

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**“Factores asociados a síntomas depresivos en pacientes
pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel
Angel Mariscal Llerena, 2026”**

Para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

Bach. Bright Keren MEDINA HUAMANI

Bach. Kleiver Victor HUAMANI GAMBOA

ASESORA:

Dra. María Elizabeth TORREALVA CABRERA

AYACUCHO - PERÚ

2026

AGRADECIMIENTO

A nuestra alma máter, la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga y, de manera especial, a la Escuela Profesional de Medicina Humana, por brindarnos una sólida formación académica, humanística y científica, así como los conocimientos y valores que contribuyeron significativamente a nuestro crecimiento profesional y personal.

Al Hospital Regional de Ayacucho, por abrirnos las puertas de sus instalaciones y brindarnos las facilidades necesarias para la ejecución de la presente investigación; asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a las pacientes y sus familiares, cuya colaboración y confianza hicieron posible el desarrollo de este trabajo.

A nuestros asesores, por su valiosa orientación metodológica, dedicación y constante apoyo durante el desarrollo de la tesis. De igual manera, a nuestros familiares y amigos, por su paciencia, motivación y acompañamiento incondicional a lo largo de este importante proceso académico.

DEDICATORIA

A mis padres, Luis y Nancy, por su presencia fundamental en mi vida, su amor incondicional y por ser un pilar de apoyo continuo a lo largo de toda mi educación. Gracias por enseñarme que todo es posible con esfuerzo, perseverancia y humildad, brindándome siempre lo necesario para alcanzar mis metas. A mis hermanos, por su cariño y compañía. A mis maestros, por transmitirme conocimientos y valores esenciales para mi crecimiento personal y profesional. Y a mis amigos, por estar presentes en cada alegría y desafío, compartiendo risas y momentos inolvidables que hicieron de este camino una experiencia más cálida

Brighit Keren Medina Huamaní

A mis padres, Víctor y Felipa, por su amor, sacrificio, esfuerzo, apoyo incondicional y ser el pilar fundamental en cada etapa de mi formación académica. Cada uno de mis logros lleva también el fruto de su dedicación y entrega. A mis hermanos, por su cariño, respaldo y su compañía a lo largo de este proceso. Una mención especial a Nataly, por su apoyo incondicional, paciencia, comprensión, y ser mi soporte emocional. Finalmente, expreso mi agradecimiento a mis compañeros, amigos y docentes quienes formaron parte de este proceso y contribuyeron a la culminación de esta importante etapa de mi vida.

Kleiver Victor Huamani Gamboa

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores asociados a la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el año 2026. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en 250 pacientes pediátricos hospitalizados de 8 a 14 años y sus cuidadores primarios. Para medir los síntomas de depresión en los niños se utilizó el test CDI de Kovacs, mientras que la sintomatología ansiosa y depresiva de los cuidadores se evaluaron con la Escala de Goldberg. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas y de hospitalización mediante análisis bivariado y regresión de Poisson para estimar razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas, con IC95% y $p < 0,05$. **Resultados:** Del total de pacientes evaluados, el 28% presentó algún grado de sintomatología depresiva; predominando las manifestaciones leves con 20,8%, seguidas de las moderadas con 5,2% y severas con 2%. En el análisis bivariado, las características clínicas y de hospitalización asociadas significativamente con sintomatología depresiva fueron la estancia hospitalaria prolongada (RP=3,84; IC95%: 2,31–6,39; $p < 0,001$), el reingreso hospitalario (RP=2,97; IC95%: 1,83–4,82; $p < 0,001$), la alta carga procedimental (RP=4,12; IC95%: 2,45–6,93; $p < 0,001$) y la presencia de diagnósticos crónicos o complejos (RP=3,56; IC95%: 2,08–6,08; $p < 0,001$). Las variables sociodemográficas del paciente pediátrico no mostraron asociación estadísticamente significativa ($p > 0,05$). Respecto a las variables psicológicas del cuidador primario, la presencia de sintomatología depresiva mostró asociación significativa con la sintomatología depresiva infantil (RP=3,41; IC95%: 2,01–5,79; $p < 0,001$), mientras que la sintomatología ansiosa no presentó asociación significativa (RP=1,21; IC95%: 0,82–1,79; $p = 0,335$). En el análisis multivariado ajustado, permanecieron como factores asociados independientes la estancia hospitalaria prolongada (RP_a=2,76; IC95%: 1,58–4,82; $p < 0,001$), la alta carga procedimental (RP_a=2,91; IC95%: 1,63–5,18; $p < 0,001$) y la sintomatología depresiva del cuidador primario (RP_a=2,47; IC95%: 1,39–4,37; $p = 0,002$). **Conclusiones:** La sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados se asoció principalmente con factores relacionados con la complejidad y prolongación de la hospitalización, especialmente la estancia hospitalaria prolongada y la alta carga procedimental. Asimismo, la sintomatología depresiva del cuidador primario se comportó como un factor asociado independiente. Los hallazgos evidencian la necesidad de fortalecer estrategias de detección temprana y apoyo psicoemocional integral dirigidas tanto al paciente pediátrico como a su entorno familiar durante la hospitalización.

Palabras clave (DeCS): Síntomas Depresivos, Hospitalización, Pediatría, Factores Asociados, Cuidadores Primarios, Salud Mental Infantil.

ABSTRACT

Objective: To determine factors associated with depressive symptoms in hospitalized pediatric patients of the Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena during 2026. **Materials and methods:** An observational, analytical, cross-sectional study was conducted in 250 hospitalized pediatric patients aged 8 to 14 years and their primary caregivers. Pediatric depressive symptoms and caregiver anxiety and depressive symptoms were assessed using the Kovacs Children's Depression Inventory (CDI) and the Goldberg Anxiety and Depression Scale, respectively. Sociodemographic, clinical, and hospitalization variables were analyzed through bivariate analysis and Poisson regression to estimate crude and adjusted prevalence ratios (PR), with 95% confidence intervals and statistical significance set at $p < 0.05$. **Results:** Of the total patients evaluated, 28.0% presented depressive symptoms, predominantly mild manifestations (20.8%), followed by moderate (5.2%) and severe symptoms (2.0%). In the bivariate analysis, the clinical and hospitalization characteristics significantly associated with depressive symptoms were prolonged hospital stay (PR=3.84; 95% CI: 2.31–6.39; $p < 0.001$), hospital readmission (PR=2.97; 95% CI: 1.83–4.82; $p < 0.001$), high procedural burden (PR=4.12; 95% CI: 2.45–6.93; $p < 0.001$), and the presence of chronic or complex diagnoses (PR=3.56; 95% CI: 2.08–6.08; $p < 0.001$). Pediatric sociodemographic variables showed no statistically significant association ($p > 0.05$). Regarding psychological variables of the primary caregiver, depressive symptoms were significantly associated with pediatric depressive symptoms (PR=3.41; 95% CI: 2.01–5.79; $p < 0.001$), whereas anxiety symptoms showed no statistically significant association (PR=1.21; 95% CI: 0.82–1.79; $p = 0.335$). In the adjusted multivariate analysis, prolonged hospital stay (aPR=2.76; 95% CI: 1.58–4.82; $p < 0.001$), high procedural burden (aPR=2.91; 95% CI: 1.63–5.18; $p < 0.001$), and depressive symptoms in the primary caregiver (aPR=2.47; 95% CI: 1.39–4.37; $p = 0.002$) remained independently associated factors. **Conclusions:** Depressive symptoms in hospitalized pediatric patients were mainly associated with factors related to the complexity and prolonged duration of hospitalization, particularly prolonged hospital stay and high procedural burden. Likewise, depressive symptoms in the primary caregiver behaved as an independent associated factor. These findings highlight the need to strengthen early detection strategies and comprehensive psycho-emotional support for both pediatric patients and their family environment during hospitalization.

Keywords: Depressive Symptoms, Hospitalization, Pediatrics, Associated Factors, Primary Caregivers, Child Mental Health.

INTRODUCCIÓN

Los síntomas depresivos constituyen un problema de salud pública de creciente relevancia a nivel nacional y mundial, debido a su impacto negativo en el desarrollo emocional, social y cognitivo de los niños. Aunque durante mucho tiempo se consideró que la depresión era una condición exclusiva de la adultez, en la actualidad existe amplia evidencia que demuestra su presencia en la población pediátrica, manifestándose con síntomas afectivos, conductuales y somáticos que interfieren significativamente en la calidad de vida del niño y su entorno familiar.

En el contexto hospitalario, los niños se enfrentan a múltiples factores estresantes como la separación del núcleo familiar, la presencia de enfermedades agudas o crónicas, procedimientos médicos invasivos, dolor físico y limitaciones en sus actividades habituales. Estas condiciones incrementan la vulnerabilidad emocional del paciente pediátrico, favoreciendo la aparición de síntomas depresivos o agravando trastornos afectivos preexistentes. Sin embargo, estos síntomas continúan siendo desapercibidos o subdiagnosticados por el personal de salud, especialmente en hospitales generales, donde la atención suele centrarse prioritariamente en la patología orgánica.

Diversos estudios han identificado factores asociados a los síntomas depresivos en la población infantil, entre los que destacan variables sociodemográficas, familiares, clínicas y psicosociales, tales como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico, el tipo de enfermedad, el tiempo de hospitalización, el apoyo familiar y el antecedente de enfermedades crónicas. No obstante, la magnitud y el comportamiento de estos factores varían según el contexto sociocultural y sanitario de cada región, lo que hizo necesario generar evidencia local para comprender esta problemática de manera más precisa.

En el departamento de Ayacucho, la información sobre salud mental infantil en el ámbito hospitalario es limitada, pese a tratarse de una población vulnerable expuesta a condiciones socioeconómicas adversas y barreras en el acceso a servicios especializados de salud mental. El Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, como establecimiento de referencia, atiende a

un importante número de pacientes pediátricos hospitalizados, lo que lo convirtió en un escenario clave para este estudio.

En este contexto, la presente investigación titulada “**Factores asociados a síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026**” tuvo como finalidad identificar y analizar los principales factores relacionados con la presencia de síntomas depresivos en niños hospitalizados, con el propósito de contribuir al fortalecimiento de estrategias de detección temprana, prevención e intervención oportuna en el ámbito hospitalario pediátrico. El presente informe final de tesis consta de los siguientes capítulos:

Capítulo I: Aborda el planteamiento del problema, su formulación, los objetivos generales y específicos, y la justificación que respaldó el desarrollo del estudio.

Capítulo II: Desarrolla el marco teórico, compilando los antecedentes de investigación nacionales e internacionales, junto a las bases teóricas que sustentan las variables.

Capítulo III: Presenta las hipótesis generales y específicas, así como la operacionalización de las variables analizadas.

Capítulo IV: Describe la metodología de investigación empleada, detallando el enfoque, diseño, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Capítulo V: Expone los Resultados y Discusión, presentando el análisis estadístico descriptivo e inferencial mediante tablas y gráficos, e interpretando los hallazgos en contraste directo con la literatura científica y antecedentes.

Capítulo VI: Sintetiza las Conclusiones y Recomendaciones, respondiendo de forma directa a los objetivos planteados y proponiendo acciones concretas para la mejora de la práctica clínica hospitalaria, la gestión de la salud mental y futuras líneas de investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA:	1
AGRADECIMIENTO	2
DEDICATORIA	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
ÍNDICE	8
CAPÍTULO I	10
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	12
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	12
1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS	12
1.3 OBJETIVO GENERALES Y ESPECÍFICOS	13
1.3.1 OBJETIVO GENERALES	13
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	13
1.4.1 JUSTIFICACIÓN	13
1.4.2 IMPORTANCIA	15
CAPÍTULO II	16
MARCO TEÓRICO	16
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	16
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	22
2.1.3 ANTECEDENTES REGIONALES	27
2.2. BASES TEÓRICAS.....	27
2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES:.....	32
CAPÍTULO III	36
HIPÓTESIS Y VARIABLES	36
3.1 HIPÓTESIS	36
3.2 VARIABLES	36
3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	37
CAPÍTULO IV	39
4.1 METODOLOGÍA DE ESTUDIO	39

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	49
5.1. RESULTADOS.....	49
5.2. DISCUSIÓN	66
CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
6.1 CONCLUSIONES	82
6.2 RECOMENDACIONES.....	83
REFERENCIAS	85
ANEXOS	91
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	92
ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	93
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	94
ANEXO 4. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	96
ANEXO 5: TEST DE KOVACS	97
ANEXO 6: ESCALA DE GOLDBERG	98
ANEXO 7: FICHA TÉCNICA INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS (CDI).....	99
ANEXO 8: FICHA TÉCNICA: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)	100
ANEXO 9: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA.....	101

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los síntomas depresivos en la etapa pediátrica constituyen un problema de creciente importancia en el ámbito de la salud infantil. Esta etapa crucial del desarrollo se caracteriza por la formación de la identidad, el establecimiento de relaciones sociales y la exploración de nuevas experiencias ^[1]. Por lo cual constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial crítico, debido a su impacto funcional y su asociación con desenlaces adversos, tales como el aumento del riesgo de ideación y conducta suicida, bajo rendimiento académico, dificultades en las relaciones interpersonales, consumo de sustancias psicoactivas y mayor probabilidad de recurrencia de trastornos mentales en la vida adulta ^[1] ^[2].

La detección clínica resulta compleja debido a la inespecificidad de su sintomatología, además de no ser homogénea en todo el desarrollo pediátrico, pero puede manifestarse como tristeza persistente, irritabilidad, baja autoestima, alteraciones del sueño y del apetito, así como dificultades en la socialización ^[3]. Estas manifestaciones suelen ser subdiagnosticadas en el contexto hospitalario, al atribuirse frecuentemente a la enfermedad física subyacente. Esta dificultad diagnóstica se ve agravada por factores del entorno que actúan como estresores determinantes. La existencia de los síntomas depresivos no es solo un fenómeno clínico, sino un proceso fisiopatológico influenciado por la interacción entre la vulnerabilidad biológica y el entorno social ^[2].

A nivel mundial, los estudios epidemiológicos centrados en la población infantil son escasos y suelen reflejar tasas de prevalencia que tienden a ser menores en contraste con los adultos ^[1]. De manera general, la tasa de prevalencia de la depresión infantil caracterizada por síntomas depresivos se estima entre el 1% y 2%, incrementándose progresivamente durante la adolescencia hasta

alcanzar cifras cercanas al 10–15%, etapa en la que se asocia a deterioro emocional, social y académico significativo ^[4].

En el Perú, la depresión infantil representa uno de los principales problemas de salud mental en niños y adolescentes. Entre los años 2002 y 2017, se reportó una prevalencia de 8,6% en Lima Metropolitana, 5,7% en la sierra y 4,7% en la selva ^[5].

Diversos estudios han señalado que la hospitalización constituye un factor estresor importante para el paciente pediátrico, debido a la separación del entorno familiar, la limitación de actividades y la exposición a procedimientos invasivos. Asimismo, se ha evidenciado una mayor frecuencia de síntomas depresivos y ansiosos en niños hospitalizados, especialmente en aquellos con enfermedades crónicas, así como un impacto significativo en la salud mental de los cuidadores primarios ^[6] ^[7].

En el ámbito familiar, los cuidadores primarios desempeñan un rol fundamental en el cuidado del niño hospitalizado; no obstante, la carga emocional asociada a la enfermedad, la estancia hospitalaria prolongada y las condiciones socioeconómicas pueden afectar su salud mental y, en consecuencia, la del paciente pediátrico ^[8]. Sin embargo, la mayoría de estos estudios han sido realizados en contextos internacionales y pese a su importancia, estos factores no son evaluados de manera sistemática en los servicios hospitalarios pediátricos ^[9].

Estas evidencias reflejan una carga significativa de enfermedad; sin embargo, existe limitada evidencia específica en pacientes pediátricos hospitalizados en el Perú, especialmente en regiones fuera de Lima Metropolitana.

En la región Ayacucho, caracterizada por condiciones socioeconómicas vulnerables y limitaciones en el acceso a servicios de salud mental, no se han identificado estudios analíticos que evalúen de manera integral los factores clínicos, hospitalarios y familiares asociados a la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados. Esta ausencia de evidencia local constituye un vacío científico relevante, ya que impide comprender la magnitud del problema y limita la implementación de estrategias de detección temprana e intervención oportuna adaptadas al contexto regional.

En este contexto, el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, como establecimiento de referencia, atiende a un número considerable de pacientes

pediátricos hospitalizados, lo que lo convierte en un escenario adecuado para la investigación de esta problemática.

Por lo expuesto, se hace necesario determinar los factores asociados a síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el periodo 2026, con el fin de generar evidencia científica que contribuya a mejorar la atención integral y la calidad de vida de esta población vulnerable.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los factores asociados a los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el periodo 2026?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Existe asociación entre las características clínicas y de hospitalización con los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados?
2. ¿Existe asociación entre las características sociodemográficas del paciente con los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados?
3. ¿Existe asociación entre los síntomas depresivos y ansiedad del cuidador primario con los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados?
4. ¿Existe asociación entre las características sociodemográficas del cuidador primario y la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados?

1.3 OBJETIVO GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores asociados a los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el periodo 2026.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la asociación entre las características clínicas y de hospitalización con los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados.
2. Determinar la asociación entre las características sociodemográficas del paciente y los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados.
3. Determinar la asociación entre los síntomas depresivos y de ansiedad del cuidador primario con los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados.
4. Determinar la asociación entre las características sociodemográficas del cuidador primario y la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados.

1.4 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 JUSTIFICACIÓN

La presencia de síntomas depresivos en la población infantil constituye un problema de salud mental de alta relevancia clínica y social, debido a su impacto negativo en el desarrollo emocional, cognitivo y social del niño, así como a sus consecuencias a corto y largo plazo en la calidad de vida. Diversos estudios han demostrado que los síntomas depresivos que se inician en la infancia tienden a persistir o reaparecer en la adolescencia y adultez, incrementando el riesgo de bajo rendimiento académico, dificultades interpersonales y trastornos psiquiátricos posteriores ^[10].

Desde el punto de vista sanitario, la identificación temprana de estos síntomas, en contextos hospitalarios resulta fundamental, ya que los pacientes hospitalizados se encuentran expuestos a múltiples factores de riesgo psicosocial, como la separación del entorno habitual, la incertidumbre frente a la enfermedad, el dolor físico y la hospitalización prolongada. La evidencia científica indica que los niños hospitalizados presentan una mayor frecuencia de síntomas depresivos en comparación con la población pediátrica general, lo que justifica la necesidad de estudios específicos en este grupo vulnerable ^[11]. Asimismo, la hospitalización prolongada ha sido identificada como un factor asociado al deterioro de la salud mental infantil, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas o recurrentes. Investigaciones internacionales reportan que el incremento en los días de hospitalización se asocia con mayores niveles de ansiedad y depresión, lo cual puede afectar la adherencia al tratamiento y prolongar aún más la estancia hospitalaria, generando un círculo negativo entre enfermedad física y salud mental ^[12].

Desde la perspectiva familiar, los cuidadores primarios de niños hospitalizados desempeñan un rol esencial en el proceso de recuperación; sin embargo, la sobrecarga emocional, el estrés y la falta de apoyo psicosocial pueden afectar su bienestar mental y, de manera indirecta, la salud emocional del niño. Estudios realizados en contextos hospitalarios evidencian una alta prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en cuidadores, los cuales influyen negativamente en la percepción de la enfermedad y en el afrontamiento del proceso de hospitalización pediátrica ^[13].

En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud del Perú reconoce que los problemas de salud mental en niños y adolescentes constituyen una prioridad sanitaria; no obstante, la mayor parte de los estudios se han desarrollado en población comunitaria, existiendo una limitada producción científica enfocada en pacientes pediátricos hospitalizados, especialmente en regiones fuera de Lima ^[14]. En el departamento de Ayacucho, caracterizado por condiciones socioeconómicas desfavorables y brechas en el acceso a servicios especializados de salud mental, la ausencia de evidencia local dificulta la planificación de estrategias preventivas y de intervención oportunas.

Desde el punto de vista científico, el presente estudio se justifica porque permitirá generar evidencia empírica sobre los factores asociados a síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados, contribuyendo al fortalecimiento del conocimiento en salud mental infantil en contextos hospitalarios. Los resultados podrán servir como base para futuras investigaciones y para la validación de modelos explicativos que integren factores clínicos, familiares y hospitalarios ^[15].

Finalmente, desde una perspectiva social y práctica, los hallazgos de esta investigación podrán orientar el diseño de intervenciones multidisciplinarias dirigidas a la detección temprana y el abordaje integral de los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, contribuyendo a mejorar la calidad de atención, el bienestar emocional de los pacientes y sus familias, y el uso eficiente de los recursos sanitarios disponibles.

1.4.2 IMPORTANCIA

La presente investigación es importante porque aborda un problema de salud mental frecuentemente subdiagnosticado en el ámbito hospitalario, como es la presencia de sintomatología depresiva en pacientes pediátricos, la cual puede influir negativamente en la evolución clínica, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida del paciente. Al centrarse en pacientes hospitalizados, el estudio permite visibilizar la interacción entre enfermedad física, hospitalización y salud mental, aportando evidencia relevante para un abordaje integral del niño hospitalizado. Asimismo, la identificación de los factores asociados a los síntomas depresivos en estos pacientes, permitirá generar información útil para la detección temprana de casos en riesgo y para el diseño de estrategias preventivas e intervenciones oportunas en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena. Los resultados contribuirán a fortalecer la toma de decisiones clínicas y la planificación de acciones en salud mental pediátrica, especialmente en contextos regionales donde la evidencia científica es limitada, favoreciendo una atención más humanizada y centrada en el bienestar emocional del paciente y su familia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

García-Munitis (2024). **Objetivo:** Analizar la interrelación entre los biomarcadores inflamatorios, la autoinmunidad y las manifestaciones específicas de psicopatología aguda, incluyendo la ansiedad y la depresión, en pacientes pediátricos y adolescentes ingresados por patologías psiquiátricas. **Materiales y métodos:** Estudio clínico, analítico y transversal desarrollado en España (Tesis Doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona) que evaluó a una muestra de niños y adolescentes hospitalizados en una unidad de hospitalización psiquiátrica aguda; se recolectaron perfiles biológicos y clínicos correlacionando las dimensiones de desajuste afectivo mediante escalas estandarizadas de psicopatología infantil. **Resultados:** Se evidenció una alta tasa de sintomatología depresiva clínicamente relevante y de ideación autolítica en el grupo de menores bajo régimen de hospitalización aguda. Las manifestaciones de profunda tristeza, anhedonia y desesperanza mostraron una fuerte asociación con alteraciones en los perfiles inmunológicos e inflamatorios del paciente. Asimismo, el análisis determinó que el entorno de internamiento agudo interactúa con la vulnerabilidad orgánica del menor, exacerbando el decaimiento anímico en aquellos pacientes con antecedentes familiares directos de patologías de corte afectivo o autoinmune. **Conclusiones:** La agudización de los síntomas depresivos en la población pediátrica hospitalizada posee una correlación multidimensional que vincula determinantes clínicos, biológicos y familiares, lo que subraya la necesidad de implementar abordajes diagnósticos integrales e interdisciplinarios para optimizar la respuesta adaptativa del menor^[16].

Inzunza (2022). **Objetivo:** Evaluar la asociación que existe entre el tiempo de estancia hospitalaria y el desarrollo de síntomas depresivos en niños hospitalizados en el tercer nivel de atención. **Materiales y métodos:**

Estudio de cohorte prospectivo, analítico, longitudinal y observacional realizado en México que evaluó a una muestra consecutiva de 51 pacientes pediátricos de 6 a 18 años internados en las áreas de pediatría mixta, neurocirugía y cirugía cardiovascular del Hospital Infantil de México Federico Gómez entre agosto de 2020 y mayo de 2021; la presencia de manifestaciones del espectro afectivo se midió de forma semanal aplicando el cuestionario "Mood and Feelings Questionnaire" en sus versiones autoinformada por el menor (MFQ-Self) y respondida por el cuidador primario (MFQ-Parent). **Resultados:** La muestra de estudio estuvo conformada predominantemente por escolares de 7 a 11 años (64,7 %), individuos de sexo masculino (51 %) y pacientes ingresados por enfermedades agudas (58,9 %). El 5 % de los menores evaluados manifestó un cuadro de depresión preexistente al momento del ingreso hospitalario, por lo que fueron excluidos del análisis de seguimiento. La mayor parte de los participantes obtuvo el alta médica dentro de la primera semana de estancia, permaneciendo únicamente un solo paciente internado hasta la cuarta semana debido a las políticas sanitarias institucionales derivadas de la contingencia por COVID-19 que buscaban minimizar los días de exposición nosocomial. Ninguno de los pacientes evaluados de forma longitudinal arrojó resultados positivos para el desarrollo de nuevos síntomas depresivos durante las mediciones semanales consecutivas de su internación. **Conclusiones:** No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de permanencia intrahospitalaria y el desarrollo de síntomas depresivos en la población pediátrica evaluada en un tercer nivel de atención, concluyéndose que las estancias cortas motivadas por el contexto de la pandemia operaron como un factor modulador y sugiriendo la realización de futuras investigaciones con instrumentos aplicados exclusivamente a los menores y con un flujo habitual de ingresos hospitalarios de larga duración ^[17].

Díaz (2021). **Objetivo:** Detectar si existe diferencia en la incidencia de síntomas depresivos en pacientes pediátricos con estancia hospitalaria prolongada en comparación con aquellos con estancia hospitalaria corta, además de identificar factores de riesgo y evaluar el impacto de la pandemia por COVID19. **Materiales y métodos:** Estudio analítico, prospectivo,

transversal y comparativo realizado en México que evaluó a una muestra de 87 niños y adolescentes de 8 a 15 años hospitalizados en el área de pediatría del Hospital Regional Materno Infantil; se aplicaron la Escala de Birleson (DSRS) y el Listado de Factores Contribuyentes (LFC) como instrumentos de tamizaje autoaplicables, dividiendo la muestra en internamiento corto (menor a 5 días) e internamiento prolongado (igual o mayor a 5 días). **Resultados:** Del total de la muestra, 56 pacientes correspondieron a internamiento corto y 31 a internamiento prolongado, evidenciándose un predominio del género masculino. Solo 6 pacientes obtuvieron un puntaje igual o mayor a 15 puntos en la Escala de Birleson, indicativo de riesgo de depresión, de los cuales solo uno pertenecía al grupo de estancia prolongada, no hallándose una diferencia estadísticamente significativa en la presentación de depresión según la duración de la estancia. Sin embargo, se encontró que a menor edad existe un mayor riesgo de depresión y se detectó una relación estadísticamente significativa de síntomas depresivos a través del listado de factores contribuyentes en los pacientes encuestados durante el periodo de la pandemia. **Conclusiones:** La duración de un internamiento hospitalario constituye solo una de las variables a considerar en la evaluación del riesgo de depresión en la población pediátrica, influyendo también variables de carácter personal como la edad, y factores del contexto socio-sanitario general, confirmándose que los niños y adolescentes manifiestan una alta vulnerabilidad emocional ante las consecuencias psicológicas derivadas de la contingencia por COVID19^[18].

Barker (2021). **Objetivo:** Investigar la prevalencia, incidencia y factores asociados al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión en niños y jóvenes diagnosticados con condiciones que limitan la vida. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo de cohorte comparativo y revisión sistemática con metanálisis desarrollado en el Reino Unido (Tesis Doctoral, University of York) que analizó una base de datos vinculada de 5527 menores con condiciones clínicas de alta complejidad frente a cohortes con enfermedades crónicas generales y sin patologías; el tamizaje del estado de ánimo se realizó cruzando registros clínicos mediante análisis multivariado. **Resultados:** Los hallazgos revelaron una carga significativamente elevada de trastornos

afectivos en la población pediátrica expuesta a patologías complejas que exigen intervenciones y estancias hospitalarias recurrentes. Se determinó que la prevalencia combinada de síntomas del espectro de la ansiedad y la depresión en este grupo superó notablemente las estimaciones de la población general. El decaimiento anímico severo, la labilidad emocional y el aislamiento social voluntario se manifestaron como las alteraciones conductuales dominantes asociadas a la severidad del diagnóstico médico de base. **Conclusiones:** Los niños y adolescentes sometidos a regímenes clínicos rigurosos por condiciones de salud graves poseen una vulnerabilidad sustancialmente mayor para desarrollar cuadros de corte depresivo y ansioso, requiriendo estrategias urgentes de detección oportuna y soporte psicológico integrado a su cuidado intrahospitalario crónico^[19].

Urrea (2017). **Objetivo:** Identificar los factores que se asocian a la carga del cuidado en los cuidadores primarios informales de los niños y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud (NANEAS). **Materiales y métodos:** Estudio transversal correlacional realizado en Chile que evaluó a los cuidadores de los NANEAS inscritos en el programa del Hospital San Martín de Quillota; se aplicaron tres instrumentos de recolección de datos que incluyeron una encuesta sociodemográfica, la escala de dependencia de Barthel y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, procesando la información mediante estadística descriptiva y análisis bivariado de asociación. **Resultados:** La muestra total constó de 139 cuidadores primarios informales de un grupo de 134 niños, caracterizándose sociodemográficamente por un predominio del sexo femenino (madres), con una edad promedio de alrededor de 40 años, bajo nivel educacional y una dedicación de más de 20 horas diarias al cuidado. La distribución de la carga de cuidado reflejó una carga intensa en el 38,1 %, carga ligera en el 19,4 % y ausencia de carga en el 42,4 % de los evaluados. Se determinó una asociación estadísticamente significativa entre la carga del cuidado y el uso de terapias de rehabilitación por al menos 3 veces a la semana, donde quienes requirieron estos servicios mostraron un menor puntaje promedio de carga en comparación con quienes no los necesitaban ($p=0,04$ $p = 0,04$). Asimismo, se demostró una relación estadísticamente

significativa e inversa con el número de hospitalizaciones en el último año, denotando que, a menor cantidad de internamientos del paciente pediátrico, mayor es la carga percibida por el cuidador ($p=0,032$ $p = 0,032$ $p=0,032$).

Conclusiones: La condición de cronicidad compleja de los pacientes NANEAS genera una alta prevalencia de sobrecarga y vulnerabilidad afectiva en sus cuidadores primarios informales, concluyéndose la existencia de factores clínicos específicos asociados a la carga, lo cual fundamenta la necesidad de estructurar estrategias sanitarias de soporte integral y acompañamiento continuo enfocadas en aliviar el impacto emocional de la familia^[20].

Ortiz et al. (2016). **Objetivo:** Determinar la frecuencia de síntomas depresivos en adolescentes internados en un hospital de tercer nivel. **Materiales y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo de corte transversal con componente analítico desarrollado en Paraguay que evaluó a adolescentes de ambos sexos de 10 a 18 años de edad, hospitalizados desde marzo a agosto de 2014 en el Departamento de Pediatría del Hospital Nacional de Itauguá; la presencia de síntomas depresivos autorreportados se midió mediante la aplicación del Cuestionario de Beck (BDI) de 21 preguntas, recolectando además variables sociodemográficas y de dinámica familiar mediante muestreo consecutivo. **Resultados:** Se incluyeron 58 adolescentes con un promedio de edad de 13,5 años, registrando un predominio del sexo femenino (58,6 %) y constatando que el 55,2 % cohabitaba con ambos padres. Al aplicar el inventario clínico, se descubrió que el 69 % de los pacientes internados presentaron algún grado de depresión, distribuyéndose en un 35 % de nivel leve, 30 % moderada, 17,5 % intermitente, 12,5 % grave y 5 % extrema. El análisis estadístico evidenció que pertenecer a la adolescencia media, el sexo femenino y poseer factores detonantes psicosociales mostraron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de sintomatología afectiva. Asimismo, el 32 % de los ingresos hospitalarios correspondió a diagnósticos relacionados con factores de vulnerabilidad social o maltrato (como intentos de suicidio, síndrome conversivo o abuso sexual), registrándose en este subgrupo las manifestaciones depresivas más severas. **Conclusiones:** La prevalencia de síntomas de depresión de diversa

gravedad es elevada en la población adolescente hospitalizada, siendo más grave en los casos de abuso, pero manifestándose también de forma transversal junto con otras condiciones o patologías médicas agudas y crónicas^[21].

González y Rosales (2015). **Objetivo:** Determinar la correlación entre la depresión y los factores de riesgo en niños hospitalizados de 7 a 17 años en el Hospital San Francisco de Quito - IESS en el periodo de noviembre 2014 a febrero de 2015. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y transversal en el cual se aplicó el test de depresión Children's Depression Inventory (CDI) a una muestra de 86 niños de 7 a 17 años que se encontraron internados en el servicio de pediatría; el procesamiento y análisis estadístico de los datos se obtuvo mediante el programa SPSS versión 22, describiendo las variables cualitativas con frecuencias simples, porcentajes y realizando el estudio de asociación mediante el cálculo de Odds Ratio (OR) con intervalos de confianza al 95 %. **Resultados:** La mayoría de los niños ingresados presentaron depresión (73,3 %), no hallándose una relación estadísticamente significativa entre la edad o el género de los menores y la presencia del trastorno afectivo. Los niños que permanecieron bajo el cuidado de otros familiares que no fueron sus padres manifestaron un mayor porcentaje de depresión (66,7 %). Asimismo, los pacientes que permanecieron hospitalizados más de 5 días presentaron un mayor índice de depresión (60,3 %) en comparación con aquellos con estancias menores a los 5 días (39,7 %). Respecto a la causa del ingreso, se evidenció que los niños hospitalizados por causas clínicas presentaron un porcentaje superior de depresión (65,1 %) frente a los pacientes ingresados por motivos o procedimientos quirúrgicos (34,9 %). **Conclusiones:** Los niños sometidos a internamiento pediátrico manifiestan un alto porcentaje de sintomatología depresiva, la cual se encuentra directamente correlacionada con la presencia de factores hospitalarios y del entorno social, destacando que la prolongación de la estancia clínica, las patologías médicas de base y la ausencia del vínculo parental directo durante el ingreso influyen de forma negativa en la estabilidad afectiva del menor^[22].

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Ruiz (2026). **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de estrés y las estrategias de afrontamiento que emplean los padres ante la hospitalización del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) del Hospital de la Amistad Perú-Corea Santa Rosa II-2, Piura 2025. **Materiales y métodos:** Estudio de tipo básico, cuantitativo, descriptivo, correlacional y de corte transversal realizado en Perú que evaluó a una muestra censal de 64 padres de niños internados en la UCIP durante los meses de marzo a mayo de 2025; se aplicaron la Escala de Estrés Percibido (PSS) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (COPE-28), analizando los datos mediante estadística descriptiva y la prueba inferencial de Chi-cuadrado con el software SPSS. **Resultados:** El 68,75 % de los padres presentó un nivel de estrés alto ante la hospitalización de sus hijos en la UCIP, el 25,0 % un nivel moderado y el 6,25 % un nivel bajo. Con respecto a los mecanismos de respuesta, el 78,1 % de los cuidadores empleó estrategias de afrontamiento adecuadas, mientras que el 21,9 % utilizó estrategias inadecuadas. Al realizar el cruce de variables, la mayor acumulación de participantes se concentró en el subgrupo con estrés alto que logró movilizar estrategias de afrontamiento adecuadas (53,1 %), en contraste con un 15,6 % que experimentó estrés alto acompañado de un afrontamiento inadecuado. A través de la prueba de Chi-cuadrado, se obtuvo un valor de significancia estadística que confirmó una relación directa y significativa entre el nivel de estrés percibido y la capacidad de afrontamiento parental ($p=0,001$ $p = 0,001$ $p=0,001$). **Conclusiones:** La hospitalización pediátrica dentro de las unidades de cuidados críticos induce una elevada prevalencia de estrés alto en los padres debido a la percepción de amenaza e incertidumbre clínica, concluyéndose que el nivel de tensión emocional se encuentra significativamente relacionado con las estrategias de afrontamiento empleadas, lo cual fundamenta la urgencia de incorporar programas institucionales de acompañamiento psicológico y soporte de salud mental^[23].

Chávez (2024). **Objetivo:** Identificar las evidencias del impacto emocional y respuestas afectivas en niños menores de 15 años hospitalizados y sus cuidadores primarios. **Materiales y métodos:** Estudio observacional,

analítico y retrospectivo que revisó una base consolidada de investigaciones sobre el entorno de hospitalización pediátrica de alta complejidad y servicios de emergencia; se recopilaron datos orientados a categorizar el impacto psicológico mediante variables sociodemográficas y escalas de despistaje clínico para evaluar la prevalencia de alteraciones del ánimo en los menores. **Resultados:** El análisis demostró que las patologías agudas y crónicas desencadenan respuestas afectivas disruptivas inmediatas, destacando al miedo, la ansiedad, la angustia y la ira como principales manifestaciones emocionales tanto en los pacientes pediátricos (50 %) como en sus acompañantes directos (40 %). Asimismo, se determinó que la estancia hospitalaria actúa como el estresor central, registrándose síntomas específicos de depresión y aislamiento que vulneran de manera directa la estabilidad psicoafectiva del menor durante su permanencia en el entorno clínico. **Conclusiones:** La hospitalización pediátrica genera un impacto emocional severo de corte ansioso-depresivo en los menores, concluyéndose la urgencia de reestructurar los protocolos de atención para transitar hacia un paradigma centrado en el soporte psicológico preventivo integral del paciente y su familia^[24].

Cordano y Bustamante (2020). **Objetivo:** Determinar la asociación entre el síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales de pacientes pediátricos con cáncer y la funcionalidad familiar en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas durante el periodo 2018-2019. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, de corte transversal y analítico que evaluó a 204 cuidadores de pacientes oncológicos de entre 6 meses y 15 años de edad; se recolectaron los datos mediante fichas sociodemográficas y escalas validadas, aplicando el test de APGAR familiar para la funcionalidad, la escala de Zarit para la sobrecarga y la escala de Goldberg para evaluar ansiedad y depresión. **Resultados:** El perfil predominante del cuidador fue el de mujeres (75,0 %), madres del paciente (72,06 %) y pertenecientes a familias nucleares (57,43 %). Se registró presencia de sobrecarga en el 66,67 % de los casos, disfuncionalidad familiar en el 67,16 %, depresión en el 72,06 % y ansiedad en el 73,53 %. En el análisis multivariado ajustado, la disfuncionalidad familiar mostró una asociación estadísticamente significativa

con el síndrome de sobrecarga del cuidador, incrementando la probabilidad de desarrollarlo en un 35 % para el nivel leve, entre un 43 % y 53 % para el moderado, y entre un 60 % y 70 % para el severo. Asimismo, la presencia de síntomas depresivos actuó como un factor asociado independiente, elevando en un 40 % la probabilidad de manifestar sobrecarga. **Conclusiones:** Existe una asociación directa y significativa entre la disfuncionalidad familiar y el síndrome de sobrecarga del cuidador, evidenciando que un entorno familiar deteriorado y la coexistencia de depresión aumentan progresivamente el riesgo de colapso físico y emocional en el cuidador principal informal^[25].

Rodriguez (2019). **Objetivo:** Determinar los factores asociados al estado depresivo en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, transversal, analítico y no experimental que evaluó a 40 niños internados de 6 a 15 años durante febrero de 2019; se empleó la escala de depresión infantil de Kovacs (CDI) a partir del quinto día de hospitalización y se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para el análisis estadístico. **Resultados:** El 57,5 % de los niños presentó depresión de nivel regular y alto. El estado depresivo mostró una asociación estadísticamente significativa con el sexo masculino, afectando al 72,7 % de los varones frente al 38,9 % de las niñas. Asimismo, se determinó una relación significativa con el tiempo de internamiento, donde el 100 % de los pacientes con una estancia mayor a 15 días manifestó cuadros depresivos. También se observó una mayor prevalencia en menores procedentes de familias disgregadas (100 %) o monoparentales (83,3 %), en aquellos que permanecieron sin la compañía directa de sus padres (68,2 %) y en niños hospitalizados por patologías de la piel u osteomusculares (100 %). **Conclusiones:** La depresión en la población pediátrica hospitalizada posee una alta incidencia y se asocia de forma significativa con el incremento paulatino de la estancia hospitalaria, el sexo masculino y factores de vulnerabilidad familiar como la falta de acompañamiento continuo y la disgregación del hogar^[26].

Aranda (2018). **Objetivo:** Determinar la depresión en los pacientes pediátricos y en los cuidadores primarios, así como su asociación con la estancia hospitalaria prolongada en el Instituto Nacional de Salud del Niño.

Materiales y métodos: Estudio no experimental, observacional, descriptivo y transversal que evaluó a 120 pacientes pediátricos hospitalizados mayores de 7 años y a 240 cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño; se aplicó el test de Kovacs para medir la depresión infantil y el test de Goldberg para evaluar la depresión y ansiedad en los cuidadores primarios. **Resultados:** El 60 % de los pacientes pediátricos sufrió algún grado de depresión durante su hospitalización, registrando un 12,5 % de depresión severa. Asimismo, el 87,5 % de los cuidadores primarios presentó puntajes sugerentes de depresión y/o ansiedad. No se demostró una asociación significativa entre la presencia de trastornos depresivos (tanto en los pacientes pediátricos como en los cuidadores) y el tiempo de permanencia o estancia hospitalaria. **Conclusiones:** Los porcentajes de depresión encontrados en los pacientes pediátricos internados y en sus cuidadores primarios son notoriamente mayores a los de la población general, evidenciando que el entorno hospitalario genera un fuerte impacto afectivo, independientemente de si la estancia se prolonga cronológicamente^[27].

Carita (2018). **Objetivo:** Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y la hospitalización por enfermedades crónicas en pacientes de un hospital público. Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, correlacional, no experimental y de corte transversal que evaluó las manifestaciones del espectro afectivo en pacientes ingresados en los servicios de hospitalización; se aplicaron instrumentos validados para el despistaje de indicadores depresivos, analizando las variaciones conductuales y emocionales en función del tipo de patología, el tiempo de internamiento y los antecedentes médicos registrados. **Resultados:** Se evidenció una presencia significativa de sintomatología depresiva relevante en los pacientes hospitalizados. Los indicadores de profunda tristeza, anhedonia y aislamiento se manifestaron con mayor severidad y frecuencia en aquellos individuos internados a causa de enfermedades crónicas de larga data en comparación con quienes ingresaron por condiciones agudas de resolución rápida. Adicionalmente, la disminución de funciones psíquicas y el decaimiento anímico mostraron una correlación directamente proporcional con el incremento de los días de estancia hospitalaria. **Conclusiones:** La hospitalización actúa como un

estresor clínico que detona indicadores de corte depresivo, siendo la cronicidad de la enfermedad y la permanencia prolongada en el entorno hospitalario los principales factores asociados al agravamiento del bienestar psicoafectivo del paciente^[28].

Irigoyen (2017). **Objetivo:** Determinar la prevalencia y factores asociados a la depresión infantil en niños hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo y transversal que evaluó a 87 niños internados de 7 a 14 años durante el primer trimestre del año 2017; se aplicó la escala de depresión infantil de Kovacs mediante la técnica de la entrevista y se utilizó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson para evaluar las relaciones estadísticas a través del software SPSS 22.0. **Resultados:** La prevalencia de síntomas depresivos fue del 8,05 %. Se identificó una mayor proporción de síntomas depresivos en las niñas (10 %) frente a los varones (6,38 %). Asimismo, la prevalencia fue más alta en los pacientes que permanecieron sin la compañía directa de sus padres (11,76 %) y en aquellos hospitalizados por patologías del sistema digestivo (16,28 %), dentro de las cuales predominó la apendicitis aguda. En cuanto al tiempo de internamiento, se registró una tendencia creciente en la aparición de síntomas depresivos conforme aumentó la estancia hospitalaria, presentándose en un 5,41 % en estancias de 1 a 5 días, un 7,32 % de 6 a 10 días, un 20 % de 11 a 15 días, y alcanzando un 25 % en ingresos superiores a los 15 días; no obstante, ninguna de las variables analizadas demostró diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones:** Aproximadamente uno de cada diez niños hospitalizados manifiesta sintomatología depresiva, reconociéndose una tendencia de mayor vulnerabilidad en pacientes del sexo femenino, de 11 a 12 años de edad, procedentes de otras provincias, ingresados por causas digestivas, con estancias prolongadas y desprovistos de un acompañamiento familiar directo^[29].

Aguinaga (2017). **Objetivo:** Determinar el nivel de riesgo de depresión y ansiedad en padres de niños con leucemia hospitalizados en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal que evaluó a los padres acompañantes de pacientes pediátricos internados bajo tratamiento oncológico en Chiclayo;

se recolectaron los datos sociodemográficos y clínicos mediante cuestionarios directos y escalas estandarizadas de salud mental para medir los niveles de afectación psicológica y el riesgo de trastornos afectivos durante el periodo de internamiento. **Resultados:** Se registró una elevada prevalencia de riesgo de depresión moderada y cuadros de ansiedad en la población de cuidadores evaluada. Las manifestaciones psicológicas de decaimiento anímico y estrés fueron significativamente superiores en las madres en comparación con los padres varones. Asimismo, el nivel de riesgo se incrementó en aquellos padres cuyos hijos afrontaban fases iniciales del diagnóstico oncológico, esquemas de quimioterapia intensiva y periodos prolongados de aislamiento hospitalario. **Conclusiones:** La hospitalización pediátrica por leucemia genera un fuerte impacto adverso en la salud mental de los padres acompañantes, identificándose un alto riesgo de comorbilidad entre ansiedad y depresión que requiere la incorporación urgente de soporte psicoterapéutico continuo dentro del protocolo de atención del menor^[30].

2.1.3 ANTECEDENTES REGIONALES

Tras la revisión sistemática de la literatura científica y académica disponible en bases de datos nacionales e internacionales, no se identificaron estudios realizados en la región Ayacucho que aborden de manera específica los factores asociados a la depresión infantil en pacientes hospitalizados.

2.2. BASES TEÓRICAS

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

2.2.1. DEFINICIÓN:

La sintomatología depresiva se define como un conjunto de signos típicos de un trastorno del estado de ánimo^[1], caracterizado por alteraciones persistentes del afecto, el pensamiento y la conducta, que generan un deterioro significativo en el funcionamiento social, familiar y escolar del niño. Esta condición va más allá de las fluctuaciones emocionales normales del desarrollo, implicando una sintomatología sostenida que afecta el bienestar integral del menor ^[31].

Su manifestación es dinámica y depende de la interacción entre factores biológicos, el desarrollo cognitivo y la etapa vital del individuo [2]. Estos síntomas depresivos, pueden presentarse y afectar a personas de cualquier edad, condición económica y nivel cultural, incluidos niños y adolescentes. En todos los grupos etarios, suponen un alto costo personal, familiar, sanitario y social. Siendo la principal causa de enfermedad y discapacidad en el mundo, según lo reportado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien lleva años advirtiendo sobre ello, dado que afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo y se caracteriza por un alto riesgo de suicidio [31]. La expresión de la sintomatología varía significativamente, según la etapa evolutiva del individuo. En la etapa preescolar, la depresión suele manifestarse mediante síntomas somáticos y conductuales, además de conductas regresivas. Al transitar a la etapa escolar, el cuadro se desplaza hacia la esfera cognitiva y afectiva [2].

En la adolescencia, la sintomatología se asemeja a la del adulto debido a una mayor capacidad de introspección, predominan los sentimientos subjetivos de tristeza, llanto frecuente, soledad e incomunicación [2].

2.2.2. EPIDEMIOLOGÍA:

La depresión infantil expresada mediante su sintomatología, constituye un problema relevante de salud pública a nivel mundial. Estudios epidemiológicos indican que la prevalencia en la edad pediátrica oscila entre el 1% y el 3%, incrementándose progresivamente durante la adolescencia, donde puede alcanzar cifras entre el 5% y el 8% [10].

En población pediátrica hospitalizada, la frecuencia de síntomas depresivos es considerablemente mayor. Investigaciones recientes han reportado que entre el 25% y el 40% de los niños hospitalizados presentan síntomas depresivos clínicamente significativos, especialmente aquellos con enfermedades crónicas, hospitalizaciones prolongadas o procedimientos médicos invasivos frecuentes [32].

En relación con el sexo, durante la etapa prepuberal la prevalencia es similar entre niños y niñas; sin embargo, a partir de la adolescencia se observa un predominio del sexo femenino, con una relación aproximada de 2:1, atribuida a factores hormonales, psicológicos y sociales [34]. Asimismo, el nivel

socioeconómico bajo se ha asociado de manera consistente con un mayor riesgo de depresión infantil [33].

En el contexto peruano, durante el año 2023 el Ministerio de Salud registró 280 917 atenciones por depresión, de las cuales el 75,5 % corresponden a mujeres y el 16,5 % a población menor de edad.

2.2.3. ETIOLOGÍA:

La sintomatología depresiva presenta una etiología multifactorial, resultado de la interacción compleja entre factores biológicos, psicológicos, ambientales y sociales. Estos elementos convergen en mecanismos fisiopatológicos comunes que sustentan la expresión clínica. La evidencia científica actual indica que la presencia de una vulnerabilidad individual, en combinación con la exposición a estresores ambientales, incrementa de manera significativa el riesgo de desarrollar síntomas depresivos. [38].

Desde el enfoque biológico, los síntomas depresivos en niños y adolescentes se asocian a alteraciones en sistemas neuroendocrinos, inmunológicos y metabólicos implicados en la regulación del estrés y la función cerebral. La evidencia reciente destaca la desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA), evidenciada por niveles anómalos de cortisol y otros mediadores del estrés en comparación con sujetos sanos, lo que sugiere una respuesta al estrés disfuncional en la depresión pediátrica. Asimismo, se han identificado asociaciones con alteraciones en la neurotransmisión particularmente en la vía de la serotonina derivada del triptófano, así como con procesos inflamatorios y de estrés oxidativo. En conjunto, estos hallazgos respaldan un modelo biológico multifactorial que integra mecanismos neuroendocrinos, inflamatorios y metabólicos, contribuyendo a una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de síntomas depresivos, especialmente en presencia de antecedentes familiares o exposición a estrés crónico [34] [35] [36].

Desde el enfoque cognitivo, la depresión infantil se explica a partir de la interacción entre patrones de pensamiento disfuncionales, déficits en habilidades de afrontamiento y experiencias negativas repetidas en el entorno del niño. Investigaciones recientes han demostrado que los niños con sintomatología depresiva presentan esquemas cognitivos negativos caracterizados por interpretaciones pesimistas de los eventos cotidianos, autovaloraciones negativas y expectativas desfavorables respecto al futuro, lo

que incrementa la vulnerabilidad emocional frente a situaciones estresantes. Estas distorsiones cognitivas, que incluyen generalización excesiva, pensamiento dicotómico y atribuciones internas y estables del fracaso, se asocian con una mayor intensidad y persistencia de los síntomas depresivos en edades tempranas ^[37].

Desde la perspectiva conductual, se ha observado que los niños con depresión tienden a experimentar una reducción significativa de conductas reforzantes positivas, tanto en el ámbito familiar como escolar y social. La disminución de actividades gratificantes, junto con el retraimiento social y la evitación de situaciones desafiantes, contribuye al mantenimiento del estado depresivo al limitar las oportunidades de reforzamiento positivo y aprendizaje de habilidades sociales. Estudios longitudinales recientes indican que los déficits en estrategias de afrontamiento adaptativas y en regulación emocional durante la infancia actúan como factores predictores del desarrollo y la cronificación de la depresión, especialmente en contextos de estrés persistente o adversidad psicosocial.

Desde el ámbito psicosocial, la depresión infantil se comprende como el resultado de la interacción entre factores individuales y contextuales, destacándose el entorno familiar, social y comunitario como determinantes clave del desarrollo emocional del niño ^[43]. La familia constituye el principal espacio de socialización y regulación afectiva durante la infancia, por lo que la calidad del vínculo de apego con el cuidador primario influye de manera directa en la regulación emocional, la autoestima y la percepción de seguridad del menor. La presencia de conflictos familiares crónicos, estilos parentales inconsistentes, negligencia emocional y psicopatología parental representa un conjunto de factores de riesgo relevantes; en particular, la depresión del cuidador, especialmente materna o paterna, se ha identificado como uno de los factores más asociados a la aparición de síntomas depresivos infantiles. Los niños expuestos de forma prolongada a cuidadores con sintomatología depresiva presentan mayor probabilidad de desarrollar alteraciones emocionales, conductuales y depresión persistente, como resultado de la combinación entre vulnerabilidad genética, modelamiento emocional negativo y menor disponibilidad afectiva ^[38] ^[39].

Por otro lado, la exposición a eventos vitales estresantes, como hospitalización prolongada, enfermedades crónicas, acoso escolar, aislamiento social o condiciones socioeconómicas desfavorables, se asocia de manera consistente con un incremento en la prevalencia de depresión infantil. En particular, los niños hospitalizados presentan mayor vulnerabilidad emocional debido a la ruptura de rutinas, la separación del entorno familiar y la percepción de amenaza a su integridad física, lo que puede actuar como factor desencadenante o agravante de la sintomatología depresiva. En conjunto, la interacción entre estrés psicosocial, escaso apoyo social y factores familiares adversos constituye un eje central para la comprensión de sintomatología depresiva desde una perspectiva biopsicosocial integral ^[40] ^[33].

2.2.4. CUADRO CLÍNICO

La clínica depresiva se manifiesta a través de un conjunto heterogéneo de síntomas que abarcan las dimensiones afectiva, conductual, cognitiva y somática, los cuales generan un deterioro significativo en el funcionamiento social, familiar y escolar del niño. A diferencia de la depresión en adultos, la expresión clínica en la infancia puede variar notablemente según la etapa del desarrollo, lo que exige una evaluación cuidadosa, integral y contextualizada para evitar diagnósticos erróneos ^[41]. Independientemente de la edad, existen componentes centrales que definen la sintomatología:

Tristeza Crónica y Disforia: Se presenta una tristeza persistente, a menudo sin desencadenante aparente, que puede prolongarse por semanas o meses, afectando la visión general de la vida ^[1]. Esta dimensión incluye sentimientos de culpa, inseguridad, mal humor y agotamiento ^[1].

Anhedonia y Aislamiento: La pérdida de interés o placer lleva al abandono de pasatiempos y relaciones sociales, consolidando una sensación de vacío y falta de motivación ^[2] ^[1].

Alteraciones Somáticas y Vegetativas: Son comunes los cambios notables en el apetito y peso, así como trastornos del sueño (insomnio o hipersomnias) y una fatiga crónica que convierte las tareas diarias en cargas pesadas ^[42] ^[1].

Disforia: Engloba la afectividad negativa, incluyendo ansiedad, sentimientos de soledad, problemas de alimentación y, en casos críticos, ideación o intención suicida ^[1].

Autoestima Negativa o Autodesprecio: Se caracteriza por una baja valoración personal. Esta dimensión es un predictor relevante del riesgo suicida, especialmente cuando se combina con la desesperanza ^[2] ^[1].

Equivalentes Conductuales: Especialmente en menores, la depresión puede manifestarse a través de la impulsividad, el consumo de sustancias, la infracción de normas o accidentes repetidos, los cuales funcionan como mecanismos de expresión del sufrimiento psíquico ^[43].

2.2.5. TRATAMIENTO

El abordaje de la sintomatología depresiva debe ser individualizado y multidisciplinario, considerando las características clínicas del paciente, la gravedad del cuadro y los factores psicosociales asociados. En los casos leves a moderados, la terapia psicológica particularmente la terapia cognitivo-conductual (TCC) constituye la intervención de primera línea, dado su enfoque estructurado orientado a la identificación de pensamientos disfuncionales y al desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas. En los casos moderados a severos, se recomienda la derivación a un especialista en salud mental para una evaluación diagnóstica integral y la instauración de un tratamiento específico, que puede incluir la combinación de psicoterapia y manejo farmacológico según corresponda ^[44].

2.3 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES:

Síntomas depresivos

Se define como el nivel de sintomatología depresiva presente en niños y adolescentes hospitalizados, medido mediante el Test de KOVACS (CDI), el cual cuantifica síntomas afectivos, cognitivos y conductuales asociados a depresión en población pediátrica. Esta variable se operacionaliza como el puntaje total obtenido en el CDI, clasificado en rangos de normalidad, leve, moderada y severa, permitiendo identificar la severidad de la sintomatología depresiva durante la hospitalización pediátrica. Investigaciones han demostrado que estados depresivos son frecuentes en niños hospitalizados y están relacionados con factores clínicos como la duración de la estancia hospitalaria y el estrés del tratamiento médico ^[43].

Estancia hospitalaria

La estancia hospitalaria se define como el periodo de tiempo, expresado en días, que un paciente permanece internado desde su ingreso a un establecimiento de salud hasta su egreso, ya sea por alta médica, referencia, traslado o fallecimiento. Este indicador refleja no solo la gravedad del cuadro clínico, sino también la eficiencia del manejo diagnóstico-terapéutico, la disponibilidad de recursos hospitalarios y diversos factores psicosociales y familiares; para fines analíticos, se establecieron como puntos de corte un periodo de 1–6 días y de ≥ 7 días para definir la estancia hospitalaria prolongada^[45].

Diagnóstico principal

Es la condición clínica o enfermedad primaria que motiva el ingreso hospitalario, registrada en la historia clínica del paciente al momento de la admisión y codificada según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Para fines analíticos, los diagnósticos fueron agrupados en categorías clínicas homogéneas (Quirúrgicos, no quirúrgicos, crónicos y complejos), con el propósito de mejorar la estabilidad del análisis estadístico y facilitar la interpretación de los resultados en el modelo multivariado.

Reingreso hospitalario

se define como una nueva admisión del paciente en el establecimiento de salud después de su alta, relacionada o no con la patología original, ocurrida dentro de un periodo predeterminado de ≥ 30 días. Esta variable se utiliza habitualmente como un indicador de la calidad de la atención y se operacionaliza registrando de forma dicotómica la ocurrencia de una nueva hospitalización dentro de dicho lapso^[46].

Complicaciones intrahospitalarias

Las complicaciones intrahospitalarias corresponden a si el paciente presentó o no complicaciones durante su hospitalización. Para su operacionalización, se registra la presencia de cualquier evento adverso o complicación no presente al ingreso, documentada en la historia clínica durante la estancia hospitalaria.

Uso de antibióticos endovenoso

Corresponde a la administración de antibióticos por vía endovenosa (EV) durante la hospitalización, registrada en la historia clínica. Para su operacionalización, se considera la presencia o ausencia de terapia antibiótica EV.

Carga procedimental

se refiere a la cantidad total de procedimientos médicos y/o quirúrgicos a los que es sometido el paciente durante su estancia hospitalaria, registrados en la historia clínica, lo cual incluye intervenciones diagnósticas invasivas, terapéuticas y quirúrgicas. Para fines de este estudio, esta variable se estratificó en tres niveles de análisis: baja carga procedimental (1–5 procedimientos), moderada carga procedimental (6–10 procedimientos) y alta carga procedimental (≥ 11 procedimientos), con el propósito de evaluar su impacto en los resultados clínicos.

Ingreso a unidad de cuidados intensivos

Considerado como una variable dicotómica, se define como la admisión del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos durante el periodo de hospitalización, registrada en la historia clínica.

Antecedente de enfermedad crónica

Se define como la presencia de al menos una enfermedad crónica previamente diagnosticada antes del ingreso hospitalario, consignada en la historia clínica del paciente. Se incluyen patologías de curso prolongado (≥ 3 meses).

Intervención quirúrgica

Es una variable dicotómica que indica si el paciente fue sometido o no a una cirugía durante su hospitalización. Para su operacionalización, se registró la presencia de una intervención quirúrgica documentada según historia clínica.

Edad del paciente

Corresponde a la edad cronológica del paciente en años cumplidos al momento del ingreso hospitalario, registrada en la historia clínica o ficha de admisión.

Sexo

Variable categórica que indica el sexo biológico del paciente (masculino/femenino) reportado al momento del ingreso en su documento de identificación.

Procedencia

Se refiere al lugar o zona geográfica de procedencia habitual del paciente antes del ingreso (urbano/rural), registrada en la historia clínica o ficha sociodemográfica.

Síntomas de ansiedad y depresión del cuidador primario

Se define como la magnitud de los síntomas de ansiedad y depresión manifestados por el cuidador principal del paciente pediátrico, evaluada mediante la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Esta variable se operacionaliza a través del puntaje total obtenido en el instrumento^[27].

Edad del cuidador

Edad cronológica en años del cuidador primario al momento de la evaluación, según se registra en la ficha sociodemográfica del estudio.

Nivel educativo del cuidador

Se refiere al mayor nivel de educación formal alcanzado por el cuidador primario, categorizado según estándares educativos (primaria, secundaria, superior, etc.), registrado en la base de datos sociodemográficos.

Parentesco del cuidador

Variable categórica que indica la relación familiar del cuidador con el paciente (por ejemplo, madre, padre, abuela, otro), según declaración en la ficha clínica o encuestada.

Estado civil del cuidador

Corresponde al estado civil legal del cuidador primario (soltero(a), casado(a), conviviente, separado(a)/divorciado(a), viudo(a)), reportado al momento de la evaluación sociodemográfica.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existe asociación entre los factores clínicos, sociodemográficos y de hospitalización con los síntomas depresivos de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el periodo 2026.

3.1.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. Existe asociación entre las características clínicas y de hospitalización con los síntomas depresivos de pacientes pediátricos hospitalizados.
2. Existe asociación entre las características sociodemográficas del paciente y los síntomas depresivos de pacientes pediátricos hospitalizados.
3. Existe asociación entre los síntomas depresivos y de ansiedad del cuidador primario con los síntomas depresivos de pacientes pediátricos hospitalizados.
4. Existe asociación entre las características sociodemográficas del cuidador primario y la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados.

3.2 VARIABLES

En el presente estudio se consideraron una variable dependiente y un conjunto de variables independientes, las cuales se agrupan en variables clínicas del paciente, variables sociodemográficas del paciente, variables psicológicas del cuidador primario y variables sociodemográficas del cuidador primario.

3.2.1 Variable dependiente

- Síntomas depresivos

3.2.2 Variables independientes

a) Variables clínicas del paciente

- Estancia hospitalaria
- Diagnóstico principal
- Reingreso hospitalario
- Complicaciones intrahospitalarias
- Uso de antibióticos endovenosos
- Carga procedimental
- Intervención quirúrgica
- Antecedente de enfermedad crónica
- Ingreso a unidad de cuidados intensivos

b) Variables sociodemográficas del paciente

- Edad del paciente
- Sexo del paciente
- Procedencia del paciente

c) Variables psicológicas del cuidador primario

- Síntomas de ansiedad y depresión del cuidador primario

d) Variables sociodemográficas del cuidador primario

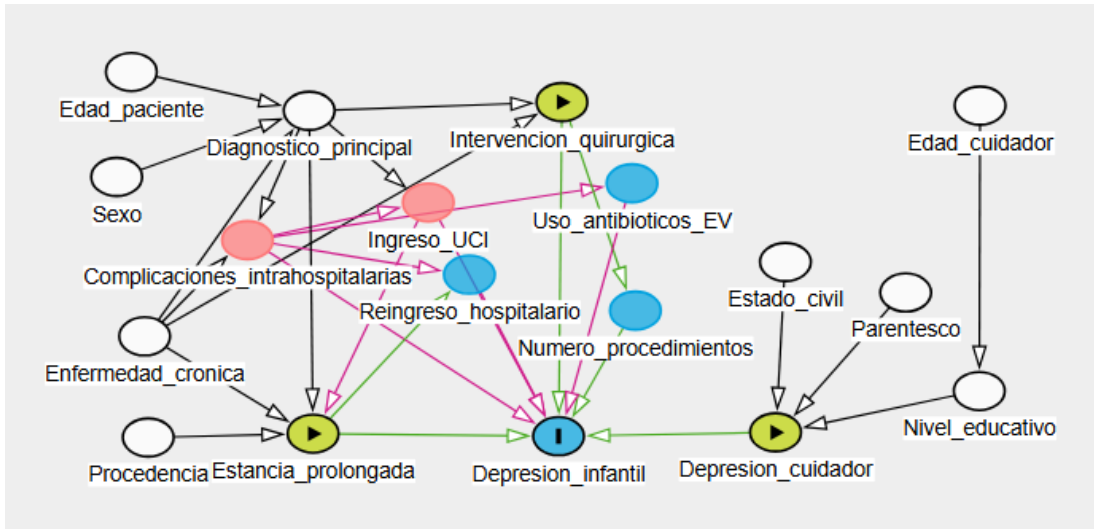
- Edad del cuidador primario
- Nivel educativo del cuidador primario
- Parentesco del cuidador primario
- Estado civil del cuidador primario

3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La operacionalización de las variables del presente estudio se realizó con el propósito de establecer de manera clara y precisa la forma en que cada variable será medida, considerando su definición conceptual, definición operacional, indicadores, escala de medición e instrumentos de recolección de datos.

La matriz de operacionalización de variables se presenta de manera detallada en el **Anexo 1**, mientras que la descripción específica de la operacionalización de cada variable se consigna en el **Anexo 2**. Asimismo, se incluye un

Diagrama Acíclico Dirigido (DAG) como herramienta conceptual para representar las asociaciones entre las variables del estudio y orientar el análisis estadístico correspondiente.



El Diagrama Acíclico Dirigido (DAG) presentado permite visualizar de manera esquemática las asociaciones planteadas entre las variables clínicas, sociodemográficas y psicológicas del estudio. La sintomatología depresiva se representa como la variable dependiente central, asociada a factores clínicos del paciente, como la estancia hospitalaria, el diagnóstico principal y las complicaciones intrahospitalarias, así como a características del paciente y del cuidador primario, incluyendo la sintomatología ansioso-depresiva del cuidador y su nivel educativo.

CAPÍTULO IV

4.1 METODOLOGÍA DE ESTUDIO

4.1.1. Tipo y diseño de investigación

El presente estudio es de tipo observacional, analítico y de enfoque cuantitativo, ya que no se realizó intervención alguna sobre las variables, sino que se observaron y analizaron tal como se presentan en la población de estudio. Asimismo, tiene un diseño no experimental de corte transversal analítico, debido a que la medición de la sintomatología depresiva y de las variables asociadas se realizó en un único momento durante el periodo 2026. Este diseño permitió evaluar la asociación entre las variables independientes y la sintomatología depresiva en pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena; sin embargo, al tratarse de un estudio transversal, no permitió establecer relaciones de causalidad, sino únicamente identificar variables asociadas.

4.1.2. Método de la investigación

La investigación se desarrolló mediante el método cuantitativo, ya que se orientó a la recolección y análisis de datos numéricos con el fin de identificar y medir la asociación entre los factores propuestos y la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados. Este método permitió aplicar técnicas estadísticas para el procesamiento de la información, facilitando la objetividad, sistematización y reproducibilidad de los resultados, así como la contrastación de las asociaciones planteadas en el estudio ^[52].

4.1.3. Población y muestra

4.1.3.1. Unidad de estudio:

La unidad de estudio estuvo conformada por pacientes pediátricos de 8 a 14 años de edad hospitalizados en las distintas áreas del Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el año 2026, quienes cumplieron con los criterios de inclusión establecidos en la investigación.

4.1.3.2. Población:

La población de estudio estuvo conformada por todos los pacientes pediátricos de 8 a 14 años hospitalizados en las diferentes áreas del Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el año 2026, independientemente del servicio clínico en el que se encontraban, siempre

que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión definidos para el presente estudio.

4.1.3.3. Tamaño de muestra:

El tamaño de muestra se calculó utilizando el programa estadístico EpiDat versión 4.2, empleando la fórmula para estudios analíticos de corte transversal. Para el cálculo se consideró una prevalencia esperada de sintomatología depresiva del 20%, porcentaje respaldado por estudios epidemiológicos que han encontrado prevalencias de sintomatología depresiva entre niños y adolescentes alrededor de una de cada cinco en contextos comunitarios y clínicos ^[47]

Asimismo, se asumió un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y una población infinita, correspondiente al total de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el periodo 2026. Con estos parámetros, EpiDat permitió determinar un tamaño de muestra estadísticamente adecuado y representativo para el análisis de los factores asociados a los síntomas depresivos. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo probabilístico aleatorio simple, garantizando que todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión tuvieran la misma probabilidad de ser seleccionados, lo que contribuyó a reducir sesgos de selección y mejorar la validez externa del estudio.

[1] Tamaños de muestra. Proporción:

Datos:

Tamaño de la población:	∞
Proporción esperada:	20,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0

Resultados:

Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	246

Cabe precisar que el cálculo matemático determinó un requerimiento mínimo de 246 participantes; sin embargo, por razones de conveniencia práctica en el diseño muestral y para maximizar la precisión del análisis estadístico de los

factores asociados, la muestra final efectiva se fijó en 250 pacientes pediátricos.

4.1.3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión

- Pacientes pediátricos de 8 años a 14 años.
- Cuidadores primarios de pacientes pediátricos.
- Pacientes pediátricos y cuidadores primarios que acepten participar voluntariamente en el estudio.
- Firma del consentimiento informado por parte del cuidador primario y asentimiento del paciente pediátrico, cuando corresponda.

Criterios de Exclusión

- Pacientes pediátricos con trastorno cognitivo o patología psiquiátrica previamente diagnósticas.
- Pacientes pediátricos que hayan participado previamente en la aplicación del instrumento durante el periodo de estudio.
- Cuidadores primarios con limitaciones que imposibiliten responder el cuestionario.
- Negativa a firmar el consentimiento informado o retiro voluntario del estudio en cualquier momento.
- Historias clínicas incompletas

4.1.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:

4.1.4.1 Técnica:

Para la recolección de datos se empleó la técnica de la encuesta, la cual permitió obtener información estructurada y estandarizada directamente de los pacientes hospitalizados. Esta técnica facilitó la identificación de la presencia de sintomatología depresiva y la medición de los factores asociados, asegurando objetividad y uniformidad en la recopilación de la información, lo que resultó adecuado para un estudio cuantitativo de tipo analítico y de corte transversal.

La encuesta fue aplicada de manera individual a cada paciente pediátrico que cumplió con los criterios de inclusión, durante su estancia en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, garantizando condiciones adecuadas de tranquilidad, comprensión y confidencialidad.

4.1.4.2 Instrumento de recolección:

El primer instrumento de recolección de datos fue el Test de Kovacs (Inventario de Depresión Infantil), el cual permitió evaluar la presencia y severidad de sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados de 8 a 14 años. Este instrumento explora síntomas depresivos experimentados durante las últimas dos semanas. Consta de 27 ítems, cada uno con tres alternativas de respuesta graduadas según la intensidad del síntoma, lo que permite obtener un puntaje total de depresión y puntuaciones en dos dimensiones principales: estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio. A mayor puntaje, mayor severidad de sintomatología depresiva.

Su aplicación fue individual y autoaplicada, con supervisión del investigador, en un ambiente tranquilo dentro del área de hospitalización, con un tiempo estimado de 15 a 20 minutos. El investigador pudo aclarar el significado de palabras o frases sin influir en las respuestas.

El Test de Kovacs (CDI) ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en población pediátrica hispanohablante. En el contexto peruano, estudios de validación realizados en escolares han reportado una consistencia interna aceptable, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,785, lo que evidencia una adecuada confiabilidad del instrumento en población infantil peruana (**Anexo 5**).

Se realizó una prueba piloto con el 10% de la población estimada, en pacientes pediátricos de 8 a 14 años hospitalizados y sus cuidadores primarios, con características similares a la muestra del estudio, en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena. Esta tuvo como finalidad evaluar la comprensión, claridad y aplicabilidad de los instrumentos de recolección de datos, así como estimar el tiempo de aplicación. A partir de los resultados obtenidos, se realizaron ajustes menores en la redacción de algunos ítems para mejorar su comprensión, sin modificar la estructura original de los instrumentos. Asimismo, debido a que el Test de Kovacs cuenta con validación previa en población peruana, no fue necesaria una nueva

validación psicométrica. Los participantes de la prueba piloto no fueron incluidos en la muestra final del estudio.

El segundo instrumento fue la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, la cual se aplicó al cuidador primario con la finalidad de identificar la presencia de sintomatología depresiva. Se utilizó la subescala de depresión, compuesta por preguntas de respuesta dicotómica (sí/no) que exploran síntomas emocionales y cognitivos recientes. Es un instrumento breve, de fácil aplicación y útil para el tamizaje de depresión en población adulta. Un mayor número de respuestas afirmativas indica mayor probabilidad de sintomatología depresiva clínicamente relevante.

La aplicación fue individual y asistida por el investigador, con una duración aproximada de 5 a 10 minutos, en un espacio que garantizó privacidad y confidencialidad. La Escala de Goldberg ha demostrado adecuada sensibilidad y especificidad en diversos estudios clínicos y comunitarios, por lo que resultó pertinente para la evaluación del cuidador primario en el presente estudio. El instrumento se adjunta en el **Anexo 6** ^[24]. Asimismo, se incorporaron las fichas técnicas de los instrumentos utilizados en la investigación, las cuales se presentaron en los **Anexos 7 y 8**, con el propósito de detallar sus características, estructura, validez y criterios de aplicación.

4.1.5 Procedimiento y recolección de datos

Para la ejecución del presente estudio se siguieron procedimientos de manera sistemática y ordenada. En una primera etapa, se gestionaron las autorizaciones administrativas ante la Dirección del Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena y los responsables de las áreas de hospitalización, con la finalidad de obtener el permiso para la ejecución del estudio. Posteriormente, el proyecto fue sometido a evaluación y aprobación por un Comité de Ética en Investigación, garantizando el cumplimiento de los principios éticos establecidos para estudios en población pediátrica.

Una vez obtenidas las autorizaciones, se procedió a la identificación de los pacientes pediátricos hospitalizados durante el periodo 2026 que cumplieron con los criterios de inclusión, mediante la revisión diaria del censo de hospitalización de las diferentes áreas del hospital. Los pacientes elegibles fueron seleccionados de forma consecutiva hasta completar el tamaño de muestra establecido.

Posteriormente, se explicó el estudio a los padres, madres o tutores legales de los pacientes pediátricos, brindando información clara sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos de la investigación. A quienes aceptaron participar se les solicitó la firma del consentimiento informado (**Anexo 3**), y adicionalmente se obtuvo el asentimiento del paciente pediátrico cuando correspondió, de acuerdo con su edad y nivel de comprensión.

Una vez obtenido el consentimiento y asentimiento, se procedió a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos. En primer lugar, se completó la ficha de recolección de datos (**Anexo 4**), que incluyó información sociodemográfica, clínica y familiar relevante para la identificación de los factores asociados a la sintomatología depresiva. Posteriormente, se aplicó de manera individual el Test de Kovacs al paciente pediátrico, en un ambiente que garantizó privacidad, tranquilidad y adecuada comprensión, generalmente en la cama o área de hospitalización. Finalmente, se aplicó la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg al cuidador primario, en un espacio que aseguró confidencialidad y condiciones adecuadas para la respuesta.

Antes de la aplicación de los instrumentos, se explicó a cada participante el propósito de la evaluación y se brindó instrucciones claras sobre cómo responder los cuestionarios, aclarando dudas únicamente respecto al significado de palabras o frases, sin influir en las respuestas. La aplicación del Test de Kovacs tuvo una duración aproximada de 15 a 20 minutos, mientras que la Escala de Goldberg requirió entre 5 y 10 minutos. Durante este proceso se evitaron interrupciones, procurando condiciones óptimas para la recolección de datos.

En cuanto al manejo del riesgo ante ideación suicida, se consideró un protocolo de actuación debido a que el Inventario de Depresión Infantil (CDI) incluye preguntas relacionadas con pensamientos de muerte o suicidio. Si durante la aplicación del instrumento se identificaron puntajes elevados en estos ítems o respuestas que indicaron posible riesgo, se realizó una comunicación inmediata al médico tratante y se procedió a la derivación al servicio de Psiquiatría o Psicología para una evaluación más detallada. Asimismo, se coordinaron las medidas necesarias para garantizar la seguridad del paciente.

Terminada la aplicación, se verificó que todos los ítems hubieran sido respondidos correctamente y que los datos de identificación estuvieran completos, con el fin de evitar registros incompletos o inconsistentes. Los cuestionarios fueron codificados para garantizar la confidencialidad de la información y posteriormente ingresados a una base de datos electrónica para su análisis estadístico.

Finalmente, se realizó un control de calidad de los datos, verificando la coherencia y consistencia de la información registrada antes de proceder al análisis estadístico. Los instrumentos físicos fueron resguardados bajo estrictas medidas de seguridad y solo fueron accesibles al investigador principal, asegurando la protección de la información durante todo el proceso de investigación.

4.1.6. Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados fueron sometidos a un proceso de revisión, depuración, codificación y registro en una base de datos electrónica, con la finalidad de garantizar la calidad, consistencia y confiabilidad de la información obtenida. Posteriormente, el procesamiento y análisis estadístico se realizó mediante el software STATA versión 17, herramienta que permitió una gestión adecuada de las variables y un análisis preciso de los datos del estudio.

Considerando que la investigación correspondió a un estudio observacional analítico de corte transversal, orientado a identificar factores asociados a la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados, se empleó la Razón de Prevalencia (RP) como medida de asociación, por ser la más apropiada para este tipo de diseño epidemiológico.

En el análisis descriptivo, las variables cualitativas fueron resumidas mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). La evaluación de la normalidad de las variables numéricas se realizó mediante la prueba de Shapiro-Wilk, complementada con la inspección gráfica de su distribución. Los resultados fueron presentados a través de tablas y gráficos con el propósito de facilitar su comprensión e interpretación.

Para el análisis bivariado, se exploró la asociación entre la sintomatología depresiva y las variables independientes consideradas en el estudio. Empleando la prueba de chi-cuadrado ya que todas nuestras variables fueron categóricas.

Posteriormente, se desarrolló un análisis multivariado mediante modelos de regresión de Poisson con varianza robusta, se estimaron las razones de prevalencia crudas (RPC) y ajustadas (RPa) e intervalos de confianza al 95%. Este método fue seleccionado por constituir una alternativa metodológica recomendada para estudios transversales con desenlaces frecuentes, ya que permite estimar directamente la razón de prevalencias y proporciona estimaciones consistentes aun cuando el desenlace sea dicotómico, corrigiendo la posible sobreestimación de la varianza mediante el uso de estimadores robustos. Además, presenta ventajas respecto al modelo log-binomial debido a su mayor estabilidad y mejor convergencia en aplicaciones con datos reales, características que lo hacen particularmente útil en investigaciones clínicas y hospitalarias.

Con la finalidad de optimizar la estabilidad del modelo estadístico y evitar estimaciones imprecisas derivadas de categorías con escasa frecuencia, la variable diagnóstico principal fue recategorizada en grupos clínicamente homogéneos, manteniendo la coherencia clínica y epidemiológica de la información.

Finalmente, la selección y ajuste de las variables incluidas en el modelo multivariado se sustentó tanto en criterios estadísticos como en las relaciones causales previamente establecidas mediante el Diagrama Acíclico Dirigido (DAG) elaborado para la investigación. Este procedimiento permitió controlar potenciales variables de confusión y minimizar el riesgo de sobreajuste o ajustes innecesarios. En todos los análisis realizados, se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

4.1.7. Consideraciones éticas:

La presente investigación se desarrolló respetando los principios éticos fundamentales de la investigación en seres humanos, de conformidad con la Declaración de Helsinki, tales como el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. El estudio fue sometido a evaluación y aprobación por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, previo al inicio de la recolección de datos, se adjunta documento de aprobación en el **anexo 9**.

La participación de los pacientes pediátricos en el presente estudio fue libre, voluntaria e informada, para lo cual se obtuvo el consentimiento informado de

los padres o representantes legales, así como el asentimiento del menor, considerando su edad, grado de madurez y nivel de comprensión. Este proceso se desarrolló conforme a los principios éticos, las normas nacionales vigentes y los lineamientos internacionales establecidos para la investigación en poblaciones vulnerables.

En todo momento se respetó el derecho de los participantes a retirarse del estudio de manera libre y sin necesidad de justificación alguna, garantizando que dicha decisión no genere consecuencias, sanciones ni perjuicios de ningún tipo, ni afecte la continuidad, calidad u oportunidad de la atención médica que reciben.

De acuerdo con la normativa nacional vigente, el presente estudio se clasifica como una investigación de riesgo mínimo, conforme a la Resolución Ministerial N.º 233-2020-MINSA, debido a que únicamente se aplicaron instrumentos de evaluación psicológica y se realizó la recolección de información clínica sin intervención directa sobre la salud de los participantes.

Protección y gestión de datos personales:

Se implementó un Plan de Gestión y Protección de Datos conforme a la Ley N.º 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y su reglamento. La información recolectada fue codificada mediante un sistema de identificación alfanumérico, evitando el registro de nombres u otros datos que permitan la identificación directa de los participantes. La base de datos digital fue anonimizada para el análisis estadístico.

La custodia de la base de datos quedó a cargo de los investigadores del estudio, quienes coordinaron con la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena para garantizar el adecuado resguardo, control y seguridad de la información. Los datos digitales fueron almacenados en equipos protegidos con contraseña y con acceso restringido únicamente al equipo investigador, mientras que los documentos físicos fueron conservados en archivadores bajo llave en ambientes seguros.

El acceso a la información estuvo estrictamente limitado al equipo investigador. Los datos serán conservados por un período máximo de cinco años posteriores a la finalización del estudio con fines de verificación académica. Transcurrido este plazo, los archivos digitales serán eliminados

de manera permanente y los documentos físicos serán destruidos mediante trituración, garantizando la confidencialidad de la información.

Los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y de investigación, y en ningún caso se divulgará información que permita identificar a los participantes.

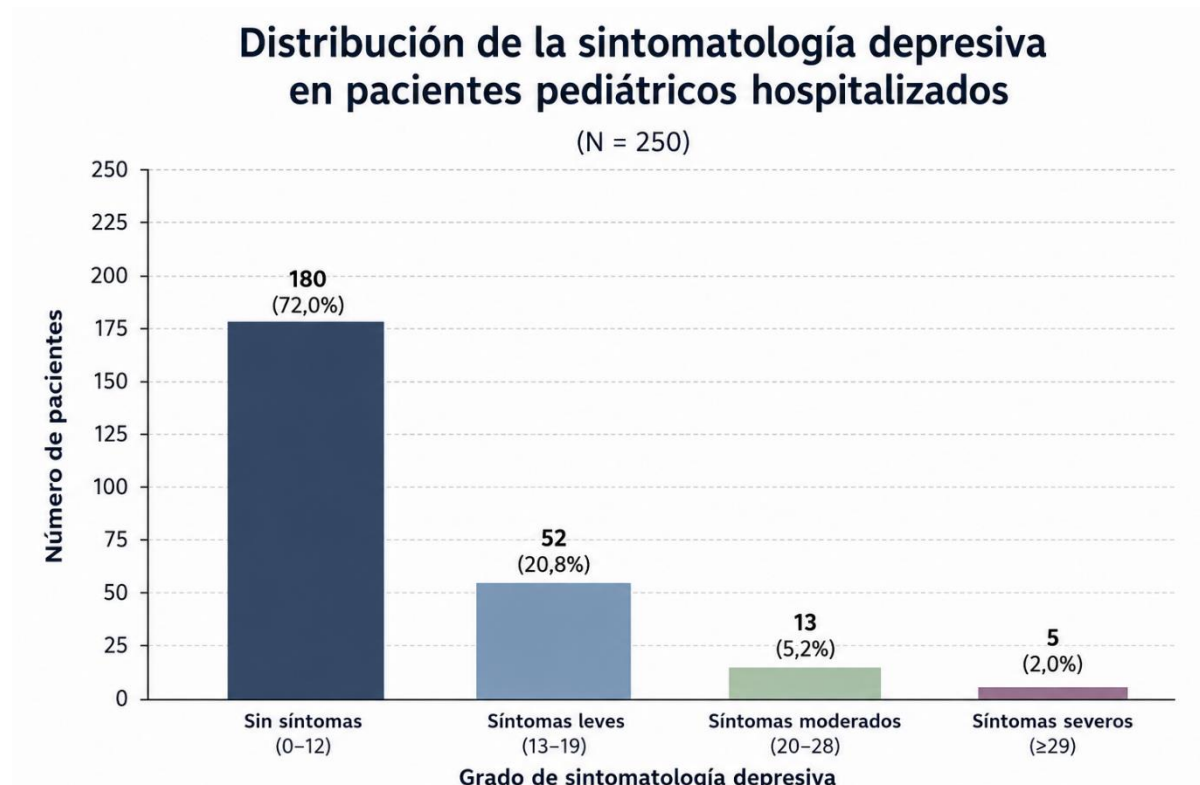
Finalmente, en caso de haberse identificado resultados que sugirieran la presencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante en el paciente pediátrico o en el cuidador primario, se procedió a informar de manera responsable al equipo de salud correspondiente, respetando los protocolos institucionales del hospital, con la finalidad de garantizar una evaluación, seguimiento y atención integral y oportuna.

CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Resultados

TABLA 1. Características sociodemográficas y sintomatología depresiva de los pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026.

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Masculino	160	64
	Femenino	90	36
Procedencia	Urbana	196	78.4
	Rural	54	21.6
Edad	8–9 años	95	38
	10–11 años	83	33.2
	12–14 años	72	28.8
Síntomas depresivos	Sin síntomas (0–12)	180	72
	Síntomas leves (13–19)	52	20.8
	Síntomas moderados (20–28)	13	5.2
	Síntomas severos (≥ 29)	5	2



En la Tabla 1, respecto a las características sociodemográficas y clínicas de los 250 pacientes pediátricos evaluados, se observó un predominio del sexo masculino, con 64% (n=160), frente al sexo femenino, con 36% (n=90). En

cuanto a la procedencia, la gran mayoría de los participantes provenía de zonas urbanas, con 78,4% (n=196), mientras que una menor proporción residía en áreas rurales, con 21,6% (n=54). Al analizar la edad, el grupo de 8 a 9 años concentró la mayor cantidad de pacientes, con 38% (n=95), seguido por el rango de 10 a 11 años, con 33,2% (n=83), y el grupo de 12 a 14 años, con 28,8% (n=72). Finalmente, en relación con la sintomatología depresiva, la mayor parte de la población de estudio se clasificó sin síntomas, con 72% (n=180); no obstante, 28% (n=70) manifestó algún nivel de afectación, distribuyéndose en sintomatología leve con 20,8% (n=52), moderada con 5,2% (n=13) y severa con 2% (n=5).

TABLA 2. Características sociodemográficas y sintomatología ansioso-depresiva de los cuidadores primarios de los pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026.

Variable	Categoría	n	%
Edad del cuidador primario	<30 años	23	9.2
	30–40 años	177	70.8
	>40 años	50	20
Nivel educativo	Sin instrucción	2	0.8
	Primaria	36	14.4
	Secundaria	115	46
	Superior	97	38.8
Parentesco con el paciente	Madre	173	69.2
	Padre	58	23.2
	Abuelo(a)	3	1.2
	Otros	16	6.4
Estado civil	Casado(a)	84	33.6
	Soltero(a)	40	16
	Conviviente	118	47.2
	Divorciado(a)	4	1.6
	Viudo(a)	4	1.6
Síntomas de ansiedad	Con ansiedad (≥ 4)	231	92.4
	Sin ansiedad (0–3)	19	7.6
Síntomas depresivos	Con depresión (≥ 2)	169	67.6
	Sin depresión (0–1)	81	32.4

En la Tabla 2 se describen las características sociodemográficas y la sintomatología ansioso-depresiva de los cuidadores primarios. Respecto a la edad del cuidador primario, predominó el grupo de 30 a 40 años, con 70,8%

(n=177), seguido de aquellos mayores de 40 años, con 20% (n=50), mientras que el grupo menor de 30 años representó 9,2% (n=23). En relación con el nivel educativo, la mayor proporción correspondió al nivel secundario, con 46% (n=115), seguido del nivel superior con 38,8% (n=97) y primaria con 14,4% (n=36). Solo 0,8% (n=2) no contaba con instrucción formal. Respecto al parentesco con el paciente, la madre constituyó el principal cuidador primario, con 69,2% (n=173), seguida del padre con 23,2% (n=58). Los abuelos representaron 1,2% (n=3), mientras que otros familiares correspondieron a 6,4% (n=16). En cuanto al estado civil, predominó la condición de conviviente, con 47,2% (n=118), seguida de casados con 33,6% (n=84) y solteros con 16% (n=40). Los cuidadores divorciados y viudos representaron, cada uno, 1,6% (n=4).

En la evaluación psicológica de los cuidadores primarios, se encontró una elevada frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva. El 92,4% (n=231) presentó síntomas de ansiedad según la Escala de Goldberg, mientras que el 67,6% (n=169) presentó síntomas depresivos. Estos hallazgos evidencian una importante carga emocional en los cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados.

TABLA 3. Características de hospitalización de los pacientes pediátricos en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026

Variable	Categoría	n	%
Carga procedimental	Baja carga procedimental (1–5 procedimientos)	168	67.2
	Moderada carga procedimental (6–10 procedimientos)	48	19.2
	Alta carga procedimental (≥ 11 procedimientos)	34	13.6
Estancia hospitalaria	1–6 días–	192	76.8
	≥ 7 días (estancia hospitalaria prolongada)	58	23.2

La Tabla 3 muestra las características de hospitalización de los pacientes pediátricos incluidos en el estudio. Respecto a la carga procedimental, la mayoría de los pacientes presentó baja carga procedimental con 67,2%

(n=168), seguido de moderada carga procedimental, con 19,2% (n=48), y alta carga procedimental, con un 13,6% (n=34).

En relación con la estancia hospitalaria, predominó una estancia de 1 a 6 días, con 76,8% (n=192), mientras que 23,2% (n=58) presentó estancia hospitalaria prolongada de siete días o más. Estos resultados reflejan que, aunque la mayoría de los pacientes tuvo hospitalizaciones relativamente cortas y menor exposición a procedimientos invasivos, existe un grupo importante con mayor complejidad clínica y prolongación de la hospitalización, lo cual podría influir negativamente en su bienestar emocional y psicológico.

TABLA 4. Análisis bivariado de las características clínicas diagnósticas y los síntomas depresivos de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026.

Categoría clínica diagnóstica	Síntomas depresivos				Total n (%)	χ ²	p
	Sin síntomas n (%)	Síntomas leves n (%)	Síntomas moderados n (%)	Síntomas severos n (%)			
Quirúrgicos	66 (82.50)	11 (13.75)	3 (3.75)	0 (0.00)	80 (100.00)	57.3	<0.001
No quirúrgicos	97 (81.51)	15 (12.61)	6 (5.04)	1 (0.84)	119 (100.00)		
Complejos	13 (34.21)	18 (47.37)	3 (7.89)	4 (10.53)	38 (100.00)		
Crónicos	4 (33.33)	7 (58.33)	1 (8.33)	0 (0.00)	12 (100.00)		

En la Tabla 4 se observa que la categoría clínica diagnóstica mostró diferencias importantes en la frecuencia de sintomatología depresiva. Los pacientes con diagnósticos crónicos presentaron la mayor proporción de síntomas depresivos (66,67%), seguidos muy de cerca por aquellos con diagnósticos complejos (65,79%). Por el contrario, la frecuencia de sintomatología depresiva fue considerablemente menor en los pacientes no quirúrgicos (18,49%) y quirúrgicos (17,50%).

Al analizar la distribución según el grado de severidad, en el grupo de diagnósticos crónicos predominó la sintomatología depresiva leve (58,33%), seguida de la moderada (8,33%), sin registrarse casos de sintomatología

severa. De manera similar, en los pacientes con diagnósticos complejos la sintomatología leve fue la más frecuente (47,37%); sin embargo, este grupo concentró la mayor proporción de casos severos (10,53%), además de presentar un 7,89% de sintomatología moderada.

En contraste, la ausencia de síntomas depresivos predominó en los pacientes quirúrgicos (82,50%) y no quirúrgicos (81,51%), mientras que esta proporción disminuyó notablemente en los grupos con diagnósticos complejos (34,21%) y crónicos (33,33%).

Finalmente, el análisis inferencial evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la categoría clínica diagnóstica y la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados ($\chi^2 = 57,3$; $p < 0,001$), lo que sugiere que una mayor complejidad y cronicidad de la enfermedad se relaciona con una mayor frecuencia de síntomas depresivos durante la hospitalización.

TABLA 5. Análisis bivariado de la sintomatología ansioso-depresiva del cuidador primario con los síntomas depresivos de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026.

Sintomatología psicológica del cuidador primario	Síntomas depresivos				Total n (%)	χ^2	p
	Sin síntomas n (%)	Síntomas leves n (%)	Síntomas moderados n (%)	Síntomas severos n (%)			
Síntomas de ansiedad							
Con ansiedad	163 (70.56)	50 (21.65)	13 (5.63)	5 (2.16)	231 (100.00)	3.4	0.335
Sin ansiedad	17 (89.47)	2 (10.53)	0 (0.00)	0 (0.00)	19 (100.00)		
Síntomas depresivos							
Con depresión	104 (61.54)	47 (27.81)	13 (7.69)	5 (2.96)	169 (100.00)	28.9	<0.001
Sin depresión	76 (93.83)	5 (6.17)	0 (0.00)	0 (0.00)	81 (100.00)		

En la Tabla 5 se observa que los pacientes pediátricos cuyos cuidadores primarios presentaban sintomatología ansiosa mostraron una mayor frecuencia de síntomas depresivos (29,44%) en comparación con aquellos cuyos cuidadores no presentaban ansiedad (10,53%). Al analizar la severidad, en el grupo con sintomatología ansiosa del cuidador predominó la

sintomatología leve (21,65%), seguida de la moderada (5,63%) y la severa (2,16%). Por el contrario, entre los pacientes cuyos cuidadores primarios no presentaban sintomatología ansiosa predominó ampliamente la ausencia de síntomas depresivos (89,47%), registrándose únicamente casos leves (10,53%) y sin evidenciarse casos moderados ni severos. No obstante, el análisis inferencial no evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la sintomatología ansiosa del cuidador primario y la presencia de síntomas depresivos en los pacientes pediátricos hospitalizados ($\chi^2 = 3,4$; $p = 0,335$).

Por otra parte, se observaron diferencias importantes según la presencia de sintomatología depresiva en el cuidador. Los pacientes cuyos cuidadores primarios presentaban síntomas depresivos registraron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva (38,46%) en comparación con aquellos cuyos cuidadores primarios no presentaban dicha condición (6,17%). Dentro del grupo de cuidadores con sintomatología depresiva predominó la sintomatología leve (27,81%), seguida de la moderada (7,69%) y la severa (2,96%), mientras que el 61,54% no presentó síntomas depresivos. En contraste, entre los pacientes cuyos cuidadores primarios no mostraban sintomatología depresiva, la ausencia de síntomas predominó ampliamente (93,83%). Finalmente, el análisis estadístico evidenció una asociación altamente significativa entre la sintomatología depresiva del cuidador primario y la presencia de síntomas depresivos en los pacientes pediátricos hospitalizados ($\chi^2 = 28,9$; $p < 0,001$), lo que sugiere una estrecha relación entre el estado emocional del cuidador y el bienestar psicológico del menor durante el proceso de hospitalización.

TABLA 6. Análisis bivariado de las características sociodemográficas del paciente y los síntomas depresivos de pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026.

Características sociodemográficas del paciente pediátrico	Síntomas depresivos				Total (%)	χ^2	p
	Sin síntomas n (%)	Síntomas leves n (%)	Síntomas moderados n (%)	Síntomas severos n (%)			
Sexo							
Masculino	121 (75.63)	27 (16.88)	9 (5.63)	3 (1.88)	160 (100.00)	4.29	0.23
Femenino	59 (65.56)	25 (27.78)	4 (4.44)	2 (2.22)	90 (100.00)		
Procedencia							
Urbana	142 (72.45)	44 (22.45)	7 (3.57)	3 (1.53)	196 (100.00)	6.84	0.08
Rural	38 (70.37)	8 (14.81)	6 (11.11)	2 (3.70)	54 (100.00)		
Edad							
8–9 años	71 (74.74)	20 (21.05)	4 (4.21)	0 (0.00)	95 (100.00)	12.3	0.06
10–11 años	66 (79.52)	13 (15.66)	2 (2.41)	2 (2.41)	83 (100.00)		
12–14 años	43 (59.72)	19 (26.39)	7 (9.72)	3 (4.17)	72 (100.00)		

En la tabla 6 se muestra la relación de las características sociodemográficas pediátricas con la presencia o no de sintomatología depresiva, En cuanto al sexo del paciente pediátrico, tanto los pacientes masculinos como femeninos evidenciaron predominio de ausencia de sintomatología depresiva en los pacientes pediátricos, con (75,63%) y (65,56%), respectivamente. Sin embargo, los pacientes de sexo femenino presentaron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva (34,44%) frente al sexo masculino (24,37%). Dentro del grupo femenino predominó la sintomatología leve (27,78%), seguida de la moderada (4,44%) y severa (2,22%); de igual manera dentro del sexo masculino también predominó la sintomatología leve (16,88%), seguida de la moderada (5,63%) y severa (1,88%). No obstante, el análisis estadístico no mostró asociación significativa entre el sexo y la sintomatología depresiva en los pacientes pediátricos hospitalizados ($\chi^2=4,29$; $p=0,23$).

En relación con la procedencia, los pacientes provenientes de zona rural evidenciaron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva en los

pacientes pediátricos (29,63%) frente a aquellos procedentes de zona urbana (27,55%). Dentro del grupo rural predominó la sintomatología leve (14,81%), seguida de la moderada (11,11%) y severa (3,70%). Por su parte, en los pacientes de procedencia urbana también predominó la sintomatología leve (22,45%), seguida de la moderada (3,57%) y severa (1,53%). El análisis estadístico no mostró asociación significativa entre la procedencia y la sintomatología depresiva en los pacientes pediátricos hospitalizados ($\chi^2=6,84$; $p=0,08$), aunque se evidenció una tendencia cercana al nivel de significancia estadística.

Respecto al grupo etario, los pacientes de 12 a 14 años evidenciaron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva en los pacientes pediátricos (40,28%) frente a los grupos de 8 a 9 años (25,26%) y 10 a 11 años (20,48%). Dentro del grupo de 12 a 14 años predominó la sintomatología leve (26,39%), seguida de la moderada (9,72%) y severa (4,17%). En contraste, el grupo de 10 a 11 años presentó la mayor proporción de ausencia de sintomatología depresiva en los pacientes pediátricos (79,52%). El análisis estadístico no mostró asociación significativa entre la edad y la sintomatología depresiva en los pacientes pediátricos hospitalizados ($\chi^2=12,3$; $p=0,06$), aunque este resultado mostró una tendencia cercana al nivel de significancia.

En conjunto, según la prueba χ^2 , no existe suficiente evidencia estadística para afirmar asociación entre las características sociodemográficas del paciente pediátrico y la sintomatología depresiva. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre sexo ($p=0,23$), procedencia ($p=0,08$) y edad ($p=0,06$); sin embargo, las variables procedencia y edad mostraron valores cercanos al nivel de significancia, sugiriendo una posible tendencia de asociación con la sintomatología depresiva en los pacientes pediátricos hospitalizados

TABLA 7. Análisis bivariado de las características sociodemográficas del cuidador primario y los síntomas ansioso-depresivos del cuidador primario de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026

Características sociodemográficas del cuidador primario	Síntomas ansiosos		Síntomas depresivos		Total n (%)	X ²	p
	Con ansiedad n (%)	Sin ansiedad n (%)	Con depresión n (%)	Sin depresión n (%)			
Edad del cuidador primario							
<30 años	20 (86.96)	3 (13.04)	17 (73.91)	6 (26.09)	23 (100.00)	1.17 / 8.96	0.557 / 0.011
30–40 años	164 (92.66)	13 (7.34)	110 (62.15)	67 (37.85)	177 (100.00)		
>40 años	47 (94.00)	3 (6.00)	42 (84.00)	8 (16.00)	50 (100.00)		
Nivel educativo							
Sin instrucción	2 (100.00)	0 (0.00)	2 (100.00)	0 (0.00)	2 (100.00)	6.64 / 31.75	0.084 / <0.001
Primaria	36 (100.00)	0 (0.00)	34 (94.44)	2 (5.56)	36 (100.00)		
Secundaria	108 (93.91)	7 (6.09)	86 (74.78)	29 (25.22)	115 (100.00)		
Superior	85 (87.63)	12 (12.37)	47 (48.45)	50 (51.55)	97 (100.00)		
Parentesco con el paciente							
Madre	157 (90.75)	16 (9.25)	123 (71.10)	50 (28.90)	173 (100.00)	2.72 / 5.48	0.437 / 0.140
Padre	55 (94.83)	3 (5.17)	34 (58.62)	24 (41.38)	58 (100.00)		
Abuelo(a)	3 (100.00)	0 (0.00)	3 (100.00)	0 (0.00)	3 (100.00)		
Otros	16 (100.00)	0 (0.00)	9 (56.25)	7 (43.75)	16 (100.00)		
Estado civil							
Casado(a)	74 (88.10)	10 (11.90)	52 (61.90)	32 (38.10)	84 (100.00)	3.94 / 8.18	0.414 / 0.085
Soltero(a)	37 (92.50)	3 (7.50)	32 (80.00)	8 (20.00)	40 (100.00)		
Conviviente	112 (94.92)	6 (5.08)	77 (65.25)	41 (34.75)	118 (100.00)		
Divorciado(a)	4 (100.00)	0 (0.00)	4 (100.00)	0 (0.00)	4 (100.00)		
Viudo(a)	4 (100.00)	0 (0.00)	4 (100.00)	0 (0.00)	4 (100.00)		

En la tabla 7 podemos observar que, en relación con la edad del cuidador primario, la presencia de sintomatología ansiosa fue elevada en todos los grupos etarios, observándose una mayor frecuencia en los cuidadores

mayores de 40 años (94%), seguidos de aquellos entre 30 y 40 años (92,66%) y menores de 30 años (86,96%). Respecto a la sintomatología depresiva, esta fue de igual manera más frecuente en los cuidadores mayores de 40 años (84%), seguida de los menores de 30 años (73,91%) y del grupo de 30 a 40 años (62,15%). El análisis estadístico no mostró asociación significativa entre la edad y la sintomatología ansiosa ($\chi^2=1,17$; $p=0,557$); sin embargo, sí evidenció asociación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva ($\chi^2=8,96$; $p=0,011$).

Respecto al nivel educativo, la sintomatología ansiosa predominó en todos los niveles de instrucción, alcanzando hasta el 100% en los cuidadores sin instrucción y con educación primaria, seguido del nivel secundario (93,91%) y superior (87,63%). En cuanto a la sintomatología depresiva también se mostró predominante en los cuidadores sin instrucción (100%) y con educación primaria (94,44%), mientras que aquellos con educación superior evidenciaron la menor frecuencia en sintomatología depresiva (48,45%). El análisis estadístico no mostró asociación significativa entre el nivel educativo y la sintomatología ansiosa ($\chi^2=6,64$; $p=0,084$); no obstante, se evidenció asociación altamente significativa con la sintomatología depresiva ($\chi^2=31,75$; $p<0,001$).

En relación con el parentesco con el paciente pediátrico, la sintomatología ansiosa predominó en todos los grupos, alcanzando el 100% en abuelos y otros familiares, mientras que las madres y padres presentaron frecuencias de (90,75%) y (94,83%), respectivamente. Respecto a la sintomatología depresiva, esta fue más frecuente en los abuelos (100%), seguida de las madres (71,10%) y los padres (58,62%). Sin embargo, el análisis estadístico no mostró asociación significativa entre el parentesco y la sintomatología ansiosa ($\chi^2=2,72$; $p=0,437$) ni con la sintomatología depresiva ($\chi^2=5,48$; $p=0,140$).

Respecto al estado civil del cuidador primario, la sintomatología ansiosa predominó en todos los grupos, alcanzando el 100% en cuidadores divorciados y viudos. Asimismo, se observó elevada frecuencia en convivientes (94,92%), seguida por los solteros (92,50%) y casados (88,10%). En cuanto a la sintomatología depresiva, esta también fue más frecuente en

cuidadores divorciados y viudos con una presencia del 100%, seguida de solteros (80%), convivientes (65,25%) y casados (61,90%). No obstante, el análisis estadístico no mostró asociación significativa entre el estado civil y la sintomatología ansiosa ($\chi^2=3,94$; $p=0,414$) ni con la sintomatología depresiva ($\chi^2=8,18$; $p=0,085$).

En conjunto, según la prueba de χ^2 , no existe suficiente evidencia estadística para afirmar asociación entre las características sociodemográficas del cuidador primario y la sintomatología ansiosa. Sin embargo, en relación con la sintomatología depresiva del cuidador primario, se evidenció asociación estadísticamente significativa con la edad ($p=0,011$) y el nivel educativo ($p<0,001$), lo que sugiere que estas variables podrían comportarse como factores asociados a la presencia de síntomas depresivos en los cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados.

TABLA 8. Análisis bivariado entre las características de hospitalización y los síntomas depresivos de pacientes pediátricos en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026.

Características de hospitalización del paciente pediátrico	Síntomas depresivos				Total n (%)	χ^2	p
	Sin síntomas n (%)	Síntomas leves n (%)	Síntomas moderados n (%)	Síntomas severos n (%)			
Intervención quirúrgica							
Sí	74 (67.27)	26 (23.64)	6 (5.45)	4 (3.64)	110 (100.00)	4.02	0.259
No	106 (75.71)	26 (18.57)	7 (5.00)	1 (0.71)	140 (100.00)		
Uso de antibióticos por vía endovenosa						9.16	0.027
Sí	133 (67.86)	45 (22.96)	13 (6.63)	5 (2.55)	196 (100.00)		
No	47 (87.04)	7 (12.96)	0 (0.00)	0 (0.00)	54 (100.00)		
Complicaciones en la hospitalización						40.32	<0.001
Sí	6 (23.08)	14 (53.85)	3 (11.54)	3 (11.54)	26 (100.00)		
No	174 (77.68)	38 (16.96)	10 (4.46)	2 (0.89)	224 (100.00)		
Ingreso a UCI						37.85	<0.001
Sí	6 (23.08)	16 (61.54)	2 (7.69)	2 (7.69)	26 (100.00)		
No	174 (77.68)	36 (16.07)	11 (4.91)	3 (1.34)	224 (100.00)		
Antecedente de enfermedad crónica						19.36	<0.001
Sí	6 (31.58)	11 (57.89)	1 (5.26)	1 (5.26)	19 (100.00)		
No	174 (75.32)	41 (17.75)	12 (5.19)	4 (1.73)	231 (100.00)		
Reingreso hospitalario						39.91	<0.001
Sí	0 (0.00)	6 (75.00)	0 (0.00)	2 (25.00)	8 (100.00)		
No	180 (74.38)	46 (19.01)	13 (5.37)	3 (1.24)	242 (100.00)		
Carga procedimental						69.54	<0.001
Baja carga procedimental	142 (84.52)	18 (10.71)	6 (3.57)	2 (1.19)	168 (100.00)		
Moderada carga procedimental	30 (62.50)	18 (37.50)	0 (0.00)	0 (0.00)	48 (100.00)		
Alta carga procedimental	8 (23.53)	16 (47.06)	7 (20.59)	3 (8.82)	34 (100.00)		
Estancia hospitalaria						49.9	<0.001
1-6 días	159 (82.81)	23 (11.98)	8 (4.17)	2 (1.04)	192 (100.00)		
≥7 días	21 (36.21)	29 (50.00)	5 (8.62)	3 (5.17)	58 (100.00)		

La Tabla 8 presenta el análisis bivariado entre las características clínicas y de hospitalización con la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados. En cuanto a la intervención quirúrgica, los pacientes sometidos a cirugía presentaron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva (32,73%) en comparación con aquellos que no fueron intervenidos quirúrgicamente (24,29%). Dentro del grupo sometido a cirugía predominó la sintomatología leve (23,64%), seguida de la moderada (5,45%) y severa (3,64%). Sin embargo, el análisis estadístico no evidenció asociación significativa entre la intervención quirúrgica y la sintomatología depresiva en los pacientes pediátricos hospitalizados ($\chi^2=4,02$; $p=0,259$), mostrando una distribución similar entre ambos grupos.

Al analizar el uso de antibióticos por vía endovenosa, los pacientes que requirieron este tratamiento evidenciaron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva (32,14%) frente a aquellos que no lo requirieron (12,96%). Dentro del grupo expuesto a este tipo de procedimientos predominó la sintomatología leve (22,96%), seguida de la moderada (6,63%) y severa (2,55%). El análisis estadístico mostró asociación significativa ($\chi^2=9,16$; $p=0,027$), lo que sugiere una relación con mayor afectación emocional.

Por otra parte, al evaluar las complicaciones durante la hospitalización, los pacientes que las presentaron evidenciaron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva (76,92%) frente a aquellos que no las desarrollaron (22,32%). Dentro del grupo que presentó complicaciones predominó la sintomatología leve (53,85%), mientras que las manifestaciones moderadas y severas se presentaron en igual proporción (11,54%). El análisis estadístico mostró asociación altamente significativa ($\chi^2=40,32$; $p<0,001$).

En relación con el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, los pacientes que requirieron internamiento en UCI evidenciaron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva (76,92%) frente a aquellos que no lo requirieron (22,32%). Dentro del grupo admitido en cuidados críticos predominó la sintomatología leve (61,54%), mientras que las manifestaciones moderadas y severas se presentaron en igual proporción (7,69%). El análisis estadístico evidenció asociación altamente significativa ($\chi^2=37,85$; $p<0,001$), reflejando el impacto del entorno crítico sobre el estado emocional del paciente pediátrico.

En lo referente al antecedente de enfermedad crónica, los pacientes con patologías de base evidenciaron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva (68,42%) frente a aquellos sin antecedente crónico (24,68%). Dentro del grupo con antecedentes crónicos predominó la sintomatología leve (57,89%), mientras que las manifestaciones moderadas y severas se presentaron en igual proporción (5,26%). El análisis estadístico mostró asociación altamente significativa ($\chi^2=19,36$; $p<0,001$), sugiriendo mayor susceptibilidad emocional asociada a comorbilidad previa.

Con respecto al reingreso hospitalario, los pacientes que reingresaron evidenciaron una frecuencia total de sintomatología depresiva (100%) frente a aquellos que no presentaron reingreso (25,62%). Dentro del grupo que reingresó predominó la sintomatología leve (75%), mientras que la sintomatología severa se presentó en (25%), sin registrarse casos moderados. El análisis estadístico mostró asociación altamente significativa ($\chi^2=39,91$; $p<0,001$), posicionando al reingreso hospitalario como un importante estresor emocional.

En el análisis de la carga procedimental, los pacientes sometidos a alta carga evidenciaron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva (76,47%) frente a aquellos con carga moderada (37,50%) y baja carga procedimental (15,48%). Dentro del grupo con alta carga predominó la sintomatología leve (47,06%), seguida de la moderada (20,59%) y severa (8,82%), mientras que solo el (23,53%) permaneció sin síntomas. El análisis estadístico evidenció asociación altamente significativa ($\chi^2=69,54$; $p<0,001$), confirmando su asociación con mayor afectación emocional.

Finalmente, al evaluar la estancia hospitalaria, los pacientes con internamiento prolongado de siete o más días evidenciaron una mayor frecuencia de sintomatología depresiva (63,79%) frente a aquellos con estancia de 1 a 6 días (17,19%). Dentro del grupo con estancia prolongada predominó la sintomatología leve (50%), seguida de la moderada (8,62%) y severa (5,17%), mientras que solo el (36,21%) permaneció libre de síntomas. El análisis estadístico mostró asociación altamente significativa ($\chi^2=49,90$; $p<0,001$), confirmando su asociación con mayor afectación emocional en los pacientes pediátricos hospitalizados.

TABLA 9. Análisis multivariado de factores asociados a sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026.

Variable independiente	Categoría	OR crudo (IC95%)	p	OR ajustado (IC95%)	p ajustado
Sexo	Femenino	Ref	—	Ref	—
	Masculino	0.61 (0.35–1.08)	0.09	0.70 (0.26–1.87)	0.482
Edad	8–9 años	Ref	—	Ref	—
	10–11 años	0.76 (0.38–1.54)	0.45	0.20 (0.07–0.59)	0.004
	12–14 años	2.00 (1.03–3.86)	0.04	0.67 (0.25–1.82)	0.437
Estancia hospitalaria prolongada	≥7 días	8.49 (4.42–16.32)	<0.001	2.21 (0.70–6.94)	0.176
Antecedente de enfermedad crónica	Sí	6.61 (2.40–18.21)	<0.001	1.95 (0.43–8.91)	0.389
Complicaciones durante la hospitalización	Sí	11.60 (4.42–30.45)	<0.001	1.02 (0.19–5.64)	0.978
Ingreso a UCI	Sí	11.60 (4.42–30.45)	<0.001	5.03 (1.06–23.94)	0.042
Intervención quirúrgica	Sí	1.52 (0.87–2.64)	0.141	6.73 (1.06–42.64)	0.043
Uso de antibióticos endovenosos	Sí	3.18 (1.36–7.43)	0.008	2.64 (0.67–10.33)	0.164
Categoría clínica diagnóstica	Quirúrgicos	Ref	—	Ref	—
	No quirúrgicos	1.07 (0.51–2.24)	0.859	6.59 (0.95–45.89)	0.057
	Complejos	9.07 (3.74–21.95)	<0.001	8.62 (2.25–33.10)	0.002
	Crónicos	9.43 (2.49–35.71)	0.001	9.37 (8.24–10.67)	<0.001
Ansiedad del cuidador primario	Con ansiedad	3.55 (0.80–15.77)	0.096	0.49 (0.07–3.43)	0.471
Depresión del cuidador primario	Con depresión	9.50 (3.65–24.72)	<0.001	6.65 (1.69–26.18)	0.007
Estado civil del cuidador primario	Casado(a)	Ref	—	Ref	—
	Soltero(a)	0.27 (0.13–0.57)	0.001	0.16 (0.05–0.51)	0.002
	Conviviente	0.28 (0.13–0.63)	0.002	0.23 (0.07–0.75)	0.014
	Divorciado(a)	0.90 (0.12–7.07)	0.924	0.14 (0.01–2.11)	0.155
Nivel educativo del cuidador primario	Primaria	Ref	—	Ref	—
	Secundaria	0.56 (0.26–1.22)	0.147	0.70 (0.22–2.21)	0.541
	Superior	0.41 (0.18–0.93)	0.032	0.92 (0.25–3.35)	0.894

La Tabla 9 muestra los factores asociados a síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados mediante regresión logística, estimándose odds ratio (OR) crudos y ajustados con sus respectivos intervalos de confianza al 95%.

En el análisis multivariado, la edad de 12 a 14 años se asoció significativamente con una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos en comparación con el grupo de 8 a 9 años (OR=2,00; IC95%: 1,03–3,86; $p=0,04$). Asimismo, la estancia hospitalaria prolongada de siete días o más mostró una fuerte asociación con el desenlace (OR=8,49; IC95%: 4,42–16,32; $p<0,001$), indicando una probabilidad aproximadamente ocho veces mayor de desarrollar síntomas depresivos respecto a aquellos con hospitalización de menor duración. De igual manera, el antecedente de enfermedad crónica (OR=6,61; IC95%: 2,40–18,21; $p<0,001$), las complicaciones durante la hospitalización (OR=11,60; IC95%: 4,42–30,45; $p<0,001$) y el ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (OR=11,60; IC95%: 4,42–30,45; $p<0,001$) evidenciaron asociación significativa con una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos. En relación con las intervenciones terapéuticas, el uso de antibióticos endovenosos mostró asociación significativa con la presencia de síntomas depresivos (OR=3,18; IC95%: 1,36–7,43; $p=0,008$). Asimismo, dentro de la categoría clínica diagnóstica, los diagnósticos complejos (OR=9,07; IC95%: 3,74–21,95; $p<0,001$) y crónicos (OR=9,43; IC95%: 2,49–35,71; $p=0,001$) presentaron mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos en comparación con los diagnósticos quirúrgicos. Con respecto a los factores relacionados con el cuidador primario, la depresión del cuidador mostró asociación significativa con mayor probabilidad de síntomas depresivos en los pacientes pediátricos (OR=9,50; IC95%: 3,65–24,72; $p<0,001$). Asimismo, determinadas características sociodemográficas evidenciaron efecto protector, como el estado civil soltero(a) (OR=0,27; IC95%: 0,13–0,57; $p=0,001$), conviviente (OR=0,28; IC95%: 0,13–0,63; $p=0,002$) y contar con educación superior (OR=0,41; IC95%: 0,18–0,93; $p=0,032$).

En el análisis multivariado ajustado, varias asociaciones perdieron significancia estadística tras el control de posibles variables confusoras. Sin embargo, el grupo etario de 10 a 11 años mostró un efecto protector significativo frente al desarrollo de síntomas depresivos (OR ajustado=0,20; IC95%: 0,07–0,59; p=0,004). Por otro lado, el ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos permaneció como factor independientemente asociado a síntomas depresivos (OR ajustado=5,03; IC95%: 1,06–23,94; p=0,042), indicando aproximadamente cinco veces mayor probabilidad de desarrollar el desenlace. Asimismo, la intervención quirúrgica mostró asociación significativa tras el ajuste (OR ajustado=6,73; IC95%: 1,06–42,64; p=0,043). Dentro de las categorías diagnósticas, los diagnósticos complejos (OR ajustado=8,62; IC95%: 2,25–33,10; p=0,002) y, especialmente, los diagnósticos crónicos (OR ajustado=9,37; IC95%: 8,24–10,67; p<0,001) permanecieron como factores de riesgo independientes, mostrando una fuerte asociación con la presencia de síntomas depresivos. En relación con las características del cuidador, la depresión del cuidador primario continuó asociándose significativamente con el desenlace (OR ajustado=6,65; IC95%: 1,69–26,18; p=0,007), indicando que los pacientes pediátricos acompañados por cuidadores con sintomatología depresiva presentaron aproximadamente seis veces mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos durante su estancia hospitalaria. Asimismo, el estado civil soltero(a) (OR ajustado=0,16; IC95%: 0,05–0,51; p=0,002) y conviviente (OR ajustado=0,23; IC95%: 0,07–0,75; p=0,014) mantuvieron un efecto protector significativo tras el ajuste multivariado. En conjunto, los hallazgos evidencian que los principales factores independientemente asociados a síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados fueron el ingreso a UCI, la intervención quirúrgica, los diagnósticos complejos y crónicos, así como la depresión del cuidador primario. En contraste, pertenecer al grupo etario de 10 a 11 años y determinadas características sociodemográficas del cuidador mostraron un comportamiento protector tras el ajuste multivariado.

5.2. Discusión

La sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados constituye un grave problema de salud pública a nivel mundial y una realidad escasamente estudiada en la región. Esta condición es potenciada por la vulnerabilidad psicológica que imponen el dolor, la enfermedad y el aislamiento propios del entorno clínico. Con el objetivo de mitigar esta brecha de conocimiento, la presente investigación se propuso determinar los factores asociados a dicho trastorno, para lo cual se evaluó a una muestra de 250 menores.

El presente estudio identificó que la prevalencia de sintomatología depresiva en los pacientes pediátricos es del 28%, siendo la sintomatología leve la más presente, estos hallazgos coinciden con lo reportado por Irigoyen Mamani quien encontró una prevalencia de sintomatología depresiva baja, de apenas 8,05% en población pediátrica hospitalizada^[29]. No obstante, nuestros resultados difieren considerablemente de los obtenidos por Rodríguez Chalco quien evidenció un predominio de niños con síntomas depresivos, alcanzando una prevalencia de 57,5%^[26]. De manera similar, Aranda Paniara reportó una elevada frecuencia de sintomatología depresiva (60%), pero al igual que nosotros el predominio en la mayoría de los casos fue la sintomatología depresiva leve^[27]. A pesar de que las investigaciones compartieron similitudes metodológicas relevantes, como el desarrollo en un contexto hospitalario y la utilización del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs, las variaciones encontradas en las prevalencias podrían estar relacionadas con múltiples factores, entre ellos el tamaño de muestra, las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes evaluados, así como las diferencias entre los servicios hospitalarios incluidos en cada investigación.

Al valorar los factores sociodemográficos de los pacientes pediátricos hospitalizados del presente estudio, observamos la predominancia del sexo masculino con un 64% , llegando a ser casi el doble que la población femenina , algo que también se observa en estudios como los de Irigoyen Mamani ^[29]y Rodríguez Chalco^[26], lo cual contrasta con el estudio de Aranda Paniara dónde se ve una ligera predominancia del sexo femenino , siendo el 53,3%

[27]; en los estudios internacionales se mantiene la misma tendencia que en el nuestro con un predominio de varones, tal como lo muestran González Mosquera y Rosales Carvajal con un 54,7% [22] , y Díaz Gómez con un 57,47%, lo cual está respaldado con literatura que habla sobre algunos factores predisponentes a desarrollar algunas patologías en especial en la edad pediátrica, dónde el sexo masculino se ve más afectado^[18]. En cuanto a la procedencia geográfica, encontramos una clara predominancia de pacientes de la zona urbana con un 78,4%. Cabe señalar que, en las tesis y estudios epidemiológicos nacionales, es poco común ver la procedencia dividida estrictamente como urbana o rural, ya que en el Perú se suelen emplear otras clasificaciones como el departamento de origen. A pesar de esta limitación local, al contrastar nuestros datos con la literatura internacional vemos un comportamiento parecido; el estudio publicado en JAMA Network Open también muestra que la mayoría de los ingresos pediátricos corresponden a residentes urbanos (92,1%) en comparación con un bajo porcentaje de residentes rurales (7,9%)^[48]. En cuanto a la edad de los pacientes estudiados, predominó el grupo de 8 a 9 años, que representó el 38% de la muestra. Este hallazgo coincide parcialmente con lo reportado por Irigoyen Mamani, quien encontró una mayor concentración de pacientes entre los 7 y 10 años (60,92%) ^[29] ; Asimismo, guarda similitud con los resultados de Rodríguez Challco, quien identificó una mayoría de pacientes entre los 11 y 12 años (30%) y señaló que el 80% de los hospitalizados en pediatría eran menores de 12 años ^[26] . Por otro lado, Aranda Paniora reportó una edad promedio de 12,5 años, ligeramente superior a la observada en nuestra población ^[27]. Estas diferencias en la distribución etaria podrían estar relacionadas con las características propias de la población estudiada, el perfil epidemiológico de las enfermedades atendidas, el nivel de complejidad de los establecimientos de salud y los criterios de inclusión empleados en cada investigación.

Al evaluar el perfil sociodemográfico de los cuidadores primarios, se determinó que la responsabilidad del acompañamiento intrahospitalario recayó predominantemente en figuras maternas (69,2%), concentradas en el rango etario de 30 a 40 años, con un estado civil de convivencia o matrimonio formal,

y un nivel educativo correspondiente a la instrucción secundaria o superior. Esta caracterización global se valida consistentemente con el antecedente nacional de Aranda, realizado en el Instituto Nacional de Salud del Niño (Lima), quien analizó de forma conjunta estas variables sociodemográficas reportando resultados numéricos homólogos: el rol de cuidador principal fue asumido mayoritariamente por las madres, representando el 95,8% (n = 230) de un total de 248, una mediana de edad de 38,5 años y con un grado de instrucción donde predominó la secundaria completa alcanzando el 73% (n = 176)^[27] Asimismo, Macedo-Poma y Marquina , realizado en la sierra central peruana (Huancayo), donde se identificó que el 100% de quienes brindaban soporte intrahospitalario continuo estaba constituido exclusivamente por madres donde de las 122 evaluadas, el 71,3% (n = 87) eran menores de 30 años (mediana: 25 años), el 68,0% (n = 83) eran convivientes o casadas, el 52,5% (n = 64) contaba con educación superior técnica o universitaria, y el 94,3% (n = 115) procedía de provincias ^[49]. Por otra parte, al analizar la literatura internacional, nuestros hallazgos contrastan con el estudio de González y Rosales, realizado en el Hospital San Francisco de Quito (Ecuador). En dicho estudio, el 52,1% de los cuidadores primarios contaba con instrucción primaria incompleta. Respecto a la distribución del cuidador primario, de los 86 pacientes evaluados, los abuelos asumieron la responsabilidad en el 27,9% (n = 24) de los casos, seguidos por las madres con un 25,6% (n = 22) y los tíos con un 22,1% (n = 19). Además, se evidenció que la fragmentación familiar incrementaba la vulnerabilidad infantil; de hecho, los menores a cargo de familiares alternos por abandono o soltería materna registraron una afectación del 66,7%. ^[22]

Al evaluar la salud mental a través de la escala de Goldberg, se evidenció que los desórdenes psicológicos afectaron a la gran mayoría de los cuidadores primarios de pacientes pediátricos hospitalizados. Al analizar las variables de forma independiente, la sintomatología ansiosa se posicionó como la condición predominante al registrar una tasa muy elevada del 92,4%, mientras que la sintomatología depresiva se manifestó en el 67,6% de la población estudiada (n=250). Estos hallazgos guardan una estrecha correlación con el estudio de Aranda, realizado en el Instituto Nacional de Salud del Niño en

Lima (n=240), donde se reportó que 210 (87,5%) de los cuidadores primarios cursaban con sintomatología ansioso-depresiva; cabe destacar que Aranda desglosó sus resultados en sintomatología ansiosa aislada (17%), depresiva aislada (13,5%) y una concomitancia ansioso-depresiva (57%)^[27]. Asimismo, existe similitud con el estudio de Cordano y Bustamante, donde, de un total de 204 participantes, 147 (72,06%) cursaron con síntomas depresivos y 150 (73,53%) con síntomas ansiosos. Ambas investigaciones respaldan fuertemente la alta vulnerabilidad emocional de esta población y la marcada prevalencia de las manifestaciones ansiosas sobre las depresivas en el contexto del cuidado pediátrico hospitalario ^[25].

Respecto a la categoría clínica diagnóstica del paciente pediátrico, el presente estudio identificó que actúa como un factor altamente asociado a la presencia de síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados ($p < 0,001$). Mientras que los grupos quirúrgico y no quirúrgico se mantuvieron mayoritariamente libres de síntomas (82,50% y 81,51%, respectivamente), los pacientes con diagnósticos complejos y crónicos presentaron una notable vulnerabilidad a la sintomatología depresiva leve, afectando al 47,37% y 58,33% de los casos en cada categoría. Existe un marcado infradiagnóstico de la depresión en pacientes hospitalizados debido a que sus síntomas (como astenia, insomnio y pérdida de peso) se superponen con las manifestaciones de la propia enfermedad orgánica, dificultando trazar la línea entre una reacción de duelo "esperable" por la pérdida de la salud y un cuadro patológico. Esta relación es bidireccional: por un lado, la enfermedad física desencadena depresión a través de mecanismos psicopatológicos o alteraciones biológicas directas; por el otro, los cambios fisiopatológicos provocados por la depresión actúan a la inversa, complicando el pronóstico, retrasando la recuperación o facilitando la aparición de nuevas patologías orgánicas ^[50]. En este contexto médico tan complejo, la experiencia del internamiento hospitalario se consolida como un estresor universal. Como señalan Demetriou en su revisión sistemática, el proceso de adaptación al hospital suele asociarse de forma generalizada con angustia, ansiedad y depresión; en su análisis cualitativo, la nostalgia por el hogar emergió espontáneamente como la principal preocupación infantil, la cual, de persistir

en el tiempo, actúa como el detonante directo de los síntomas depresivos ^[51]. Ahora bien, al analizar la distribución de esta afección según la modalidad de hospitalización, González Mosquera y Rosales Carvajal encontraron que del total de niños ingresados por causas clínicas (no quirúrgicas), el 65,1% presentó depresión, frente a un 34,9% en el grupo quirúrgico ^[22]. Mediante un análisis de Chi-cuadrado ($p = 0,031$) y un OR = 2,89, las autoras demostraron que el riesgo de depresión es casi tres veces mayor en los ingresos clínicos. Esta marcada diferencia según el tipo de patología coincide con lo descrito a nivel nacional por Aranda Paniora quien evidenció que, mientras los pacientes sin depresión presentaban cuadros agudos comunes (como neumonías), aquellos con depresión severa padecían predominantemente enfermedades de evolución crónica (como asma o patologías reumatológicas y hematológicas)^[27]. Precisamente, cuando el escenario hospitalario se traslada a pacientes con enfermedades crónicas y complejas, el impacto psicológico negativo es acumulativo debido a los múltiples reingresos. En apoyo a esto, Wangke demostró un impacto estadístico contundente al confirmar que la cronicidad eleva a más del doble el riesgo de padecer depresión (OR = 2,57; P = 0,03), vinculando esta vulnerabilidad a las limitaciones funcionales, el dolor crónico y los desafíos evolutivos que obligan al niño a modificar su estilo de vida^[52]. De manera similar, Daughtrey identificó que el riesgo de nuevos diagnósticos de salud mental tras el alta no aumenta por el simple hecho de pisar un hospital, sino por la complejidad médica basal del paciente ^[53]. Sus hallazgos muestran que las probabilidades de desarrollar depresión o ansiedad se triplican en afecciones crónicas (OR = 2,91) y se quintuplican en condiciones crónicas complejas (OR = 5,16), elevándose aún más (hasta un 8%) en aquellos que sobrevivieron a instancias críticas en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Finalmente, es crucial analizar qué sucede específicamente con los pacientes del grupo quirúrgico, quienes en nuestra serie se mantuvieron mayoritariamente estables. A nivel internacional, Stanzel y Sierau explican a través de una revisión sistemática que, aunque la mayoría evoluciona favorablemente, existe un grupo pequeño pero significativo (entre el 6% y 8%) que desarrolla síntomas elevados de depresión o ansiedad postoperatoria, y hasta un 13% que manifiesta estrés postraumático^[54]. Por lo tanto, a pesar de que la prevalencia bruta pueda

parecer baja en los servicios de cirugía, no se debe bajar la guardia; tal como advierte West, aunque la depresión sea menos frecuente en los niños ingresados en el servicio de cirugía pediátrica, cuando esta sintomatología llega a presentarse, exhibe una correlación críticamente alta con la ideación suicida ^[55]. Esto último obliga a implementar protocolos de tamizaje oportuno en todos los pacientes, sin importar el motivo del ingreso.

El análisis del entorno familiar y la salud mental de los padres ofrece una perspectiva indispensable para comprender el bienestar del paciente pediátrico hospitalizado. En la presente investigación no se encontró asociación significativa entre la ansiedad del cuidador primario y la sintomatología depresiva del paciente pediátrico ($p = 0,335$). Sin embargo, sí se evidenció una asociación altamente significativa entre la depresión del cuidador y los síntomas depresivos del paciente hospitalizado ($p < 0,001$), observándose mayor frecuencia de depresión en pacientes cuyos cuidadores presentaban síntomas depresivos. Estos hallazgos demuestran que la depresión del cuidador actúa como un factor fuertemente asociado a la depresión del niño hospitalizado, confirmando que la salud mental de los hijos está estrechamente vinculada, aunque no determinada de forma absoluta, por la de sus padres^[56]. Ante la escasez de estudios locales que asocien directamente estas dos variables en el entorno hospitalario pediátrico, resulta necesario contrastar nuestros datos con el plano internacional y de la población general para evaluar si existe una transferencia real del estado de ánimo alterado del cuidador hacia las afecciones psicológicas del hijo. Al respecto; en el estudio de Agudelo Hernández, utilizando el inventario CBCL, demostró que las medianas de los percentiles de síndromes internalizantes (11,1%), conducta agresiva (9,4%) y aislamiento (9,3%) en niños y adolescentes aumentan de forma estadísticamente significativa cuando existe un antecedente afirmativo de enfermedad mental en los padres ^[57]. De manera similar, en el contexto quirúrgico y de urgencias, Kain construye un modelo de regresión múltiple ($P = 0,007$) que reveló que los hijos de padres ansiosos, con bajas calificaciones de adaptabilidad y antecedentes de encuentros médicos de mala calidad, manifiestan niveles significativamente mayores de ansiedad en el periodo preoperatorio, confirmando la vulnerabilidad

psicológica compartida en el binomio cuidador-paciente ^[58]. Demetriou identifica en su revisión sistemática que el escaso apoyo familiar y la presencia de depresión o ansiedad en los padres se asocian con una peor adaptación del niño al entorno hospitalario^[51] . Las relaciones afectivas inseguras o alteradas por la depresión paterna contribuyen a una regulación emocional deficiente y a estrategias de afrontamiento negativas, reduciendo la capacidad del menor para tolerar el estrés del internamiento. Asimismo, Ehwerhemuepha mientras que en el niño el sufrimiento emocional se vincula a la cronicidad y la falta de material lúdico, en el cuidador se ve afectado ante fallas de comunicación y la incertidumbre del egreso, demostrando que el estado emocional de ambos actores es interdependiente y condiciona la experiencia hospitalaria global ^[59]. Por ello, tomar en cuenta el entorno familiar y la salud de cada uno de los padres permite tener una vista más amplia al momento de prevenir e intervenir en casos de depresión, abordando a la persona afectada y su entorno más cercano de manera integral. Finalmente, es crucial analizar la variabilidad en la prevalencia de estos síntomas según las características de la población estudiada. En nuestro trabajo se evidenció una marcada presencia de ansiedad en los cuidadores, un fenómeno que coincide con lo reportado por Vericat , quien halló que el 86,6% de los cuidadores presentaba valores compatibles con ansiedad y un 76,2% con depresión^[60]. Sin embargo, Aranda describió una distribución diferente, donde el 87,5% de los cuidadores tenía alguna alteración, pero con un claro predominio de la coocurrencia de ambos trastornos (57%), frente a un 13,5% de ansiedad aislada y un 17% de depresión^[61] . Esta fluctuación de datos puede explicarse por las características individuales de la población estudiada. En nuestro trabajo, la alta visibilidad de la ansiedad en los cuidadores podría estar ligada a la naturaleza del sentimiento inherente de preocupación de los cuidadores hacia los pacientes hospitalizados; como bien señalan Küçük Alemdar y Yılmaz, las madres de niños hospitalizados por causas agudas, pese a no haber tenido complicaciones experimentan niveles críticamente elevados de ansiedad, registrando una puntuación de 142,3 +/- 45,10 en la escala PARS (donde un valor de 171 representa el límite máximo de angustia) ^[62]. Ello sugiere que, mientras la ansiedad del cuidador emerge como una respuesta inmediata, visible y reactiva al estrés del internamiento,

la sintomatología depresiva del adulto es la que ejerce un impacto profundo, crónico y estructural en el desarrollo de los síntomas depresivos del niño hospitalizado.

Con respecto a las características sociodemográficas y su asociación con la sintomatología depresiva en los pacientes pediátricos, la prueba de Chi-cuadrado confirmó que no existe una asociación estadísticamente significativa (sexo: $p = 0,23$; procedencia: $p = 0,08$; edad: $p = 0,06$). Aunque no se alcanzó significancia estadística, los resultados sugieren una posible tendencia que debería evaluarse en estudios con mayor tamaño muestral. Las pacientes de sexo femenino presentaron una mayor carga de afectación global, destacando una frecuencia de síntomas leves que duplica la proporción de los varones (27,78% frente a 16,88%), aunque los niveles moderados y severos se mantuvieron bajos en ambos grupos. Este predominio de sintomatología en el sexo femenino concuerda con lo reportado por Irigoyen Mamani, quien también halló una mayor proporción de síntomas depresivos en mujeres (10%) en comparación con el sexo masculino (6,38%) [29]. Es importante destacar que, al igual que en la presente investigación, estas diferencias de género no alcanzaron significancia estadística ($p > 0,05$), lo que sugiere que si bien existe una tendencia hacia una mayor vulnerabilidad emocional en las niñas durante el internamiento, esta no puede generalizarse de forma absoluta a nivel poblacional sin considerar otras variables intervinientes. Por el contrario, los resultados de este estudio difieren de lo señalado por Díaz Gómez cuya población de estudio reveló un claro predominio del género masculino con un 57,47%^[18] y Rodríguez Challco también identificó una mayor proporción de síntomas depresivos en el sexo masculino (72,7%) y cabe precisar que tampoco fue estadísticamente significativas ($p=0,31$)^[26], esta falta de significancia estadística debilita la posibilidad de establecer un patrón de género definitivo en poblaciones hospitalarias reducidas. Al evaluar estas contradicciones, el factor metodológico determinante es el tamaño muestral: la población de este estudio fue significativamente mayor que la de los tres trabajos de contraste, cuyas muestras reducidas presentan una alta susceptibilidad a sesgos de selección y fluctuaciones estadísticas.

Aunque la mayoría de la muestra proviene de áreas urbanas, los pacientes de procedencia rural evidenciaron una mayor severidad clínica, triplicando la tasa de síntomas moderados y duplicando la de síntomas severos en comparación con los residentes urbanos. Este contraste es difícil de homologar localmente, ya que la literatura epidemiológica peruana suele priorizar divisiones por departamento o red de salud en lugar de la dicotomía urbano/rural. No obstante, la vulnerabilidad del paciente rural se alinea con lo reportado por Zhijing ^[63]. Si bien sus hallazgos muestran estructuras de salud mental idénticas entre ambos entornos, los adolescentes rurales presentan una conectividad global significativamente mayor ($p = 0,04$) en componentes de ansiedad vinculados a la depresión. Esto demuestra que la ansiedad prospectiva y la incertidumbre tienen un mayor potencial para activar y sostener estados depresivos en el contexto rural, lo que explicaría la mayor severidad clínica hallada en este grupo durante la hospitalización.

Respecto a la edad, se observa que la sintomatología se incrementa de forma lineal a medida que los años avanzan. Los adolescentes de 12 a 14 años fueron el grupo más vulnerable, concentrando los mayores porcentajes de síntomas leves (26,39%), moderados (9,72%) y severos (4,17%), en claro contraste con los niños de 10 a 11 años, quienes se mantuvieron mayoritariamente asintomáticos (79,52%). Esta tendencia proporcional al desarrollo cronológico coincide parcialmente con Irigoyen Mamani ^[29] quien reportó un aumento progresivo de los síntomas depresivos desde los 7 hasta los 12 años (alcanzando el 13,33%), aunque difiere al no registrar casos entre los 13 y 14 años. Por el contrario, los hallazgos se oponen a lo descrito por Rodríguez Chalco, quien identificó una distribución homogénea en menores de 12 años y una tendencia a la disminución de la depresión a mayor edad ^[26]. Cabe precisar que, a diferencia del marcado patrón lineal de este estudio, las variaciones por edad en ambas investigaciones de contraste no resultaron estadísticamente significativas ($p > 0,05$), reflejándose en edades promedio similares entre pacientes con y sin sintomatología (9,57 frente a 10,31 años en el primer estudio, y 10,40 frente a 10,48 años en el segundo).

El análisis de las características sociodemográficas del cuidador primario reveló una prevalencia transversalmente elevada de sintomatología ansiosa y

depresiva, la cual alcanzó un pico crítico del 100% en los subgrupos de mayor vulnerabilidad (analfabetismo/instrucción primaria, rol de abuelo, y estado civil divorciado o viudo). Si bien la prueba Chi-cuadrado no reportó asociación estadísticamente significativa entre la mayoría de las variables sociodemográficas y la ansiedad ($p > 0,05$) o la depresión ($p > 0,05$), el hallazgo estadístico y metodológico más relevante en el presente estudio, radica en que los síntomas depresivos del cuidador primario sí están significativamente asociados con la edad ($p = 0,011$) y el nivel educativo ($p < 0,001$). En cuanto al nivel instructivo, se evidenció una relación inversamente proporcional: la sintomatología depresiva disminuyó drásticamente conforme aumentó la escolaridad, afectando a menos de la mitad (48,45%) de los cuidadores con instrucción superior. Esta tendencia guarda una estrecha convergencia con lo reportado por Aranda Paniora, quien demostró que la totalidad de los cuidadores con educación primaria manifestaban indicadores sugerentes de ansiedad y/o depresión, mientras que el estado asintomático se concentró en los niveles secundario y superior [27]. Respecto a la edad, en este estudio la depresión empeoró notablemente en los dos extremos: afectó al 73,91% de los cuidadores menores de 30 años y al 84% de los mayores de 40 años. Este comportamiento coincide con lo planteado por Rossignoli quien señala la importancia de analizar la edad debido a cómo cambia la gravedad de los síntomas con el tiempo [64]. En su investigación, los cuidadores de 20 a 35 años presentaron síntomas leves, pero con mayor tendencia a la depresión (14,7%) que a la ansiedad (10,9%). En cambio, en el grupo de 35 a 50 años la situación cambió: la depresión se mantuvo leve (20,5%), pero la ansiedad aumentó a niveles moderados (28,5%) [64].

El análisis de los factores asociados a los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados evidencia una interacción compleja entre las condiciones clínicas del menor y la agresividad procedimental del entorno hospitalario. En ese contexto, la realización de una intervención quirúrgica no mostró asociación estadísticamente significativa con la presencia de síntomas depresivos ($p=0,259$ $p = 0,259$ $p=0,259$). Este hallazgo coincide con González y Rosales, quienes mediante la aplicación del *Children's Depression Inventory* (CDI) en 86 niños hospitalizados reportaron que los pacientes ingresados por

causas quirúrgicas presentaron menor frecuencia de depresión (34,9 %) en comparación con aquellos hospitalizados por causas clínicas (65,1 %), concluyendo que los procedimientos quirúrgicos agudos no representaban un factor predictor independiente de afectación emocional^[22].

Del mismo modo, Inzunza, en un seguimiento longitudinal realizado en 51 pacientes pediátricos hospitalizados en servicios de alta especialidad, incluyendo neurocirugía y cirugía cardiovascular, informó que ninguno de los menores evaluados semanalmente mediante el “Mood and Feelings Questionnaire” (MFQ) desarrolló nuevos síntomas depresivos durante el internamiento^[17].

Sin embargo, estos resultados contrastan con Irigoyen, quien encontró que los pacientes hospitalizados por patologías digestivas principalmente apendicitis aguda presentaron la mayor prevalencia de síntomas depresivos (16,28 %) ^[29].

Asimismo, Rodríguez, mediante la escala de Kovacs (CDI), reportó depresión en el 57,5 % de los niños hospitalizados y evidenció una prevalencia del 100 % en pacientes con patologías osteomusculares y de piel, condiciones frecuentemente relacionadas con procedimientos quirúrgicos y traumatológicos dolorosos^[26].

El uso de antibióticos por vía endovenosa mostró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de síntomas depresivos ($p=0,027$ $p = 0,027$ $p=0,027$), evidenciándose que el 32,14 % de los pacientes sometidos a esta terapéutica invasiva desarrolló síntomas depresivos. Este resultado coincide con Barker, quien, mediante análisis multivariado en una cohorte de 5 527 niños y adolescentes con enfermedades complejas, identificó una prevalencia significativamente elevada de trastornos ansioso-depresivos en pacientes sometidos a regímenes clínicos rigurosos y tratamientos invasivos continuos ^[19].

No obstante, estos hallazgos contrastan con Inzunza, quien reportó que el 100 % de los pacientes evaluados mediante las escalas MFQ-Self y MFQ-Parent obtuvo resultados negativos para el desarrollo de nuevos síntomas depresivos, incluso bajo terapéuticas intrahospitalarias complejas,

concluyendo que la intervención biomédica protocolizada y el alta temprana podrían disminuir el impacto emocional hospitalario^[17].

La presencia de complicaciones intrahospitalarias constituyó una variable altamente significativa asociada a síntomas depresivos ($p < 0,001$ $p < 0,001$ $p < 0,001$), observándose que el 76,92 % de los pacientes que desarrollaron eventos adversos manifestó depresión intrahospitalaria, distribuida en 53,85 % leve, 11,54 % moderada y 11,54 % severa. Estos resultados coinciden con Chávez, quien demostró que las alteraciones inesperadas en la evolución clínica desencadenan respuestas afectivas disruptivas inmediatas, predominando el miedo, la ansiedad, la frustración y el aislamiento emocional en pacientes pediátricos hospitalizados^[24].

El ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) también mostró una asociación altamente significativa con síntomas depresivos ($p < 0,001$ $p < 0,001$ $p < 0,001$), evidenciándose que el 76,92 % de los niños hospitalizados en áreas críticas presentó algún grado de depresión. Este resultado valida lo reportado por Ruiz, quien mediante la Escala de Estrés Percibido (PSS) aplicada a 64 padres de pacientes internados en UCIP encontró niveles altos de estrés en el 68,75 % de los familiares y demostró una relación estadísticamente significativa entre estrés y afrontamiento ($p = 0,001$ $p = 0,001$ $p = 0,001$)^[23].

Asimismo, Chávez señaló que las áreas críticas y de alta complejidad alteran directamente la estabilidad emocional del menor, favoreciendo respuestas de aislamiento y labilidad afectiva ^[24].

Sin embargo, Aranda, pese a encontrar depresión en el 60 % de los pacientes pediátricos y depresión severa en el 12,5 %, no logró demostrar asociación significativa entre gravedad hospitalaria y síntomas depresivos^[27].

Poseer antecedente de enfermedad crónica mostró una asociación estadísticamente significativa con síntomas depresivos ($p < 0,001$ $p < 0,001$ $p < 0,001$), revelando que el 68,42 % de los niños con enfermedades crónicas cursó su hospitalización con depresión. Este hallazgo coincide con Condori, quien concluyó que la tristeza profunda, la anhedonia y el aislamiento se manifiestan con mayor severidad en pacientes con patologías crónicas de

larga evolución debido al desgaste emocional progresivo y la pérdida de mecanismos adaptativos^[28].

Asimismo, Barker identificó en su cohorte pediátrica una prevalencia significativamente superior de trastornos afectivos en menores con enfermedades complejas y limitantes para la vida^[19].

En contraste, Díaz, al evaluar 87 pacientes mediante la Escala de Birlleson (DSRS), no encontró asociación significativa entre cronicidad y depresión, identificando únicamente 6 pacientes con riesgo depresivo y concluyendo que variables personales y contextuales influían más intensamente sobre la salud mental del menor^[18].

El reingreso hospitalario se consolidó como una de las variables clínicas más importantes asociadas a depresión ($p < 0,001$ $p < 0,001$ $p < 0,001$), observándose que el 100 % de los pacientes reingresados presentó síntomas depresivos, distribuidos en 75,0 % leves y 25,0 % severos. Estos resultados respaldan lo descrito por Barker (2021), quien reportó que la exposición repetitiva a hospitalizaciones incrementa significativamente la incidencia de trastornos afectivos en población pediátrica compleja^[19].

No obstante, Urrea encontró una relación estadísticamente inversa entre número de hospitalizaciones y carga emocional ($p = 0,032$ $p = 0,032$ $p = 0,032$), sugiriendo que los cuidadores y pacientes con menor experiencia hospitalaria presentaban mayor estrés debido a la falta de habituación institucional^[20].

La carga procedimental presentó la asociación estadística más sólida frente al desajuste afectivo infantil ($p < 0,001$ $p < 0,001$ $p < 0,001$), evidenciándose que el 76,47 % de los pacientes sometidos a procedimientos invasivos frecuentes desarrolló síntomas depresivos, incluyendo 8,82 % de depresión severa. Este resultado coincide con Barker, quien identificó mayor vulnerabilidad emocional en pacientes expuestos a intervenciones médicas rigurosas y dolorosas^[19].

Sin embargo, Aguinaga reportó que el impacto emocional de los tratamientos intensivos afectaba principalmente a madres y cuidadores primarios, más que al paciente pediátrico, atribuyendo esta diferencia al soporte psicoterapéutico institucional^[30].

Finalmente, la estancia hospitalaria prolongada mostró una asociación altamente significativa con síntomas depresivos ($p < 0,001$), encontrándose depresión en el 63,79 % de los pacientes con internamientos ≥ 7 días, frente al 17,19 % en estancias cortas. Estos resultados coinciden con González y Rosales (2015), quienes encontraron mayor índice de depresión en pacientes hospitalizados más de 5 días (60,3 %) frente a aquellos con estancias menores (39,7 %)^[22].

Asimismo, Rodríguez reportó que el 100 % de los niños con hospitalización superior a 15 días presentó cuadros depresivos^[26].

De igual manera, Irigoyen evidenció un incremento progresivo de síntomas depresivos conforme aumentaba la estancia hospitalaria: 5,41 % entre 1-5 días, 7,32 % entre 6-10 días, 20 % entre 11-15 días y 25 % en hospitalizaciones mayores a 15 días^[29].

No obstante, Díaz contradice estos hallazgos al no encontrar diferencias estadísticamente significativas entre estancia corta y prolongada, ya que de los 6 pacientes con riesgo depresivo identificados mediante la Escala de Birleson, solo uno pertenecía al grupo de estancia prolongada^[18].

El análisis multivariado permitió identificar las variables que conservaron una asociación independiente con la presencia de síntomas depresivos tras el control de posibles factores de confusión. Los resultados mostraron que el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, la intervención quirúrgica, los predictor independiente diagnósticos complejos y crónicos, y la sintomatología depresiva del cuidador primario constituyeron los principales factores asociados al desenlace. Por otro lado, el grupo etario de 10 a 11 años presentó una menor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos. En conjunto, estos hallazgos sugieren que la gravedad y complejidad del proceso de hospitalización, así como el contexto emocional del cuidador, son elementos determinantes en la salud mental de los pacientes pediátricos hospitalizados.

Es así que pertenecer al grupo etario de 10 a 11 años emergió como un factor protector independiente estadísticamente significativo frente al desarrollo de síntomas depresivos, registrando un (ORa = 0,20) ((IC95 %: 0,07-0,59); ($p =$

0,004)) en comparación con el grupo basal de 8 a 9 años, comportamiento predictivo que valida los hallazgos multivariados de Díaz (2021), quien mediante un modelo de regresión logística determinó que el incremento de la edad cronológica opera como un modulador de riesgo inverso debido a mejores estrategias adaptativas estructuradas^[18].

Por su parte, el ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se consolidó como una potente asociación independiente, multiplicando por seis la probabilidad de manifestar síntomas depresivos ((ORa = 6,03); (IC95 %: 1,08-23,94); (p = 0,042)). Este comportamiento coincide con Ruiz (2026), quien mediante la Escala de Estrés Percibido (PSS) aplicada a 64 padres de pacientes internados en UCIP demostró una relación estadísticamente significativa entre hospitalización crítica y estrés familiar ((p = 0,001)), evidenciando que la UCI posee una carga ambiental y emocional capaz de inducir desajuste afectivo incluso tras ajustar la gravedad clínica^[23].

Asimismo, ocurrió un efecto revelador con la intervención quirúrgica, la cual carecía de significancia en el análisis bivariado, pero en el modelo multivariado emergió como predictor significativo, incrementando casi siete veces la probabilidad de depresión ((ORa = 6,73); (IC95 %: 1,08-42,84); (p = 0,043)). Este resultado contradice las conclusiones de González y Rosales, quienes mediante análisis no ajustados habían planteado que los procedimientos quirúrgicos se asociaban a menor frecuencia de síntomas depresivos (34,9 %) frente a hospitalizaciones clínicas (65,1 %), sugiriendo que el ajuste multivariado permitió evidenciar el impacto independiente del dolor posoperatorio y del trauma tisular como estresores emocionales encubiertos^[22].

La categoría diagnóstica aportó la asociación predictiva más elevada de toda la investigación, evidenciándose que el riesgo de síntomas depresivos aumentó significativamente en pacientes con diagnósticos complejos ((ORa = 8,62); (IC95 %: 2,25-33,10); (p = 0,002)) y alcanzó un comportamiento crítico en los pacientes con enfermedades crónicas ((ORa = 9,37); (IC95 %: 8,24-10,67); (p < 0,001)). Este resultado valida los hallazgos de Barker, quien tras aplicar modelos multivariados en una cohorte de 5 527 menores con enfermedades complejas para la vida concluyó que la carga de trastornos

afectivos se encuentra determinada de manera independiente por la severidad y progresión de la patología orgánica de base^[19].

Respecto al entorno socioafectivo, la presencia de depresión en el cuidador primario multiplicó casi siete veces la probabilidad de que el menor desarrollara síntomas depresivos ((ORa = 6,85); (IC95 %: 1,66-28,18); (p = 0,007)). Este comportamiento coincide indirectamente con Aguinaga, quien identificó elevada prevalencia de ansiedad y riesgo depresivo en cuidadores principales de pacientes hospitalizados, concluyendo que el deterioro emocional del cuidador fractura el principal núcleo de soporte afectivo del menor durante el internamiento^[30].

Finalmente, el modelo mostró un comportamiento particular respecto al soporte sociofamiliar, donde tener un cuidador primario soltero ((ORa = 0,18); (IC95 %: 0,05-0,61); (p = 0,002)) o conviviente ((ORa = 0,23); (IC95 %: 0,07-0,75); (p = 0,014)) se comportó como factor protector frente a los cuidadores casados. Este hallazgo contradice parcialmente los modelos tradicionales de soporte familiar descritos por González y Rosales, sugiriendo que, en contextos socioculturales como el de Ayacucho, una posible explicación podría ser que las madres solteras o convivientes podrían activar con mayor frecuencia redes familiares extendidas como abuelos, tíos u otros cuidadores secundarios desarrollando mecanismos adaptativos y de resiliencia que reducen el impacto emocional del internamiento pediátrico^[22].

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

1. Se determinó que el 28% de los pacientes pediátricos hospitalizados presentó sintomatología depresiva, predominando los casos leves (20,8%), seguidos de los moderados (5,2%) y severos (2,0%), evidenciando que los síntomas depresivos constituyen una problemática relevante dentro del contexto de hospitalización pediátrica.
2. Respecto a las características clínicas y de hospitalización, se encontró asociación significativa entre la sintomatología depresiva y la estancia hospitalaria prolongada, el reingreso hospitalario, la alta carga procedimental y la presencia de enfermedades crónicas o complejas. Sin embargo, tras el análisis multivariado, el ingreso a UCI, la intervención quirúrgica, los diagnósticos complejos y crónicos, y la depresión del cuidador primario se asociaron independientemente con la presencia de síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados. Por el contrario, pertenecer al grupo etario de 10 a 11 años y algunas características sociodemográficas del cuidador mostraron un efecto protector
3. Las características sociodemográficas del paciente pediátrico, incluyendo sexo, edad y procedencia, no mostraron asociación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva, por lo que no fueron identificadas como factores asociados en la población estudiada.
4. En relación con las variables psicológicas del cuidador primario, la sintomatología depresiva presentó asociación significativa con los síntomas depresivos del paciente pediátrico tanto en el análisis bivariado como en el multivariado, constituyéndose como un factor asociado independiente. Por el contrario, la sintomatología ansiosa del cuidador no mostró asociación estadísticamente significativa.
5. Las características sociodemográficas del cuidador primario no mostraron asociación estadísticamente significativa con la sintomatología depresiva de los pacientes pediátricos hospitalizados.

Sin embargo, la edad y el nivel educativo del cuidador se asociaron significativamente con la presencia de sintomatología depresiva en el propio cuidador, lo que sugiere que determinados perfiles sociodemográficos podrían influir en su estado emocional durante el proceso de hospitalización del menor. Los hallazgos demuestran que la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados tiene una naturaleza multifactorial, influenciada principalmente por factores relacionados con la experiencia de hospitalización, la complejidad clínica y el estado emocional del cuidador primario.

6. La identificación de factores clínicos y psicológicos asociados resalta la necesidad de incorporar estrategias de evaluación y atención integral de la salud mental en los servicios de hospitalización pediátrica, dirigidas tanto al paciente como a su entorno familiar.

6.2 Recomendaciones

Al Servicio de Pediatría del Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, implementar estrategias de tamizaje rutinario para la detección temprana de sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados, especialmente en aquellos con estancia hospitalaria prolongada, diagnósticos complejos o múltiples procedimientos médicos.

A los profesionales de salud, fortalecer el abordaje integral biopsicosocial durante la hospitalización pediátrica, incorporando evaluación emocional continua y acompañamiento psicológico tanto para el paciente como para el cuidador primario.

A los servicios de Psicología y Psiquiatría, desarrollar programas de intervención emocional dirigidos a pacientes pediátricos hospitalizados y sus familias, priorizando aquellos casos con presencia de sintomatología depresiva en el cuidador primario.

A las autoridades sanitarias y hospitalarias, promover políticas institucionales orientadas a la humanización de la hospitalización pediátrica, favoreciendo ambientes hospitalarios emocionalmente seguros, acompañamiento familiar continuo y actividades recreativas adaptadas a la edad del paciente.

A los padres de familia, cuidadores primarios e instituciones académicas y centros de formación en salud, fomentar un entorno emocional de apoyo y comunicación durante el proceso de hospitalización, buscar atención profesional oportuna ante la presencia de síntomas depresivos o ansiosos y fortalecer la capacitación del personal sanitario en salud mental infantil y detección temprana de alteraciones emocionales en niños hospitalizados.

A futuras investigaciones, realizar estudios longitudinales y multicéntricos que permitan evaluar la evolución de la sintomatología depresiva pediátrica posterior al alta hospitalaria, así como el impacto de intervenciones psicológicas tempranas sobre la salud mental infantil y familiar.

REFERENCIAS

1. Flores JMM. Sintomatología depresiva en niños de 8 a 11 años de la Institución Educativa Mariano Lino Urquieta Moquegua, 2023. Rev Cienc Tecnol - Para El Desarro - UJCM [Internet]. 2024 [citado 25 de abril de 2026];10(20):118-29. doi:10.37260/rctd.v10i20.9
2. Oteíza-Collante M, Méndez I, Santamarina-Pérez P, Romero S, Oteíza-Collante M, Méndez I, et al. Los trastornos depresivos de la infancia y la adolescencia. Principales signos de alerta. Orientación para el tratamiento. Pediatría Aten Primaria [Internet]. 2023 [citado 26 de abril de 2026];25(97):83-93. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322023000100017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Ezpeleta L. Instrumentos de evaluación en epidemiología de la depresión infantil [http://purl.org/dc/dcmitype/Text]. Universitat Autònoma de Barcelona; 1987 [citado 9 de enero de 2026]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=137132>
4. Duarte Buitrón TM. Depresión En La Infancia Y Adolescencia. Xihmai [Internet]. 2009 [citado 9 de enero de 2026];4(8):12. doi:<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4953805>
5. Castillo JES, Farfán SG, Valladolid MN, Gómez FV, Retamozo LM, Hoyos YN, et al. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana 2003: Publicado: 3 de enero de 2004. An Salud Ment [Internet]. 2003 [citado 9 de enero de 2026];19(1 y 2): páginas: 1-218. Disponible en: <https://openjournal.insm.gob.pe/revistas/m/asm>
6. Sinning O. M, Miranda C. M, Contreras S. A. Trastornos del movimiento inducidos por Trazodone y Veralipride: casos clínicos. Rev Chil Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2005 [citado 9 de enero de 2026];43(2):133-6. doi:10.4067/S0717-92272005000200006
7. Nishihori T, Aoki M, Jiang Y, Nagasaki S, Furuta Y, Ito Y. Effects of aging on lateral stability in quiet stance. Aging Clin Exp Res. 2012;24(2):162-70. doi:10.3275/7626
8. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi - INSMHDHN [Internet]. 2026 [citado 9 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/insm>
9. Russell BS, Hutchison M, Tambling R, Tomkunas AJ, Horton AL. Initial Challenges of Caregiving During COVID-19: Caregiver Burden, Mental Health, and the Parent-Child Relationship. Child Psychiatry Hum Dev [Internet]. 2020 [citado 25 de abril de 2026];51(5):671-82. doi:10.1007/s10578-020-01037-x
10. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. Lancet Lond Engl [Internet]. 2012 [citado 9 de enero de 2026];379(9820):1056-67. doi:10.1016/s0140-6736(11)60871-4
11. Carnevale FA, Canouï P, Hubert P, Farrell C, Leclerc F, Doussau A, et al. The moral experience of parents regarding life-support decisions for their critically-ill children: a preliminary study in France. J Child Health Care [Internet]. 2006 [citado 9 de enero de 2026];10(1):69-82. doi:10.1177/1367493506060209

12. Pinquart M, Shen Y. Depressive Symptoms in Children and Adolescents with Chronic Physical Illness: An Updated Meta-Analysis. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2011 [citado 9 de enero de 2026];36(4):375-84. doi:10.1093/jpepsy/jsq104
13. Wegner S, Vann JJ, Liu G, Byrns P, Cypra C, Campbell W, et al. Direct cost analyses of palivizumab treatment in a cohort of at-risk children: evidence from the North Carolina Medicaid Program. *Pediatrics*. 2004;114(6):1612-9. doi:10.1542/peds.2004-0959
14. Informes y publicaciones - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. 2025 [citado 9 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones>
15. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development [Internet]. [citado 9 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.thelancet.com/commissions-do/global-mental-health>
16. Gariup M. Inflammation, autoimmunity and psychopathology: A study in children and adolescents with acute psychiatric disease and in offspring of women with systemic lupus erythematosus [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universitat de Barcelona; 2022 [citado 29 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=320344>
17. Inzunza Aragón A. Asociación entre el tiempo de estancia hospitalaria y desarrollo de síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en tercer nivel de atención. [citado 29 de mayo de 2026]; Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/items/a8fb5188-bc13-4759-9fc7-a753a54ede4d>
18. Díaz Gómez M, Diaz Gomez M 3163256. Síntomas depresivos en pacientes pediátricos con estancia hospitalaria prolongada: tamizaje e identificación de factores de riesgo. [citado 29 de mayo de 2026]; Disponible en: <https://repositorio.tec.mx/items/2a0a8998-0096-471c-b134-ddbda7b53334>
19. Barker MM, Beresford B, Fraser LK. Incidence of anxiety and depression in children and young people with life-limiting conditions. *Pediatr Res*. 2023;93(7):2081-90. doi:10.1038/s41390-022-02370-8
20. Venegas U, Antonio J. Factores que se asocian a la carga del cuidado en cuidadores primarios informales de Niños y Adolescentes con Necesidades Especiales de Atención en Salud (NANEAS). 2017 [citado 29 de mayo de 2026]; Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180987>
21. Ortiz Cuquejo L, Domínguez G, Avalos D, González A. Prevalence of depressive symptoms in hospitalized pediatric patients at a tertiary medical center. *Pediatría Asunción*. 2016;43:109-14. doi:10.18004/ped.2016.agosto.109-114
22. González Mosquera PE, Rosales Carvajal EK. Depresión en niños hospitalizados de 7-17 años y su relación con factores de riesgo en el Hospital San Francisco de Quito – IESS en el período noviembre 2014- febrero 2015. [citado 26 de mayo de 2026]; Disponible en: <https://repositorio.puce.edu.ec/items/ffaa2744-ded0-4428-9ccc-d587006ec919>

23. Ruiz Paiva C del P. Nivel de estrés y afrontamiento de los padres ante la hospitalización del paciente de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. 2026 [citado 29 de mayo de 2026]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14414/26297>
24. Chávez Quispe D. Evidencias del impacto emocional en niños menores de 15 años y sus cuidadores que acuden a un hospital pediátrico de Lima. Evidence of the emotional impact on children under 15 old and their caregivers who go to a pediatric hospital of Lima [Internet]. 2023 [citado 9 de enero de 2026]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/15431>
25. Cordano Lozano F, Bustamante Heinsohn D. Asociación entre disfuncionalidad familiar y el síndrome de sobrecarga del cuidador en cuidadores informales familiares de pacientes pediátricos con cáncer en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2018 - 2019. [citado 26 de mayo de 2026]; Disponible en: <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/entities/publication/5b10f044-19d4-58c6-b46a-c0142dfbd17e>
26. Rodriguez Challco BM. Factores asociados al estado depresivo en niños hospitalizados del Servicio de Pediatría del Hospital Honorio Delgado Espinoza de Arequipa. 2019. 2019 [citado 9 de enero de 2026]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/8203>
27. Aranda Paniora F. Depresión en pacientes pediátricos con estancia hospitalaria prolongada y en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2014. 2018 [citado 9 de enero de 2026]; Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/9d4f8686-ffdb-4aa1-852b-3624a931b58f>
28. Florez C, Pamela G. Síntomas Depresivos en Enfermedades Medicas Crónicas en Pacientes Hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Goyeneche Febrero 2018. [citado 29 de mayo de 2026]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/ee10c85b-4698-4a9b-a98e-d8701b729c55>
29. Irigoyen Mamani AG. Prevalencia y Factores Asociados a Síntomas Depresivos en Niños Hospitalizados en el Servicio de Pediatría del Hospital Goyeneche de Arequipa, 2017. 2017 [citado 9 de enero de 2026]; Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/6562>
30. Aquino R, Katherine R. Nivel de riesgo de depresión y ansiedad en padres de niños con leucemia hospitalizados en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el año 2017. Univ San Martín Porres - USMP [Internet]. 2019 [citado 29 de mayo de 2026]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/4428>
31. Bernaras E, Jaureguizar J, Garaigordobil M. Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front Psychol.* 2019;10:543. doi:10.3389/fpsyg.2019.00543
32. Patra S. Assessment and management of pediatric depression. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 26 de abril de 2026];61(3):300-6. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_446_18

33. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2013;90:24-31. doi:10.1016/j.socscimed.2013.04.026
34. Walther A, Eggenberger L, Debelak R, Kirschbaum C, Häberling I, Osuna E, et al. Major depressive disorder in children and adolescents is associated with reduced hair cortisol and anandamide (AEA): cross-sectional and longitudinal evidence from a large randomized clinical trial. *Transl Psychiatry.* 2025;15(1):183. doi:10.1038/s41398-025-03401-8
35. Trebatická J, Vatrál M, Katrenčíková B, Muchová J, Ďuračková Z. Current Insight into Biological Markers of Depressive Disorder in Children and Adolescents: A Narrative Review. *Antioxidants.* 2025;14(6):699. doi:10.3390/antiox14060699
36. Zwolińska W, Dmitrzak-Węglarz M, Słopeń A. Biomarkers in Child and Adolescent Depression. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2023;54(1):266-81. doi:10.1007/s10578-021-01246-y
37. Kertz SJ, Petersen DR, Stevens KT. Cognitive and attentional vulnerability to depression in youth: A review. *Clin Psychol Rev.* 2019;71:63-77. doi:10.1016/j.cpr.2019.01.004
38. Goodman SH, Rouse MH, Connell AM, Broth MR, Hall CM, Heyward D. Maternal depression and child psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2011;14(1):1-27. doi:10.1007/s10567-010-0080-1
39. Rasic D, Hajek T, Alda M, Uher R. Risk of mental illness in offspring of parents with schizophrenia, bipolar disorder, and major depressive disorder: a meta-analysis of family high-risk studies. *Schizophr Bull.* 2014;40(1):28-38. doi:10.1093/schbul/sbt114
40. Ahmed EA. Psychological impact of hospitalization on child and family and the role of nursing care. *Int J Psychol Sci [Internet].* 2024 [citado 26 de abril de 2026];6(1):97-102. doi:10.33545/26648377.2024.v6.i1b.48
41. Styss N, Michel C, Osman N, Walger P, Franscini M, Traber-Walker N, et al. Sociodemographic and clinical predictors of depression in children and adolescents at clinical high-risk for psychosis: Results of a two-year follow-up study. *J Affect Disord.* 2025;382:89-97. doi:10.1016/j.jad.2025.04.002
42. Depresión - National Institute of Mental Health (NIMH) [Internet]. [citado 26 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
43. Rodríguez R J. El síndrome depresivo en el niño y en el adolescente. *Adolesc Salud [Internet].* 1999 [citado 26 de abril de 2026];1(1):83-8. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1409-41851999000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=es
44. Kim J. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Treating Depression in Children. *J Depress Anxiety [Internet].* 2024 [citado 26 de abril de 2026];13(3):1-2. doi:10.35248/2167-1044.24.13.544

45. Buttigieg S (Alexandra), Abela L, Pace A. Variables affecting hospital length of stay: a scoping review. *J Health Organ Manag.* 2018;32. doi:10.1108/JHOM-10-2017-0275
46. Pérez-Moreno J, Leal-Barceló AM, Márquez Isidro E, Toledo-del Castillo B, González-Martínez F, González-Sánchez MI, et al. Detección de factores de riesgo de reingreso prevenible en la hospitalización pediátrica. *An Pediatría Engl Ed [Internet].* 2019 [citado 16 de enero de 2026];91(6):365-70. doi:10.1016/j.anpedi.2018.12.003
47. Lu B, Lin L, Su X. Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord [Internet].* 2024 [citado 17 de enero de 2026];354:553-62. doi:10.1016/j.jad.2024.03.074
48. Leyenaar JK, Freyleue SD, Arakelyan M, Schaefer AP, Moen EL, Austin AM, et al. Rural-Urban Disparities in Hospital Services and Outcomes for Children With Medical Complexity. *JAMA Netw Open [Internet].* 2024 [citado 26 de mayo de 2026];7(9):e2435187. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.35187
49. Macedo-Poma K, Marquina-Curasma PG, Corrales-Reyes IE, Mejía CR. Factors associated to depressive symptoms in mothers with children hospitalized in pediatric and neonatology units of Peru: a case-control study. *Medwave.* 2019;19(5):e7649. doi:10.5867/medwave.2019.05.7649
50. Alberdi-Sudupe J, Fernandez-Díaz A, Iglesias-Gil-de-Bernabé F. Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicia Clínica.* 2013;74:161. doi:10.22546/25/542
51. Demetriou EA, Boulton KA, Bowden MR, Guastella AJ. Adjustment and homesickness in hospitalised children: A systematic review. *Clin Psychol Rev [Internet].* 2024 [citado 9 de enero de 2026];110:102431. doi:10.1016/j.cpr.2024.102431
52. Wangke L, Medise BE, Wirahmadi A, Sekartini R, Gunardi H, Soedjatmiko S. Mental health problems in children with chronic disease at the pediatric inpatient ward of Dr. Cipto Mangunkusumo Hospital. *Paediatr Indones [Internet].* 2025 [citado 26 de mayo de 2026];65(1):37-41. doi:10.14238/pi65.1.2025.37-41
53. Daughtrey HR, Ruiz MO, Felix N, Saynina O, Sanders LM, Anand KJS. Incidence of mental health conditions following pediatric hospital admissions: analysis of a national database. *Front Pediatr [Internet].* 2024 [citado 9 de enero de 2026];12. doi:10.3389/fped.2024.1344870
54. Stanzel A, Sierau S. Pediatric Medical Traumatic Stress (PMTS) following Surgery in Childhood and Adolescence: a Systematic Review. *J Child Adolesc Trauma [Internet].* 2021 [citado 26 de mayo de 2026];15(3):795-809. doi:10.1007/s40653-021-00391-9
55. West E, Zheng TS, Taylor A, Carroll AN, Krzyzaniak A, Calvo RY, et al. Bridging the gap: Identifying depression and suicidality in pediatric surgical patients and the need for early screening. *J Pediatr Surg.* 2026;61(1):162609. doi:10.1016/j.jpedsurg.2025.162609
56. Pupo González L, García MRP, Fernández ZS, Ali YG, Utria MAH. Caracterización de los Familiares de Pacientes Ingresados con Diagnóstico de Depresión. *Rev Científica Hallazgos21 [Internet].* 2022;7(1):1-21. doi:10.69890/hallazgos21.v7i1.553

57. Hernández FA, Montoya MG, Maya S de la P, Suarez MJC, Zuluaga AL. Síntomas depresivos en cuidadores y su relación con problemas afectivos y comportamentales en niños, niñas y adolescentes. *Andes Pediatr* [Internet]. 2022 [citado 26 de mayo de 2026];93(5):709-17. doi:10.32641/andespediatr.v93i5.3669
58. Kain ZN, Mayes LC, O'Connor TZ, Cicchetti DV. Preoperative Anxiety in Children: Predictors and Outcomes. *Arch Pediatr Adolesc Med* [Internet]. 1996 [citado 26 de mayo de 2026];150(12):1238-45. doi:10.1001/archpedi.1996.02170370016002
59. Ehwerhemuepha L, Schultz S, Feaster W. Clinical and Psychosocial Factors Associated With Patient Experience in Pediatrics. *Clin Pediatr (Phila)*. 2018;57(8):937-44. doi:10.1177/0009922817737078
60. Vericat A. Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de niños con trastornos del neurodesarrollo [Tesis]. 2025 [citado 26 de mayo de 2026]. doi:10.35537/10915/184695
61. Aranda-Paniora F. Depresión y ansiedad en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño. *An Fac Med* [Internet]. 2017 [citado 26 de mayo de 2026];78(3):277-80. doi:10.15381/anales.v78i3.13758
62. Yılmaz G, Küçük Alemdar D. Sources of Anxiety and Satisfaction Level of the Mothers Whose Children Hospitalized for Acute Reasons. *J Client-Centered Nurs Care* [Internet]. 2019 [citado 26 de mayo de 2026];5(1):63-70. doi:10.32598/jccnc.5.1.65
63. Jing Z, Ding F, Sun Y, Zhang S, Li N. Comparing Depression Prevalence and Associated Symptoms with Intolerance of Uncertainty among Chinese Urban and Rural Adolescents: A Network Analysis. *Behav Sci* [Internet]. 2023 [citado 26 de mayo de 2026];13(8):662. doi:10.3390/bs13080662
64. Rossignoli A. Presencia de Ansiedad y Depresión en cuidadores primarios de niños y niñas con cáncer en la Asociación ecuatoriana de padres de niños, niñas y adolescentes con cáncer (ASONIC) en la ciudad de Quito [Thesis]. QUITO/UIDE/2019; 2019 [citado 29 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/3816>

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	METODOLOGÍA
VARIABLE DEPENDIENTE Sintomatología depresiva	PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son los factores asociados a los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el periodo 2026?	OBJETIVO GENERAL Determinar los factores asociados a los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el periodo 2026	HIPÓTESIS GENERAL Existe asociación entre los factores clínicos, sociodemográficos y de hospitalización con los síntomas depresivos de pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena durante el periodo 2026.	ENFOQUE: Cuantitativo TIPO: Aplicada DISEÑO: Observacional, analítico, transversal
DIMENSIÓN 1 <u>Variables clínicas y de hospitalización del paciente</u> <ul style="list-style-type: none"> • Estancia hospitalaria • Diagnóstico principal • Reingreso hospitalario • Complicaciones intrahospitalarias • Uso de antibióticos EV • Carga procedimental • Intervención quirúrgica • ingreso a UCI • Antecedente de enfermedad crónica 	PROBLEMA ESPECÍFICO 1 ¿Existe asociación entre las características clínicas y de hospitalización con los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados?	OBJETIVO ESPECÍFICO 1 Determinar la asociación entre las características clínicas y de hospitalización con los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados.	HIPÓTESIS ESPECÍFICA 1 Existe asociación entre las características clínicas y de hospitalización con los síntomas depresivos de pacientes pediátricos hospitalizados.	POBLACIÓN: Pacientes pediátricos hospitalizados MUESTRA: Determinada según criterios de inclusión y exclusión TÉCNICA: Encuesta y revisión documental INSTRUMENTOS:
DIMENSIÓN 2 <u>Variables sociodemográficas del paciente</u> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Procedencia 	PROBLEMA ESPECÍFICO 2 ¿Existe asociación entre las características sociodemográficas del paciente con los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados?	OBJETIVO ESPECÍFICO 2 Determinar la asociación entre las características sociodemográficas del paciente y los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados.	HIPÓTESIS ESPECÍFICA 2 Existe asociación entre las características sociodemográficas del paciente y los síntomas depresivos de pacientes pediátricos hospitalizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de sintomatología depresiva infantil validada • Escala de sintomatología depresiva del cuidador primario validada • Escala de sintomatología ansiosa del cuidador primario validada
DIMENSIÓN 3 <u>Variables psicológicas del cuidador primario</u> <ul style="list-style-type: none"> • Sintomatología ansiosa del cuidador primario • Sintomatología depresiva del cuidador primario 	PROBLEMA ESPECÍFICO 3 ¿Existe asociación entre los síntomas depresivos y ansiedad del cuidador primario con los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados?	OBJETIVO ESPECÍFICO 3 Determinar la asociación entre los síntomas depresivos y de ansiedad del cuidador primario con los síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados.	HIPÓTESIS ESPECÍFICA 3 Existe asociación entre los síntomas depresivos y de ansiedad del cuidador primario con los síntomas depresivos de pacientes pediátricos hospitalizados.	<ul style="list-style-type: none"> • Estadística descriptiva • Chi cuadrado
DIMENSIÓN 4 <u>Variables sociodemográficas del cuidador primario</u> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Nivel educativo • Parentesco • Estado civil 	PROBLEMA ESPECÍFICO 4 ¿Existe asociación entre las características sociodemográficas del cuidador primario y la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados?	OBJETIVO ESPECÍFICO 4 Determinar la asociación entre las características sociodemográficas del cuidador primario y la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados.	HIPÓTESIS ESPECÍFICA 4 Existe asociación entre las características sociodemográficas del cuidador primario y la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados.	<ul style="list-style-type: none"> • PR crudo y ajustado (regresión logística Poisson)

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO	ESCALA	INDICADOR / CATEGORÍA	INSTRUMENTO
VARIABLE DEPENDIENTE						
Síntomas depresivos	Manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales relacionadas con la depresión.	Puntaje obtenido en el Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (≥ 8 años)	Cualitativa ordinal	Nominal	Test de Kovacs Escala valorable en puntaje a partir de los 8 años de edad 1: ≤ 12 puntos: Sin síntomas 2: 13-19 puntos: Síntomas leve 3: 20 a 28 puntos: Moderado 4: ≥ 29 puntos: severo	Test de KOVACS
VARIABLES CLÍNICAS DEL PACIENTE						
Estancia hospitalaria	Tiempo de permanencia del paciente pediátrico hospitalizado desde su ingreso hasta el momento de la encuesta	Número total de días de hospitalización, calculado desde la fecha de ingreso hasta la fecha de recolección, según registro en la historia clínica.	Cuantitativa discreta	De razón	Número de días de hospitalización	Historia clínica
Diagnóstico principal	Enfermedad que motivó la hospitalización	Diagnóstico registrado al ingreso	Cualitativa poltómica	Nominal	Según CIE-10	Historia clínica
Reingreso hospitalario	Hospitalización previa reciente	Antecedente de hospitalización en los últimos 30 días	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: No 1: Sí	Historia clínica
Complicaciones intrahospitalarias	Eventos adversos durante hospitalización	Registro de complicaciones clínicas	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: No 1: Sí	Historia clínica
Uso de antibióticos EV	Tratamiento antibiótico intravenoso	Registro de uso durante hospitalización	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: No 1: Sí	Historia clínica
Carga procedimental	Intervenciones diagnósticas o terapéuticas	Conteo de procedimientos realizados	Cuantitativa discreta	Razón	Número total	Historia clínica
Intervención quirúrgica	Procedimiento quirúrgico realizado	Registro de cirugía durante estancia	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: No 1: Sí	Historia clínica
Ingreso a UCI	Ingreso del paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos por gravedad.	Registro de ingreso a UCI durante la hospitalización.	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: No 1: Sí	Historia clínica
Antecedente de enfermedad crónica	Enfermedad diagnosticada de larga duración (> 3 meses) que requiere control médico	Antecedente de una enfermedad crónica previa al ingreso.	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: No 1: Sí	Historia clínica
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE						
Edad del paciente	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento	Edad registrada en años cumplidos al momento del ingreso	Cuantitativa discreta	Razón	Años cumplidos	Historia clínica
Sexo	Condición biológica del paciente	Sexo consignado en historia clínica	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: Masculino 1: Femenino	Historia clínica
Procedencia	Lugar de residencia habitual del paciente	Lugar de residencia consignado al ingreso	Cualitativa dicotómica	Nominal	0: Urbana 1: Rural	Historia clínica
VARIABLES PSICOLÓGICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO						
Síntomas de ansiedad y depresión del cuidador primario	Manifestaciones emocionales y psicológicas relacionadas con síntomas de ansiedad y depresión.	Puntaje ≥ 2 en subescala de depresión de Goldberg	Cualitativa dicotómica	Nominal	Escala de Goldberg para adultos con puntaje mayor o igual a 2 para subescala depresión. Adicionalmente mide subescala de ansiedad con puntaje mayor o igual a 4	Escala de Goldberg
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR PRIMARIO						
Edad del cuidador	Tiempo de vida del cuidador primario	Edad en años al momento de la encuesta	Cuantitativa discreta	Razón	Años cumplidos	Encuesta
Nivel educativo	Grado máximo de instrucción alcanzado	Nivel educativo declarado por el cuidador	Cualitativa ordinal	Ordinal	0: Ninguna 1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior	Encuesta
Parentesco	Relación del cuidador con el paciente	Parentesco referido	Cualitativa nominal	Nominal	0: Madre 1: Padre 2: Otro	Encuesta
Estado civil	Situación conyugal actual	Estado civil referido	Cualitativa nominal	Nominal	1: Soltero 2: Casado 3: Conviviente 4: Otro	Encuesta

ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted está siendo invitado(a) a autorizar la participación de su hijo(a) o menor a su cargo en el estudio titulado **FACTORES ASOCIADOS A SINTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA, 2026**. Lea detenidamente la siguiente información antes de tomar una decisión.

El objetivo del estudio es determinar los factores asociados a la sintomatología depresiva en pacientes pediátricos hospitalizados durante el periodo 2026. Si usted acepta, a su hijo(a) se le aplicará un cuestionario y un instrumento estandarizado para evaluar síntomas de depresión infantil, de manera individual, en el área de hospitalización, con una duración aproximada de **15 a 20 minutos**. La participación no implica riesgos físicos; podría presentarse una **leve incomodidad emocional** al responder algunas preguntas. No existen beneficios directos inmediatos; sin embargo, la información obtenida contribuirá al conocimiento científico y a la mejora de la atención en salud infantil.

La información recolectada será manejada con **estricta confidencialidad** y utilizada únicamente con fines académicos, garantizando el anonimato del participante. La participación es **voluntaria**, y usted puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que ello afecte la atención médica del menor.

Para cualquier consulta puede comunicarse con el investigador responsable:

Kleiver Victor Huamani Gamboa

Teléfono: +51 910 735 144

Correo electrónico: kleiver.huamani.29@unsch.edu.pe

Yo, _____, identificado(a) con DNI N.º _____, en calidad de padre, madre o tutor(a) legal del menor _____, declaro que he leído y comprendido la información brindada y **acepto voluntariamente** su participación en el presente estudio.

Nombre y firma del padre/madre/tutor:

Fecha: ____ / ____ / _____

ASENTIMIENTO INFORMADO

(Niños, niñas y adolescentes)

Hola, queremos invitarte a participar en un estudio que busca conocer cómo se sienten los niños, niñas y adolescentes que se encuentran hospitalizados. Antes de que decidas, queremos explicarte de manera sencilla en qué consiste el estudio.

Si aceptas participar, te pediremos que respondas algunas preguntas y un cuestionario sobre cómo te has sentido últimamente. Esto se realizará de forma individual, en un lugar tranquilo del área de hospitalización, y tomará aproximadamente 15 a 20 minutos.

Participar en este estudio no te causará ningún daño físico. Algunas preguntas podrían hacerte sentir un poco incómodo(a) o triste, pero si eso sucede puedes decirlo en cualquier momento, hacer una pausa o dejar de participar. Esto no afectará tu atención médica ni la relación con los médicos o enfermeras que te atienden.

Tu participación es voluntaria, lo que significa que puedes decir sí o no, y cambiar de opinión cuando quieras. Todo lo que nos cuentes será confidencial, es decir, nadie fuera del equipo de investigación sabrá tus respuestas ni tu nombre.

Si tienes alguna pregunta o algo no te queda claro, puedes preguntar con confianza.

Si estás de acuerdo en participar, por favor firma o coloca tu huella digital a continuación.

Datos del investigador responsable

Nombre: Kleiver Víctor Huamani Gamboa

Teléfono: +51 910 735 144

Correo electrónico: kleiver.huamani.29@unsch.edu.pe

Yo, _____, declaro que he entendido la explicación brindada y acepto participar voluntariamente en este estudio.

Firma o huella del menor: _____

Fecha: ____ / ____ / _____

ANEXO 4. FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FACTORES ASOCIADOS A LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL MARISCAL MIGUEL ANGEL LLERENA, 2026

Código: _____ Fecha: ___ / ___ / _____ Servicio: _____

DATOS DEL PACIENTE

1. **Edad del paciente:** ____ años
2. **Sexo:**
 Masculino
 Femenino
3. **Procedencia:**
 Urbana
 Rural
4. **Diagnóstico principal:** (CIE-10)

5. **Reingreso hospitalario:**
 Sí
 No
6. **Complicaciones durante la hospitalización:**
 Sí
 No
7. **En caso afirmativo, especificar:**
 Infección intrahospitalaria
 Complicación quirúrgica
 Otra: _____
8. **Uso de antibióticos por vía endovenosa:**
 Sí
 No
9. **Número total de procedimientos realizados:** ____ procedimientos
10. **Intervención quirúrgica durante la hospitalización:**
 Sí
 No
11. **Días de estancia hospitalaria:**
____ días
12. **Ingreso a UCI**
 Sí
 No
13. **Antecedente de enfermedad crónica**
 Sí
 No

DATOS DEL CUIDADOR PRIMARIO

1. **Edad del cuidador primario:** ____ años
2. **Nivel educativo alcanzado:**
 Sin instrucción
 Primaria
 Secundaria
 Superior
3. **Parentesco con el paciente:**
 Madre
 Padre
 Abuelo(a)
 Tío(a)
 Otro: _____
4. **Estado civil:**
 Soltero(a)
 Casado(a)
 Conviviente
 Divorciado(a)
 Viudo(a)

OBSERVACIONES:

ANEXO 5: TEST DE KOVACS

INSTRUCCIONES: Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. De cada grupo, elige una oración, la que mejor diga cómo te has portado, cómo te has sentido o qué has sentido en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**. Luego coloca una marca como una "X" en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad lo que es cierto para ti. Aquí tienes unos ejemplos:

1		2			
A. Siempre leo libros B. A veces leo libros C. Nunca leo libros		A. Me divierten los recreos B. A veces me divierten los recreos C. Me aburren los recreos			
N°	Ítems	N°	Ítems		
1	A. Rara vez me siento triste B. Muchas veces me siento triste C. Me siento triste todo el tiempo	2	A. Hago la mayoría de las cosas bien B. Hago muchas cosas mal C. Lo hago todo mal		
3	A. Raras veces soy malo B. Soy malo muchas veces C. Soy malo todo el tiempo	4	A. Me gusta a mí mismo B. No me gusta a mí mismo C. Me odio a mí mismo		
5	A. Nunca he pensado en matarme B. A veces pienso en matarme, pero no lo haría C. Quiero matarme	6	A. Las cosas me van a salir bien B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien C. Siento que las cosas me van a salir mal		
7	A. Muchas cosas me divierten B. Algunas cosas me divierten C. Nada me divierte	8	A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas C. Estoy seguro de que me pasarán cosas malas		
9	A. Generalmente no me preocupo por las cosas malas B. Me preocupo por muchas cosas C. Me preocupo por todas las cosas malas	10	A. Rara vez tengo ganas de llorar B. Muchos días me dan ganas de llorar C. Tengo ganas de llorar todos los días		
11	A. Rara vez me molestan las cosas B. Las cosas me molestan muchas veces C. Las cosas me molestan todo el tiempo	12	A. Generalmente decido con facilidad B. Es difícil para mí decidirme C. No puedo decidirme		
13	A. Hacer las tareas del colegio no es un problema B. Muchas veces me cuesta hacer las tareas del colegio C. Siempre me cuesta mucho esfuerzo hacer las tareas del colegio	14	A. Me gusta estar con otras personas B. Muchas veces no me gusta estar con otras personas C. No quiero estar con otras personas		
15	A. No veo nada malo en mi apariencia B. Hay cosas malas en mi apariencia C. Me veo horrible	16	A. Duermo bien todas las noches B. Varias noches tengo problemas para dormir C. Todas las noches tengo problemas para dormir		
17	A. Tengo buen apetito B. Varios días no tengo ganas de comer C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer	18	A. Rara vez me siento solo B. Muchas veces me siento solo C. Todo el tiempo me siento solo		
19	A. Tengo amigos B. Tengo amigos, pero quisiera tener más C. No tengo amigos	20	A. Rara vez me siento cansado B. Muchos días me siento cansado C. Todo el tiempo me siento cansado		
21	A. No me preocupan los dolores ni las enfermedades B. Muchas veces me preocupan los dolores y las enfermedades C. Todo el tiempo me preocupan los dolores y las enfermedades	22	A. Siempre me divierto en el colegio B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio C. Nunca me divierto en el colegio		
23	A. Mi rendimiento en el colegio es bueno B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes C. Mi rendimiento en el colegio es malo	24	A. Estoy seguro de que hay personas que me quieren B. No estoy seguro de que alguien me quiera C. Nadie me quiere realmente		
25	A. Generalmente me llevo bien con los demás B. Muchas veces me peleo con los demás C. Todo el tiempo me peleo con los demás	26	A. Soy tan bueno como otros alumnos B. Puedo ser tan bueno como otros alumnos si yo quisiera C. Nunca seré tan bueno como otros alumnos		
27	A. Generalmente hago caso a lo que me dicen B. Muchas veces no hago caso a lo que me dicen C. Nunca hago caso a lo que me dicen	AREAS	PD	PC	DIAGNÓSTICO
		DISFORIA			
		AUTODES			
		TOTAL			

ANEXO 6: ESCALA DE GOLDBERG

Lea con detenimiento el cuestionario y responda según lo que ha sentido las dos últimas dos semanas y no solamente estos últimos días. Consta de dos partes y al terminar una, continúe con la otra. Siga las instrucciones hasta terminar el cuestionario. Muchas gracias		
PRIMERA PARTE		
SUB-ESCALA ANSIEDAD	SI	NO
1. ¿Se ha sentido muy nervioso o en tensión?		
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Si hay más de tres respuestas afirmativas, debe continuar.		
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?		
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
SEGUNDA PARTE		
SUB-ESCALA DEPRESION	SI	NO
1. ¿Se ha sentido con poca energía?		
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?		
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
4. ¿Se ha sentido sin esperanzas?		
Si hay alguna respuesta afirmativa, debe continuar. Si no es así, ya terminó		
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
7. ¿Se ha estado despertando muy temprano?		
8. ¿Se ha sentido ud. lento?		
9. ¿Cree ud. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

ANEXO 7: FICHA TÉCNICA INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS (CDI)

Nombre del instrumento: Inventario de Depresión Infantil (CDI)

Autor: Maria Kovacs

Año de creación: 1977 (revisado posteriormente con su última validación en el 2021)

Objetivo: Evaluar la presencia y severidad de síntomas depresivos en niños y adolescentes.

Población: Niños y adolescentes entre 7 y 17 años.

Tipo de instrumento: Cuestionario de autoinforme.

Número de ítems: 27 ítems.

Formato de respuesta: Escala tipo Likert de 3 opciones (0, 1, 2), según intensidad del síntoma.

Tiempo de aplicación: 10 a 20 minutos.

Dimensiones evaluadas:

- Estado de ánimo negativo
- Problemas interpersonales
- Ineficacia
- Anhedonia
- Autoestima negativa

Puntuación:

Cada ítem se puntúa de 0 a 2. La puntuación total oscila entre 0 y 54.

Interpretación:

- 0–13: Sin síntomas significativos
- 14–19: Síntomas leves
- 20–28: Síntomas moderados
- ≥ 29 : Síntomas severos

Validez y confiabilidad: Presenta adecuada consistencia interna (α de Cronbach entre 0.71 y 0.89). Ha sido validado en múltiples poblaciones, incluyendo población latinoamericana.

Forma de aplicación: Individual o colectiva, en ambiente tranquilo y supervisado.

Fuente de datos: Autoinforme del paciente.

ANEXO 8: FICHA TÉCNICA: ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

Nombre del instrumento: Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)

Autor: David Goldberg

Año: 1988, revisada posteriormente en los años siguientes con la última validación en el año 2019

Objetivo: Detectar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en población general y en atención primaria.

Tipo de instrumento: Cuestionario de tamizaje

Población: Adultos y adolescentes

Ámbito de aplicación: Clínico, comunitario e investigación

Forma de aplicación: Individual o autoadministrado

Tiempo de aplicación: 5 a 10 minutos

Estructura: 18 ítems en total

- Subescala de ansiedad: 9 ítems
- Subescala de depresión: 9 ítems

Tipo de respuesta: Dicotómica (Sí / No)

Puntuación:

- Cada respuesta afirmativa vale 1 punto
- Ansiedad: punto de corte ≥ 4
- Depresión: punto de corte ≥ 2

Interpretación:

- A mayor puntaje, mayor probabilidad de sintomatología
- No es diagnóstico, solo indica sospecha clínica

Validez y confiabilidad:

- Ha demostrado buena sensibilidad y especificidad en múltiples estudios
- Adaptado y validado en diversos países

Ventajas:

- Rápido, sencillo y fácil de aplicar
- Útil en atención primaria

Limitaciones:

- No reemplaza evaluación clínica

ANEXO 9: CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL COMITÉ DE ÉTICA



Resolución Directoral N° 000032-2026-GRA-DIRESA-HRMAMLL/DE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Código del protocolo: 010-2026-CEI

Título del protocolo: "FACTORES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DEL HOSPITAL REGIONAL MIGUEL ANGEL MARISCAL LLERENA, 2026"

Investigadores: MEDINA HUAMANÍ, Brigit Keren
HUAMANÍ GAMBOA, Kleiver Víctor

Por medio de la presente se hace constar que el Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho ha recibido el protocolo de investigación y los documentos de soporte correspondientes. Así mismo, luego de una revisión a detalle, se ha determinado que el protocolo de investigación cuenta con el levantamiento de las observaciones previamente informadas, por lo que determina su **APROBACIÓN** bajo la categoría de **REVISIÓN EXPEDITA**.

Se le solicita informar al Comité de Ética en Investigación del Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho (CEI) sobre cualquier enmienda en el protocolo posterior a este dictamen. Así mismo, sírvase hacernos llegar los informes de avance de la investigación en forma semestral. Cabe precisar que este Comité se reserva el derecho de supervisar de manera inopinada el progreso de la investigación en cualquier momento (según el cronograma planteado) y bajo cualquier modalidad.

Finalmente, recordar que el período de vigencia de esta aprobación será de 06 meses a partir de la fecha de emisión de esta constancia.

Sin otro en particular, nos despedimos de Ud.

Ayacucho, 26 de Febrero del 2026.

CEI Comité de Ética
en Investigación
Hospital Regional de Ayacucho
"Miguel Ángel Mariscal Llerena"



.....
Méd. Jimmy H. Ango Bedriñana
Secretario Técnico

C.c.
Interesado (a)
Archivo

Código del modelo DAG variables

```
dag {  
bb="-8.82,-7.714,10.065,7.935"  
Antecedente_enfermedad_cronica [adjusted,pos="-6.5,-2.0"]  
Ingreso_UCI [pos="-1.5,-3.0"]  
Complicaciones_intrahospitalarias [pos="-3.791,-2.338"]  
Depresion_cuidador [exposure,pos="2.901,1.037"]  
Depresion_infantil [outcome,pos="0.151,1.104"]  
Diagnostico_principal [adjusted,pos="-3.009,-4.609"]  
Edad_cuidador [adjusted,pos="5.493,-4.700"]  
Edad_paciente [adjusted,pos="-5.263,-5.291"]  
Estado_civil [adjusted,pos="3.026,-1.954"]  
Estancia_prolongada [exposure,pos="-2.960,1.059"]  
Intervencion_quirurgica [exposure,pos="0.194,-4.761"]  
Nivel_educativo [adjusted,pos="5.483,0.312"]  
Numero_procedimientos [pos="1.125,-1.101"]  
Parentesco [adjusted,pos="4.550,-1.419"]  
Procedencia [adjusted,pos="-5.049,1.126"]  
Reingreso_hospitalario [pos="-0.979,-1.732"]  
Sexo [adjusted,pos="-5.449,-3.448"]  
Uso_antibioticos_EV [pos="1.082,-3.336"]  
Antecedente_enfermedad_cronica -> Diagnostico_principal  
Antecedente_enfermedad_cronica -> Estancia_prolongada  
Antecedente_enfermedad_cronica -> Intervencion_quirurgica  
Antecedente_enfermedad_cronica -> Complicaciones_intrahospitalarias  
Diagnostico_principal -> Ingreso_UCI  
Complicaciones_intrahospitalarias -> Ingreso_UCI
```

Ingreso_UCI -> Estancia_prolongada
Ingreso_UCI -> Depresion_infantil
Complicaciones_intrahospitalarias -> Depresion_infantil
Complicaciones_intrahospitalarias -> Reingreso_hospitalario
Complicaciones_intrahospitalarias -> Uso_antibioticos_EV
Depresion_cuidador -> Depresion_infantil
Diagnostico_principal -> Complicaciones_intrahospitalarias
Diagnostico_principal -> Estancia_prolongada
Diagnostico_principal -> Intervencion_quirurgica
Edad_cuidador -> Nivel_educativo
Edad_paciente -> Diagnostico_principal
Estado_civil -> Depresion_cuidador
Estancia_prolongada -> Depresion_infantil
Estancia_prolongada -> Reingreso_hospitalario
Intervencion_quirurgica -> Depresion_infantil
Intervencion_quirurgica -> Numero_procedimientos
Nivel_educativo -> Depresion_cuidador
Numero_procedimientos -> Depresion_infantil
Parentesco -> Depresion_cuidador
Procedencia -> Estancia_prolongada
Reingreso_hospitalario -> Depresion_infantil
Sexo -> Diagnostico_principal
Uso_antibioticos_EV -> Depresion_infantil}

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

RD. N° 347- 2026 - UNSCH -FCSA-D

En la ciudad de Ayacucho siendo los 15 y 15 minutos de la tarde del día 15 de junio del dos mil veintiseis, se reunieron en el pabellón de INNOVA aula AT-210. de la Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud los docentes miembros del jurado evaluador de sustentación, para el acto de sustentación de trabajo de tesis titulado: "Factores asociados a síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026".

Presentado por los bachilleres en Medicina: Kleiver Victor HUAMANI GAMBOA y Bright Keren MEDINA HUAMANI para sustentar con fines de optar el Título profesional de Médico Cirujano. El Jurado Evaluador de Sustentación, encargado de recibir y calificar el acto de sustentación de la acotada tesis, conformado por:

Presidente: Prof. Robin Edgardo Ykehara Huamaní (Encargado por el Decano)

Miembros: Prof. Robin Edgardo Ykehara Huamaní

Prof. Edgar Quispe Puma

Prof. José Manuel Canchari Pomasoncco

Asesor: Prof. María Elizabeth Torrealva Cabrera

Secretario docente: Prof. Víctor Alexander Palomino Vargas

Con el quorum de reglamento se dio inicio a la sustentación de tesis, el presidente de la comisión procede a dar inicio al Acto Académico, solicitando a la Secretaría Docente dar lectura a los documentos presentados por el recurrente, y da algunas indicaciones a los sustentantes.

Dan inicio a la exposición los bachilleres Kleiver Victor HUAMANI GAMBOA Y Bright Keren MEDINA HUAMANI de manera coordinada; y una vez concluida la exposición, el presidente de la comisión solicita a los miembros del jurado evaluador realizar sus respectivas preguntas, quienes hicieron las preguntas, observaciones y aclaraciones correspondientes.

El presidente invita a los sustentantes a abandonar el auditorio para que puedan proceder con la calificación.

RESULTADO DE LA EVALUACION FINAL

Bachiller: KLEIVER VICTOR HUAMANI GAMBOA

BRIGHIT KEREN MEDINA HUAMANI

Nombre de JURADOS	Nota de Tex.		Nota de Exposición		Nota de respuestas a las preguntas		Promedio	
	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2	Est. 1	Est. 2
Prof. Robin Edgardo Ykehara Huamaní	18	18	18	18	18	18	18	18
Prof. Robin Edgardo Ykehara Huamaní	18	18	18	18	18	18	18	18
Prof. Edgar Quispe Puma	18	18	18	18	18	18	18	18
Prof. José Manuel Canchari Pomasoncco	18	18	19	19	19	19	19	19
Promedio Final							18	18

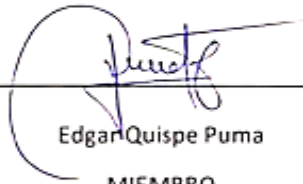
De la evaluación realizada por los miembros de jurado calificador, llegaron al siguiente resultado:
Aprobar a los Bachilleres HUAMANI GAMBOA KLEIVER VICTOR Y MEDINA HUAMANI BRIGHIT KEREN;
Quienes obtuvieron la nota final de (18) para lo cual los miembros del jurado evaluador firman al pie del presente. Siendo las cinco en punto de la tarde, se da por concluido el presente acto académico presencial.



Robin Edgardo Ykehara Huamani
PRESIDENTE



Robin Edgardo Ykehara Huamani
MIEMBRO



Edgar Quispe Puma
MIEMBRO



José Manuel Canchari Pomasoncco
MIEMBRO



Victor Alexander Palomino Vargas
SECRETARIO DOCENTE



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

El que suscribe; responsable verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado en **segunda instancia** para la Escuela Profesional de medicina humana; en cumplimiento a la Resolución de Consejo Universitario N°171-2023-UNSCH-CU, Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación de la UNSCH y el RESOLUCIÓN DECANAL N.º 720-2023-UNSCH-FCSA /D, deja constancia que:

- Apellidos y Nombres de la tesista : HUAMANI GAMBOA, Kleiver Victor
MEDINA HUAMANI, Bright Keren
- Escuela Profesional : Medicina Humana

Título de la Tesis :

"Factores asociados a síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026"

- Evaluación de la originalidad: 13% de similitud

Por tanto, según los artículos 12, 13 y 17 del Reglamento de Originalidad de Trabajos de Investigación, es **procedente otorgar la constancia de originalidad** para los fines que crea conveniente.

Ayacucho, 08 de junio de 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
Director

Dr. Jorge Alberto Rodríguez Rivas
Director de la escuela profesional de Medicina Humana
Facultad de Ciencias de la Salud

(Verificador de originalidad de trabajos de tesis de pregrado de la EPMH)

Cc. Archivo.

JJRR/lea.

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA
HUMANA
Av. Independencia S/N Ciudad Universitaria
Ayaracucho, Cel: 947971319
ep.medicinahumana@unsch.edu.pe

“Factores asociados a síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026”

por Brighit Keren MEDINA HUAMANI y Kleiver Victor HUAMANI GAMBOA

Fecha de entrega: 08-jun-2026 03:12p. m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2979243380

Nombre del archivo:

FACTORES_ASOCIADOS_A_SINTOMAS_DEPRESIVOS_DE_PACIENTES_PEDIATRICOS_HOSPITALIZADOS_EN_EL_HOSPITAL_REGIONAL_MIGUEL_ANGEL_MARISCAL_LLERENA_20 (2.12M)

Total de palabras: 29919

Total de caracteres: 181493

“Factores asociados a síntomas depresivos en pacientes pediátricos hospitalizados en el Hospital Regional Miguel Angel Mariscal Llerena, 2026”

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga	3%
	Trabajo del estudiante	
2	1library.co	1%
	Fuente de Internet	
3	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
4	tesis.ucsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
5	repositorio.tec.mx	1%
	Fuente de Internet	
6	repositorio.unjfsc.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
7	revistas.ujcm.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
8	scielo.iics.una.py	<1%
	Fuente de Internet	

9	repositorio.uchile.cl Fuente de Internet	<1 %
10	repositorio.upla.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
11	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
12	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
13	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	<1 %
14	Submitted to D.A. de Medicina Humana Trabajo del estudiante	<1 %
15	Cabrera Bonet, Carlos A.. "Análisis del Desempeño en la Atención del VIH/SIDA Durante la Pandemia de COVID-19", University of Puerto Rico Medical Sciences (Puerto Rico) Publicación	<1 %
16	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	api.index-360.com Fuente de Internet	<1 %
18	ucsp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %

19	www.alzheimeruniversal.eu Fuente de Internet	<1 %
20	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
21	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
22	Submitted to Universidad Continental Trabajo del estudiante	<1 %
23	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
24	www.researchgate.net Fuente de Internet	<1 %
25	Submitted to Universidad Tecnológica Centroamericana UNITEC Trabajo del estudiante	<1 %
26	Gustavo Adolfo Cardona Ortiz, José Esteban Hernández Cerquera, Jesús Ángel Caviedes Sandoval. "Teacher well-being and burnout: anxiety, depression, and stress in the school context of Florencia, Caquetá", Sportis. Scientific Journal of School Sport, Physical Education and Psychomotricity, 2026 Publicación	<1 %
27	Submitted to Universidad Internacional Isabel I de Castilla Trabajo del estudiante	<1 %

28	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
29	revistas.ujat.mx Fuente de Internet	<1 %
30	www.medwave.cl Fuente de Internet	<1 %
31	Submitted to Universidad Cientifica del Sur Trabajo del estudiante	<1 %
32	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
33	www.frontiersin.org Fuente de Internet	<1 %
34	repositorio.uncp.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
35	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
36	slidehtml5.com Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 30 words

Excluir bibliografía

Activo