tipos o formas clínicas de la depresión es importante tomar en cuenta el tiempo de duración que es muy variable, además, se toman en cuenta los criterios diagnósticos de la CIE-10 y DSM-5. Así mismo, se debe evaluar la ideación y comportamiento suicida, evaluación médica general del paciente en busca de otras patologías y antecedente de consumo de drogas. Se realizará un examen físico completo, pruebas de laboratorio, examen mental enfocado a buscar signos de depresión, así como instrumentos diagnósticos que nos permitirán llegar a un diagnóstico más adecuado. Es recomendable realizar un tamizaje para depresión en pacientes que presenten síntomas como insomnio, fatiga, dolor crónico, cambios recientes en la vida o situaciones estresantes, descuido de su salud y/o síntomas físicos inexplicables. Se pueden utilizar herramientas como entrevistas estructuradas o semiestructuradas y cuestionarios como el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2), el inventario de depresión de Beck y el índice de bienestar de la Organización Mundial de la Salud de 5 ítems (WHO-5) (Williams & Nieuwsma, 2020).

Es razonable sospechar de depresión mayor cuando el paciente presenta: Estado de ánimo deprimido y/o pérdida de interés o placer en la mayoría o en todas las actividades, sentimientos de impotencia y/o desesperanza, irritabilidad, ansiedad, rumiación obsesiva, fobias, excesiva preocupación por la salud física, se queja de dolor (por ejemplo de cabeza, abdominal), presencia de factores de riesgo como antecedentes familiares de depresión mayor y acontecimientos vitales estresantes (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.4.1. Criterios diagnósticos CIE-10 y DSM-5

Para la CIE-10, existen criterios generales del episodio depresivo (F32) y criterios específicos para episodio depresivo leve (F32.0), episodio depresivo moderado (F32.1), episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2), episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3), otros trastornos depresivos (F32.8), episodio depresivo sin especificación (F32.9), trastorno depresivo recurrente (F33). Para el episodio depresivo se deben cumplir los siguientes criterios:

G1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas

G2. Ausencia de síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes como para haber satisfecho los criterios diagnósticos de episodio hipomaníaco o maníaco (F30) en cualquier momento de la vida del individuo.

G3. Criterio de exclusión más frecuentemente usado: El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas (F10-F19) o a trastorno orgánico (en el sentido de F00-F09).

Para la CIE-10 se puede usar un quinto dígito para especificar la presencia de un síndrome somático.

- Episodio depresivo leve F32.0: A.) Se deben satisfacer los criterios generales de F32, episodio depresivo, además, b.) deben presentarse al menos dos de los siguientes síntomas: humor depresivo durante la mayor parte del día y casi todos los días, marcada pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que antes le eran placenteras, falta de vitalidad o aumento de fatigabilidad. Además, c.) por lo menos cuatro de los síntomas adicionales: pérdida de confianza y estimación de sí mismo, reproches hacia sí mismo, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, quejas o disminución de la capacidad de concentrarse, cambios de actividad psicomotriz, alteraciones del sueño, cambios del apetito.

- Episodio depresivo moderado F32.1: a.) Se satisfacen los criterios generales de F32, b.) presencia de al menos dos de los tres síntomas del criterio B de F32.0, síntomas adicionales del criterio C de F32.0 hasta completar un total de al menos 6.

- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos F32.2: a.) Se satisfacen los criterios generales de F32, b.) presencia de los tres síntomas del criterio B de F32.0, síntomas adicionales del criterio C de F32.0 hasta completar un total de al menos 8, d.) ausencia de alucinaciones, ideas delirantes o estupor depresivo.

- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos F32.3: a.) Se satisfacen los criterios generales de F32, b.) se satisfacen todos los criterios diagnósticos del episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos con la excepción del criterio D. c.) No se satisfacen los criterios de esquizofrenia (F20.0 – F20.3) ni de trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, grave o moderado (F25.10 y F25.11). d) están presentes 1 o 2 los siguientes: Alucinaciones o ideas delirantes que no satisfacen los criterios de ninguno de los grupos de síntomas A1 o A2 de esquizofrenia, estupor depresivo.

Para la DSM-5 el rasgo común de todos los trastornos depresivos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo, se diferencian por la duración, presentación temporal o la supuesta etiología. Los criterios diagnósticos DSM-5 para el trastorno de depresión mayor son:

Cinco o más de los siguientes síntomas deben estar presentes casi todos los días durante un período de 2 semanas:

Síntomas principales (uno o más requerido para el diagnóstico)

Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día

Anhedonia o marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades

Síntomas adicionales

Pérdida de peso clínicamente significativa o aumento o disminución en el apetito

Insomnio o hipersomnia

Agitación o retardo psicomotor

Fatiga o pérdida de energía

Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados

Capacidad disminuida para pensar o concentrarse, o indecisión

Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida

2.1.5. EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

En cuanto al inicio del trastorno depresivo, cerca del 50% de los pacientes presentaron síntomas depresivos significativos antes de que se identificara el episodio como tal, además, aparece antes de los 40 años en un 50% de los casos. Un episodio depresivo no tratado puede durar entre 6 y 13 meses, y la mayoría de los episodios tratados duran 3 meses, hay una media de 5 o 6 episodios depresivos durante un período de 20 años. El trastorno de depresión mayor tiende a cronificarse y recidivar, alrededor del 50% de pacientes hospitalizados por primera vez se recuperan en el primer año, alrededor del 25% de pacientes presentan una recidiva en los primeros 6 meses de su alta hospitalaria y 30-50% dentro de dos años, el pronóstico depende de la severidad del cuadro clínico, presencia de comorbilidades, tiempo de estadía hospitalaria, edad de inicio, relaciones sociales y familiares, ansiedad, trabajo, entre otros (Boland, R., Verduin, M. y Ruiz, P., 2021).

2.1.6. TRATAMIENTO

Para el manejo del paciente con depresión se deben tomar en cuenta varios factores como la seguridad del paciente y una evaluación diagnóstica completa, se debe tomar en cuenta no solamente el cuadro actual, sino el bienestar del paciente en el futuro (Boland, R., Verduin, M. y Ruiz, P., 2021). El tratamiento debe ir encaminado a la reducción de probabilidad de recurrencias o recaídas, así como a la educación del paciente en la prevención de recaídas (Brakemeier y Guhn, 2021). Adicionalmente, se debe considerar que aproximadamente el 30% de los pacientes tratados no van a conseguir la remisión de su sintomatología luego de dos o más cursos de tratamiento con antidepresivos por lo que puede considerarse una depresión resistente al tratamiento, en estos casos existen nuevos tratamientos aprobados como la esketamina, así como evidencia del uso de psilocibina y pramipexol (Kverno, K. S., & Mangano, E. (2021)

Se puede considerar dos fases para el tratamiento, la fase aguda que dura de 8 a 12 semanas y la meta es alcanzar la remisión sintomática, vigilar efectos secundarios y restaurar las funciones del individuo, y la etapa de mantenimiento que típicamente dura de 6 a 24 meses o más y su objetivo es retornar completamente la funcionalidad y calidad de vida del paciente, así como prevenir la recurrencia de nuevos episodios depresivos. La decisión de hospitalizar al paciente depende del riesgo autolítico u homicida, una reducción significativa de la capacidad del paciente para alimentarse o refugiarse y la necesidad de procedimientos

diagnósticos. Al elegir el curso de tratamiento, podemos considerar que varios estudios sugieren una combinación de psicoterapia y psicofármacos, el tratamiento combinado ha demostrado una mejor respuesta y tasas de remisión (Boland, R., Verduin, M. y Ruiz, P., 2021).

Para el manejo de depresión se pueden utilizar antidepresivos de varios tipos (inhibidores de monoaminoxidasa, inhibidores de recaptación de serotonina, inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina, tricíclicos), al utilizar antidepresivos, a excepción de presentar eventos adversos, debe elevarse la dosis hasta el máximo recomendado y mantenerla por al menos 4 a 5 semanas antes de considerar una falla terapéutica; la selección del medicamento de inicio depende de la cronicidad del cuadro, historia familiar de enfermedad y respuesta al tratamiento, gravedad de los síntomas, si el paciente ha tomado previamente antidepresivos y su respuesta, estado médico general, potenciales interacciones medicamentosas y la preferencia del paciente (Boland, R., Verduin, M. y Ruiz, P., 2021).

2.2 TEORÍAS SUSTANTIVAS

Existen estudios que buscan determinar la epidemiología de la depresión en países como Estados Unidos como la presentada por Hasin, Sarvet, Meyers, Saha, Ruan, Stohl y Grant (2018), en la que concluyen que entre los adultos estadounidenses el trastorno depresivo mayor codificado en el DSM-5 tiene una alta prevalencia, comorbilidad y es incapacitante, se resalta que si bien la mayoría de los casos recibieron algún tratamiento, una minoría sustancial no lo recibió, por lo que es esencial conocer mejor las causas de depresión, realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.

Se ha hecho referencia a la etiología multifactorial de la depresión desde los factores genéticos, ambientales, de personalidad, cognitivos y adversidades psicosociales que intervienen en el desarrollo de esta patología, a continuación, revisaremos las relaciones que se encuentran entre el desarrollo de depresión y experiencias traumáticas en la niñez. En este aspecto no podemos dejar de nombrar a la epigenética como el fenómeno que puede involucrar factores ambientales (experiencias traumáticas en la niñez) que conllevan a cambios en la metilación del ácido desoxirribonucleico y acetilación de las histonas, lo que puede contribuir a los episodios depresivos (Krishnan R., 2019).

Dentro del ámbito del presente estudio se ha recolectado una gran variedad de información sobre las relaciones existentes entre las experiencias traumáticas de la infancia y su relación con el desarrollo de depresión en la edad adulta; cuando se quiere abordar este tema es preciso tomar en cuenta que las diferentes experiencias traumáticas deben analizarse en conjunto y no de forma aislada como mejores predictores del desarrollo posterior de diferentes síndromes psiquiátricos.

En este aspecto podemos destacar el meta análisis realizado por Infurna, Reichl, Parzer, Schimmenti, Bifulco y Kaess (2016), en el que luego de revisar 12 estudios primarios con un total de 4372 participantes, pudieron identificar en meta análisis separados para cada tipo de maltrato, que el abuso y descuido de los niños tenía una mayor asociación al desarrollo de depresión. De la misma manera, el abuso sexual se relaciona con el desarrollo de depresión, pero la asociación era de menor fuerza; algunos otros tipos específicos de experiencias traumáticas en la niñez difieren entre la población adulta y juvenil. Algunas de las experiencias traumáticas en la niñez que se caracterizaron en el mismo meta análisis son:

a) Antipatía: Que se puede identificar como hostilidad, frialdad o rechazo de los padres hacia los hijos.

b) Negligencia: Caracterizada como el fracaso de los padres en cubrir las necesidades básicas de sus hijos (alimentos, ropa, vivienda) y necesidades del desarrollo (bienestar del niño, amistades, ambiente escolar)

c) Abuso físico: Definida como la violencia dirigida hacia el menor por cualquier miembro de la familia, incluidos golpes, mordeduras, quemadas o amenazas utilizando armas de fuego o cuchillos.

d) Abuso sexual: Se refiere a toda acción o contacto sexual inapropiado para la edad realizado por un adulto o alguien mayor. En este acápite se incluyen varios tipos de contacto sexual que van desde penetración o violación con otros objetos, tocar genitales o mamas de los niños o niñas, sexo oral u obligarle a ver pornografía o actos sexuales, así como proponer cualquier tipo de acto sexual.

2.3 REFERENTES EMPÍRICOS

Para el análisis de los eventos traumáticos sufridos en la niñez y el desarrollo de depresión en el adulto se utilizará la escala de trauma de Marshall, la misma que ha sido utilizada y validada por otros autores, por ejemplo, Vitrol, et al en el 2017 para analizar la depresión adulta y experiencias infantiles adversas; fue utilizada también por Weil, K., Florenzano, R., Vitriol, V., Cruz, C., Carvajal, C., Fullerton, C., & Muñiz, C. (2004) en su estudio sobre trauma y maltrato infantil y la psicopatología en el adulto, así como por Vitriol, V. G., Ballesteros, S. T., Florenzano, R. U., Weil, K. P., & Benadof, D. F. en el 2009 en un estudio realizado para evaluar la efectividad de una intervención realizada a pacientes mujeres con depresión y antecedentes de trauma infantil.

En lo referente a las experiencias traumáticas sufridas en la niñez y el desarrollo de depresión en el adulto, el artículo presentado por Xiang y Wang (2020) asevera que las adversidades infantiles, incluido el abuso físico por parte de los padres, problemas con la policía, recibir ayuda debido a dificultades económicas y abuso de sustancias por parte de los padres se asociaron con una mayor tasa de depresión mayor en la edad adulta, además, indican que la asociación de abuso físico y depresión mayor fue más fuerte para los hombres que para las mujeres, finalmente, concluyeron que las adversidades de la niñez aumentan el riesgo de depresión mayor en la edad adulta, particularmente para aquellos que experimentaron abuso físico y problemas con la policía. Esta investigación aporta fundamento a la asociación entre eventos traumáticos en la niñez y adversidades con el desarrollo de depresión en edad adulta, muestra algunas variables que se pueden tener en cuenta para la operacionalización de variables independientes.

En relación al mismo tema, Medeiros y otros (2020) encontraron que la mitad de su muestra presentó maltrato infantil y que aquellos con maltrato infantil tenían tasas más altas de síntomas de pánico, fobia, trastornos cognitivos y de anhedonia que aquellos que no habían experimentado maltrato infantil, además, cada tipo de maltrato se asoció con una presentación clínica como el inicio más temprano de depresión, depresión más grave, mayor tendencia suicida, peor calidad de vida y funcionamiento y una mayor cantidad de comorbilidades psiquiátricas. Esta investigación aporta más datos sobre maltrato infantil y los asocia con mayor gravedad del cuadro depresivo en adultos, esto enriquece y da mayor validez a la actual investigación.

Los investigadores Li, Carracher y Bird (2020) encontraron que el abuso emocional continuó ejerciendo un efecto significativo sobre la depresión en la edad adulta después de controlar otras formas de maltrato infantil e incapacidad mental. Este estudio aporta, además de la relación entre maltrato infantil y desarrollo de depresión, un punto de partida para la metodología a aplicar, debido a que los autores indican que los datos transversales no permiten sacar conclusiones sobre las relaciones causales, por lo que es más conveniente utilizar un modelo longitudinal.

En el año 2019 los autores Saito y otros aseguran que los subtipos de abuso infantil (especialmente abuso físico y soledad / estrés psicológico) podrían estar asociados con el trastorno depresivo mayor y trastorno bipolar. Estos datos refuerzan la hipótesis planteada en la presente investigación e invitan a analizar estos factores específicos en relación con el desarrollo de trastornos depresivos en la edad adulta.

Una de las investigaciones más recientes sobre el tema publicada por la Asociación Americana de Psicología realizada por Vallati y otros (2020) relacionaron las experiencias traumáticas sufridas en la niñez con los trastornos depresivos, encontraron que los niveles más altos de maltrato emocional y/o maltrato sexual se asocian significativamente con una mayor gravedad de la depresión, número de episodios previos y riesgo de trastorno de estrés postraumático. Los autores sugieren que los esfuerzos de prevención e intervención pueden necesitar enfocarse en los roles únicos de las madres versus los padres en el desarrollo de la psicopatología relacionada con la depresión. Este aporte a la presente investigación es importante para poder hacer una comparación entre los hallazgos de los autores y lo que se observa en la población estudiada, y así poder realizar recomendaciones al respecto.

Finalmente, en un estudio conducido por Ross, Kamisnki y Herrington (2019) explican que parece ser que el abuso y la negligencia emocional pueden socavar la formación de la autocompasión. La baja autocompasión predice una mayor vergüenza y síntomas depresivos. Este estudio aporta un enfoque importante en la etiología de la depresión e indica que, además de las experiencias traumáticas en la niñez, también están involucrados en el adulto la auto compasión y la culpa.

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 LUGAR DE INVESTIGACIÓN

Área de hospitalización del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia, situado en la ciudad de Guayaquil en la Avenida Pedro Menéndez Gilbert S/N, parroquia Tarqui, cantón Guayaquil, provincia del Guayas, Ecuador.

3.1.2 PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el periodo de un año, desde el primero de enero hasta el treinta y uno de diciembre del 2020.

3.1.3 RECURSOS EMPLEADOS

3.1.3.1 Humanos

Investigador

Tutor

Revisor metodológico

3.1.3.2 Materiales

Computador

Impresora

Hojas de papel

Artículos de oficina

Conexión a internet

Historias clínicas.

Las fuentes de información para la investigación están constituidas por las historias clínicas físicas y datos del sistema MIS de los pacientes seleccionados, las mismas que se encuentran en los archivos y computadores del Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, así como los reportes generados en el departamento de estadística de dicha institución.

3.1.4 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.4.1 Universo

Se trata de un universo finito, y la población se circunscribe a todos los pacientes adultos que ingresaron con diagnóstico de depresión en el área de hospitalización del Instituto de Neurociencias en el período de tiempo comprendido entre el primero de enero y el treinta y uno de diciembre del 2020; en concordancia con Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) quien indica que la población es un conjunto de todos los casos que concuerdan con determinadas especificaciones. Se plantea la investigación de esta manera debido a que se tiene conocimiento de todos los pacientes involucrados mediante datos de la historia clínica obtenidos por el departamento de estadística del Instituto de Neurociencias.

3.1.4.2 Muestra

Por la cantidad reducida de la población, se trabajó con el 100% de la misma. En este aspecto, cabe señalar que, si bien la población estudiada es menor a 370 individuos, existen otras investigaciones similares realizadas en los últimos años que han trabajado con poblaciones reducidas, por ejemplo, la investigación realizada por Ross, Kamiski y Herrington (2019) en el que realizan una correlación entre el maltrato emocional infantil y los síntomas depresivos en la edad adulta, trabajaron con 244 participantes; otro estudio de similar temática llevado a cabo por Tianyu, Carracher y Bird (2020) tuvo una cantidad de participantes de 205. Estos estudios publicados en revistas indexadas avalan la metodología utilizada en esta investigación.

3.2 MÉTODO

3.2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El nivel de alcance en el presente trabajo de investigación de tipo correlacional puesto que el fin de este consiste en determinar la influencia de las experiencias psicológicas

traumáticas en la niñez y desarrollo de depresión en la edad adulta en pacientes hospitalizados en el Instituto de Neurociencias.

3.2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, debido a que los datos se obtuvieron de los registros de las historias clínicas de los pacientes de la muestra seleccionada, se trasladaron a una hoja de datos para luego ser analizados y comparados estadísticamente, de esta manera y acorde con lo expuesto por Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) se encontró la relación entre las dos variables de estudio.

3.2.3 PROCEDIMIENTO DE INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación se realizó en varias fases, primero se elaboró la planificación del tema con sus objetivos e hipótesis respectiva, se eligió documentación que avaló la misma y reforzó la fundamentación teórica. En la segunda fase se realizó la recolección de datos a partir de las historias clínicas de los pacientes ingresados con diagnóstico de depresión en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil y se transportó la información a una hoja de recolección de datos para valorar cada una de las variables de la investigación; en la última fase se realizó un análisis estadístico de los resultados para comprobar la hipótesis planteada mediante la correlación de Spearman, culminando la investigación con las conclusiones y recomendaciones respectivas.

3.2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1 Operacionalización variable independiente

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento
Experiencias psicológicas traumáticas en la niñez	Exposición en la niñez a un acontecimiento estresante inevitable que	Antecedente de violencia física	Experiencia de haber sufrido castigo físico importante	SI	Hoja de recolección de datos
				NO	
				SI	

	sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona.		Daño físico después de haber sido castigado	NO	
		Antecedente de abuso sexual	Contacto sexual forzado con un pariente	SI	
				NO	
			Contacto sexual forzado con un no familiar	SI	
				NO	
		Antecedente de problemática familiar	Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes	SI	
				NO	
			Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador	SI	
				NO	
			Abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia	SI	
				NO	

Tabla 2 Operacionalización variable dependiente

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Instrumento
Depresión	Trastorno afectivo que se manifiesta por un estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en las actividades habituales. La	Episodio depresivo (F32) Episodio depresivo leve (F32.0) Episodio depresivo moderado (F32.1)	Criterios diagnósticos para cada tipo de depresión codificada en la CIE-10	Historia clínica Eje 1 (en él se codifican los trastornos clínicos y otras enfermedades)

	alteración del estado de ánimo es prominente y relativamente persistente.	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2) Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3) Otros episodios depresivos (F32.8) Episodio depresivo sin especificación (F32.9) Trastorno depresivo recurrente (F33) Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.3) Trastorno depresivo recurrente sin especificación (F33.9)		que puedan ser objeto de atención clínica)
--	---	--	--	--

3.2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN

3.2.5.1 Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de depresión (F32 – F33.9) hospitalizados en el Instituto de Neurociencias entre el período comprendido entre el primero de enero y treinta y uno de diciembre del 2020.
- Pacientes que cumplan los criterios diagnósticos para depresión de acuerdo con la CIE-10 y/o DSM-V.
- Pacientes hombres o mujeres mayores de 18 años.

3.2.5.1 Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de depresión (F32 – F33.9) menores de edad.

3.2.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La investigación se realizó revisando las historias clínicas y sistema MIS de los pacientes que ingresaron desde el primero de enero hasta el treinta y uno de diciembre del 2020 con diagnóstico de depresión (F32 al F33.9). Inicialmente la información se recolectó y tabuló en una matriz de datos en el programa Microsoft Excel, una vez revisada la matriz de datos codificados para comprobar que no existan errores, se transportó al programa informático estadístico SPSS, para su correspondiente análisis descriptivo e inferencial. Se realizó el análisis de las hipótesis planteadas mediante pruebas estadísticas (coeficiente de correlación de Spearman y Odds ratio) Empleándose un intervalo de confianza 95%, índice de error 5%. Considerándose significativo un valor $p < 0,05$. Finalmente, se prepararon los resultados para ser presentados en forma de tablas para cada una de las variables en estudio y su interpretación.

3.2.7 ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

El presente trabajo de investigación se enmarca en los principios bioéticos y normativa expedida por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, la Constitución de la República del Ecuador del 2008 con revisión del 2021 en sus artículos 32, 40, 66, 358-363; así como en declaraciones internacionales sobre bioética como el código de Núremberg (1947), declaración universal de los derechos humanos (1948), declaración de Helsinki (1964), declaración universal de bioética y derechos humanos (2005).

En todo momento se aseguró la confidencialidad de la información de los pacientes; además, para la elaboración de la investigación se respetaron los principios bioéticos de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia. Adicional a lo señalado, se cuenta con la autorización de las autoridades del Instituto de Neurociencias de donde se recopiló la información necesaria para la elaboración de la investigación.

3.2.8 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	NOVIEMBRE 2019	ENERO – SEPTIEMBRE 2021	OCTUBRE 2021	NOVIEMBRE 2021	DICIEMBRE 2021	MARZO - ABRIL 2022
Elaboración y aprobación del tema	X					
Elaboración del anteproyecto		X				
Recolección de los datos			X			
Procesamiento y presentación de los resultados			X			
Análisis de datos de la investigación				X		
Redacción del trabajo final					X	
Correcciones del informe final					X	
Presentación del informe Trabajo Final						X
Sustentación del Trabajo Final						X

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Para la consecución de los objetivos planteados en la investigación, se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes mayores de 18 años que ingresaron al área de hospitalización del Instituto de Neurociencias con diagnóstico de depresión en el período de tiempo comprendido entre el primero de enero y el treinta y uno de diciembre del 2021. Se identificaron 111 pacientes con las características mencionadas, a continuación, se exponen los resultados de la investigación.

Tabla 3 Características demográficas de la población

Variable	Descripción	Número	Porcentaje
Edad	Entre 18 y 29 años	53	47,75%
	Entre 30 y 39 años	21	18,92%
	Entre 40 y 49 años	14	12,61%
	50 o más años	23	20,72%
Sexo	Masculino	49	44,14%
	Femenino	62	55,86%
Instrucción	Primaria	14	12,61%
	Secundaria	63	56,76%
	Superior	31	27,93%
	Cuarto nivel	1	0,90%
	Ninguna	2	1,80%
Estado civil	Soltero	71	63,96%
	Casado	23	20,72%
	Divorciado	3	2,70%
	Viudo	1	0,90%
	Unión libre	13	11,71%
	TOTAL	111	100%

En relación con las características demográficas de la población, se ha encontrado que de los 111 pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico de depresión en el Instituto de Neurociencias entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2020, cerca de la mitad de

pacientes (47,75%) presentan una edad entre 18 y 29 años, con predominancia del sexo femenino (55,86%) versus pacientes de sexo masculino (44,14%). Además, se encontró que la mayoría de pacientes tienen una educación secundaria (56,76%), seguidos por educación superior (27,93%) y educación primaria el 12,61%, solamente se identificó un paciente con educación de cuarto nivel. Finalmente, podemos observar que la mayoría de los pacientes estudiados son solteros (63,96%), le siguen los casados (20,72%) y unión libre (11,71%).

RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS SUFRIDAS EN LA NIÑEZ Y DEPRESIÓN.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos respecto al tipo de depresión y experiencias traumáticas sufridas en la niñez de la población estudiada.

Tabla 4 Diagnóstico específico de ingreso de la población estudiada

Tipo de depresión	Número	Porcentaje
1: Episodio depresivo (F32)	4	3,60%
2: Episodio depresivo moderado (F32.1)	2	1,80%
3: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)	58	52,25%
4: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)	37	33,33%
5: Otros episodios depresivos (F32.8)	1	0,90%
6: Episodio depresivo sin especificación (F32.9)	3	2,70%
7: Trastorno depresivo recurrente (F33)	2	1,80%
8: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2)	2	1,80%
9: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.3)	1	0,90%
10: Trastorno depresivo recurrente sin especificación (F33.9)	1	0,90%
TOTAL	111	100,00%

En la tabla número 4 se puede observar que la mayoría de personas con diagnóstico de depresión hospitalizadas presentaron un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (52,25%), mientras que en segundo lugar tenemos diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (33,33%), seguidos en menor cantidad y en tercer lugar por el episodio depresivo (3,60%), con menores porcentajes para el resto de tipos de depresión.

Tabla 5 Presencia y tipo de experiencia traumática en la niñez en la población analizada

Presencia y tipo de experiencia traumática en la niñez	Descripción	Cantidad	Porcentaje
Presenta historia de alguna experiencia traumática en la niñez	SI	105	94,59%
	NO	6	5,41%
Experiencia de haber sufrido castigo físico importante	SI	102	91,89%
	NO	9	8,11%
Daño físico después de haber sido castigado	SI	82	73,87%
	NO	29	26,13%
Contacto sexual forzado con un pariente	SI	19	17,12%
	NO	92	82,88%
Contacto sexual forzado con un no familiar	SI	31	27,93%
	NO	80	72,07%
Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes	SI	76	68,47%
	NO	35	31,53%
Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador	SI	79	71,17%
	NO	32	28,83%
Abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia	SI	85	76,58%
	NO	26	23,42%
TOTAL		111	100,00%

En la tabla número 5 se puede observar inicialmente que, de 111 pacientes hospitalizados, 105 pacientes presentaron alguna experiencia traumática en la niñez (94,59%) mientras que solamente 6 pacientes (5,41%) no reportaron ninguna experiencia traumática en la niñez.

En relación al tipo específico de experiencia traumática en la niñez, se encontró que el 91,89% de los pacientes presentaron experiencia de haber sufrido castigo físico importante separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes, en segundo lugar de incidencia se encontró el abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia (76,58%), le sigue el haber sufrido daño físico después de haber sido castigados (73,87%) y haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador (71,17%), en menor cantidad, pero no menos importantes, encontramos: Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes (68,47%), contacto sexual forzado con un no familiar (27,93%) y, finalmente, contacto sexual forzado con un pariente (17,12%).

Tabla 6 Tipo de depresión y antecedente de haber presentado alguna experiencia traumática en la niñez

Tipo de depresión	Presencia de alguna experiencia traumática en la niñez		TOTAL
	NO	SI	
1: Episodio depresivo (F32)	3	1	4
2: Episodio depresivo moderado (F32.1)	0	2	2
3: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2)	3	55	58
4: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)	0	37	37
5: Otros episodios depresivos (F32.8)	0	1	1
6: Episodio depresivo sin especificación (F32.9)	0	3	3
7: Trastorno depresivo recurrente (F33)	0	2	2
8: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos (F33.2)	0	2	2
9: Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos (F33.3)	0	1	1
10: Trastorno depresivo recurrente sin especificación (F33.9)	0	1	1
TOTAL	6	105	111

En la tabla 6 podemos observar que la mayor cantidad de pacientes que presentan depresión grave han tenido una experiencia traumática en la niñez, mientras que para todos los tipos de depresión se ha presentado al menos una experiencia traumática en la niñez, se explora, a continuación, la correlación estadística entre las experiencias traumáticas en la niñez y el desarrollo de depresión en adultos:

Tabla 7 Correlación entre diagnóstico de depresión y experiencias traumáticas en la niñez

Correlaciones

			Diagnóstico depresión	Presencia de alguna experiencia traumática en la niñez
Rho de Spearman	Diagnóstico depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,305**
		Sig. (bilateral)	.	,001
		N	111	111
	Presencia de alguna experiencia traumática en la niñez	Coefficiente de correlación	,305**	1,000
		Sig. (bilateral)	,001	.
		N	111	111

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Al tratarse de variables cualitativas no paramétricas, se utilizó la correlación de Spearman para su análisis, encontrándose que las experiencias traumáticas en la niñez tienen una correlación significativa en el nivel 0,01 bilateral con el diagnóstico de depresión en la población estudiada.

Seguidamente, se procede a evaluar estadísticamente cada una de las experiencias traumáticas sufridas en la niñez con el diagnóstico de depresión:

Tabla 8 Correlación entre diagnóstico de depresión y experiencia de haber sufrido castigo físico importante en la niñez

Correlaciones				
			Diagnóstico depresión	Experiencia de haber sufrido castigo físico importante
Rho de Spearman	Diagnóstico depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,245**
		Sig. (bilateral)	.	,010
		N	111	111
	Experiencia de haber sufrido castigo físico importante	Coefficiente de correlación	,245**	1,000
		Sig. (bilateral)	,010	.
		N	111	111

**, La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Mediante el análisis de correlación de Spearman podemos observar que la experiencia de haber sufrido castigo físico importante en la niñez tiene una correlación estadísticamente significativa (nivel 0,01 bilateral) con el desarrollo de depresión en la población estudiada.

Tabla 9 Correlación entre diagnóstico de depresión y haber sufrido daño físico después de haber sido castigado

Correlaciones			Diagnóstico depresión	Daño físico después de haber sido castigado
Rho de Spearman	Diagnóstico depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,228*
		Sig. (bilateral)	.	,016
		N	111	111
	Daño físico después de haber sido castigado	Coefficiente de correlación	,228*	1,000
		Sig. (bilateral)	,016	.
		N	111	111

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Mediante el análisis de correlación de Spearman podemos observar que la experiencia de haber sufrido daño físico luego de haber sido castigado en la niñez tiene una correlación estadísticamente significativa (nivel 0,05 bilateral) con el desarrollo de depresión en la población estudiada.

Tabla 10 Correlación entre diagnóstico de depresión y contacto sexual forzado con un no familiar

Correlaciones			Diagnóstico depresión	Contacto sexual forzado con un no familiar
Rho de Spearman	Diagnóstico depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,107
		Sig. (bilateral)	.	,266
		N	111	111
	Contacto sexual forzado con un no familiar	Coefficiente de correlación	,107	1,000
		Sig. (bilateral)	,266	.
		N	111	111

Mediante el análisis de correlación de Spearman podemos observar que la experiencia traumática de haber presentado contacto sexual forzado con una persona que no pertenece a la familia en la niñez no tiene una correlación estadísticamente significativa con el desarrollo de depresión en la población estudiada.

Tabla 11 Correlación entre diagnóstico de depresión y contacto sexual forzado con un pariente

Correlaciones			Diagnóstico depresión	Contacto sexual forzado con un pariente
Rho de Spearman	Diagnóstico depresión	Coeficiente de correlación	1,000	,267**
		Sig. (bilateral)	.	,005
		N	111	111
	Contacto sexual forzado con un pariente	Coeficiente de correlación	,267**	1,000
		Sig. (bilateral)	,005	.
		N	111	111

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Mediante el análisis de correlación de Spearman podemos observar que la experiencia de haber sufrido contacto sexual forzado con un pariente en la niñez tiene una correlación estadísticamente significativa (nivel 0,01 bilateral) con el desarrollo de depresión en la población estudiada.

Tabla 12 Correlación entre diagnóstico de depresión y separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes.

Correlaciones			Diagnóstico depresión	Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes
Rho de Spearman	Diagnóstico depresión	Coeficiente de correlación	1,000	-,004
		Sig. (bilateral)	.	,964
		N	111	111
	Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes	Coeficiente de correlación	-,004	1,000
		Sig. (bilateral)	,964	.
		N	111	111

Mediante el análisis de correlación de Spearman podemos observar que la experiencia en la niñez de separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes no tiene una correlación estadísticamente significativa con el desarrollo de depresión en la población estudiada.

Tabla 13 Correlación entre diagnóstico de depresión y haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador

Correlaciones			Diagnóstico depresión	Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador
Rho de Spearman	Diagnóstico depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,135
		Sig. (bilateral)	.	,158
		N	111	111
	Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador	Coefficiente de correlación	,135	1,000
		Sig. (bilateral)	,158	.
		N	111	111

Mediante el análisis de correlación de Spearman podemos observar que la experiencia traumática de haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador en la niñez no tiene una correlación estadísticamente significativa con el desarrollo de depresión en la población estudiada.

Tabla 14 Correlación entre diagnóstico de depresión y abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia

Correlaciones			Diagnóstico depresión	Abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia
Rho de Spearman	Diagnóstico depresión	Coefficiente de correlación	1,000	,226*
		Sig. (bilateral)	.	,017
		N	111	111
	Abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia	Coefficiente de correlación	,226*	1,000
		Sig. (bilateral)	,017	.
		N	111	111

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Mediante el análisis de correlación de Spearman podemos observar que el abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia en la niñez tiene una correlación estadísticamente significativa (nivel 0,05 bilateral) con el desarrollo de depresión en la población estudiada.

RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS SUFRIDAS EN LA NIÑEZ Y LA GRAVEDAD DEL CUADRO DEPRESIVO.

Para determinar el riesgo de desarrollar depresión grave en un paciente que haya sufrido una experiencia traumática en la niñez se utilizó el Odds Ratio, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 15 Experiencias traumáticas en la niñez versus gravedad del cuadro depresivo

	Total de pacientes con depresión grave (F32.2 + F32.3)	Total de pacientes sin depresión grave
Presencia de experiencia traumática en la niñez	92	13
Ausencia de experiencia traumática en la niñez	3	3

$$\text{Odds ratio} = \frac{\text{Odds depresión grave}}{\text{Odds depresión}}$$

$$\text{Odds ratio} = \frac{30,66}{4,33}$$

$$\text{Odds ratio} = 7,08$$

El Odds ratio obtenido al comparar la presencia o ausencia de experiencias traumáticas en la niñez versus la depresión grave o no grave es de 7,08, esto quiere decir que las personas que han sufrido un trauma psicológico en la niñez tienen un riesgo de 7,08 veces mayor de desarrollar depresión grave que los que no han sufrido dichos traumas.

4.2 DISCUSIÓN

Con respecto a las características demográficas de la población estudiada se encontró que el 55,86% de los pacientes corresponden al sexo femenino, resultado que concuerda con la literatura investigada en cuanto se refiere a que los trastornos depresivos son más comunes en mujeres que en hombres (Boland, R., Verduin, M. y Ruiz, P., 2021); en relación a la edad de presentación de depresión existe una diferencia con los textos estudiados, en donde se señala que la edad promedio de la aparición de depresión es alrededor de los 40 años, aunque podría presentarse entre los 20 y 50 años, en el caso de esta investigación cerca de la mitad de pacientes (47,75%) presentan una edad entre 18 y 29 años.

En concordancia con Boland, R., Verduin, M. y Ruiz, P. (2021), la mayor parte de los pacientes estudiados no tienen actualmente una relación sentimental estrecha, encontrándose que la mayoría de los pacientes estudiados son solteros (63,96%). Aparentemente el nivel educativo de los pacientes en el presente estudio no se correlaciona tampoco con el inicio de los trastornos depresivos. No se estudió el nivel económico y cultural como factor etiológico en esta investigación.

Al tratarse de una población escogida por conveniencia se obtuvo el resultado que la mayoría de los pacientes presentan una depresión grave sin y con síntomas psicóticos (52,25% y 33,33% respectivamente). Es importante destacar que la mayoría de pacientes hospitalizados presentaron alguna experiencia traumática en la niñez (94,59%), además, se llegó a determinar que las experiencias traumáticas en la niñez tienen una correlación significativa en el nivel 0,01 bilateral con el diagnóstico de depresión en la población estudiada, dicho resultado se encuentra acorde a lo encontrado por otros investigadores como Vitrol, *et al*, quienes relacionan este tipo de experiencias y el desarrollo de depresión en edad adulta, de la misma manera Xiang y Wang (2020) aseveran que las adversidades de la niñez aumentan el riesgo de depresión mayor en la edad adulta; Medeiros, *et al*. (2020) encontraron que la mitad de su muestra presentó maltrato infantil y que aquellos con maltrato infantil tenían tasas más altas de síntomas de pánico, fobia, trastornos cognitivos y de anhedonia que aquellos que no habían experimentado maltrato infantil.

Uno de los objetivos del presente trabajo es determinar la relación entre la presencia de experiencias traumáticas en la niñez y la gravedad del cuadro depresivo en la población estudiada, para ello se utilizó el Odds ratio, encontrándose que las personas que han sufrido un trauma psicológico en la niñez tienen un riesgo de 7,08 veces mayor de desarrollar depresión grave que los que no han sufrido dichos traumas. Se contrasta estos resultados con los encontrados en un estudio publicado por la Asociación Americana de Psicología que fue llevado a cabo por Vallati y otros (2020), ellos relacionaron las experiencias traumáticas sufridas en la niñez con los trastornos depresivos y encontraron que los niveles más altos de maltrato emocional y/o maltrato sexual se asocian significativamente con una mayor gravedad de la depresión, número de episodios previos y riesgo de trastorno de estrés postraumático.

Se evaluaron los diferentes tipos de experiencias traumáticas sufridas en la niñez y su relación con el diagnóstico de depresión, de los siete tipos de experiencias traumáticas analizadas, se determinó que cuatro tienen una correlación estadísticamente significativa con el desarrollo de depresión, estos son: experiencia de haber sufrido castigo físico importante en la niñez, daño físico luego de haber sido castigado en la niñez, contacto sexual forzado con un pariente en la niñez y, finalmente, el abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia en la niñez. Esta información se contrasta con varios estudios como el realizado por Infurma, M., *et al.* (2015), en el que se analizaron 12 estudios primarios, encontrando una mayor asociación entre el abuso psicológico y negligencia en el cuidado con la depresión, otro estudio concluyó que la negligencia emocional, física y abuso sexual se asocian con un mayor riesgo de inicio y recurrencia de depresión (Hovens JG, Giltay EJ, Spinhoven P, van Hemert AM, Penninx BW., 2015); los resultados también son compatibles con los encontrados en un metaanálisis que investigó cinco formas de maltrato infantil y desórdenes depresivos y ansiosos, encontrando una asociación entre trastornos depresivos y maltrato físico, abuso sexual, emocional y negligencia en el cuidado en la niñez (Gardner, M., Thomas, H., Erskine, H., 2019).

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Se realizó la caracterización de la población estudiada, cerca de la mitad de los pacientes presentan una edad entre 18 y 29 años, con predominancia del sexo femenino. Además, se encontró que la mayoría de pacientes tienen una educación, fueron solteros; con diagnóstico de depresión hospitalizadas presentaron un episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, seguido de diagnóstico de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, en menor cantidad y en tercer lugar por el episodio depresivo, con menores porcentajes para el resto de tipos de depresión.

Se utilizó la escala de trauma en la niñez propuesta por Marshall que cuenta con siete experiencias traumáticas específicas: Experiencia de haber sufrido castigo físico importante; daño físico después de haber sido castigado; contacto sexual forzado con un pariente; contacto sexual forzado con un no familiar; separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes; haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador y abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia. De los 111 pacientes estudiados, la mayoría presentó alguna experiencia traumática en la niñez, dentro de las siete categorías analizadas, al realizar el análisis estadístico se encontró que estas experiencias tienen una correlación significativa en el nivel 0,01 bilateral con el diagnóstico de depresión en la población estudiada, por lo que se confirma la hipótesis de investigación.

Para determinar la relación entre las experiencias psicológicas traumáticas ocurridas en la infancia y la gravedad del cuadro depresivo se empleó el Odds ratio, encontrándose que las personas que han sufrido un trauma psicológico en la niñez tienen un riesgo de 7,08 veces mayor de desarrollar depresión grave que los que no han sufrido dichos traumas.

RECOMENDACIONES

Se sugiere continuar con la investigación de la etiología de la depresión en la población ecuatoriana debido a que es un problema de salud pública que causa, no solamente ausentismo laboral y una gran carga económica al estado, sino que, además, es potencialmente letal por el alto riesgo de suicidio y disminución significativa de la calidad de vida de las personas que la padecen.

Para próximas investigaciones que relacionen experiencias traumáticas sufridas en la niñez y desarrollo de depresión, se puede utilizar una escala Linkert para determinar la gravedad de cada experiencia traumática, de este modo, se puede conocer más a fondo la etiología de los trastornos depresivos en la población adulta ecuatoriana, además, se recomienda extender la población para obtener una muestra significativa en cada una de las provincias del país con personas que sufran algún trastorno depresivo, se encuentren o no hospitalizadas.

Debido a la alta incidencia de trastornos depresivos se recomienda fortalecer los programas de prevención de dichas patologías, centrándose en mejorar la calidad de vida de las familias ecuatorianas y así evitar que los niños del país sufran experiencias traumáticas que los predispongan a desarrollar patologías graves en la edad adulta.

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM - 5. Editorial Médica Panamericana.
- Ayano, G., Belete, A., Duko, B., Tsegay, L., & Dachew, B. A. (2021). Systematic review and meta-analysis of the prevalence of depressive symptoms, dysthymia and major depressive disorders among homeless people. *BMJ open*, 11(2), e040061. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040061>
- Boland, R., Verduin, M. y Ruiz, P. (2021). Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry (12da ed.). Wolters Kluwer.
- Bonadiman, C., Malta, D. C., de Azeredo Passos, V. M., Naghavi, M., y Melo, A. (2020). Depressive disorders in Brazil: results from the Global Burden of Disease Study 2017. *Population health metrics*, 18(Suppl 1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00204-5>
- Bout, A. Aarab, C. Rammouz, I. y Aalouane, R. (2020). De la nécessité de parler de la prévention de la dépression [Why we need to talk about preventing depression]. *L'Encephale*, 46(4), 314–315. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.01.006>
- Brakemeier, E. L., & Guhn, A. (2021). Rückfallprophylaxe der Depression: Traditionelle und neue Ansätze der Psychotherapie [Relapse Prevention of Depression: Traditional and New Approaches to Psychotherapy]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 89(7-08), 385–394. <https://doi.org/10.1055/a-1370-3103>
- Constitución de la República del Ecuador (2008). Registro Oficial 449 de 20-oct.-2008. Última modificación: 25-ene.-2021
- Dervishi, E., Mujaj, E. y Ibrahim, S. (2019). Early Traumatic Experiences and Their Relationship With the Emergence of Depressive Symptoms in Adulthood. *Psychological Thought*, 12(1), 30–40, <https://doi.org/10.5964/psyc.v12i1.342>
- Errazuriz, A. y Crisostomo, N. (2021). Prevalence of depression in Latin America and the Caribbean: protocol for a systematic review and meta-analysis. *JBIS evidence synthesis*, 19(1), 201–207. <https://doi.org/10.11124/JBISIR-D-19-00364>
- Hasin, D. S., Sarvet, A. L., Meyers, J. L., Saha, T. D., Ruan, W. J., Stohl, M., y Grant, B. F. (2018). Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA psychiatry*, 75(4), 336–346. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.4602>

- Herrman, H., Kieling, C., McGorry, P., Horton, R., Sargent, J. y Patel, V. (2019). Reducing the global burden of depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet* (England), 393(10189), e42–e43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32408-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32408-5)
- Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: Editorial McGraw-Hill.
- Infurna, M. R., Reichl, C., Parzer, P., Schimmenti, A., Bifulco, A., y Kaess, M. (2016). Associations between depression and specific childhood experiences of abuse and neglect: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 190, 47–55. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.006>
- Krishnan, R. (2019). Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology. *Uptodate*. Recuperado el 15 de diciembre del 2019, de <https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-epidemiology-pathogenesis-and-neurobiology>
- Kverno, K. S., y Mangano, E. (2021). Treatment-Resistant Depression: Approaches to Treatment. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 59(9), 7–11. <https://doi.org/10.3928/02793695-20210816-01>
- Li, E. Carracher, E. y Bird, T. (2020). Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. *Child abuse & neglect*, 99, 104253. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104253>
- Lim G, Tam W, Lu Y, Ho C, Zhang M, Ho R. (2018). prevalence of depression in the community from 30 countries between 1994 and 2014. *Sci Rep*. 2018;8(1):2861.
- Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*, 126, 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002>
- Marshall, R., Schneier, F., Lin, S., Simpson, H., Vermes, D., y Liebowitz, M. (2000). Childhood trauma and dissociative symptoms in panic disorder. *The American journal of psychiatry*, 157(3), 451–453. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.451>
- Medeiros, G. Prueitt, W. Minhajuddin, A. Patel, S. Czyst, A. Furman, J. Mason, B. Rush, A. Jha, M. y Trivedi, M. (2020). Childhood maltreatment and impact on clinical features of major depression in adults. *Psychiatry research*, 293, 113412. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113412>

- Muñoz K, Arévalo C, Tipán J, Morocho M. Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. *Rev. Ecuat. Pediatría* 2021;22(1): Artículo 6:1-8. doi: 10.52011/0008
- Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., & Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression research and treatment*, 2015, 650804. <https://doi.org/10.1155/2015/650804>
- Ogbo, F. A., Mathsyaraja, S., Koti, R. K., Perz, J., y Page, A. (2018). The burden of depressive disorders in South Asia, 1990-2016: findings from the global burden of disease study. *BMC psychiatry*, 18(1), 333. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1918-1>
- Organización Mundial de la Salud. (1993). CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. Recuperado el 02 de Agosto del 2021 de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Park, L. y Zarate, C. (2019). Depression in the Primary Care Setting. *The New England Journal of Medicine*. 380(6), 559–568. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>
- Ross, N. Kaminski, P. y Herrington, R. (2019). From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: The roles of self-compassion and shame. *Child abuse & neglect*, 92, 32–42. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.016>
- Rubio, G., Jimenez, M., Palomo, T. y Rodriguez, R. (2015). Fundamentos de psiquiatría: Bases científicas para el manejo clínico. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, P. (2018). Kaplan y Sadock: Manual de Psiquiatría Clínica. (4ta ed.). Wolters Kluwer.
- Saito, T. Toda, H. Inoue, T. Koga, M. Tanichi, M. Takeshita, S. Nakagawa, R. Nagamine, M. Masuya, J. Tanabe, H. Shimizu, K. Kusumi, I. y Yoshino, A. (2019). Relationship between the subtypes of child abuse and affective temperaments: Comparison of depression and bipolar disorder patients and healthy controls using the reclassified Child Abuse and Trauma Scale. *Journal of affective disorders*, 257, 396–403. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.043>
- Vallati, M. Cunningham, S. Mazurka, R. Stewart, J. Larocque, C. Milev, R. Bagby, R. Kennedy, S. y Harkness, K. (2020). Childhood maltreatment and the clinical characteristics of major depressive disorder in adolescence and adulthood. *Journal of abnormal psychology*, 129(5), 469–479. <https://doi.org/10.1037/abn0000521>

- Vitriol, V. G., Ballesteros, S. T., Florenzano, R. U., Weil, K. P., & Benadof, D. F. (2009). Evaluation of an outpatient intervention for women with severe depression and a history of childhood trauma. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 60(7), 936–942. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.7.936>
- Vitriol, V. Cancino, A. Leiva-Bianchi, M. Serrano, C. Ballesteros, S. Potthoff, S. Cáceres, C. Ormazábal, M. y Asenjo, A. (2017). Depresión adulta y experiencias infantiles adversas: evidencia de un subtipo depresivo complejo en consultantes de la atención primaria en Chile. *Revista médica de Chile*, 145(9), 1145-1153. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000901145>
- Weil, K., Florenzano, R., Vitriol, V., Cruz, C., Carvajal, C., Fullerton, C., & Muñiz, C. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: un estudio empírico [Child battering and adult psychopathology: an empiric study]. *Revista medica de Chile*, 132(12), 1499–1504. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872004001200007>
- Williams, J. y Nieuwsma, J. (2020). Screening for depression in adults. *Uptodate*. Recuperado el 02 de agosto de 2021, de <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults>
- Xiang, X. y Wang, X. (2021). Childhood adversity and major depression in later life: A competing-risks regression analysis. *International journal of geriatric psychiatry*, 36(1), 215–223. <https://doi.org/10.1002/gps.5417>

ANEXOS

ANEXO 1. Formulario de recolección de datos, encuestas o cuestionarios

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N.º de paciente	Edad (años)	Sexo	Instrucción	Estado civil	Tipo de depresión (f32 – f33.9)	Experiencia de haber sufrido castigo físico importante	Daño físico después de haber sido castigado	Contacto sexual forzado con un no familiar	Contacto sexual forzado con un pariente	Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes	Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador	Abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

ANEXO 2. Escala de Trauma de Marshall*

Tipo de evento traumático	Ausente: 0 Presente: 1
Experiencia de haber sufrido castigo físico importante	
Daño físico después de haber sido castigado	
Contacto sexual forzado con un pariente	
Contacto sexual forzado con un no familiar	
Separación traumática del padre, madre o cuidador por más de un mes	
Haber presenciado violencia física entre los padres o cuidador	
Abuso de alcohol o drogas por algún miembro de la familia	
Puntaje Total	

* Adaptado de Marshall, R. D., Schneier, F. R., Lin, S. H., Simpson, H. B., Vermes, D., & Liebowitz, M. (2000).

ANEXO 3. Autorización de la Institución



Guayaquil, 13 de septiembre del 2021

APROBACIÓN DE REALIZACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

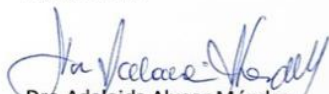
En mi calidad de Jefe de Docencia e Investigación del posgrado de Psiquiatría y Salud Mental que se lleva a efecto en el Instituto de Neurociencias, APRUEBO la realización del proyecto de investigación previo a la obtención del título de Especialista en Psiquiatría y Salud Mental, presentado por el Md. Eduardo Jose Hidalgo Eguiguren, que cumple los lineamientos y metodología requeridos por la Universidad de Guayaquil.

Tema del Anteproyecto de Investigación:

“ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LA EDAD ADULTA”

Por la atención brindada a la presente quedo agradecida.

Atentamente


Dra. Adela Alvear Méndez
Jefe de Docencia e Investigación
Instituto de Neurociencias

Guayaquil, 21 de febrero del 2022

REPORTE DE ANTIPLAGIO

Yo, **Dra. Adelaida Alvear Méndez**, con C.I. **0913657607**, médico tratante en calidad de TUTOR del Proyecto de Investigación realizado por el **Md. Eduardo José Hidalgo Eguiguren** con C.I. **1102753215**, residente de posgrado en la Especialización de **Psiquiatría y Salud Mental** desarrollada en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil, **certifico** la veracidad del reporte de **ANTIPLAGIO URKUND** del proyecto de investigación titulado: **“ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LA EDAD ADULTA”**.

RESULTADO DEL ANÁLISIS – URKUND

Documento: **Tesis Eduardo Hidalgo urkund.docx** (D128323864)
Presentado: 2022-02-18 20:31 (-05:00)
Presentado por: REAL COTTO JHONY JOE (jhony.realc@ug.edu.ec)
Recibido: jhony.realc.ug@analysis.orkund.com
Mensaje: [Mostrar el mensaje completo](#)

1% de estas 16 páginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.

Lista de fuentes

- <https://portal.guiasalud.es/egnc/depression-adulto-definicion/>
- CARDADOR_HERVAS_LAURA_16826865.pdf
- <https://library.co/document/zkwm24z-depression-factores-psicos...>
- <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiqui...>
- articulo final.docx

0 Advertencias. Reiniciar. Compartir.

o perciben síntomas de enfermedad física (Botano, K., Verdum, M. y Ruiz, P., 2021). Se realiza la diferenciación entre depresión y trastorno bipolar tomando en cuenta que la persona con depresión no haya tenido antecedentes de manía o hipomanía (Sadock, B., Sadock, V. y Ruiz, 2018).

En la actualidad se manejan los conceptos de la CIE 10 y DSM-5 para el diagnóstico de depresión, la CIE 10 describe a la depresión como “una psicosis afectiva en la que el ánimo aparece marcadamente deprimido y predominan los sentimientos de tristeza e infelicidad” (Organización Mundial de la Salud, 1993). Mientras que el DSM-5 separa a los capítulos que correlacionan los trastornos bipolares y los depresivos, indica que los trastornos depresivos incluyen: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor, el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y no especificado (American Psychiatric Association, 2014).

Los trastornos depresivos pueden presentarse con una gran variedad de síntomas, los síntomas más comunes se denominan síntomas neurovegetativos, dentro de los

Atentamente,

Dra. Adelaida Alvear Méndez

TUTOR

C.I. 0913657607



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia y Tecnología



SENESCYT
SECRETARÍA NACIONAL DE EDUCACIÓN SUPERIOR,
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: “ASOCIACIÓN ENTRE EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS TRAUMÁTICAS EN LA NIÑEZ Y DESARROLLO DE DEPRESIÓN EN LA EDAD ADULTA”

AUTOR: MD. EDUARDO JOSÉ HIDALGO EGUIGUREN

TUTOR: DRA. ADELAIDA ALVEAR MÉNDEZ

REVISOR: DR. JHONY JOE REAL COTO

INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD: CIENCIAS MÉDICAS

ESPECIALIDAD: PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

FECHA DE PUBLICACIÓN: ABRIL - 2022

No. DE PÁGS: 44

ÁREAS TEMÁTICAS: DEPRESIÓN - PSIQUIATRÍA

PALABRAS CLAVE: Experiencias psicológicas traumáticas de la niñez, depresión, Instituto de Neurociencias.

RESUMEN: Las experiencias psicológicas traumáticas sufridas en la niñez de acuerdo con varios autores se relacionan con el desarrollo de depresión en la edad adulta y con la gravedad de los trastornos depresivos; éstos son un problema de salud pública que causan gran morbilidad a nivel mundial e incrementan el riesgo de suicidio. **Objetivo:** Establecer la asociación entre las experiencias psicológicas traumáticas en la niñez y el desarrollo de depresión en los pacientes hospitalizados con este diagnóstico en el Instituto de Neurociencias de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en el período comprendido entre enero y diciembre del 2020. **Materiales y método:** es de tipo correlacional, cuantitativa, no experimental de corte transversal; se recolectaron datos del departamento de estadística y de las historias clínicas de pacientes ingresados con diagnóstico de depresión. **Resultados:** Se encontró una correlación positiva entre las experiencias psicológicas traumáticas ocurridas en la niñez y el desarrollo de depresión en la edad adulta para la población estudiada, se determinó que cuatro experiencias traumáticas de las siete estudiadas tienen correlación estadísticamente significativa con el desarrollo de depresión. **Conclusiones** se determinó que las personas que sufrieron experiencias traumáticas en la niñez tienen una probabilidad siete veces mayor de presentar depresión grave que las personas que no tuvieron este tipo de experiencias.

No. DE REGISTRO (en base de datos):

No. DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

☒ SI

☐ NO

CONTACTO CON AUTOR:

Teléfono: 0991460198

E-mail: eduhidalgo@yahoo.com

CONTACTO EN LA INSTITUCIÓN:

Nombre: SECRETARÍA COORDINACIÓN DE POSGRADO

Teléfono: 2288086

E-mail: postgrado-fcm@ug.edu.ec