



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"



**EPISODIO DEPRESIVO EN PACIENTES ESCOLARES Y ADOLESCENTES HIJOS
DE PADRES MIGRANTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS "DR.
JORGE LIZÁRRAGA" JULIO 2020-MAYO 2021**

AUTOR: ALVARO ZUÑIGA

VALENCIA, marzo 2022



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA
CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



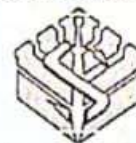
**EPISODIO DEPRESIVO EN PACIENTES ESCOLARES Y ADOLESCENTES HIJOS
DE PADRES MIGRANTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS “DR.
JORGE LIZÁRRAGA” JULIO 2020-MAYO 2021**

(Trabajo de Investigación para ser presentado ante la Comisión de Postgrado de la
Universidad de Carabobo para optar al título de especialista en Pediatría y
Puericultura)

AUTOR: ALVARO ZUÑIGA

TUTOR: Dra. Reinailis Páez

VALENCIA, Marzo 2022



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

EPISODIO DEPRESIVO EN PACIENTES ESCOLARES Y ADOLESCENTES HIJOS DE PADRES MIGRANTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZÁRRAGA" JULIO 2020-MAYO 2021, VALENCIA - VENEZUELA

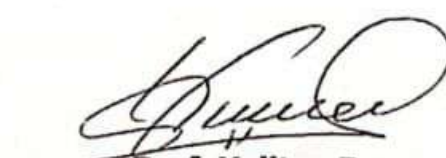
Presentado para optar al grado de **Especialista en Pediatría y Puericultura** por el (la) aspirante:

ZUÑIGA C., ALVARO O.
C.I. E – 84600943

Habiendo examinado el Trabajo presentado, bajo la tutoría del profesor(a): Reinailis Páez C.I. 12981806, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

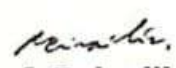
Acta que se expide en valencia, en fecha: **03/06/2022**


Prof. Magaly Salcedo
(Pdte)
C.I. 7.048937
Fecha 03-06-2022


Prof. Yelitza Rocca
C.I. 8475082
Fecha 03-06-22

TG:22-22




Prof. Reinailis Páez
C.I. 12.991.806.
Fecha 03/06/2022.

TG-CS: 22-22

ACTA DE CONSTITUCIÓN DE JURADO Y DE APROBACIÓN DEL TRABAJO

Ouienes suscriben esta Acta, Jurados del Trabajo Especial de Grado titulado:

"EPISODIO DEPRESIVO EN PACIENTES ESCOLARES Y ADOLESCENTES HIJOS DE PADRES MIGRANTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZÁRRAGA" JULIO 2020-MAYO 2021, VALENCIA - VENEZUELA" Presentado por el (la) ciudadano (a): **ZUÑIGA C., ALVARO O.** titular de la cédula de identidad N° **E-84600943**, Nos damos como constituidos durante el día de hoy: 03-05-2022 y convenimos en citar al alumno para la discusión de su Trabajo el día: 03-06-2022.

RESOLUCIÓN

Aprobado: _____ Fecha: 03.06.2022 *Reprobado: _____ Fecha: _____.

Observación: _____

 Presidente del Jurado Nombre: <u>Roberto Salcedo</u> C.I. <u>7.078937</u>	 Miembro del Jurado Nombre: <u>Yelitza Lara</u> C.I. <u>8475082</u>	 Miembro del Jurado Nombre: <u>Reina: lis Paez</u> C.I. <u>12.951.806.</u>
---	--	--

Nota:

1. Esta Acta debe ser consignada en la Dirección de Asuntos Estudiantiles de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sede Carabobo), inmediatamente después de la constitución del Jurado y/o de tener un veredicto definitivo, debidamente firmada por los tres miembros, para agilizar los trámites correspondientes a la elaboración del Acta de Aprobación del Trabajo.
2. *En caso de que el Trabajo sea reprobado, se debe anexar un informe explicativo, firmado por los tres miembros del Jurado.



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA

CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



EPISODIO DEPRESIVO EN PACIENTES ESCOLARES Y ADOLESCENTES HIJOS DE PADRES MIGRANTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZÁRRAGA” JULIO 2020-MAYO 2021.

AUTOR: ALVARO ZUÑIGA

RESUMEN: Es bien conocido que los trastornos depresivos son causa primaria de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida con una prevalencia de 8.3 por ciento. Los trastornos depresivos mayores tienen una prevalencia igual en niños y niñas, cambiando en la adolescencia a una razón 2:1 a favor de las mujeres⁶. El objetivo de este trabajo fue identificar el estado depresivo en pacientes escolares y adolescentes hijos de padres migrantes. **Materiales y métodos:** Se realizó una investigación de tipo cuantitativa, prospectiva, descriptiva, y de campo en el Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizárraga” Valencia, Estado Carabobo en el periodo de julio 2020 y Mayo 2021, previa aprobación de la Dirección de Docencia e Investigación de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” **Resultados:** Participaron en el estudio un total de 30 pacientes, predominó el sexo masculino con (63%), representando el mayor grupo etario los adolescentes (53%), según nivel sociodemográfico Graffar IV con (43%), por otra parte el representante autorizado según parentesco familiar los tíos (53%). En cuanto a la sintomatología sugestiva de estado depresivo se observó que el estado de ánimo estuvo bajo en (7%) , sin perspectiva sombría del futuro en (96%), energía para realizar actividades placenteras disminuida en un (63%), afectación del apetito (27%), alteración del sueño insomnio (13%) y somnolencia (7%), además de hipobulia con (34%). Según la causa de ingreso hospitalario agrupado por patologías, traumatológicas que representa (47%), infecciosas 27(%), Accidentes (17%) y neurológicas con (9%). **CONCLUSION:** La sintomatología no cumplía con los criterios para diagnóstico de estado depresivo según DSM V Y CIE 10.

Palabras Clave: Episodio depresivo, escolares, padres migrantes



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DIRECCIÓN DE POSTGRADO

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA

CIUDAD HOSPITALARIA “DR. ENRIQUE TEJERA”



DEPRESSIVE EPISODE IN SCHOOL PATIENTS AND ADOLESCENTS CHILDREN OF MIGRANT PARENTS ADMITTED TO THE CHILDREN'S HOSPITAL “DR. JORGE LIZÁRRAGA” JULY 2020-MAY 2021.

AUTHOR: ALVARO ZUÑIGA

ABSTRACT: It is well known that depressive disorders are a primary cause of morbidity and mortality in early ages of life with a prevalence of 8.3 percent. Major depressive disorders have an equal prevalence in boys and girls, changing in adolescence to a 2:1 ratio in favor of women⁶. The objective of this work was to identify the depressive state in schoolchildren and adolescents with migrant parents. Materials and methods: A quantitative, prospective, descriptive and field research was carried out at the Children's Hospital “Dr. Jorge Lizárraga” Valencia, Carabobo State in the period of July 2020 and May 2021, prior approval of the Directorate of Teaching and Research of the Hospital City “Dr. Enrique Tejera” Results: A total of 30 patients participated in the study, the male sex predominated with (63%), representing the largest age group adolescents (53%), according to sociodemographic level Graffar IV with (43%), on the other part of the authorized representative according to family relationship uncles (53%). Regarding the symptoms suggestive of a depressive state, it was shown that the mood was low in (7%), without a gloomy perspective of the future in (96%), energy to carry out pleasant activities decreased in one (63%), affectation of the appetite (27%), having sleep insomnia (13%) and drowsiness (7%), in addition to hypobulia with (34%). According to the cause of hospital admission grouped by pathologies, traumatological that they represent (47%), infectious 27 (%), Accidents (17%) and neurological with (9%). **CONCLUSION:** The symptoms did not meet the criteria for diagnosis of depressive state according to DSM V AND CIE 10.

Keywords: Depressive episode, schoolchildren, migrant parents

INDICE

	PAG.
INTRODUCCION.....	1
MATERIALES Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	7
DISCUSION.....	9
CONCLUSIONES	11
RECOMENDACIONES.....	12
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	13
ANEXOS.....	21

INTRODUCCION

Según la Organización Internacional para las migraciones (OIM) en el año 2019 manifiesta que en el Derecho Internacional no existe una definición para migración, sin embargo, señala que por uso común se designa como “toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones”¹.

La Clasificación de Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud, en su décima revisión la cual fue respaldada por la cuadragésima tercera asamblea mundial de la salud en mayo 1990 (CIE10) concluye que en el estado depresivo, por lo general, el paciente presenta un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo²

Por otra parte la OMS: define la depresión como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”³.

En relación a la etiología en el año 2017 Pérez⁴ et al., describen que es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y / o factores psicológicos y sociales. Las primeras investigaciones se centraron en las aminas biogénicas (serotonina, norepinefrina y dopamina), en gran parte por el mecanismo de acción de los antidepresivos. Posteriormente, se reportó un mayor riesgo para las personas de desarrollar el trastorno depresivo por la interacción de la vulnerabilidad genética con el ambiente. Adicionalmente, existe evidencia que relaciona el estrés crónico con el trastorno depresivo, lo que ocasiona un deterioro de

las neuronas que les impide hacer las adaptaciones apropiadas para el funcionamiento normal del sistema nervioso central

Así mismo en el 2016 Dávila⁵ et al., propusieron que de acuerdo a la fisiopatología determinan que la interacción entre experiencias tempranas de la vida, factores de la personalidad y conductuales, además de condiciones somáticas provocan disfunción en las redes neuronales y en sistemas de neurotransmisores como el serotoninérgico, el noradrenérgico y el dopaminérgico, ya que se ha demostrado que en pacientes deprimidos están disminuidas las concentraciones de noradrenalina (NA), serotonina (5HT) y dopamina (DA), así como de sus metabolitos, además de los transportadores y precursores en el caso de la serotonina, se ha propuesto que estas disfunciones están mediadas principalmente por la hiperactividad del eje hipotálamohipofisario-adrenal (HHA), que en algunos sujetos está alterado.

Igualmente, para el año 2016 Pacheco⁶ y Chaskel manifiestan que la sintomatología va depender de la edad, y describen que a la edad Preescolar (3 a 6 años de edad) la presentación más frecuente es la ansiedad (observándose con la cara triste, indiferente o inexpresiva, falta de socialización, no juega con otros, habla poco y no se relaciona; hay disminución del hambre. En cambio en edad escolar (7 años de edad a la pubertad) se puede observar cara triste, apatía, irritabilidad, agresividad, letargo o hiperactividad, tristeza y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y, en ocasiones, ideas recurrentes de muerte, conductas de autorriesgo, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en área escolar, trastorno del sueño, disminución o aumento del apetito y trastornos somáticos.

Asimismo para los adolescentes los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, con conductas de autorriesgo más marcadas; se observan negativistas y disociales, se exponen al abuso de alcohol y sustancias, tienen marcada irritabilidad, agresividad, sentimientos de no ser aceptado, aislamiento, descuido en el autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, anhedonia y cogniciones de autorreproche,

autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima. En ocasiones, pueden tener pensamientos relativos al suicidio o a las autoagresiones.

En relación al diagnóstico la Asociación Americana de Psiquiatría, en el año 2016, manifestaron que en cuanto a los Criterios diagnósticos según el DSM-5 el trastorno depresivo se diagnostica si cumple con la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día durante las 2 últimas semanas, y que se acompaña de cinco de los siguientes síntomas: pérdida o ganancia de peso, insomnio, enlentecimiento motor o agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o laboral en el niño o adolescente⁷.

Por otra parte el tratamiento según La guía de la American Academy of Children and Adolescent Psychiatry (AACAP) del año 2017, en los Estados Unidos recomienda diferentes intervenciones según la gravedad de la sintomatología. En depresión leve, dar terapia de apoyo con vigilancia de la respuesta durante las primeras 6-8 semanas. En depresión moderada, iniciar terapia cognitivo-conductual y/o un antidepresivo. Y en depresión severa, recomienda antidepresivo inicialmente siempre asociado con algún tipo de psicoterapia. La guía de la National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) del 2015 del Reino Unido recomienda psicoterapia como primera línea en cualquier tipo de gravedad de la depresión durante 12 semanas, y luego poder evaluar, si no hay respuesta, la necesidad de un antidepresivo⁶.

En efecto según un informe de la OMS en el año 2003 los trastornos depresivos son de las principales causas de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida, con una prevalencia entre el 2% y el 5%, y en la adolescencia, entre el 4% y el 8%, con una prevalencia del 25% al final de la adolescencia. Es bien conocido que los trastornos depresivos son causa primaria de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida con una prevalencia de 8.3 por ciento. Los trastornos depresivos mayores tienen una prevalencia igual en niños y niñas, cambiando en la adolescencia a una razón 2:1 a favor de las mujeres. Los trastornos del ánimo siguen siendo los predictores más

altos de suicidio en adolescentes y entre más temprano se instala el trastorno del humor, mayor es el riesgo de suicidio y de intento de suicidio⁸.

Por otra parte en un estudio del 2019 realizado por Castiblanco⁹ en Colombia, concluye que de 30 niños estudiados entre 7-12 años de edad, solo 1 mostró síntomas depresivos severos con mayor incidencia en disforia que autoestima, y 2 de ellos mostraron signos de depresión con mayor incidencia en la disminución de autoestima, a comparación del resto de participantes. En relación a los grupos etarios se encontró que el grupo entre 7 y 8 años (38,67%) tenía mayor tendencia tanto en disforia, como en autoestima negativa, a comparación del grupo de 11 y 12 años (30%), concluyó entonces que los síntomas depresivos en migrantes tienen una frecuencia del 10% en la población de infantil.

Además en 2012 Zavala¹⁰ en México, en una investigación descriptivo de corte transversal, estudió los Efectos Psicológicos de la Migración Parental sobre la Autoestima de los Adolescentes, concluyendo que los escolares y adolescentes presentaron síntomas de depresión y ansiedad.

Asimismo, Min Shen¹¹, et al., en un estudio transversal realizado en el 2015 con el objetivo de analizar Patrones de migración parental y riesgo de trastorno de depresión y ansiedad entre niños rurales de 10 a 18 años en China con una muestra de 2283 niños entre las edades mencionadas anteriormente, concluyeron que La tasa de prevalencia de depresión entre niños abandonados con ambos padres migrando (14.2%) fue mayor que la de los niños con uno de los padres migrando (11.7%) y no migrando padres (12.6%). Y que La tasa de prevalencia del trastorno de ansiedad en niños con ninguna migración de padres (25.1%) fue mayor que la de niños que viven con uno o ninguno de los padres (22.2% y 22,0%).

Con respecto al género, Mora¹² en el 2016 (Ecuador) el cual se estudió la prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión en estudiantes hijos de padres migrantes

concluye que el riesgo de depresión en el sexo femenino es mayor con una relación de 2:1.

En relación al parentesco de la persona a cargo del niño, Vazquez¹³ en el 2010 (Ecuador) en donde estudio la migración de los padres de familia y su incidencia en la pérdida de año de los estudiantes concluyo que el 60% de los niños viven con los abuelos, 25% con los Padrinos, 7,5% con los Tíos, 5% vecinos, 2,5% Amigos.

Por otro lado, en República Dominicana (2016) Frias¹⁴, en donde estudio El impacto psicoeducativo de la emigración materna dominicana en los hijos menores dejados atrás, finiquito que el género con mayor incidencia a la depresión fue el femenino con $M=5,71$ a diferencia del sexo masculino con una $M=5,61$.

La realización de esta investigación encuentra su justificación dado a que muchos familiares manifiestan en la emergencia, o en el área de consulta que los padres de los niños han tenido que irse fuera del país debido a la crisis económica, con la esperanza de mejorar la calidad de vida y la de su familia, un gran porcentaje de emigrantes son padres de familia, Jefe del hogar, y aun así han tenido que al ausentarse de su casa, alejarse de su pareja a cargo de su descendencia o ambos emigran dejando a sus hijos con parientes cercanos, alterando así la base de la sociedad, a la familia, por lo que la realidad afectiva se muestra diferente en los niños y adolescentes quienes la percibirán de manera única y diferente y pudiendo traer como consecuencia que la tristeza que es un sentimiento normal de un duelo se prolongue ocasionando episodio depresivo.

En relación a lo anteriormente expuesto se plantea la importancia de realizar este trabajo para identificar la presencia de estado depresivo en pacientes pediátricos ya que esta entidad se encuentra subvalorada en esta etapa de la vida y sirviendo de base para investigaciones futuras ya que es un estudio pionero en el área de pediatría. En vista de esto se plantea como objetivo general identificar el estado depresivo en pacientes escolares y adolescentes hijos de padres migrantes ingresados en el hospital de niños "Dr. Jorge Lizarraga" desde julio 2020 hasta mayo 2021.

Para realizar dicha identificación se plantean los siguientes objetivos específicos: Describir las características sociodemográficas y especificar el parentesco de la persona a cargo del niño, Identificar los síntomas presentes que sugieran estado depresivo en escolares y adolescentes hijos de padres migrantes a cargo de terceros y determinar la causa de ingreso al hospital.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó una investigación de tipo cuantitativa, prospectiva, descriptiva, y de campo en el Hospital de Niños “Dr. Jorge Lizárraga” Valencia, Estado Carabobo en el periodo julio 2020 y Mayo 2021, previa aprobación de la Dirección de Docencia e Investigación de la Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera”. La población está constituida por los pacientes escolares y adolescentes hijos de padres migrantes que acuden a la emergencia del hospital de niños “Dr. Jorge Lizárraga”.

Los criterios de inclusión fueron : pacientes con edades comprendidas entre los 6 a 14 años de edad, hijos de padres que decidieron emigrar y dimitir el cuidado de sus hijos a terceros y que ingresen a la emergencia de niños durante el tiempo de julio 2020 hasta mayo 2021 y donde los representantes legales aprueben permanecer en la investigación a través de un consentimiento informado aceptando la participación en el estudio.

Se diseñó una ficha de registro, contentiva de las variables sujetas a la investigación haciendo uso del interrogatorio y un instrumento de evaluación. Además se usó criterios diagnósticos según el CIE10 tales como: episodio depresivo con duración de al menos 2 semanas, no atribuibles al uso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico; pérdida del interés o capacidad de disfrutar las actividades que normalmente eran placenteras; ausencia de reacciones emocionales frente a acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta; despertarse por la mañana 2 o más horas antes de la hora habitual; presencia del entorpecimiento motor o agitación; pérdida

marcada del apetito. Motivo por el cual el investigador recibió entrenamiento donde se especifica la manera de realizar la encuesta, la misma se realizó tres veces a la semana a los pacientes que ingresen al área de emergencia pediátrica al cuidado de un su familiar responsable.

Se elaboró una base de datos en el programa de Office, Microsoft Excel 2010 y para el análisis de los mismos se recurrió a las técnicas de estadísticas descriptivas a partir de tablas de distribución de frecuencia y porcentaje además de cálculos de media y desviación estándar.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 30 pacientes con sintomatología de estado depresivo con edades comprendidas entre 7 y 15 años de edad hijos de padres migrantes ingresados en el hospital de niños “Dr. Jorge Lizarraga” Julio 2020- Mayo 2021.

Tabla N° 1. Distribución de los pacientes según características sociodemográficas y familiar responsable.

Características N°30	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
Sexo		
Masculino	19	63
Femenino	11	37
Grupo Etario		
Escolares	14	47
Adolescentes	16	53
Graffar		
III	12	40
IV	13	43
V	5	17
Representante		
Parentesco		
Tíos	16	53
Abuelos	13	43
Primos	1	4

En la distribución de los pacientes predominó el sexo masculino con 63%(19), representando el mayor grupo etario los adolescentes con 53%(16), según nivel sociodemográfico Graffar IV con 43%(13), el representante autorizado según parentesco familiar los tíos con 53%(16)

Tabla N° 2. Distribución de pacientes según sintomatología que sugiera estado depresivo.

Características N°30	Frecuencia absoluta	Frecuencia%
Síntomas		
Estado de ánimo		
Normal	28	93
Bajo	2	7
Perspectiva sombría del futuro		
No	29	96
Si	1	4
Energía para realizar actividades que le eran placenteras		
disminuido	19	63
normal	11	37
Apetito		
Normal	22	
Disminuido	8	27
Sueño		
Normal	2	80
Insomnio	4	13
Somnolencia	2	7
Volición		
Normal	20	66
Hipobulia	10	34

La sintomatología sugestiva de estado depresivo se observó que el estado de ánimo estuvo bajo en 7%(2) , sin perspectiva sombría del futuro en 96%(29),con energía para realizar actividades placenteras disminuida en un 63%(19),con afectación del apetito un 27%(8),y con alteración del sueño insomnio 13%(4) y somnolencia 7%(2),además de hipobulia con 34%(10).

Tabla N° 3. Distribución de los pacientes según la causa de ingreso hospitalario

Características N°30	Frecuencia absoluta	Frecuencia %
**Traumatológicas	14	46
****Infecciosas	8	27
***Accidentes	5	17
*Neurológicas	3	10

* **Neurológicas:** Infección del sistema nervioso central, convulsión

** **Traumatológicas :** Fracturas no relacionadas con accidentes

*** **Accidentes:** Politraumatismo, emponzoñamiento

******Infecciones:** Neumonías, infecciones virales por dengue, Infecciones de piel y partes blandas.

Según la causa de ingreso hospitalario agrupado por patologías; traumatológicas que representa un 46%(14),infecciosas 27%(8), Accidentes 17%(5) y neurológicas con 10%(3).

DISCUSION

Los trastornos comúnmente denominados depresivos incluyen un conjunto de entidades clínicas relacionadas con problemas de mayor o menor intensidad y duración, tales como el episodio de depresión mayor y la distimia los cuales son trastornos del estado de ánimo¹⁵

Con respecto al género predominó el masculino en contraposición con Mora¹² y Frias¹⁴ en donde resaltó el femenino, sin embargo en la OMS en 2003 no hubo diferencia. Esto se puede explicar en el sexo femenino tiene mayor frecuencia a partir de la teoría de intensificación de rol de género y por la exposición diferencial al estrés¹⁶

En efecto en cuanto al grupo etario predominó los adolescentes, similar al informe de la OMS en el año 2003⁸ a diferencia de Castiblanco⁹ en donde predominó los escolares, en esta edad según la teoría del constructivismo social, enfatiza que el escolar tiene conciencia de sí mismo y le importa mucho lo que piensan de él y su estado de ánimo es estable, además poseen sentido de individualidad y capacidad crítica, en las cuales van desarrollando relaciones duraderas con personas diferentes a sus padres¹⁷. A diferencia de los adolescentes que suelen tener una afectividad muy rica pero inestable¹⁵ sin embargo Zavala¹⁰ no caracterizó diferencias entre escolares y adolescentes.

Relacionado al nivel socioeconómico no hay estudios que se compare con los estadios de Gaffar, sin embargo estas marcadas desigualdades socioeconómicas son importantes porque afectan de manera directa las oportunidades como el acceso a la educación y los servicios de la salud lo que no solamente impacta a la población adulta sino a los escolares y adolescentes generando un ambiente social inadecuado resultando trastornos del estado de ánimo.¹⁸

Asimismo, en relación al parentesco de la persona a cargo del paciente en mi estudio fueron los tíos ocupando el mayor porcentaje a diferencia de Vazquez¹³ representado por los abuelos, esto se debe porque tienen disposición para cuidar de los hijos e hijas de las mujeres y los hombres migrantes y con ello facilitar la migración. A partir de esta

disposición las abuelas transmiten a las madres y padres migrantes la tranquilidad y confianza.¹⁹

La sintomatología de los pacientes con episodio depresivo se manifiesta dependiendo de la edad como se evidencia en el estudio de Pacheco⁶ y Chaskel, trastornos del ánimo y de la conducta que pueden desencadenar intento de suicidio, sin embargo en el presente estudio no se cumplieron con todos los criterios del DSM5 para definirlos como episodio depresivo debido que se presentaron de forma aislada y con una duración menor, catalogándose como trastorno adaptativo.

Por consiguiente según los criterios diagnósticos de los trastornos adaptativos son bastante vagos y no ofrece especificaciones claras para discernir adecuadamente todas las manifestaciones del trastorno. La incertidumbre que ello genera, unida a la falta de consenso, contribuye a explicar las importantes dificultades a la hora de abordar la tareas de diagnosticar, estudiar y tratar este trastorno. Se resalta que la población más joven es uno de los diagnosticados con mayor frecuencia pero sin problemas psíquicos, destacando que el subtipo de trastorno adaptativo más frecuente es el tipo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.¹⁹

Además el DSM-IV TR, dentro de sus consideraciones clasificatorias lo toma de la siguiente forma: “El principio organizativo de todas las secciones restantes (excepto los trastornos adaptativos) consiste en agrupar trastornos en función de sus características fenomenológicas compartidas a fin de facilitar el diagnóstico diferencial. La sección de Trastornos adaptativos, está organizada de modo distinto puesto que tales trastornos han sido agrupados en función de su etiología común como reacción desadaptativa a estrés. Por consiguiente, los trastornos adaptativos incluyen una amplia variedad de presentaciones clínicas heterogéneas como trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno adaptativo con ansiedad, trastorno adaptativo con alteración del comportamiento. Esto refuerza los argumentos de la calificación dentro de factores estresantes para su identificación²⁰

La distribución según causa de ingreso al hospital como se observa en la tabla 3 predomina las patologías traumatológicas, a diferencia de otros estudios sin énfasis en esta variable para poder contrastar los resultados.

Conclusiones

Este estudio tuvo como objetivo identificar el episodio depresivo en escolares y adolescentes, en el mismo se evidenció que predominó el sexo masculino 63%. Siendo el mayor grupo etario los adolescentes 53% en cuanto al Nivel sociodemográfico prevaleció Graffar IV 43%, El parentesco cargo sobresalió los tíos 53% y como patología de ingreso hospitalario fueron las patologías traumatológicas 46%. Los resultados indicaron que la sintomatología no cumplía con los criterios para diagnóstico de estado depresivo según DSM V Y CIE 10

Recomendaciones

Se recomienda una evaluación de los trastornos del ánimo en escolares y adolescentes, amerita ser abordado desde un enfoque de consejería individual personalizado basado en la terapia cognitiva conductual y emotiva para evadir la agudización de dichos trastornos.

Implementar secciones de motivación y energización psicológicas a fin de revertir los estados de ánimo de los pocos pacientes que presentaron síntomas.

Derivar los casos más críticos para su evaluación con psiquiatría infantil a fin de que considere como alarma epidemiológica en salud mental en los trastornos del ánimo.

Iniciar charlas virtuales con los padres, familia y adolescentes a fin de promocionar la salud mental y al importancia de una adecuada higiene mental

Se recomienda realizar un estudio en cuanto al graffar y clínica de trastornos adaptativos

Se recomienda realizar estudios posteriores de trastornos adaptativos en niños y adolescentes

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Internacional para Migraciones. Términos Fundamentales sobre migración OIM. ONU. MIGRACION. (2019) [Internet] Disponible:[<https://www.iom.int/es/terminos-fundamentales-sobremigracion>] [Consultado junio,12,2020]
2. OMS-Asociación Mundial de Psiquiatría, Sección de Psiquiatría Infantil y adolescente. Clasificación Mutiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Primera edición, segunda reimpresión 2006. Madrid-España. Editorial medica Panamericana;2006.
3. Falcato M; Hernández N; Calzada Y. Depresión en la adolescencia: consideraciones necesarias para su diagnóstico y tratamiento (2017) Rev. Finl. 7(3):152–154.[Carta al editor]. [Internet][<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/541>] [Consultado junio 12,2020]
4. Pérez E; Cervantes V; Hijuelos.N; Pineda.J , (2017) Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor.; [Internet]Rev BioMed 28 (2): 73-98 [<https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>][Consultado Junio,12 2020]
5. Dávila A; González R; Liangxiao M; Santana J; Yan N , (2016) 10(4):147-154 Estudio sinomédico de los circuitos subyacentes a los síntomas depresivos fisiopatología de la depresión y una propuesta de tratamiento con craneopuntura. Rev Int Acupunt[Internet]. Disponible en: DOI: 10.1016/j.acu.2016.08.002 [Consultado junio 12, 2020]
6. Pacheco T, Chaskel R. (2016) Depresión en niños y adolescentes. Precop. SCP. 15: (1): 30-38 [internet] Disponible en: [<https://scp.com.co/wp-content/uploads/2016/04/3.-Depresión.pdf>] [Consultado Junio 12 2020]
7. DSM-5. Actualizacion. Suplemento del MANUAL®DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE TRASTORNOS MENTALES. (2016) Asociación Americana de Psiquiatría. [Internet]Disponible en: 10 [https://dsm.psychiatryonline.org/pbassets/dsm/update/Spanish_DSM5U_pdate2016.pdf] [Consultado junio 12, 2020]
8. Ceballos, G; Suarez, Y; Suescún, J; Gamarra, L ,(2015) Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de santa marta. Rev Duazary. 12(1):15-22 [Internet]. Disponible en: [<https://doi.org/10.21676/2389783X.1394>] [Consultado Junio 12 2020]
9. Castiblanco A; Catalina D.(2019) Sintomatología depresiva en niños migrantes venezolanos entre los 7 y 12 años [Internet] [Trabajo de Grado]; Medellín Colombia 2019 Politécnico Gran Colombiano.. Disponible en: [<http://alejandria.poligran.edu.co/handle/10823/1394>][] Consultado Junio 12,2020]
10. Zabala J; Rayas O; Delgado L; Lozano J. (2008) Migración : algunas consecuencias psicológicas en niños y adolescentes de dos municipios del Estado de Zacatecas. Researchgates. Rev Inv. Cientif. 4(2):1– 8.[Internet] Disponible en:[<https://www.researchgate.net/publication/304334973>] [Consultado junio 12,2020]
11. Shen M; Gao J; Liang Z; Wang Y et al., (2015). Parental migration patterns and risk of depression and anxiety disorder among rural children aged 10-18 years in

- China: A cross-sectional study. *BMJ Open*. 2015; 5(12):1–8. [Internet] disponible en: [DOI: 10.1136/bmjopen-2015-007802] [Consultado junio 12 2020]
11. Tenesaca D; Mosquera L. (2016). Prevalencia y Factores De Riesgo Asociados a Depresión En Estudiantes Hijos de Padres migrantes, Biblián 2015. [Internet] [Trabajo de Grado] Cuenca. Ecuador. Universidad de Cuenca. Disponible en: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/23775/1/Tesis.pdf] [Consultado junio 12,2020]
 12. Vazquez v. La migración de los padres de familia y su incidencia en la perdida de año de los estudiantes (Tesis De Grado A La Obtención Del Título En Licenciatura "Ciencias De La Educación". Ecuador : Universidad Tecnologica Equinocial; 2010. Disponible en [http://192.188.51.77/bitstream/123456789/3054/1/51354_1.pdf] [consultado junio 10,2020] 11
 13. FRIAS A. El impacto psicoeducativo de la emigración materna dominicana en los hijos menores dejados atrás. (PROGRAMA DE DOCTORADO: "PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN") Republica dominicana Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea ; 2016. Disponible en [https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/18581/TESIS_FRIAS_REYNOSO_ALFA%20YANET.pdf] [consultado junio 18,2020]
 14. Basantes D. Villavicencio L. Alvear L. Arteño R. Varde E. Ansiedad y depresión en adolescentes. *Revista Redipe* [Revista de internet], 2021.[Consultado 24 Noviembre 2021] vol 10 Num 2. Disponible en <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1205>
 15. Ruiz C. Jimnez J. Garcia M. Flores L. Trejo H. Factores del ambiente Familiar Predictores de Depresión en Adolescentes Escolares: Análisis por sexo. *Revista ResearchGate* [Revista de internet], 2020.[Consultado 24 Noviembre 2021] Disponible en [https://www.researchgate.net/publication/338968645 Factores del ambiente familiar predictores de depresion en adolescentes escolares analisis por sexo](https://www.researchgate.net/publication/338968645_Factores_del_ambiente_familiar_predictores_de_depresion_en_adolescentes_escolares_analisis_porsexo)
 16. Olivo J. Marisol D. Ruiz U. Casimiro E. La sobreprotección Familiar en edad escolar UPAGU [Revista de internet], 2020.[Consultado 24 Noviembre 2021] Disponible en <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/1492>
 17. Gonzalez C. Hermosillo A. Vacio M. Peralta R. Wagner F. Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Cielo* [Revista de internet], 2015.[Consultado 24 Noviembre 2021] vol. 72 Núm. 2. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000200149
 18. Silvia E. Silvia C. La Participación de los abuelos en los cuidados de los niños migrantes. Una revisión. *Revista ResearchGate* [Revista de internet], 2020.[Consultado 24 Noviembre 2021] Disponible en <https://www.researchgate.net/publication/346719921>
 19. Andreu S. Un protocolo de Tratamiento Psicológico para los Trastornos Adaptativos Apoyado por un Sistema de realidad Virtual: Análisis de su Eficacia a Través de un estudio Controlado Universidad Jaume. [Tesis Doctoral en internet] 2011. .[Consultado 24 Noviembre 2021] Disponible en

<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2020-03/CLASE%252013%2520-%2520TRASTORNO%2520ADAPTATIVO.pdf&ved=2ahUKEwim0cbEuLL0AhUOTTABHUZ1AAMQFnoECAUQAQ&usg=AOvVaw3gbTVhCaFdKQpnpnWQCP>

20. Galarcio C. Análisis de perfil cognitivo de un paciente con trastorno adaptativo mixto con Ansiedad y estado de ánimo Depresivo. Manglar.uninorte.edu.co [Tesis Doctoral en internet] 2017. .[Consultado 24 Noviembre 2021] Disponible en https://scholar.google.co.ve/scholar?start=20&q=trastornos+adaptativos+y+depresi%C3%B3n+en+escolares&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1#d=gs_qabs&u=%23p%3D2cu4TVHPG7IJ

ANEXO A

Formulario de recolección de datos:

Nombre y Apellido: _____. Edad: _____. ♀ ____ / ♂ ____.
Procedencia: _____ Familiar Responsable: _____. G1: ____ G2 ____ G3 ____ G4 ____
G5 ____ Causa de ingreso: _____

Criterios diagnósticos según clínica G1: Marque **S:** Si está presente o **N:** No está presente.

.- Estado de ánimo: Animo Bajo: **S:** ____ / **N:** ____.

Irritabilidad: **S:** ____ / **N:** ____.

.- Anhedonia: **S:** ____ / **N:** ____.

.- Fácil fatigabilidad: **S:** ____ / **N:** ____.

.- Ideas de culpa o inutilidad: **S:** ____ / **N:** ____.

.- Ideación suicida o actos suicidas o de autoagresiones: **S:** ____ / **N:** ____.

.- Perdida de la confianza en si mismo o sentimientos de inferioridad: **S:** ____ / **N:** ____.

.- Perspectiva sombría del futuro: **S:** ____ / **N:** ____.

Marque **N:** Normal / **A:** Aumentado / **D:** Disminuido.

.- Energía para realizar actividades que le eran placenteras: **N:** ____ / **A:** ____ / **D:** ____.

.- Atención y concentración: **N:** ____ / **A:** ____ / **D:** ____.

.- Psicomotricidad: **N:** ____ / **A:** ____ / **D:** ____.

.- Apetito: **N:** ____ / **A:** ____ / **D:** ____.

.- Libido: **N:** ____ / **A:** ____ / **D:** ____.

.- Sueño: **Normal:** ____ / **Insomnio:** ____ / **Somnolencia:** ____.

.- Volición: **Abulia:** ____ / **Hiperbulia:** ____ / **Hipobulia:** ____.

Criterios de exclusión según clínica: Marque **S:** Afirmativo / **N:** Negativo.

G2: No ha habido síntomas hipomaníacos o maníacos suficientes para cumplir los criterios de episodio hipomaníaco o maníaco (F30.-) en ningún periodo: **S:** ____ / **N:** ____.

G3: El episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas (F10-F19) o ningún trastorno mental orgánico (F00-F09): **S:** ____ / **N:** ____

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, con C.I. _____, representante de: _____ Doy mi consentimiento para que mi representado participe en calidad de paciente en el estudio titulado **ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES ESCOLARES Y ADOLESCENTES HIJOS DE PADRES MIGRANTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS “DR. JORGE LIZÁRRAGA” JULIO 2020-MAYO 2021. VALENCIA-VENEZUELA**, llevada a cabo por el Dr. Álvaro Zúñiga C.I: 84.600.943 Hago conocer que se me ha explicado los procedimientos que serán practicados en mi representado, entiendo que Estudio observacional, analítico

Si por algún motivo o circunstancia deseo retirarme de dicho estudio, lo hare previa información dada al autor de este trabajo sin ninguna obligación de cualquier índole.

Firma del Representante _____ C.I: _____

Firma del Testigo _____ C.I: _____

Fecha:

ANEXO C

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

[illegible]

ANEXO D



REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.
UNIVERSIDAD DE CARABOBO.
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO



ESPECIALIZACION EN PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
CIUDAD HOSPITALARIA "DR. ENRIQUE TEJERA"

Validación de Instrumento de Recolección

Por medio del presente oficio, yo, **Álvaro Omar Zúñiga Carrasco CI 84.600.943**, Residente del segundo nivel del Postgrado de Pediatría y Puericultura en el Hospital de Niños "Dr. Jorge Lizárraga" solicito sus buenos oficios como experto(a) para la validación del instrumento de recolección de datos de mi Trabajo Especial de Grado el cual lleva por título: **ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES ESCOLARES Y ADOLESCENTES HIJOS DE PADRES MIGRANTES INGRESADOS EN EL HOSPITAL DE NIÑOS "DR. JORGE LIZÁRRAGA" JULIO 2020-MAYO 2021. VALENCIA-VENEZUELA**, teniendo como Objetivo General: identificar el estado depresivo en pacientes escolares y adolescentes hijos de padres migrantes ingresados en el hospital de niños "Dr. Jorge Lizárraga" julio 2020-mayo 2021, a través de los siguientes Objetivos Específicos: Identificar los síntomas presentes que sugieran depresión en niños y adolescentes hijos de padres migrantes a cargo de terceros, Describir las características sociodemográficas, determinar la causa de ingreso al hospital, especificar el parentesco de la persona a cargo del niño. Agradeciendo de antemano su colaboración.

REINAILIS PAEZ CI 12.981.80