

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA



**“Prevalencia y factores asociados a síntomas
depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de
Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2017”**

Tesis presentada por la Bachiller:

Aimeé Gleiwytz Irigoyen Mamani

Para optar el Título Profesional de:

Médica – Cirujana

**ASESOR: DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS
RODRÍGUEZ**

AREQUIPA – PERÚ

2017



*El arte de la Medicina consiste en entretener
al paciente mientras la naturaleza cura la
enfermedad*

Voltaire



DEDICATORIA

A mi madre por su gran apoyo y paciencia a lo largo del camino.

A la memoria de mis abuelitos quienes esperaron este momento y ahora pueden verlo desde el cielo.



AGRADECIMIENTO

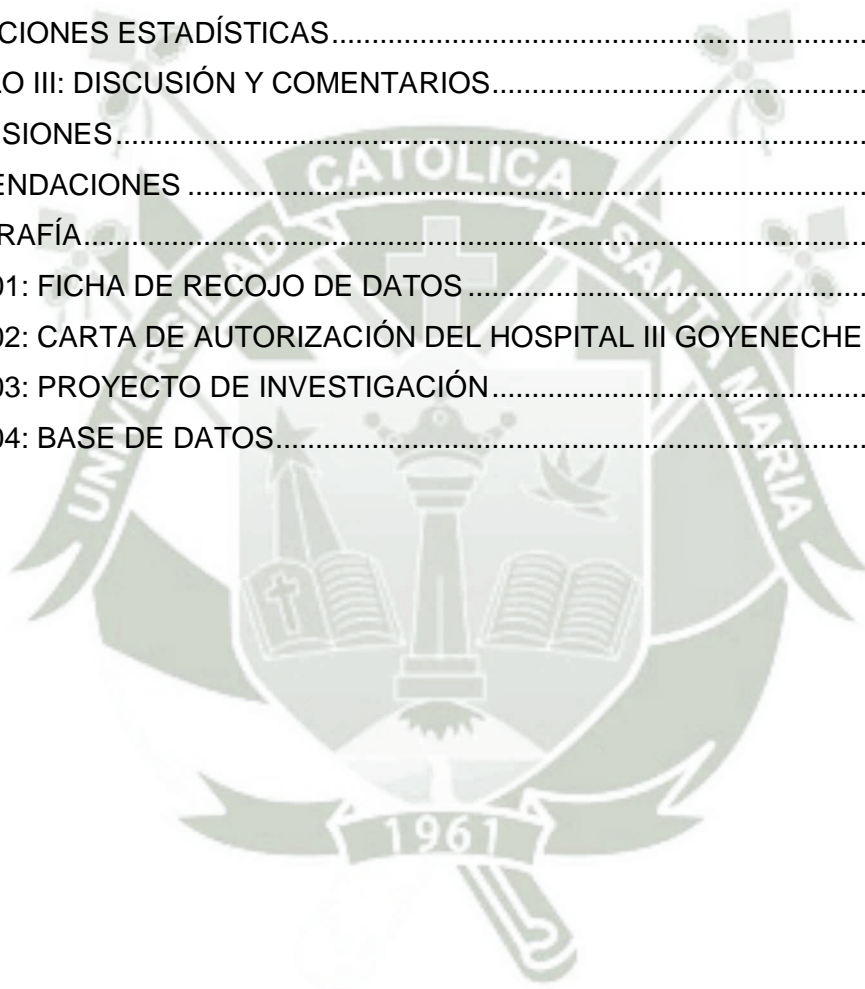
A mi Dios por guiar mi camino.

A mi familia por apóyame
incondicionalmente.

A mis maestros por sus enseñanzas.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I: MATERIAL Y MÉTODOS	11
CAPÍTULO II: RESULTADOS	13
1.- FACTORES ASOCIADOS	14
2.- SÍNTOMAS DEPRESIVOS.....	20
3.- RELACIONES ESTADÍSTICAS.....	21
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	31
CONCLUSIONES.....	37
RECOMENDACIONES	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXO 01: FICHA DE RECOJO DE DATOS	43
ANEXO 02: CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ	46
ANEXO 03: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	47
ANEXO 04: BASE DE DATOS.....	69



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de niños hospitalizados según edad y sexo	14
Tabla 2 Distribución de niños hospitalizados según tipo de familia	15
Tabla 3 Distribución de niños hospitalizados según procedencia	16
Tabla 4 Distribución de niños hospitalizados según la presencia directa de los padres durante la hospitalización	17
Tabla 5 Distribución del ingreso niños a hospitalizados según grupo de patologías de acuerdo al CIE 10.....	18
Tabla 6 Distribución de tiempo de hospitalización de los niños estudiados.....	19
Tabla 7 Prevalencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados	20
Tabla 8 Relación entre la edad de los niños hospitalizados y síntomas depresivos	21
Tabla 9 Relación entre el sexo de los niños hospitalizados y los síntomas depresivos	22
Tabla 10 Relación del tipo de familia de los niños hospitalizados y los síntomas depresivos	23
Tabla 11 Relación del lugar de procedencia y la ocurrencia de síntomas depresivos	24
Tabla 12 Relación de la compañía directa de padres de los niños hospitalizados y los síntomas depresivos	25
Tabla 13 Relación del motivo de ingreso de los niños hospitalizados y grupo de patologías de acuerdo al CIE 10	26
Tabla 14 Relación del periodo de estancia de los niños hospitalizados y síntomas depresivos	28
Tabla 15 Consolidado de factores asociados con síntomas depresivos en niños hospitalizados	29

RESUMEN

La depresión puede afectar a niños, y la hospitalización puede ser un factor agravante para la aparición de síntomas depresivos, por esta razón se busca determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión infantil en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa. Para lograrlo se entrevistaron 87 niños hospitalizados durante el primer trimestre del 2017 aplicando la escala de depresión infantil de Kovacs. En nuestro resultado se encontró que, la mayoría de niños son varones (54%) tienen menos de diez años, proceden de familias nucleadas, proceden de la provincia de Arequipa, el 19.10% de niños permaneció sin compañía directa de los padres. El 49.43% de casos se hospitalizó por morbilidad en patología digestiva, dentro de las cuales predomina la apendicitis aguda. El 42.53% de niños permaneció por uno a cinco días, 47.13% estuvo de 6 a 10 días. Uno de cada diez niños hospitalizados expresa sintomatología compatible con la depresión (8.05). Hubo mayor proporción de síntomas depresivos en mujeres (10%) a comparación con el sexo masculino (6.38%), es decir de cada 100 niñas hospitalizadas 10 tienen síntomas depresivos, cuando el niño estaba sin compañía directa de los padres la prevalencia de síntomas depresivos es mayor (11.76%). La presencia de síntomas depresivos tiende a incrementarse con la mayor estancia hospitalaria, pasado de 5.41% cuando la estancia es de 1 a 5 días, pasa a 7.32% entre los 6 y 10 días; sube a 20% entre los 11 y 15 días, y a 25% cuando la estancia es superior a los 15 días, en todos los casos se aplicó la prueba de χ^2 , no encontrando diferencias estadísticamente significativas entre la depresión y sus factores asociados. ($p > 0.05$)

PALABRAS CLAVE: Test Kovacs, Depresión Infantil, Niños Hospitalizados.

ABSTRACT

The depression can affect children, and the hospitalization can be an aggravating factor for the appearance of depressive symptoms, for this reason it is looked for to determine the prevalence and factors associated to the infantile depression in children hospitalized in the Service of Pediatrics of the Hospital Goyeneche of Arequipa. To achieve it 87 children they interviewed hospitalized during the first trimester of the 2017 applying the scale of infantile depression of Kovacs. In our result it was found that, most of children are male (54%) they have less than ten years, they come from rooted families, they come from the county of Arequipa, 19.10% of children remained without the parents' direct company. 49.43% of cases was hospitalized by morbilidad in the digestive system, inside which the sharp appendicitis prevails. 42.53% of children remained for one to five days, 47.13% was from 6 to 10 days. One of each ten children hospitalized expressed compatible sintomatología with the depression (8.05). there was bigger proportion of depressive symptoms in women (10%) to comparison with the masculine sex (6.38%), that is to say of each 100 girls hospitalized 10 they have depressive symptoms, when the boy was without the parents' direct company the prevalence of depressive symptoms it is bigger (11.76%). The presence of depressive symptoms spreads to be increased with the biggest hospital stay, past of 5.41% when the stay is from 1 to 5 days, it passes to 7.32% between the 6 and 10 days; it ascends to 20% between the 11 and 15 days, and to 25% when the stay is superior to the 15 days, in all the cases the chi2 test was applied, not finding differences statistically significant between the depression and its associate factors. ($p > 0.05$)

PASSWORD: Test Kovacs, Infantile Depression, Hospitalized Children.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es un importante problema de salud pública que afecta a unos 120 millones de personas. Se predice que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad a nivel mundial en países desarrollados, mientras que en países en vías de desarrollo será la primera causa. En la actualidad es la cuarta causa de discapacidad en el mundo.¹

La magnitud de los trastornos mentales en niños y adolescentes ha sido declarada un verdadero problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyos reportes señalan que el 20% de los niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental entre ellos la depresión.²

Desde el año 2014 el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” señala que el 3,5% de la población infantil de 6 a 10 años y el 8% de adolescentes peruanos sufren de episodios depresivos, siendo más frecuente en el sexo femenino.³

La depresión en la infancia ha sido cuestionada durante varios años, pues recién en la década de 1970 es reconocida como una entidad patológica independiente. Después de su reconocimiento, la investigación de la depresión infantil ha avanzado hasta convertirse en la actualidad en uno de los temas más importantes de la psicopatología infantil.⁴

Para el niño, la hospitalización es un estímulo desencadenante de malestar, que puede conllevar alteraciones en el ámbito físico y psíquico. La permanencia en el hospital de los pacientes pediátricos es breve, aunque algunos niños y adolescentes con enfermedades crónicas o terminales permanecen varias semanas o meses en el hospital.⁵

^{1,2} Prevención de los desórdenes mentales, Intervenciones efectivas y opciones de políticas OMS Ginebra.

³ Instituto nacional de salud mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” Anales de salud mental, Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes en Lima Metropolitana y el Callao 2007 volumen xxviii 2012,

⁴ Manual de psicología clínica infantil y del adolescente, Trastornos generales 2007-141

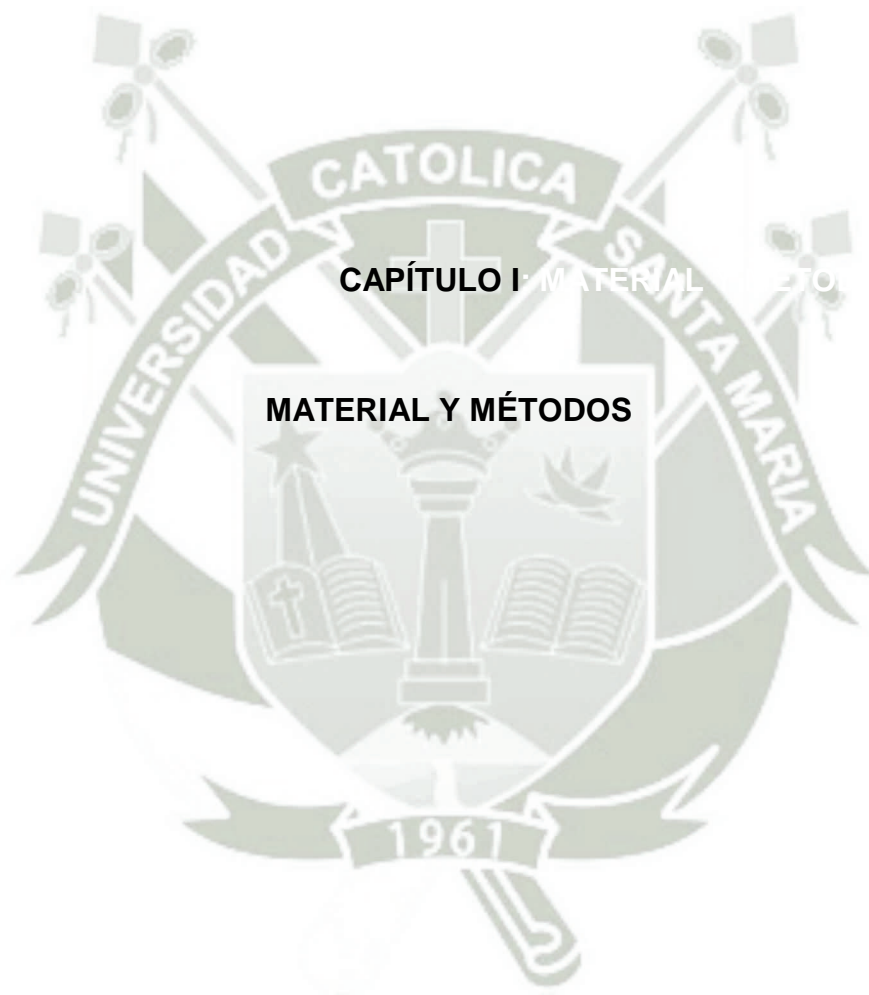
⁵ Psicología de la salud -Shelley E .Taylor 2006 ,234

La aparición de cualquier enfermedad en un niño genera un conflicto. Si dicha enfermedad es suficientemente severa como para requerir el ingreso hospitalario, entonces el conflicto inicial se agiganta, al integrarse el niño en un nuevo sistema, lo cual constituye una nueva fuente de tensiones y conflictos que añadir a las ya existentes por su enfermedad

Durante la hospitalización se pueden analizar factores que podrían favorecer la aparición de síntomas depresivos en niños entre ellos la edad o el sexo, el motivo de la hospitalización, la duración de la hospitalización, si el niño es acompañado o no y el tipo de familia del que procede.

Así por ejemplo niños sin compañía durante la hospitalización, por separación de la madre, serían más propensos a tener alteraciones psicológicas entre ellas la depresión, pues fue esta causa señalada como una etiología sugerente.

A nivel nacional y regional existen pocas publicaciones de la magnitud del problema lo cual justifica la siguiente investigación, que busca establecer la prevalencia y los factores asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa.



MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó la técnica de la entrevista, a través de una ficha de preguntas cerradas en coherencia con el test de Kovacs; la población entrevistada fue de 87 niños con edad entre los 07 y 14 años, quienes estuvieron hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche durante los meses de enero a marzo del presente año.

En el estudio se utilizó un test validado con un alto valor de confiabilidad expresado en el alfa de Cronbach (0.90), lo cual convierte al Test de Kovacs en un instrumento útil para medir la depresión en la población infantil.

Para la recolección de la información se realizó coordinaciones con la Dirección del Hospital y jefatura del servicio de Pediatría, a fin de obtener autorización para realizar el estudio en coordinación con los padres de familia encargados del niño.

Los resultados fueron procesados utilizando la base de datos Excel y el software estadístico SPSS 22.0; una vez obtenidos los datos, estos fueron contados, tabulados y procesados estadísticamente. Los resultados se presentan en tablas, acompañados de la prueba de χ^2 para analizar relaciones estadísticas.



1.- FACTORES ASOCIADOS

Tabla 1 Distribución de niños hospitalizados según edad y sexo

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
7-8 años	8	9.20%	15	17.24%	23	26.44%
9-10 años	21	24.14%	9	10.34%	30	34.48%
11-12 años	10	11.49%	5	5.75%	15	17.24%
13-14 años	8	9.20%	11	12.64%	19	21.84%
Total	47	54.02%	40	45.98%	87	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Edad promedio

- Masculino: 10.30 años
- Femenino: 10.20 años
- Total: 10.25 años

El 54% son varones en comparación de las mujeres que representan el 45.98%; respecto a los grupos de edad, seis de cada diez niños tienen menos de diez años (entre 7 y 8 años tenemos un 26.44% y de 9 - 10 años un 34.48%). La edad promedio de los niños hospitalizados fue de 10.25 años.

Tabla 2 Distribución de niños hospitalizados según tipo de familia

	N°	%
Nucleada	61	70.11%
Monoparental	17	19.54%
Reconstituida	5	5.75%
Disgregada	4	4.60%
Total	87	100.00%


Fuente: elaboración propia.

El 70.11% de niños proceden de familias nucleadas donde participa la unidad básica de la familia, es decir el padre y madre lo cual es positivo para el desenvolvimiento físico y mental del niño; de otra parte se observa un porcentaje significativo donde se tiene a un solo miembro como encargado del núcleo familiar que corresponde a familias monoparental donde se tiene presencia frecuentemente de la madre (19.54%); y en menor proporción tenemos niños hospitalizados provenientes de familias reconstituidas (5.75%) y Disgregadas (4.60%).

Tabla 3 Distribución de niños hospitalizados según procedencia

	N°	%
Arequipa	68	78.16%
Fuera de Arequipa	19	21.84%
Total	87	100.00%

Fuente: elaboración propia.



El 78.16% de niños hospitalizados proceden de la provincia de Arequipa y el 21.84% proviene de otras provincias y/o departamentos. El Hospital Goyeneche es un importante centro de referencia y contra-referencia en el departamento de Arequipa, es de esperar que la mayor población de atendidos procedan de la propia provincia.

Tabla 4 Distribución de niños hospitalizados según la presencia directa de los padres durante la hospitalización

	N°	%
Con compañía directa de padres	70	80.46%
Sin compañía directa de padres	17	19.10%
Total	87	100.00%

Fuente: elaboración propia.

El 19.10% de niños hospitalizados permaneció sin compañía directa de los padres en comparación con la mayoría de los niños quienes tuvieron el acompañamiento de los padres, lo cual concuerda con el tipo de familia nuclear y monoparental de donde proceden.

Tabla 5 Distribución del ingreso niños a hospitalizados según grupo de patologías de acuerdo al CIE 10

	N°	%
De la Piel	6	6.90
Del Ojo	1	1.15
Digestiva	43	49.43
Genitourinario	6	6.90
Hemato - Oncológica	5	5.75
Infecciosa	3	3.45
Malformación congénita	1	1.15
Neurológica	1	1.15
Osteomuscular	2	2.30
Respiratoria	11	12.64
Traumatismo	8	9.20
Total	87	100.00

Fuente: elaboración propia.

Se muestran los principales motivos de hospitalización de los niños; el 49.43% de los niños se hospitalizó por compromiso de patología digestiva, dentro de las cuales predomina la apendicitis y gastroenteritis agudas entre las más frecuentes; continúan patologías respiratorias corresponde al 12.64%, que muestra cuadros de neumonía y crisis asmática; el 9.20% fue hospitalizado por Traumatismos diversos como fracturas y heridas.

Tabla 6 Distribución de tiempo de hospitalización de los niños estudiados

	N°	%
1-5 días	37	42.53%
6-10 días	41	47.13%
11-15 días	5	5.75%
> 15 días	4	4.60%
Total	87	100.00%

Fuente: elaboración propia.

El 42.53% de niños permaneció por uno a cinco días, 47.13% estuvo de 6 a 10 días, y 5.75% de niños la estancia fue de 11 a 15 días y solo un 4.60% de casos estuvo más de 15 días; la estancia promedio fue de 6.89 días. En general la mayoría de niños están en hospitalización menos de 10 días, el cuadro patológico corresponde apendicitis y complicaciones en la recuperación del niño.

2.- SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Tabla 7 Prevalencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados

	N°	%
Sin síntomas depresivos	80	91.95%
Con síntomas depresivos	7	8.05%
Total	87	100.00%

Fuente: elaboración propia.

Uno de cada diez niños hospitalizados expresa sintomatología depresiva (8.05%), sin embargo la mayoría de ellos no tienen síntomas depresivos (91.95%), en otros estudios realizado por Alvarado (2005) en Hospital Almenara se encontró una prevalencia del 23.53% de niños con síntomas depresivos.

3.- RELACIONES ESTADÍSTICAS

Tabla 8 Relación entre la edad de los niños hospitalizados y síntomas depresivos

Edad	Total	Con s. depresivos		Sin s. depresivos	
		N°	%	N°	%
7-8 años	23	2	8.70%	21	91.30%
9-10 años	30	3	10.00%	27	90.00%
11-12 años	15	2	13.33%	13	86.67%
13-14 años	19	0	0.00%	19	90.48%
Total	87	7	8.05%	80	91.95%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 1.48$

G. libertad = 3

$p = 0.69$

Edad promedio (mín – máx):

- Con s. depresivos: 9.57 años (7 – 14 años)
- Sin s. depresivos: 10.31 años (7 – 14 años)

Se encontraron síntomas depresivos en 8.70% de niños de 7 a 8 años, se incrementó a 10% de niños con 9 a 10 años, y a 13.33% de casos entre los 11 y 12 años, no se encontró entre los 13 y 14 años; las diferencias no obstante no resultaron significativas ($p > 0.05$), y la edad promedio de los niños con síntomas depresivos fue de 9.57 años, y para los casos sin síntomas depresivos fue de 10.31 años ($p > 0.05$), similares hallazgos fueron corroborados con la Investigación realizada por Alvarado (2005) donde tampoco se encontró relación entre la edad y síntomas depresivos en niños hospitalizados.

Tabla 9 Relación entre el sexo de los niños hospitalizados y los síntomas depresivos

Sexo	Total	Con s. depresivos		Sin s. depresivos	
		N°	%	N°	%
Masculino	47	3	6.38%	44	93.62%
Femenino	40	4	10.00%	36	90.00%
Total	87	7	8.05%	80	91.95%

Fuente: elaboración propia

Chi² = 0.38 G. libertad = 1 p = 0.54

Hubo mayor proporción de síntomas depresivos en mujeres (10%) a comparación con el sexo masculino (6.38%), es decir de cada 100 niñas hospitalizadas 10 tienen síntomas depresivos y la presencia de estos mismos síntomas en niños es menor (6 por cada 100). Estas diferencias no son significativas ($p > 0.05$).

Nuestros hallazgos se corroboran con la investigación de Alvarado (2005) quien encontró mayor prevalencia de niñas (32 de cada 100 niñas).

Tabla 10 Relación del tipo de familia de los niños hospitalizados y los síntomas depresivos

Familia	Total	Con s. depresivos		Sin s. depresivos	
		N°	%	N°	%
Nucleada	61	6	9.84%	55	90.16%
Monoparental	17	1	5.88%	16	94.12%
Reconstituida	5	0	0.00%	5	100.00%
Disgregada	4	0	0.00%	4	100.00%
Total	87	7	8.05%	80	91.95%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 1.16$ G. libertad = 3 $p = 0.76$

Se encontró síntomas depresivos en 9.84% de niños hospitalizados que provienen de familia nucleada, y en 5.88% de niños de familias monoparentales, y no se observaron entre los demás tipos de familia, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Nuestros hallazgos se corroboran con la investigación de Alvarado (2005) este estudio se realizó en la ciudad de Lima donde se expone condiciones más difícil para desarrollar vida en familia en ambiente nucleares, a diferencia de Arequipa.

Tabla 11 Relación del lugar de procedencia y la ocurrencia de síntomas depresivos

Procedencia	Total	Con s. depresivos		Sin s. depresivos	
		N°	%	N°	%
Arequipa	68	5	7.35%	63	92.65%
Fuera de Arequipa	19	2	10.53%	17	89.47%
Total	87	7	8.05%	80	91.95%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 0.20$ G. libertad = 1 $p = 0.65$

El 10.53% de niños hospitalizados que provienen de ámbitos geográficos fuera de Arequipa (otras provincias y departamentos) presentan síntomas depresivos , y un 7.35% de niños con síntomas depresivos provenían del Departamento de Arequipa, las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Tabla 12 Relación de la compañía directa de padres de los niños hospitalizados y los síntomas depresivos

Compañía	Total	Con s. depresivos		Sin s. depresivos	
		N°	%	N°	%
Con compañía directa	70	5	7.14%	65	92.86%
Sin compañía directa	17	2	11.76%	15	88.24%
Total	87	7	8.05%	80	91.95%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 0.39$

G. libertad = 1

$p = 0.53$

Se observa que la relación de la compañía directa de padres durante la hospitalización y la presencia de síntomas depresivos; cuando el niño estaba sin compañía directa de los padres la prevalencia de síntomas depresivos es mayor (11.76%) a comparación de aquellos niños que también exponen síntomas depresivos en compañía de sus padres (7.14%), sin embargo las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

Tabla 13 Relación del motivo de ingreso de los niños hospitalizados y grupo de patologías de acuerdo al CIE 10

	Total	Con s. depresivos		Sin s. depresivos	
		N°	%	Total	N°
De la Piel	6	0	.00%	6	100.00%
Del Ojo	1	0	.00%	1	100.00%
Digestiva	43	7	16.28%	36	83.72%
Genitourinario	6	0	.00%	6	100.00%
Hemato - Oncológica	5	0	.00%	5	100.00%
Infecciosa	3	0	.00%	3	100.00%
Malformación congénita	1	0	.00%	1	100.00%
Neurológica	1	0	.00%	1	100.00%
Osteomuscular	2	0	.00%	2	100.00%
Respiratoria	11	0	.00%	11	100.00%
Traumatismo	8	0	.00%	8	100.00%
Total	87	7	8.05%	80	91.95%

Fuente: elaboración propia.

Chi² = 7.790

G. libertad = 10

p = 0.649

Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos en casos de niños hospitalizados fueron por afectación de patología digestiva (16.28%) es decir que, de cada 100 niños hospitalizados por patologías digestivas 16 niños presentan síntomas depresivos, mientras que en los demás cuadros de hospitalización no se encontraron síntomas depresivos. Las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

A diferencia de otros hallazgos como Cesar Soutullo (2010) quien indica que las enfermedades médicas que más se han relacionado con la depresión en niños son la dermatitis atópica, asma, epilepsia, las enfermedades reumáticas y la obesidad y según Renato D Alarcón (2005) la depresión es frecuente en los niños y adolescentes con diagnóstico de diabetes mellitus, en nuestro estudio se evidencia que los cuadros de patología digestiva presenta mayor sintomatología depresiva.



Tabla 14 Relación del periodo de estancia de los niños hospitalizados y síntomas depresivos

Estancia	Total	Con s. depresivos		Sin s. depresivos	
		N°	%	N°	%
1-5 días	37	2	5.41%	35	94.59%
6-10 días	41	3	7.32%	38	92.68%
11-15 días	5	1	20.00%	4	80.00%
>15 días	4	1	25.00%	3	75.00%
Total	87	7	8.05%	80	91.95%

Fuente: elaboración propia.

$\chi^2 = 2.90$ G. libertad = 4 $p = 0.41$

Estancia promedio (mín – máx):

- Con s. depresivos: 8.86 días
- Sin s. depresivos : 6.71 días

Prueba t = 0.86 G. libertad = 85 $p = 0.39$

La presencia de síntomas depresivos tiende a incrementarse con la mayor estancia hospitalaria, pasa de 5.41% cuando la estancia es de 1 a 5 días, a 7.32% cuando se tiene una estancia de 6 y 10 días; sube a 20% entre los 11 y 15 días, y se incrementa a 25% cuando la estancia es superior a los 15 días; al aplicar la prueba de χ^2 no se encontró diferencias significativas entre el número de días de estancia hospitalaria y los síntomas depresivos. ($p > 0.05$).

La tendencia reportada es similar a diferentes estudios, donde se corrobora que a mayor tiempo de hospitalización los síntomas depresivos tienen a incrementarse, en esos estudios se tomó en cuenta una mayor población de niños, a pesar que en el estudio realizado no se tiene diferencias estadísticamente significativas, se debe ampliar el universo en estudio para mejorar inferencias.

Tabla 15 Consolidado de factores asociados con síntomas depresivos en niños hospitalizados

			Con s. depresivos		Sin s. depresivos		X ² (p)
	Total	N°	%	N°	%		
Edad	7-8 años	23	2	8.70%	21	91.30%	1.48 (0.69)
	9-10 años	30	3	10.00%	27	90.00%	
	11-12 años	15	2	13.33%	13	86.67%	
	13-14 años	21	0	0.00%	19	90.48%	
Sexo	Masculino	47	3	6.38%	44	93.62%	0.38 (0.54)
	Femenino	40	4	10.00%	36	90.00%	
Familia	Nucleada	61	6	9.84%	55	90.16%	1.16 (0.76)
	Monoparental	17	1	5.88%	16	94.12%	
	Reconstituída	5	0	0.00%	5	100.00%	
	Disgregada	4	0	0.00%	4	100.00%	
Procedencia	Arequipa	68	5	7.35%	63	92.65%	0.20 (0.65)
	Fuera de Arequipa	19	2	10.53%	17	89.47%	
Compañía	Con compañía directa	70	5	7.14%	65	92.86%	0.39 (0.53)
	Sin compañía directa	17	2	11.76%	15	88.24%	
Motivo de ingreso	De la Piel	6	0	.00%	6	100.00%	7.79 (0.64)
	Del Ojo	1	0	.00%	1	100.00%	
	Digestiva	43	7	16.28%	36	83.72%	
	Genitourinario	6	0	.00%	6	100.00%	
	Hemato - Oncológica	5	0	.00%	5	100.00%	
	Infeciosa	3	0	.00%	3	100.00%	
	Malformación congénita	1	0	.00%	1	100.00%	
	Neurológica	1	0	.00%	1	100.00%	
	Osteomuscular	2	0	.00%	2	100.00%	
	Respiratoria	11	0	.00%	11	100.00%	
	Traumatismo	8	0	.00%	8	100.00%	

Estancia	1-5 días	37	2	5.41%	35	94.59%	
	6-10 días	41	3	7.32%	38	92.68%	2.90
	11-15 días	5	1	20.00%	4	80.00%	(0.41)
	>15 días	4	1	25.00%	3	75.00%	
Total		87	7	8.05%	80	91.95%	

Fuente: elaboración propia.



CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Según nuestro estudio, la mayoría de niños son varones (54%) en comparación de las mujeres que representan el 45.98%; respecto a los grupos de edad, seis de cada diez niños tienen menos de diez años (entre 7 y 8 años tenemos un 26.44% y de 9 - 10 años un 34.48%).

El 70.11% de niños proceden de familias nucleadas donde participa la unidad básica de la familia, es decir el padre y madre lo cual es positivo para el desenvolvimiento físico y mental del niño; de otra parte se observa un porcentaje significativo donde se tiene a un solo miembro como encargado del núcleo familiar que corresponde a familias monoparental donde se tiene presencia frecuentemente de la madre (19.54%); y en menor proporción tenemos niños hospitalizados provenientes de familias reconstituidas (5.75%) y Disgregadas (4.60%).

El 78.16% de niños hospitalizados proceden de la provincia de Arequipa y el 21.84% proviene de otras provincias y/o departamentos. El Hospital Goyeneche es un importante centro de referencia y contra-referencia en el departamento de Arequipa, es de esperar que la mayor población de atendidos procedan de la propia provincia.

El 19.10% de niños hospitalizados permaneció sin compañía directa de los padres en comparación con la mayoría de los niños quienes tuvieron el acompañamiento de los padres (7.14%), lo cual concuerda con el tipo de familia nuclear y monoparental de donde proceden.

Se muestran los principales motivos de hospitalización de los niños; el 49.43% de los niños se hospitalizo por compromiso de patología digestiva, dentro de las cuales predomina la apendicitis y gastroenteritis agudas, entre las más

frecuentes; continúan patologías respiratorias corresponde al 12.64%, que muestra cuadros de neumonía y crisis asmática; el 9.20% fue hospitalizado por Traumatismos diversos como fracturas y heridas.

El 42.53% de niños permaneció por uno a cinco días, 47.13% estuvo de 6 a 10 días, y 5.75% de niños la estancia fue de 11 a 15 días y solo un 4.60% de casos estuvo más de 15 días; la estancia promedio fue de 6.89 días, con un rango entre 01 y 41 días. En general la mayoría de niños están en hospitalización menos de 10 días, el cuadro patológico corresponde apendicitis y complicaciones en la recuperación del niño.

Uno de cada diez niños hospitalizados expresa sintomatología compatible con la depresión (8.05), sin embargo la mayoría de ellos no tienen síntomas depresivos (91.95%), en otros estudios realizado por Alvarado (2005) en Hospital Almenara se encontró una prevalencia del 23.53% de niños con síntomas depresivos.

Además cabe señalar que en la tesis “Características de los Síntomas Depresivos en niños de 7 a 14 años Institucionalizados en Casas Hogares de la Ciudad de Arequipa Diciembre 2006 – Enero 2007” de Riveros Tejada quien encontró una prevalencia de Síntomas Depresivos del 49.4%

Y que en la tesis “Características socio-epidemiológicas y síntomas depresivos en niños de 8 a 12 años del distrito de José Luis Bustamante y Rivero 2011” de Vargas Quecaño obtuvo una prevalencia de síntomas depresivos de 11.5%.

Comparando nuestro estudio con el primer estudio podemos afirmar que los estados de enfermedad orgánica constituyen un factor predisponente para la presentación de síntomas depresivos

vemos que la prevalencia es un poco mayor en estudios realizados en casas hogares donde por lo general los niños padecen más problemas emocionales y

proviene de familias monoparentales o disfuncionales lo que contribuiría a mayores cifras de síntomas depresivos.

Se encontraron síntomas depresivos en 8.70% de niños de 7 a 8 años, se incrementó a 10% de niños con 9 a 10 años, y a 13.33% de casos entre los 11 y 12 años, no se encontró entre los 13 y 14 años; las diferencias no obstante no resultaron significativas ($p > 0.05$), y la edad promedio de los niños con síntomas depresivos fue de 9.57 años, y para los casos sin síntomas depresivos fue de 10.31 años ($p > 0.05$), similares hallazgos fueron corroborados con la investigación realizada por Alvarado (2005) donde tampoco se encontró relación entre la edad y síntomas depresivos en niños hospitalizados.

Comparando con el estudio Alvarado JA en quien halló síntomas depresivos en niños con una edad promedio de 10.8 años y Zevallos Riveros (2011) encuentra que el 55% de su población de niños con depresión infantil corresponden a 12-14 años.

En el estudio se puede ver que la edad que predominantemente que presento síntomas depresivos fue la de 11 y 12 años con un 13.33%. Y con lo indicado en la literatura quien según Charles Portilla (2009) la edad de comienzo de depresión mayor es los 11 años de edad y que la adolescencia intermedia o final es la edad más común de la primera depresión o síntomas significativos (14.3 años) (24)

Hubo mayor proporción de síntomas depresivos en mujeres (10%) a comparación con el sexo masculino (6.38%), es decir de cada 100 niñas hospitalizadas con síntomas depresivos 10 tienen síntomas depresivos y la presencia de estos mismos síntomas en niños es menor a razón de 6 por cada 100. Estas diferencias no son significativas ($p > 0.05$).

Nuestros hallazgos se corroboran con la investigación de Alvarado (2005) quien encontró mayor prevalencia de niñas (32%) sin embargo las proporciones son mayores.

Zevallos R. quien en su estudio encontró que el 80.6 % son del sexo femenino y 19.4% varones. Podemos corroborar con la literatura según Kaplan & Sadock (2015) quien indica que la prevalencia de depresión infantil es 2 a 3 veces más en mujeres que en niños. Podemos deducir que los síntomas depresivos son más frecuentes en el sexo femenino. (23)(25)

Se encontró síntomas depresivos en 9.84% de niños hospitalizados que provienen de familia nucleada, y en 5.88% de niños de familias monoparentales, y no se observaron entre los demás tipos de familia, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Nuestros hallazgos se corroboran con la investigación de Alvarado (2005) este estudio se realizó en la ciudad de Lima donde se expone condiciones más difícil para desarrollar vida en familia en ambiente nucleares, a diferencia de Arequipa.

Comparando con Zevallos Riveros quien nos indica que y un 55.2% que vivía con ambos padres presentaba depresión y el 35.8% de niños que vivían solo con la madre también la presentaban. De igual manera en mi estudio la mayor parte de sintomatología depresiva provenía de familia nucleada y sin restar importancia al porcentaje correspondiente de familia monoparental. Esto podría deberse a que si bien es cierto se sabe el tipo de familia del que proviene el niño pero muchas veces dentro de las familias también hay factores condicionantes como familias patriarcales que no permiten expresión de emociones de los niños y estos constituyen factores agravantes para sintomatología depresiva.

Podemos contrastar según Michael Gelder(2003) indica que al crecer con un solo progenitor o con una nueva familia los niños muestran mas problemas que aquellos que viven con 2 conyugues y presentan mas problemas de salud y fracaso emocional.(26)

El 10.53% de niños hospitalizados que provienen de ámbitos geográficos fuera de Arequipa (otras provincias y departamentos) presentan síntomas depresivos, y un 7.35% de niños con síntomas depresivos provenían del Departamento de Arequipa, al no contar con estudios similares en la localidad usando esta variable no podemos hacer comparaciones las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Se observa que la relación de la compañía directa de padres durante la hospitalización y la presencia de síntomas depresivos; cuando el niño estaba sin compañía directa de los padres la prevalencia de síntomas depresivos es mayor (11.76%) a comparación de aquellos niños que también exponen síntomas depresivos en compañía de sus padres, sin embargo las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0.05$).

Según López Fernández el trauma de la separación de la madre, como la incorporación a un ambiente desconocido (hospital), adquiere una muy desfavorable resonancia para el desarrollo psíquico del niño. Cuando los niños son acompañados por sus madres en el ingreso, este trauma es mucho mejor tolerado. Por lo cual podríamos deducir que a menor compañía hospitalaria principalmente de la madre mayor cantidad de síntomas depresivos (27)

Se encontró mayor prevalencia de síntomas depresivos en casos de niños hospitalizados fueron por afectación de patología digestiva (16.28%) es decir que, de cada 100 niños hospitalizados por patologías digestivas 16 niños presentan síntomas depresivos, mientras que en los demás cuadros de hospitalización no se encontraron síntomas depresivos. Las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

Comparando con el estudio de Alvarado R. quien encontró mayor cantidad de síntomas depresivos en patología Hemato-oncológica 45,45%, seguida de la renal en un 28.57%, digestiva 18.18%, infecciosa 20% y neurológica 20 %, respiratoria 16.67%.

A diferencia de otros hallazgos como Cesar Soutullo (2010) quien indica que las enfermedades médicas que más se han relacionado con la depresión en niños son la dermatitis atópica, asma, epilepsia, las enfermedades reumáticas y la obesidad y según Renato D Alarcón (2005) la depresión es frecuente en los niños y adolescentes con diagnóstico de diabetes mellitus, en nuestro estudio se evidencia que los cuadros de patología digestiva presenta mayor sintomatología depresiva. (28)(29)

La patología predominante en según el sistema afectado fue la apendicitis aguda que pertenece a un cuadro de evolución aguda, comparando con, el estudio de Alvarado se trata de cuadros de patologías de evolución crónica como la patología hematológica-oncológica que tuvo una prevalencia de síntomas depresivos (45.45%).

La presencia de síntomas depresivos tiende a incrementarse con la mayor estancia hospitalaria, pasado de 5.41% cuando la estancia es de 1 a 5 días, pasa a 7.32% entre los 6 y 10 días; sube a 20% entre los 11 y 15 días, y a 25% cuando la estancia es superior a los 15 días, aunque las diferencias no resultaron significativas ($p > 0.05$).

La tendencia reportada es similar a diferentes estudios, donde se corrobora que a mayor tiempo de hospitalización los síntomas depresivos tienen a incrementarse, en esos estudios se tomó en cuenta una mayor población de niños, a pesar que en el estudio realizado no se tiene diferencias estadísticamente significativas, se debe ampliar el universo en estudio para mejorar inferencias.

CONCLUSIONES

Primera.- Uno de cada diez niños que se encuentran hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital III Goyeneche presentan síntomas depresivos.

Segunda.- Los principales factores asociados a los síntomas depresivos en niños hospitalizados en el servicio de Pediatría del Hospital III Goyeneche se exponen en edades de 11 a 12 años, del sexo femenino, provienen de otras provincias, quienes no cuentan con compañía directa de los padres, atendidos por patología digestiva y a mayor periodo de hospitalización.

Tercera.- Existe una tendencia creciente en cuanto a la presencia de síntomas depresivos en niñas con mayores periodos de hospitalización y sin la presencia directa de padres, sin embargo, no se encontró diferencias estadísticamente significativas.

RECOMENDACIONES

Primera.- Se recomienda a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María diseñar un sistema de monitoreo de la depresión infantil a través de la compilación de investigación, y coordinación con establecimientos de Salud en el Departamento de Arequipa para generar estrategias que sinergicen el accionar de las diferentes instituciones involucradas.

Segunda.- Se recomienda al Departamento de Pediatría del Hospital Goyeneche realizar evaluaciones de depresión infantil en niños especialmente en el área de cirugía pediátrica y con estancias hospitalarias prolongadas en el servicio.

Tercera.- Se recomienda al servicio de hospitalización de Pediatría en otros establecimientos de salud realizar estudios similares para identificar la prevalencia de depresión infantil relacionada a la hospitalización ampliando el universo en estudio a fin de obtener datos que corroboren las tendencias entre la depresión y periodos largos de hospitalización en niños.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Escriba R, Maestre C, Amores P, Pastor A, Miralles E, Escobar F. Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005;33(5):298-302.
- 2) Alaéz M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema.* 2000;12(4):525-32.
- 3) Kashani JH, Sherman DD. Childhood depression: Epidemiology, etiological models and treatment implications. *Integr Psychiatry.* 1988;6:1-8.
- 4) Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60:837-44.
- 5) Acosta-Hernández ME, Mancilla-Percino T, Correa-Basurto J, Saavedra-Vélez M, Ramos-Morales FR y cols. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Arch Neurocién (Mex),* 2011; 16(1): 20-25.
- 6) Richardson LP, Ludman E, McCauley E, Lindenbaum J, Larison C, Zhou C, et al. Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2014 Aug 27. 312(8):809-16. .
- 7) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* Washington, DC: American Psychiatric Association, 2014
- 8) Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011 Aug. 50(8):772-81. .
- 9) Wickramaratne PJ, Greenwald S, Weissman MM. Psychiatric disorders in the relatives of probands with prepubertal- onset or adolescent-onset

- major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Nov. 39(11):1396-405.
- 10) Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, Bir JJ, McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7. 12:CD003380.
- 11) Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. *JAMA*. 2003 Aug 27. 290(8):1033-41.
- 12) Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, et al. The population cost-effectiveness of interventions designed to prevent childhood depression. *Pediatrics*. 2012 Mar. 129(3):e723-30.
- 13) Kurian BT, Ray WA, Arbogast PG, et al. Effect of regulatory warnings on antidepressant prescribing for children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Jul. 161(7):690-6.
- 14) Riveros AG. Características de los síntomas depresivos en niños de 7 a 14 años institucionalizados en Casas Hogares de la ciudad de arequipa, Diciembre 2006 – Enero 2007. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2007.
- 15) Vargas E. Características socio epidemiológicas y síntomas depresivos en niños de 8 a 12 años del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, Arequipa, 2011. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2011.
- 16) Reátegui DA y Vargas H. Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Med Hered*, jul. /set. 2008, vol.19, no.3, p.96-101. ISSN 1018-130X
- 17) Alvarado JA. Prevalencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Setiembre a Diciembre 2005. Tesis para optar el título

- profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2006.
- 18) Mantilla LF, Sabalza LP, Díaz LA, Campo A. Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. Rev. Colomb. Psiquiatr; 33(2):163-171, jun. 2004.
- 19) Rodríguez S. Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. Interdisciplinaria, 2010; 27(2):261-276
- 20) León M. Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. Minds 2013; 1(1):27-44
- 21) Waslick B, Kandel R, Kakourous A. La depresión en niños y adolescentes. En Shaffer, D. y Waslick, B. (Ed.). Las múltiples caras de la depresión en niños y adolescentes. Barcelona: Ars Medica. 2003.
- 22) Kowatch R, Emslie G, Kennard B. Trastornos del estado de ánimo. En: Parmelee, D. (Edit.). Psiquiatría del niño y el adolescente. Madrid: Harcourt-Brace, 1996.
- 23) Zevallos Riveros. Frecuencia y Características Clínico-Epidemiológicas de la Depresión Infantil en el Hospital Nacional Sergio Bernales, Lima 2010. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2010.
- 24) Charles Portilla Revollar ,Ph . D Editor Universidad Católica Santa María Arequipa 2009
- 25) Kaplan & Sadok, Benjamín James Sadock ,MD Sinopsis de psiquiatría, Ciencias de la conducta /Psiquiatría Clínica Decimoprimer edición editorial Wolters Kluwer 2015
- 26) Michael G Gelder , Juan J López-Ibor Jr. Nancy Andreasen Tratado de Psiquiatría 2003 Psiquiatría Editores ,SL 2003
- 27) MN López Fernández , E Álvarez LLanez García Aspectos psicológicos de la hospitalización infantil Bol Pediatr 15)95; 36: 235 – 240

- 28) C. Soutullo Esperon y MJ Mardomingo Sanz Manual de psiquiatría del niño y del adolescente Editorial Panamericana Madrid 2010
- 29) Renato D Alarcón, Guido Mazzotti, Humberto Nicolini. Psiquiatría 2da Edición Editorial El manual moderno SA de CV México 2005



ANEXO 01: FICHA DE RECOJO DE DATOS

Ficha N° _____

Edad: ____ años . **Sexo:** M F

Con quién vive: Ambos padres Solo padre Solo madre
Otro familiar Otras personas

Procedencia: Arequipa Otra provincia _____

Motivo de la hospitalización

Neumonía Diarreas Fracturas

Otro _____

Durante la hospitalización, lo acompaña algún familiar? No Sí

Duración de la hospitalización: _____ días

Observaciones:

.....

.....

TEST DE KOVACS

INTRODUCCIÓN

Los chicos y chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas. De cada grupo, señala una frase que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que termines con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente señala la frase que describa mejor CÓMO TE HAS SENTIDO últimamente. Pon una equis (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta. Hagamos un ejemplo. Pon una equis junto a la frase que MEJOR te describa:

<p><input type="radio"/> Siempre leo libros</p> <p><input type="radio"/> De vez en cuando leo libros</p> <p><input type="radio"/> Nunca leo libros</p>
--

RECUERDA QUE DEBES SEÑALAR LAS FRASES QUE MEJOR DESCRIBAN TUS SENTIMIENTOS O TUS IDEAS EN LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁ S SE ACERQUE A CÓMO ERES O TE SIENTES.

PASA A LA PÁGINA SIGUIENTE.

- | | |
|--|---|
| <p>1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> De vez en cuando estoy triste. <input type="radio"/> Muchas veces estoy triste. <input type="radio"/> Siempre estoy triste. | <p>2.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Nunca me va a salir nada bien. <input type="radio"/> No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien. <input type="radio"/> Las cosas me van a salir bien. |
| <p>3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> La mayoría de las cosas las hago bien. <input type="radio"/> Muchas cosas las hago mal. <input type="radio"/> Todo lo hago mal. | <p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Muchas cosas me divierten. <input type="radio"/> Algunas cosas me divierten. <input type="radio"/> Nada me divierte. |
| <p>5.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Siempre soy malo o mala. <input type="radio"/> Muchas veces soy malo o mala. <input type="radio"/> Algunas veces soy malo o mala. | <p>6.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. <input type="radio"/> Me preocupa que pasen cosas malas. <input type="radio"/> Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas. |
| <p>7.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me odio. <input type="radio"/> No me gusta como soy. <input type="radio"/> Me gusta como soy. | <p>8.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todas las cosas malas son por mi culpa. <input type="radio"/> Muchas cosas malas son por mi culpa. <input type="radio"/> Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas. |
| <p>9.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No pienso en matarme. <input type="radio"/> Pienso en matarme pero no lo haría. <input type="radio"/> Quiero matarme. | <p>10.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Todos los días tengo ganas de llorar. <input type="radio"/> Muchos días tengo ganas de llorar. <input type="radio"/> De vez en cuando tengo ganas de llorar. |
| <p>11.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Siempre me preocupan las cosas. <input type="radio"/> Muchas veces me preocupan las cosas. <input type="radio"/> De vez en cuando me preocupan las cosas. | <p>12.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Me gusta estar con la gente. <input type="radio"/> Muchas veces no me gusta estar con la gente. <input type="radio"/> Nunca me gusta estar con la gente. |
| <p>13.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> No puedo decidirme. <input type="radio"/> Me cuesta decidirme. <input type="radio"/> Me decido fácilmente. | <p>14.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Soy simpático o simpática. <input type="radio"/> Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. <input type="radio"/> Soy feo o fea. |

- 15.
- Siempre me cuesta hacer las tareas.
 - Muchas veces me cuesta hacer las tareas.
 - No me cuesta hacer las tareas.

- 16.
- Todas las noches me cuesta dormir.
 - Muchas veces me cuesta dormir.
 - Duermo muy bien.

- 17.
- De vez en cuando estoy cansado o cansada.
 - Muchos días estoy cansado o cansada.
 - Siempre estoy cansado o cansada.

- 18.
- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 - Muchos días no tengo ganas de comer.
 - Como muy bien.

- 19.
- No me preocupan el dolor ni la enfermedad.
 - Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.
 - Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.

- 20.
- Nunca me siento solo o sola.
 - Muchas veces me siento solo o sola.
 - Siempre me siento solo o sola.

- 21.
- Nunca me divierto en el colegio.
 - Sólo a veces me divierto en el colegio.
 - Muchas veces me divierto en el colegio.

- 22.
- Tengo muchos amigos.
 - Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
 - No tengo amigos.

- 23.
- Mi trabajo en el colegio es bueno.
 - Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 - Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.

- 24.
- Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 - Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños.
 - Soy tan bueno como otros niños.

- 25.
- Nadie me quiere.
 - No estoy seguro de que alguien me quiera.
 - Estoy seguro de que alguien me quiere.

- 26.
- Generalmente hago lo que me dicen.
 - Muchas veces no hago lo que me dicen.
 - Nunca hago lo que me dicen.

- 27.
- Me llevo bien con la gente.
 - Muchas veces me peleo.
 - Siempre me peleo.

ANEXO N° 02: CARTA DE AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"


PROVEIDO DE AUTORIZACION N° 11-2017-GRA/GRS/GR-HG-DG-OADI-C.-

Visto el expediente N° 318-2017, con Oficio de aceptación N° 020-2017 de la Jefatura del Departamento de Pediatría y con el visto bueno de la Oficina de Capacitación, esta Dirección AUTORIZA que la señorita:

AIMEE IRIGOYEN MAMANI

Interna de medicina de la Universidad Católica Santa María aplique su proyecto de Tesis titulado "Frecuencia y Factores Asociados A Síntomas depresivos en Niños Hospitalizados en el servicio de Pediatría" Según informa el jefe del Departamento de Pediatría del Hospital III Goyeneche.

Arequipa, 13 de Enero del 2017

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

Mg. Juan Manuel Zavallos Rodriguez
DIRECTOR GENERAL
C.M.F. 933393

JMZR/BBP/Arch
CC. Archivo



ANEXO 03: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA



**“Prevalencia y factores asociados a síntomas
depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de
Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2017”**

Proyecto de Tesis presentado por:

Aimeé Gleiwytz Irigoyen Mamani

Para optar el Título Profesional de:

Médica – Cirujana

**ASESOR: DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS
RODRÍGUEZ**

AREQUIPA – PERÚ

2017

I. PREÁMBULO

En los últimos años se ha presentado un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela, a una disminución de su edad de comienzo, de modo que se ha convertido, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “en un importante problema de salud pública que afecta a unos 120 millones de personas, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos. Además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, proporción que aumentará si concurren otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Por este motivo, y según algunas estimaciones, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares”¹.

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica, nivel educativo o cultural y suponen un gran coste para el individuo, la familia, el sistema sanitario y la comunidad en general. Si bien existen múltiples estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en la edad adulta, son escasos los realizados entre la población infantil y adolescente. Además, sus resultados son variables debido fundamentalmente a la dificultad diagnóstica en esta etapa de la vida, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser menos específicas que en la depresión del adulto, y también por las diferencias en los estudios respecto del tamaño muestral, criterios diagnósticos empleados o tipo de técnicas de entrevista utilizadas ².

En la población infantil se presentan problemas familiares y sociales particulares que constituyen un entorno especial que no se repite en otros grupos de edad. El diagnóstico de depresión en niños ofrece dificultades impuestas por la falta de manifestaciones constantes como en la población adulta. Un niño pequeño, por ejemplo, no podrá manifestar con palabras lo que le molesta, sino que se expresará como conductas hiperactivas o de retraimiento, a diferencia de

¹ Escriba R, Maestre C, Amores P, Pastor A, Miralles E, Escobar F. Prevalencia de depresión en adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr.* 2005;33(5):298-302.

² Alaéz M, Martínez-Arias R, Rodríguez-Sutil C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema.* 2000;12(4):525-32.

niños mayores, en los que se puede obtener a través de la expresión oral lo que le molesta.

Los niños hospitalizados pueden ser sometidos a condiciones estresantes que pueden conducirlos al desarrollo de depresión, por lo que es importante en el manejo integral de su cuadro considerar la depresión como un problema real, que merece ser investigado, por lo que surge la motivación para realizar el presente estudio.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados a síntomas depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría infantil
- Línea: Depresión infantil

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Subindicador
Variable dependiente		
Síntomas de depresión infantil	Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs	Sin síntomas depresivos (< 19)
		Con síntomas depresivos (≥19)
Variable independiente		
Factores asociados	Edad	Grupo de edad
	Sexo	Varón / Mujer
	Procedencia	Arequipa, otras provincias
	Tipo de familia	Nucleada, monoparental, otra
	Acompañante familiar directo	No / Sí
	Motivo de hospitalización	Patología respiratoria, digestiva, neurológica, etc.
	Duración de la hospitalización	Rango de Días de hospitalización

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuál es la prevalencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa?
2. ¿Cuáles son los factores asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa?

d) **Tipo y Nivel de investigación:** Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal; de nivel descriptivo

1.3. Justificación del problema

El presente estudio busca conocer la prevalencia y los factores asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa. Son pocos los estudios destinados a evaluar la magnitud de este problema en la población infantil y sobre todo en el entorno hospitalario, lo que hace a nuestro estudio **original**.

Tiene **relevancia científica**, ya que se aplican principios de diagnóstico mediante instrumentos estandarizados y validados para la detección de la salud mental.

Tiene **relevancia práctica** porque nos permitirá la identificación de la magnitud de un problema que puede afectar negativamente el desarrollo de los niños, y al constituir éstos el futuro de la nación, conlleva una importante **relevancia social**.

El estudio es **contemporáneo** debido al incremento de la depresión como problema de salud pública.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar una investigación en el área de la salud mental infantil, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la medicina, y por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado en medicina, cumplimos con las **políticas de investigación** de la Universidad en esta etapa importante del desarrollo profesional.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. DEPRESIÓN INFANTIL

2.1.1. Definición

La depresión infantil (DI) puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de trastorno distímico, cuando estos síntomas pasan de un mes.³

Los partidarios de una depresión infantil específica se ubican en dos tendencias, a saber: los evolucionistas, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta, sostienen pues la existencia de una DI Evolutiva, y aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta, de allí el nombre de DI Enmascarada, puesto que muchos profesionales equivocan su diagnóstico.

2.2. Epidemiología de la depresión infantil

Algunos estudios estiman que el 10,4% de niños y el 4,8% de niñas entre 0 y 15 años tendrían problemas mentales con limitación de las actividades de la vida diaria. La prevalencia de depresión mayor se ha estimado del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años. Otros trabajos también correlacionan positivamente la depresión con la edad, y se observan porcentajes entorno al 5% entre la población adolescente. Por último, un estudio observacional realizado entre niños de edades comprendidas entre 12 y 16 años mostró una prevalencia de manifestaciones depresivas del 10,3% (de carácter leve en un 8,4% y grave en un 1,8%), si bien los autores no especifican si se trata de depresión mayor⁴.

Estudios realizados en Estados Unidos han observado una prevalencia del 0,3% entre preescolares de la población genera y entre el 0,5% y el 2% en niños

³ Escriba R y cols. Op. Cit.

⁴ Alaez M y cols. Op. Cit.

y niñas de entre nueve y once años. Por su parte, otros autores observan una prevalencia de depresión en niños del 0,4-2,5% y del 5-8,3% entre adolescentes. Algunos estudios han encontrado que en niños tratados en centros psiquiátricos ambulatorios, la depresión observada fue del 28%, y que se incrementaba al 59% si los niños estaban en régimen de ingreso hospitalario.

Sexo. En las etapas prepuberales, la prevalencia del trastorno depresivo mayor es similar entre niños y niñas. Sin embargo, entre adolescentes, la prevalencia es mayor para el sexo femenino con una razón 2:1, debido posiblemente a la diferente forma de afrontar el estrés o a los cambios hormonales que se producen durante la pubertad. Por otra parte, un estudio longitudinal prospectivo de 10 años de duración en preadolescentes reveló que el momento crítico en el que aparece la diferencia entre sexos es entre los 15 y 18 años.

Nivel socioeconómico. Varios autores no consideran que el bajo nivel socioeconómico se asocie significativamente con la depresión. Sin embargo, otros observan que los niños de bajo entorno socioeconómico tienen un riesgo de padecer depresión a lo largo de su vida dos veces superior a aquellos niños pertenecientes a un elevado entorno socioeconómico, independientemente de otros factores sociodemográficos o de historia familiar de enfermedad mental.

2.2.1. Etiología

Existen varios marcos teóricos que intentan explicar el origen de la depresión infantil, así tenemos⁵:

- **Conductual:** a través de la ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.
- **Cognitivo:** la existencia de juicios negativos (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida (Seligman), ausencia de control, atribuciones negativas.

⁵ Kashani JH, Sherman DD. Childhood depression: Epidemiology, etiological models and treatment implications. *Integr Psychiatry*. 1988;6:1-8

- **Psicodinámico:** en relación a la pérdida de la autoestima (del yo-según Freud), y la pérdida del objeto bueno (Spiz).
- **Biológico:** por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

En la actualidad más bien se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada ⁶.

En el caso de la DI, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica.

2.2.2. Influencia de la familia y la escuela en la depresión infantil

La familia es el entorno más inmediato del niño, su microcosmos y en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no sólo su supervivencia física, sino personal ya que el niño desde los 0 meses hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones.

El apego con el que la madre y el hijo se imprimen mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño.

En relación con la familia también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional.

Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una

⁶ Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2003;60:837-44.

adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la DI.

En cuanto a la escuela, sabemos que la localización precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable, eliminando así la posibilidad de trastornos afectivos que conlleven a la aparición de depresión infantil⁷.

Muchos autores han relacionado la DI con el rendimiento escolar, unas veces considerándolo como causa y otras como efecto de la depresión. De hecho, un niño deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico. De allí radica la importancia de una buena evaluación y seguimiento por parte del maestro para detectar estos cambios en el alumno⁸.

2.2.3. Cuadro clínico:

Los expertos en el tema de depresión infantil, a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil: tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida⁹.

Esta definición operativa puede ser utilizada como guía diagnóstica y tiene la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro de la comunidad científica.

2.2.4. Diagnóstico de depresión infantil

Los instrumentos de evaluación de la DI varían en función del marco teórico del que se derivan y de lo que pretenden medir. Así, cuando se quieren medir

⁷ Acosta-Hernández ME, Mancilla-Percino T, Correa-Basurto J, Saavedra-Vélez M, Ramos-Morales FR y cols. Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. Arch Neurocién (Mex), 2011; 16(1): 20-25.

⁸ Richardson LP, Ludman E, McCauley E, Lindenbaum J, Larison C, Zhou C, et al. Collaborative care for adolescents with depression in primary care: a randomized clinical trial. JAMA. 2014 Aug 27. 312(8):809-16. .

⁹ American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association, 2014

las conductas interiorizadas, se usan fundamentalmente pruebas de lápiz y papel que pueden ser: entrevistas estandarizadas, inventarios, escalas, cuestionarios, test pictórico, y otros. Cuando lo que se pretende es medir la conducta manifiesta se hace observación de conductas, registro de conductas, y aplicación del juego infantil.

La evaluación de los aspectos biológicos de la depresión infantil se lleva a cabo con análisis y pruebas objetivas de los elementos físicos que se han mostrado relacionados con ella. Así tenemos pruebas de carácter endocrino, como la determinación de los niveles de cortisol y la hormona de crecimiento. Pruebas como el electroencefalograma EEG (sobre todo durante el sueño) ¹⁰.

Cuando se revisa la literatura especializada, se define con toda evidencia que los instrumentos de mayor uso en la evaluación de la DI son fundamentalmente dos: el Child Depression Inventory CDI (Kovacs y Beck, 1977) y el Child Depression Scale CDS (Tisher y Lang, 1974). En la actualidad el cuestionario más utilizado es el modificado de M. Kovacs CDI de 1992¹¹.

Al recurrir a estos instrumentos de evaluación se deben tomar en cuenta algunos factores como: el nivel de desarrollo del niño, su grado de madurez intelectual, su labilidad emocional y el carácter interiorizado de la conducta deprimida, así como antecedentes familiares de depresión¹². Por todo ello es conveniente pasar el cuestionario dos veces.

La entrevista a los padres surge como un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño deprimido como de la familia.

2.2.5. Tratamiento de la depresión infantil

El tratamiento de la depresión infantil ante todo debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el niño, en base a: su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su

¹⁰ Asarnow JR, Porta G, Spirito A, et al. Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents: Findings from the TORDIA Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Aug. 50(8):772-81.

¹¹ Acosta-Hernández ME y cols. Op. Cit.

¹² Wickramaratne PJ, Greenwald S, Weissman MM. Psychiatric disorders in the relatives of probands with prepubertal-onset or adolescent-onset major depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000 Nov. 39(11):1396-405.

capacidad de mantener la atención.

Debe además involucrar de una manera activa a los padres, y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar). El tratamiento se divide en tratamiento de fase aguda y fase de mantenimiento.

El tratamiento en Fase Aguda, incluye: Psicológico, Farmacológico y Combinado^{13, 14}.

a) Las Terapias Psicológicas más utilizadas son:

- **Cognitivo-Conductual:** se basa en la premisa de que el paciente deprimido tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Tales distorsiones contribuyen a su depresión y pueden identificarse y tratarse con esta técnica.
- **Conductual:** se basa en la aplicación de técnicas de modificación conductual, manejo adecuado de situaciones, etc.
- **Psicodinámica.**
- **Interpersonal**
- **Familiar.**
- **Grupal y de Apoyo.**

b) Tratamiento Farmacológico: se basa en el uso de drogas como:

- **Antidepresivos Tricíclicos,** para lo cual se requiere un EEG basal, y mediciones de tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso.
- **Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS,** son en la actualidad los más utilizados, por su eficacia, aparente bajo perfil de efectos colaterales, baja letalidad por sobredosis y fácil administración una vez al día.

El Tratamiento Combinado, que incluye fármacos y terapias psicológicas, ha demostrado ser lo más adecuado en la actualidad.

¹³ Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevold-Iversen T, Bir JJ, McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7. 12:CD003380.

¹⁴ Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. *JAMA.* 2003 Aug 27. 290(8):1033-41.

Así mismo, el Tratamiento en Fase de Mantenimiento va a depender del estado clínico del paciente, su funcionamiento intelectual, su sistema de apoyo, la presencia o no de estresores ambientales y su respuesta al tratamiento ¹⁵.

A modo de conclusión, en la actualidad la existencia de la depresión infantil es un hecho comúnmente aceptado por la comunidad científica especializada, por lo que ha cobrado gran importancia su estudio y tratamiento. Algunos han llegado a denominar a la depresión como la enfermedad del siglo XXI.

2.2.6. Pronóstico

La depresión en niños es grave y necesita tratamiento precoz para disminuir el impacto negativo. La mitad de niños tendrán un deterioro significativo en su funcionamiento y el suicidio ocurre en un 10%¹⁶.

¹⁵ Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, et al. The population cost-effectiveness of interventions designed to prevent childhood depression. *Pediatrics*. 2012 Mar. 129(3):e723-30.

¹⁶ Kurian BT, Ray WA, Arbogast PG, et al. Effect of regulatory warnings on antidepressant prescribing for children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2007 Jul. 161(7):690-6.

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

3.1. **Autor:** Riveros AG.

Título: Características de los síntomas depresivos en niños de 7 a 14 años institucionalizados en Casas Hogares de la ciudad de Arequipa, Diciembre 2006 – Enero 2007.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2007.

Resumen: Se estudiaron 81 niños de ambos sexos, encontrando una prevalencia de síntomas depresivos de 49.4%, con predominio en el sexo femenino en 56.4%. El grupo de edad con mayor prevalencia fue entre los 11 y 14 años. También se encontró que los niños nacidos y provenientes de lugares fuera de la ciudad de Arequipa presentan mayor frecuencia de síntomas depresivos. Igualmente el mayor tiempo de permanencia en la institución se acompañó de más frecuencia de síntomas depresivos.

3.2. **Autor:** Vargas E.

Título: Características socio epidemiológicas y síntomas depresivos en niños de 8 a 12 años del distrito de José Luis Bustamante y Rivero, Arequipa, 2011.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2011.

Resumen: En el presente estudio no se especifica la forma de obtención de la muestra ni el instrumento empleado para la determinación de síntomas depresivos; se especifica que del total de niños participantes, 135 correspondían a niños entre 11 y 12 años de edad (51.9%) de los cuales 30 presentaron síntomas depresivos (11.5%). Entre los niños que presentan síntomas depresivos 14.2% representan al sexo masculino y 6.5% al sexo femenino. Treintinueve de los niños con síntomas depresivos tienen padres de instrucción superior (15%) y 36 de los niños con síntomas depresivos provienen de zonas residenciales (13.8%) y 6.9% de zonas periféricas. Del

total de la muestra, 54 niños presentan síntomas depresivos (20.8%) y 206 no presentan estos síntomas.

A nivel nacional

3.3. **Autor:** Reátegui DA, Vargas H.

Título: Síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Fuente: *Rev Med Hered*, jul./set. 2008, vol.19, no.3, p.96-101. ISSN 1018-130X.

Resumen: **Objetivos:** Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en pacientes con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), así como determinar su asociación con edad, sexo y comorbilidad psiquiátrica. **Material y Método:** Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de TDAH del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, desde febrero del 2006 hasta completar el tamaño de la muestra. Se les aplicó a los pacientes el Children's depression inventory (CDI). Se consideró un punto de corte de 15 para definir presencia de trastorno depresivo. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidad psiquiátrica y sintomatología depresiva. **Resultados:** Sesenta y cuatro (85,3%) fueron varones, en 35/75 (46,7%) se encontró CDI = 15. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre síntomas depresivos y sexo o edad. El síntoma depresivo más frecuente fue el problema del rendimiento escolar (65,3%). Se encontraron 6 pacientes con otra comorbilidad. **Conclusión:** Existe una alta frecuencia de sintomatología depresiva en niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH.

3.4. **Autor:** Alvarado JA

Título: Prevalencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima, Setiembre a Diciembre 2005.

Fuente: Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Facultad

de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2006.

Resumen: Estudio descriptivo transversal en 51 niños varones y mujeres entre los 8 y 12 años de edad hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, evaluados mediante el Inventario de Depresión Infantil (CDI). Se encontró una prevalencia de 23.53% de síntomas depresivos en niños hospitalizados. De los niños con evolución crónica, 28.57% tienen síntomas depresivos, y los niños con patología hematológica-oncológica tuvieron mayor prevalencia (45.45%). Se enfatiza la necesidad de diseñar y ejecutar programas integrales de prevención, detección y manejo oportuno de los trastornos de salud mental en niños hospitalizados.

A nivel internacional

3.5. **Autor:** Mantilla LF, Sabalza LP, Díaz LA, Campo A.

Título: Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia.

Fuente: Rev. Colomb. Psiquiatr; 33(2):163-171, jun. 2004.

Resumen: Antecedentes: estudios recientes informan una prevalencia significativa de trastornos depresivos en niños escolares. No obstante, no se conoce qué tanto se presentan en niños colombianos. Objetivo: determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en niñas y niños escolarizados, entre los ocho y los once años de edad, de la ciudad de Bucaramanga, Colombia. Método: estudio de corte transversal. En una muestra representativa de una escuela oficial (estrato bajo) y una escuela privada (estrato alto) se estudió la presencia de síntomas depresivos utilizando la versión corta del Inventario de depresión infantil (CDI-S). Niños y niñas con puntuaciones de siete o más puntos se consideraron deprimidos. Resultados: se evaluó un grupo de 239 niños y niñas de tercero a quinto de primaria. La edad promedio fue 9,5 años. El 59 por ciento eran varones. El 55,2 por ciento estudiaban en la institución oficial. Se encontró que 21 niños (9,2 por ciento) presentaban depresión (13 niñas y 9 niños). Además, se halló una asociación entre depresión con mayor edad ($p = 0,0001$), género

femenino ($p = 0.004$) y menor grado de escolaridad ($p = 0,0001$). La sintomatología depresiva fue independiente del estrato socioeconómico. Conclusiones: es alta la prevalencia de sintomatología depresiva en niños escolares de Bucaramanga; ésta es mayor en niñas, aumenta con la edad y disminuye con mayor grado de escolaridad.

3.6. **Autor:** Rodríguez S.

Título: Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños.

Fuente: Interdisciplinaria, 2010; 27(2):261-276

Resumen: Se realizó un estudio correlacional con una muestra de 593 escolares de 9 a 13 años, a quienes se les administró la adaptación argentina para niños del Cuestionario MOS de Apoyo Social (MOS-A) de Rodríguez Espínola (2009a). El cuestionario original fue construido por el grupo médico de estudios en apoyo social (The Medical Outcomes Study Social Support Surrey -MOS-SSS) dirigido por Sherbourne y Stewart (1991). También se administró la Versión Argentina de la Escala de Depresión para Niños y Adolescentes de Harter y Nowakowski (Richaud de Minzi, Sacchi & Moreno, 2001). El análisis MANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas [F de Hotelling (2, 590) = 11.37; $p = .000$] entre el nivel socioeconómico bajo y medio en la percepción de apoyo social total y estructural. La clase baja demostró menor apoyo social percibido y estructural que la clase media. La percepción de apoyo social según género no demostró diferencias significativas. Se pudo observar mediante un MANOVA que había diferencias en la depresión, según la percepción de apoyo social, categorizado en bajo, medio y alto [F de Hotelling (8, 284) = 3.71; $p = .000$]. Los niños que percibieron alto apoyo social demostraron mayor estado de ánimo positivo, autovaloración positiva y menor energía-interés. Los distintos factores de depresión se relacionaron estadísticamente según el nivel socioeconómico medio y bajo [F de Hotelling (4, 586) = 8.09; $p = .000$]. El grupo de clase baja puntuó menos en estado de ánimo positivo, en autovaloración positiva, en energía-interés y en autoinculpación, demostrando que estos niños se perciben más deprimidos que los de clase

media. No se observaron diferencias con respecto a la depresión y el género.

4. Objetivos.

4.1. General

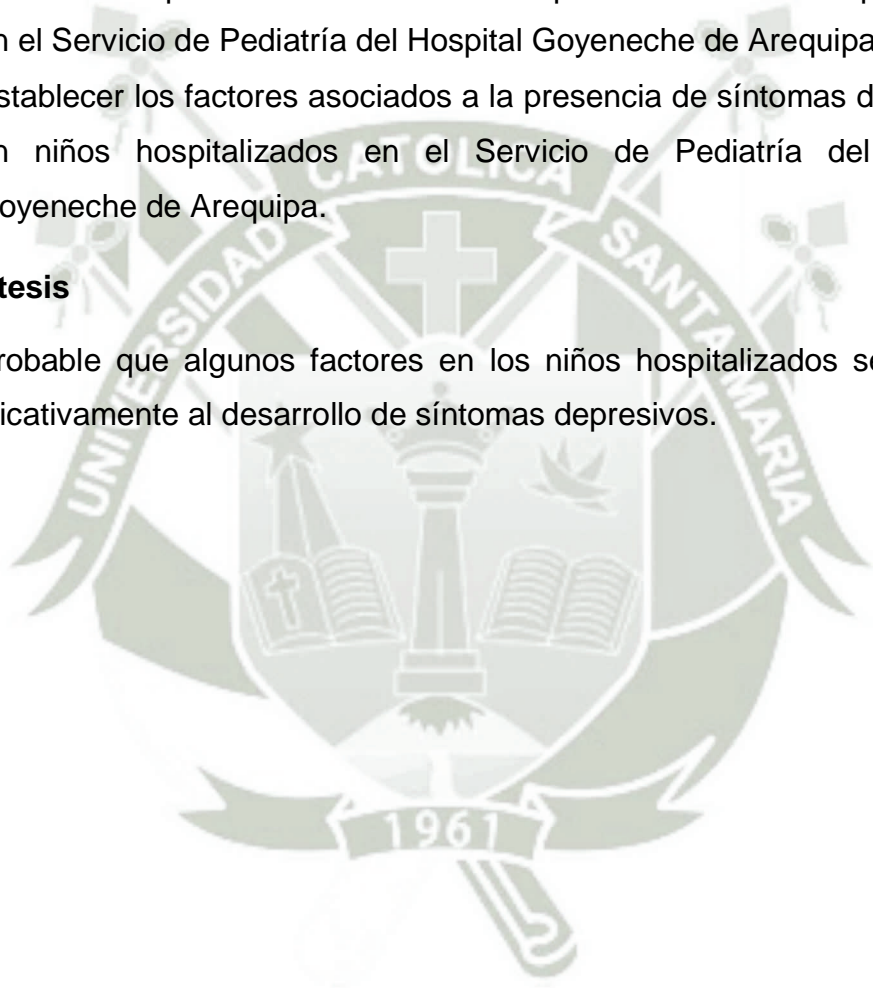
Establecer relación entre los factores asociados y la presencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa.

4.2. Específicos

- 1) Establecer la prevalencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- 2) Establecer los factores asociados a la presencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa.

5. Hipótesis

Es probable que algunos factores en los niños hospitalizados se asocien significativamente al desarrollo de síntomas depresivos.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la entrevista.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos en coherencia con el inventario de depresión infantil de Kovacs .

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma coyuntural durante el primer semestre del año 2017.

2.3. Unidades de estudio: Niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.4. Población: Todos los niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa durante el periodo de estudio.

Muestra: No se calculará un tamaño de muestra ya que se espera considerar a todos los integrantes de la población que cumpla los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Niños de 7 a 14 años
 - De ambos sexos
 - Participación autorizada por padres y/o tutores.

- **Criterios de Exclusión**

- Niños con deterioro de conciencia

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital Goyeneche y la jefatura del Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se entrevistará a todos los niños hospitalizados en el periodo de estudio aplicando el cuestionario de datos y el inventario de depresión infantil, para separar a los niños en dos grupos: con síntomas depresivos y sin síntomas depresivos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

a) Humanos

- Investigadora
- Asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

c) Financieros

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

El inventario de depresión infantil (CDI) es el instrumento más utilizado y mejor aceptado por los expertos en depresión infantil pues ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos elaborado por Kovacs y sus colaboradores para medir la severidad de la depresión.

En el Perú, Raffo (1991) hizo la primera adaptación y validación del CDI para

ser utilizado en un estudio que relacionaba autoconcepto con depresión. Sin embargo, el trabajo más extenso en nuestro país fue realizado por Reátegui en 1994, cuyo objetivo principal de esta investigación fue la estandarización para Lima del Inventario de Depresión Infantil en su versión de 1983. Para ello, luego de la adaptación lingüística del instrumento, Reátegui hizo un estudio piloto con el objetivo de verificar la confiabilidad del instrumento. Con los resultados obtenidos, se hicieron diferentes estudios de validez y confiabilidad, de lo cual la autora concluye que el CDI es un instrumento que se adecúa a la población evaluada demostrando poseer las propiedades psicométricas de validez y confiabilidad¹⁷, y es la versión que emplearemos en nuestro estudio.

La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. Se recomienda la aplicación individual en niños pequeños y en población clínica, mientras que su uso colectivo facilita el uso de la prueba en la investigación y el rastreo de casos (screening). Para la aplicación de la prueba, se pide a los participantes que escriban sus datos personales y luego el evaluador debe leer las instrucciones en voz alta, poniendo especial atención en que los niños pequeños atiendan y comprendan las instrucciones. Sólo se necesita la hoja de respuestas, un lápiz y un borrador. La aplicación dura entre 10 y 20 minutos.

La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la escala de Disforia, sumando los puntajes de los ítems 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26; y la puntuación directa de la escala de Autoestima, sumando los puntajes de los ítems restantes 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. La suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas serán transformadas en sus correspondientes percentiles.

¹⁷ León M. Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Minds* 2013; 1(1):27-44

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará mediante el cálculo del chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

ANEXO 04: BASE DE DATOS

	Edad mad	Edad niño	Grupo Eda	Sexo	Vive	Tipo Fami	Procede	Motivo_H	Cuadro cli	Compañía	Estancia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11
1	25	11.0	11-12 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Hepatitis A	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	2.0	0	0.0	1.0
2	26	14.0	13-14 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Intoxicac.	Intoxicaci	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
3	27	10.0	9-10 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	SOB	Respiratori	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
4	42	11.0	11-12 aA±	Mas	Solo madri	Monoparer	Otra provín	Adenoides	Respiratori	SÁ-	1-5 dA-as	0	1.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
5	31	7.0	7-8 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Otra provín	EDA	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
6	45	10.0	9-10 aA±	Mas	Solo madri	Monoparer	Arequipa	Fimosis	UrolÁgico	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
7	25	8.0	7-8 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Crisis asm	Respiratori	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	2	0.0	0.0	1	0.0	1.0
8	26	12.0	11-12 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Fimosis	UrolÁgico	SÁ-	1-5 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	2.0
9	42	10.0	9-10 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Otra provín	Tumoracio	Abdominal	No	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	2	0.0	0.0	1	0.0	0.0
10	30	8.0	7-8 aA±	Fem	Solo madri	Monoparer	Arequipa	Hernia uml	Traumatol	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	2.0
11	42	10.0	9-10 aA±	Mas	Otros fam	Disagregar	Arequipa	Fimosis	UrolÁgico	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
12	27	14.0	13-14 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Hepatitis A	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	1.0
13	42	10.0	9-10 aA±	Mas	Padre	Monoparer	Arequipa	Criptorquid	UrolÁgico	No	1-5 dA-as	0	0.0	0	2	0.0	1	1.0	1.0	0	0.0	0.0
14	29	11.0	11-12 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	SDA	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
15	29	8.0	7-8 aA±	Fem	Otros fam	Disagregar	Arequipa	Urticaria	Otro	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
16	28	9.0	9-10 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	PÁrpora t	Otro	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
17	31	8.0	7-8 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Intoxicacio	Infeccioso	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
18	26	7.0	7-8 aA±	Mas	Solo madri	Monoparer	Arequipa	EDA	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	1	0.0	2.0
19	31	9.0	9-10 aA±	Mas	Solo madri	Monoparer	Arequipa	PÁrpora t	Otro	No	1-5 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	1	0.0	0.0
20	29	9.0	9-10 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	EDA	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
21	45	8.0	7-8 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apandicitis	Abdominal	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
22	30	10.0	9-10 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	EDA	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	2.0
23	29	8.0	7-8 aA±	Mas	Solo madri	Monoparer	Arequipa	Celulitis	Infeccioso	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	1	0.0	0.0
24	25	13.0	13-14 aA±	Fem	Solo madri	Monoparer	Arequipa	Hepatitis A	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
25	24	12.0	11-12 aA±	Mas	Madre y p	Reconstitu	Arequipa	Derrame pl	Respiratori	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	1.0
26	30	8.0	7-8 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Sd Emetic	Gastrointe	No	1-5 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
27	41	10.0	9-10 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apandicitis	Abdominal	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
28	28	11.0	11-12 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	SDA	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
29	29	13.0	13-14 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Otra provín	SDA	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
30	47	7.0	7-8 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Herida pun	Traumatol	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
31	28	9.0	9-10 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	SDA	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	1	0.0	0.0
32	32	14.0	13-14 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Sd ansios	Otro	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
33	29	13.0	13-14 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Otra provín	SDA	Gastrointe	SÁ-	1-5 dA-as	1	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	2.0	1.0
34	45	7.0	7-8 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Fractura	Traumatol	SÁ-	1-5 dA-as	0	0.0	1	0	1.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
35	41	10.0	9-10 aA±	Mas	Madre y p	Reconstitu	Arequipa	Apandicitis	Abdominal	SÁ-	1-5 dA-as	0	1.0	1	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
36	27	9.0	9-10 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apandicitis	Abdominal	SÁ-	1-5 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	1	0.0	2.0	1	0.0	2.0
37	47	9.0	9-10 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apandicitis	Abdominal	SÁ-	1-5 dA-as	0	1.0	1	1	0.0	1	0.0	1.0	1	0.0	0.0
38	42	11.0	11-12 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Fractura	Traumatol	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
39	42	8.0	7-8 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	EDA	Gastrointe	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
40	46	13.0	13-14 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Fractura	Traumatol	No	6-10 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	1	0.0	1.0	0	0.0	0.0
41	28	10.0	9-10 aA±	Fem	Solo madri	Monoparer	Arequipa	Urticaria	Otro	No	6-10 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
42	46	13.0	13-14 aA±	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apandicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
43	27	14.0	13-14 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Neumonia	Respiratori	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	1.0
44	28	14.0	13-14 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	SDA	Gastrointe	No	6-10 dA-as	0	1.0	1	1	0.0	1	0.0	0.0	1	0.0	0.0
45	46	9.0	9-10 aA±	Mas	Solo madri	Monoparer	Otra provín	Apandicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
46	29	8.0	7-8 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Neumonia	Respiratori	No	6-10 dA-as	0	0.0	2	1	2.0	2	0.0	2.0	0	0.0	0.0
47	41	12.0	11-12 aA±	Fem	Ambos	Nucleada	Otra provín	Apandicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	1	0	1.0	1	0.0	1.0	0	0.0	2.0

D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24	D25	D26	D27	Disforia	Autoestim	Total	Nivel Depresion	
0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	5.0	5.0	10	Sin s. depresivos	
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	Sin s. depresivos	
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	Sin s. depresivos	
0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	1.0	4	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	3.0	5	Sin s. depresivos
1	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.0	4.0	3.0	7	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	3.0	8	Sin s. depresivos
0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.0	2.0	10	Sin s. depresivos
0	2.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.0	8.0	3.0	11	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	1.0	2.0	2.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	6.0	6.0	12	Sin s. depresivos
0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	6.0	6.0	12	Sin s. depresivos
1	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	9.0	3.0	12	Sin s. depresivos
0	2.0	1.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	2.0	0.0	1.0	1.0	11.0	7.0	18	Sin s. depresivos
0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	2.0	3	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	3.0	1.0	4	Sin s. depresivos
0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	2.0	6	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0	2.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	4.0	8	Sin s. depresivos
2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	4.0	9	Sin s. depresivos
0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	3.0	5	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	2.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	5.0	6	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	3.0	6	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	2.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	3.0	7	Sin s. depresivos
0	1.0	1.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	4.0	5.0	9	Sin s. depresivos
1	1.0	1.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	9.0	3.0	12	Sin s. depresivos
0	1.0	0.0	1.0	2.0	0.0	2.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.0	6.0	13	Sin s. depresivos
2	0.0	1.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0	1.0	0.0	2.0	0.0	1.0	2.0	0.0	2.0	0.0	6.0	14.0	20	Con s. depresivos
0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	3.0	6	Sin s. depresivos
0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	1.0	6	Sin s. depresivos
2	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	3.0	7	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.0	0.0	7	Sin s. depresivos
1	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	5.0	8	Sin s. depresivos
1	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	1.0	2.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	8.0	11	Sin s. depresivos
1	1.0	0.0	0.0	1.0	2.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	3.0	10.0	13	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	2.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0	2.0	6.0	7.0	13	Sin s. depresivos
0	1.0	1.0	0.0	2.0	0.0	2.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	6.0	8.0	14	Sin s. depresivos	
0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	7.0	8.0	15	Sin s. depresivos	
1	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	0.0	1.0	0.0	10.0	9.0	19	Con s. depresivos	
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	1.0	4	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	2.0	5	Sin s. depresivos
0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	2.0	7	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	2.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	4.0	8	Sin s. depresivos
0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	2.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	4.0	9	Sin s. depresivos
1	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	6.0	11	Sin s. depresivos
1	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	8.0	6.0	14	Sin s. depresivos
1	1.0	1.0	2.0	1.0	0.0	0.0	2.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	8.0	7.0	15	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	8.0	8.0	16	Sin s. depresivos
0	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	2.0	2.0	0.0	1.0	1.0	14.0	6.0	20	Con s. depresivos	

	Edad mad	Edad niño	Grupo Eda	Sexo	Vive	Tipo Fami	Procede	Motivo_H	Cuadro cli	Compañía	Estancia	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11
48	27	7.0	7-8 aA±os	Fem	Solo madri	Monoparer	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	1	1.0	2	2	0.0	0	2.0	2.0	2	0.0	1.0
49	28	12.0	11-12 aA±s	Fem	Solo madri	Monoparer	Arequipa	EDA	Gastrointe	No	6-10 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
50	25	14.0	13-14 aA±s	Mas	Solo madri	Monoparer	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
51	26	10.0	9-10 aA±os	Fem	Madre y pi	Reconstitu	Otra provín	Tumor abd	Abdominal	No	6-10 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	1	0.0	0.0
52	43	9.0	9-10 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
53	47	9.0	9-10 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	No	6-10 dA-as	0	1.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	1	0.0	0.0
54	46	13.0	13-14 aA±s	Fem	Ambos	Nucleada	Otra provín	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
55	44	14.0	13-14 aA±s	Mas	Madre y pi	Reconstitu	Otra provín	Fractura	Traumatol	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
56	27	7.0	7-8 aA±os	Fem	Otros fam	Disagregar	Arequipa	ITU	Infeccioso	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	2	0.0	0.0	0	0.0	0.0
57	47	12.0	11-12 aA±s	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	1	0.0	0.0
58	31	9.0	9-10 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	SDA	Gastrointe	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	1	0	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
59	46	14.0	13-14 aA±s	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	0	0	0.0	1	0.0	2.0	0	0.0	0.0
60	42	8.0	7-8 aA±os	Fem	Ambos	Nucleada	Otra provín	Fractura	Traumatol	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
61	42	8.0	7-8 aA±os	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
62	28	13.0	13-14 aA±s	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	ITU	Infeccioso	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
63	43	10.0	9-10 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	SDA	Gastrointe	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	1	0.0	1.0	1	0.0	1.0
64	26	8.0	7-8 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	1	1.0	0	2	2.0	1	0.0	0.0	1	1.0	0.0
65	23	7.0	7-8 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Otra provín	Celulitis	Infeccioso	No	6-10 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	1.0
66	47	9.0	9-10 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	SDA	Gastrointe	No	6-10 dA-as	0	1.0	0	1	1.0	0	1.0	0.0	0	1.0	1.0
67	46	12.0	11-12 aA±s	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Herida pun	Traumatol	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
68	30	10.0	9-10 aA±os	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Crisis asm	Respiratori	No	6-10 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
69	29	7.0	7-8 aA±os	Fem	Solo madri	Monoparer	Otra provín	Conjuntiviti	Infeccioso	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
70	42	12.0	11-12 aA±s	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	2	0.0	1.0	0	0.0	0.0
71	26	12.0	11-12 aA±s	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Celulitis	Infeccioso	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
72	29	10.0	9-10 aA±os	Fem	Solo madri	Monoparer	Arequipa	SOB	Respiratori	No	6-10 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
73	41	7.0	7-8 aA±os	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Adenoides	Respiratori	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
74	32	7.0	7-8 aA±os	Fem	Solo madri	Monoparer	Arequipa	Celulitis	Infeccioso	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	0	1.0	1	0.0	0.0	0	1.0	0.0
75	30	7.0	7-8 aA±os	Mas	Solo madri	Monoparer	Otra provín	Intoxicac	Intoxicaci	SÁ-	6-10 dA-as	0	1.0	1	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
76	30	10.0	9-10 aA±os	Mas	Madre y pi	Reconstitu	Otra provín	Celulitis	Infeccioso	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	0	2	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
77	43	10.0	9-10 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Otra provín	Fractura	Traumatol	No	6-10 dA-as	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
78	43	13.0	13-14 aA±s	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	6-10 dA-as	0	0.0	1	1	0.0	1	0.0	0.0	0	0.0	0.0
79	47	13.0	13-14 aA±s	Fem	Otros fam	Disagregar	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	11-15 dA-ε	0	0.0	0	1	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
80	41	10.0	9-10 aA±os	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	11-15 dA-ε	0	1.0	0	1	0.0	0	0.0	2.0	0	0.0	0.0
81	32	14.0	13-14 aA±s	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	11-15 dA-ε	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	0	0.0	0.0
82	44	12.0	11-12 aA±s	Fem	Ambos	Nucleada	Otra provín	Pancreatiti	Abdominal	SÁ-	11-15 dA-ε	0	1.0	1	1	1.0	1	1.0	1.0	1	1.0	0.0
83	43	13.0	13-14 aA±s	Fem	Ambos	Nucleada	Otra provín	Neumonía	Respiratori	SÁ-	11-15 dA-ε	0	1.0	0	0	0.0	1	0.0	1.0	1	0.0	0.0
84	44	10.0	9-10 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Artritis sA(Reumatol	SÁ-	> 15 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	0	2.0	0.0
85	41	10.0	9-10 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Arequipa	Apendicitis	Abdominal	SÁ-	> 15 dA-as	0	1.0	0	0	0.0	1	0.0	0.0	1	0.0	0.0
86	31	9.0	9-10 aA±os	Mas	Ambos	Nucleada	Otra provín	artritis reur	Reumatol	No	> 15 dA-as	0	0.0	0	0	0.0	0	0.0	0.0	1	0.0	0.0
87	25	12.0	11-12 aA±s	Fem	Ambos	Nucleada	Arequipa	Osteosarc	Osteomus	SÁ-	> 15 dA-as	0	1.0	0	1	0.0	1	0.0	0.0	1	0.0	0.0

D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18	D19	D20	D21	D22	D23	D24	D25	D26	D27	Disforia	Autoestim	Total	Nivel Depresion
2	1.0	2.0	0.0	2.0	1.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	2.0	1.0	0.0	9.0	19.0	28	Con s. depresivos
0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	0.0	3	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	3.0	2.0	5	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	3.0	5	Sin s. depresivos
0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	5.0	1.0	6	Sin s. depresivos
0	1.0	1.0	0.0	1.0	2.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	5.0	9	Sin s. depresivos
0	1.0	0.0	2.0	0.0	0.0	2.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	7.0	2.0	9	Sin s. depresivos
0	1.0	1.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.0	3.0	9	Sin s. depresivos
1	0.0	1.0	1.0	0.0	0.0	2.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.0	5.0	10	Sin s. depresivos
0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	2.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	5.0	5.0	10	Sin s. depresivos
0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	7.0	4.0	11	Sin s. depresivos
0	1.0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	9.0	3.0	12	Sin s. depresivos
1	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	8.0	6.0	14	Sin s. depresivos
0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	2.0	1.0	8.0	6.0	14	Sin s. depresivos
1	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	1.0	10.0	5.0	15	Sin s. depresivos
1	2.0	1.0	1.0	1.0	0.0	2.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	8.0	7.0	15	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	7.0	9.0	16	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	2.0	2.0	0.0	2.0	1.0	2.0	0.0	2.0	1.0	1.0	7.0	9.0	16	Sin s. depresivos
1	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	2.0	1.0	1.0	1.0	0.0	2.0	2.0	0.0	0.0	1.0	10.0	11.0	21	Con s. depresivos
1	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	5.0	3.0	8	Sin s. depresivos
2	2.0	1.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.0	4.0	10	Sin s. depresivos
0	1.0	0.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	7.0	6.0	13	Sin s. depresivos
1	0.0	1.0	1.0	0.0	0.0	2.0	2.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	8.0	6.0	14	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	2	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	2.0	5	Sin s. depresivos
1	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.0	5.0	8	Sin s. depresivos
1	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	2.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	6.0	5.0	11	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	2.0	0.0	2.0	0.0	2.0	2.0	0.0	2.0	2.0	0.0	0.0	2.0	2.0	8.0	10.0	18	Sin s. depresivos
0	0.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	4.0	3.0	7	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	2.0	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	5.0	5.0	10	Sin s. depresivos
1	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	2.0	4	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	7.0	8	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1	Sin s. depresivos
1	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	2.0	0.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	7.0	15.0	22	Con s. depresivos
1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	1.0	0.0	4.0	7.0	11	Sin s. depresivos
0	0.0	0.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	5.0	8.0	13	Sin s. depresivos
1	2.0	1.0	2.0	1.0	0.0	2.0	2.0	2.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	11.0	8.0	19	Con s. depresivos
1	1.0	0.0	1.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	1.0	1.0	1.0	0.0	4.0	5.0	9	Sin s. depresivos
1	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	0.0	1.0	1.0	1.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	8.0	7.0	15	Sin s. depresivos

