



1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS A LA
DEPRESIÓN INFANTIL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS EN LA ESCUELA DE
EDUCACIÓN BÁSICA ALONSO DE MERCADILLO DURANTE EL PERIODO
2015”

AUTORA

Daniela Isabel Pogo Armijos

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO
DE MÉDICO GENERAL

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Esp.

Loja – Ecuador

2016

CERTIFICACIÓN DE DIRECTOR DE TESIS

Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el trabajo de investigación de tesis titulado, **“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS EN LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA ALONSO DE MERCADILLO DURANTE EL PERIODO 2015**, elaborado por los egresados, Daniela Isabel Pogo Armijos, ha sido elaborado bajo mi dirección, el mismo que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente, para que le dé el trámite correspondiente.

Loja, 21 de Octubre del 2016

 **Dr. Hugo A. Cueva**
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA
MSP: L: 02 F: 521 No. 1864
MSP: L: 19 F: 79 No. 236
DPS-L L: 002 F: 320 No. 961

Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

Yo Daniela Isabel Pogo Armijos, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizó a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Daniela Isabel Pogo Armijos

Firma:

C.I. 1105040651

Fecha: 21 Octubre del 2016

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Daniela Isabel Pogo Armijos, autora de la tesis “**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS EN LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA ALONSO DE MERCADILLO DURANTE EL PERIODO 2015**”, cumpliendo el requisito que permite obtener el grado de Médico General, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, difunda con fines estrictamente académicos la producción intelectual de esta casa de estudios superiores.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo a través del RDI, en las redes de información del país y del extranjero con las cuales la Universidad mantenga su convenio.

La Universidad Nacional de Loja no se hace responsable por el plagio o copia injustificada de la presente tesis que sea realizada por un tercero. Para su constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 21 días del mes de octubre de dos mil diez y seis, firma su autora.

FIRMA.....

AUTORA: Daniela Isabel Pogo Armijos

Cédula: 115040651

Dirección: Cdla. Época

Correo electrónico: danyisapogo21@hotmail.com

Teléfono: 0982230804

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de tesis: Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

Presidente: Dr. Tito Goberth Carrión Dávila, Mg. Sc.

Miembro de tribunal: Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc.

Miembro del tribunal: Dr. Richard Orlando Jiménez, Mg. Sc.

DEDICATORIA

Primeramente quiero agradecer a Dios, ser celestial que me ha guiado por el buen camino, dándome salud, protección y fuerza para salir adelante y llegar a la meta propuesta.

A mis padres, a mi hermano y tíos, que me apoyaron en toda mi etapa de estudio, quienes con sus sabios consejos y su amor incondicional, me acompañaron en cada momento de mi vida.

A mis docentes quienes me inculcaron con sus conocimientos, sabiduría y orientación constante; para guiarme por el camino del éxito, y así llegar a cumplir mi objetivo final que es la culminación de mi tesis.

AGRADECIMIENTO

Al término de esta tesis agradezco a la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, institución de educación superior, valiente en la formación de la juventud, a los docentes de la Carrera de Medicina quienes impartieron sus conocimientos y experiencias, para hacer posible la culminación de mis estudios.

De manera muy especial expreso mi agradecimiento, al Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, quien en calidad de Director De Tesis, me brindó su valiosa colaboración en el desarrollo del presente trabajo.

La Autora

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
ÍNDICE GENERAL.....	vii
TÍTULO.....	1
RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA.....	7
4.1.INFANCIA.....	7
4.1.1.Infancia.....	7
4.1.2. Niñez temprana.....	7
4.1.3. Niñez intermedia.....	8
4.1.4.Adolescencia.....	8
4.2. DEPRESIÓN INFANTIL.....	8
4.2.1. Concepto de depresión.....	8
4.2.2. Concepto de depresión infantil.....	9

4.2.3. Epidemiología de depresión Infantil.....	10
4. 2.4. Etiología de depresión Infantil.....	10
4.2.4.1. Factores de riesgo genéticos y bioquímicos.....	11
4.2.4.2. Factores familiares.....	12
4.2.4.3. Factores psicológicos.....	15
4.2.4.4. Factores ambientales.....	15
4.2.4.5. Factores socioculturales.....	16
4.2.5. Características en función de la edad.....	16
4.2.5.1. Desde bebés hasta la edad preescolar.....	17
4.2.5.2. Preescolares.....	18
4.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.....	18
4.3.1. Test de CDI.....	18
4.3.2. Test de Apgar.....	20
5. METODOLOGÍA.....	22
6. RESULTADOS.....	26
7. DISCUSIÓN.....	30
8. CONCLUSIONES.....	33
9. RECOMENDACIONES.....	34
10.BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	37
ANEXO N°.-1. Oficio dirigido a la Directora del Establecimiento, en constancia de aplicación de instrumentos.....	37

ANEXO N°.-2. Encuesta.....	38
ANEXO N°.-3 Encuesta.....	41
ANEXO N°.-4. Consentimiento Informado.....	42
ANEXO N°.- 5. Propuestas de prevención d depresión infantil.....	43
ANEXO N °.-6. Fotografías.....	45
ANEXO N°7.- Certificado del profesor de Inglés de haber traducido el resumen de la tesis.....	48

1. TÍTULO

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS A LA
DEPRESIÓN INFANTIL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS EN LA ESCUELA DE
EDUCACIÓN BÁSICA ALONSO DE MERCADILLO DURANTE EL PERIODO
2015”**

2. RESUMEN

La depresión infantil es un trastorno que afecta a niños de todas las edades, puede ser causado por diversos acontecimientos como problemas familiares, relaciones exteriores, actitudes, reacciones adversas como la hiperactividad, aislamiento, inestabilidad emocional, entre otras. El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia y establecer los factores de riesgo familiares asociados con la depresión infantil en escolares. Se utilizó el tipo de estudio descriptivo y transversal. Una muestra de 220 escolares que cumplieron con los criterios de inclusión, se procesó, aplicando los métodos de: Test de CDI (Inventario de Depresión Infantil) que permite evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, y además del Test del Apgar, el cual muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global; llegando a los siguientes resultados: con porcentajes de 71% con ausencia de síntomas depresivos, 29% con sintomatología depresiva moderada y grave; siendo el sexo masculino propenso a presentar síntomas depresivos con el 35%. Con respecto a los factores de riesgo familiares asociados a la depresión infantil: se encontró cifras de 58% con una función familiar normal, 42% con disfunción familiar leve a grave; siendo mayor en el sexo masculino con un 23%. Concluimos que los escolares del sexo masculino presentaron síntomas depresivos asociados a una disfunción leve, moderada y grave. Finalmente se elaboró una propuesta de prevención de depresión infantil, a través de, charlas, dirigidas a padres de familia, quienes adquirieron nuevos conocimientos y enseñanzas, respondiendo de forma positiva.

Palabras Clave: *Depresión Infantil, Factores De Riesgo Familiares, Escolares*

SUMMARY

Childhood depression is a disorder that affects children of all ages, it can be caused by various events such as family problems, external relations, attitudes, adverse reactions such as hyperactivity, isolation, emotional instability, among others. The objective of this research was to determine the prevalence and establish irrigation family factors associated with childhood depression in school. a sample of 220 students who met the inclusion criteria was used, it was processed using the methods of: Test CDI (Child Depression Inventory) that allows us to assess depressive symptoms in children and adolescents, and in addition to the Test of Apgar which shows how members perceive the level of functioning of the family unit globally family; reaching the following results: with percentages of 71% in the absence of depressive symptoms, 29% with moderate and severe depressive symptoms; It is likely to have depressive symptoms with 35% of men. With regard to family risk factors associated with childhood depression: percentages of 58% with a normal family function, 42% mild to severe family dysfunction; It is higher in men with 23%.

We conclude that male students had depressive symptoms associated with mild, moderate and severe dysfunction. Finally a proposal for preventing childhood depression was developed through, talks aimed at parents, acquiring new knowledge and learning, responding positively.

Keywords: *Childhood depression, family risk factors, school*

3. INTRODUCCIÓN

Según un informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo, de los cuales un 20% de niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental. (OMS, 2012)

Ante dicha conceptualización debemos considerar de gran importancia la atención en salud mental en los inicios de la vida del ser humano, puesto que los trastornos mentales y del comportamiento son frecuentes durante la infancia y la adolescencia. (Benitez, y Castillo, 2010:9)

Por ello es conveniente partir del conocimiento de las características propias que se dan en estas etapas, debido a que no se podrá entender su psicopatología si no conocemos bien el desarrollo psicológico infantil; es así que la infancia, que se extiende desde el nacimiento hasta los 6 años, va a estar marcada por la dependencia básica; la niñez, conocida también como la segunda infancia, que va de los 7 a los 11 años, la cual está determinada por el deseo del niño por crecer, sintiéndose dominado por las fuerzas, no sólo físicas, sino también intelectuales, morales, sociales y expresivas de los adultos. (Benitez, y Castillo, 2010:10)

Mientras que en la adolescencia, etapa que transcurre entre los 12 a los 18 años, se identifica por los profundos cambios y transformaciones físicas, intelectuales, emocionales, como: sociales y psicológicas; particularidades que hacen de este grupo, vulnerable a adquirir psicopatologías que impiden su normal desarrollo. (Sánchez, Sarmiento, Serrano, 2012:15)

Existen cambios que han repercutido en el funcionamiento y la configuración de la familia, produciendo un incremento de los hogares desestructurados, de las familias monoparentales y de los divorcios, entre otros. Estas características de las familias se han convertido en factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil. (Sánchez, Sarmiento, Serrano, 2012:15)

Los objetivos que se plantearon en la presente investigación: determinar la prevalencia de la depresión infantil, establecer los principales factores de riesgo familiares asociados a la depresión infantil, y elaborar una propuesta de prevención infantil. El tipo de estudio que se utilizó fue descriptivo y transversal.

El lugar donde se elaboró la presente tesis es: La Escuela de Educación Básica Alonso de Mercadillo, cantón Loja, institución que cuenta con 800 niños y niñas, docentes especializados en las áreas de Cultura Física, Computación, Inglés, Cultura Estética (música, dibujo y labores), los mismos que son identificados con su verdadera misión de dar una formación integral a niños y niñas. Por lo cual se tomó de muestra 220 escolares de 9 a 12 años, con un total de 111 niñas y 109 niños, quienes nos colaboraron con la recolección de datos.(Paladines, S. y Granda, C, 2010:4)

Para el desarrollo del proceso investigativo se utilizó los siguientes instrumentos: el Test de CDI y el Test de Apgar, que fueron aplicados de forma individual a los niños y niñas de dicho establecimiento, obteniendo una prevalencia de 29% con sintomatología depresiva moderada y grave, y del 42% con disfunción familiar leve, moderada y grave.

Además se realizó una propuesta de prevención de depresión infantil, con charlas dirigidas a los padres, las mismas que serán puestas en práctica, con el propósito de mejorar la relaciones familiares de padre a hijos, y generar cambios en su estado de ánimo, conducta, que puedan llegar a complicarse en la etapa de adolescencia y adulta.

Ante estos argumentos ponemos a consideración de la colectividad el presente trabajo, cuya aplicación y difusión servirá de guía para nuevas investigaciones, además con este aporte queremos dejar sentado nuestros conocimientos adquiridos, para posteriores estudios.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1. INFANCIA

La infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos.

Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta.

La infancia es una época clave de la vida, en la cual se configuran todos los resortes afectivos e intelectuales del individuo, de cuyo correcto desarrollo depende buena parte del éxito o fracaso posterior de cada individuo en su proyecto vital. También puede ser entendida como un período determinado de la vida de un niño, medible por un intervalo de edad. (UNICEF2005). El desarrollo infantil incluye el periodo prenatal, la infancia, la niñez temprana y la niñez intermedia.

4.1.1. Infancia

Comprende desde el nacimiento hasta los dos años de edad, en esta etapa el niño desarrolla la actividad sensorial y motora, el lenguaje. En esta etapa el niño/a se apega a los miembros de la familia y a las personas que lo atienden, aprende a confiar o no confiar y a expresar o reprimir amor y afecto.

Además aprende a expresar sentimientos y emociones básicas, ya en esta etapa los niños manifiestan considerables diferencias de personalidad y temperamento.

4.1.2. Niñez temprana

El periodo preescolar desde los 2 a los 5 años de edad, durante este periodo los niños/as empiezan a desarrollar un autoconcepto así como identidad, adquieren roles de

género y se muestran interesados en jugar con otros niños, la calidad de la relación padres-hijos/as es importante en el proceso de socialización que ocurre en este periodo.

4.1.3. Niñez intermedia

Va desde los 6 – 11 años de edad, los niños se separan cada vez más de sus padres y buscan la aceptación de los maestros, otros adultos y de los compañeros.

La autoestima se convierte en esta etapa en un tema central, ya que los niños desarrollan la capacidad cognitiva para considerar su propia autoevaluación y la percepción de cómo les ven las otras personas, por primera vez se ven juzgados de acuerdo con su capacidad para producir resultados valorados en la sociedad, como obtener buenas notas, lograr triunfos deportivos, otros.

4.1.4. Adolescencia

Es el periodo de transición de la niñez a la vida adulta comprende desde los 12 a los 19 años de edad, durante el cual acontece la maduración sexual, empieza el pensamiento de operaciones formales, se forma una identidad positiva, se separan de sus padres y sienten la necesidad de compañía con sus pares, se replantea la definición personal y social del ser humano a través de una segunda individuación que moviliza procesos de exploración, diferenciación del medio familiar, búsqueda de pertenencia y sentido de vida.

4.2. DEPRESIÓN INFANTIL:

4. 2.1. Concepto de depresión.

La depresión se define como un problema psicológico complejo cuyas características principales son un estado de ánimo irritable y/o disfórico, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa” (Caballo, y Simón, 2005:86).

“Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y abatimiento, el individuo se siente infeliz, desmoralizado, aburrido y se menosprecia a sí mismo” (Santrock, 2007:106).

Es común que los niños muestren sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, la mayoría se recuperan rápidamente de estos estados de ánimos. Esta se caracteriza por tristeza persistente que en los niños puede manifestarse con irritabilidad y una pérdida evidente de interés y placer en las actividades habituales. (Kllegman,2009:21)

La depresión es uno de los principales problemas de salud mental de la sociedad actual.

El riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida oscila entre el 10% y el 25% para las mujeres y entre el 5% y el 12% para los varones.

Estar deprimido, no significa sentirse triste o decaído, tener un mal estado de ánimo o melancolía ocasional, estos sentimientos pueden presentarse de forma fisiológica en niños de aproximadamente 10 años. Pero cuando el estado depresivo se exhibe durante un tiempo superior a semanas o meses y limita la capacidad del niño para funcionar normalmente, se trata de síntomas inequívocos de un episodio depresivo.

4.2.2. Concepto de depresión infantil.

Es un cuadro complejo y de reconocimiento reciente como entidad clínica dentro de la psicología y constituye una situación afectiva de tristeza, mayor en intensidad y duración, que ocurre en la infancia cuando se dan una combinación de síntomas, que lleva a un cambio en su conducta y sentimientos, afectando el normal desarrollo del niño/as.

Es relativamente frecuente y se asocia a una morbilidad significativa aunque infra-diagnosticada en niños/as. (Loubat, 2008:18).

Existen dos tendencias a saber en relación a la depresión infantil: los evolucionistas opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta, sostienen así la idea de una depresión infantil evolutiva.

Por otra parte están aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta se habla entonces de la depresión infantil enmascarada. (Rodríguez,2005:6)

4.2.3. Epidemiología de la depresión infantil

Con relación a la prevalencia de la depresión infantil se considera que ocupa el cuarto lugar como causa de morbilidad en el mundo, con tasas de prevalencia elevadas que alcanzan entre el 8% y el 20% en niños y adolescentes. (Tomás, 2007)

Las investigaciones más actuales coinciden en que la incidencia está entre 8% y 10%. Si se analiza por edades, se observa que en la etapa preescolar estas cifras descienden a 2%; en edades escolares se estima entre 8% y 10%; en los adolescentes asciende a 13%. (Herrera, 2009:154-164)

Un estudio realizado en la Ciudad de Quito en mayo de 2005; se encontró depresión en 8 niños: 5 varones (62,5%) y 3 mujeres (37,5%); como factor asociado a este tenemos, que el 36,3% eran hijos de padres migrantes. (Albuja, 2009:41)

4.2.4. Etiología

La depresión infantil es una realidad que no debemos ignorar, debemos aprender a reconocer los factores que pueden llevar a un niño/a la depresión infantil.

Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad a teorías biológicas y teorías psicológicas, y, dentro de ésta considerar factores familiares y socioculturales que combinados dan lugar a la aparición de una conducta desajustada.

La aparición de un acontecimiento o evento estresante puede favorecer la existencia de pensamientos depresores, sobre todo en la edad preescolar en la que el niño/a es mucho más sensible a situaciones problemáticas; las malas relaciones son fuente específica de iniciación a la depresión infantil; los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño/a, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la depresión infantil.

Existe una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social, que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental, que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada. (Jiménez,2007). Entre los factores más predisponentes de la depresión están los siguientes:

4.2.4.1. Factores de riesgo genético y bioquímico.

Se ha visto que un 20-50% de los niños o adolescentes con trastornos depresivos presentan historia familiar de depresión o de otra enfermedad mental. Sin embargo hay datos firmes acerca de la existencia de una base genética de los trastornos depresivos en todos los grupos de edad, los individuos con un riesgo genético elevado son más sensibles a los efectos de unas condiciones ambientales adversas.

Los estudios en gemelos han constatado un 76% de concordancia para la depresión en gemelos monocigotos criados juntos y 67% en monocigotos criados separados en comparación con el 19% en gemelos dicigotos criados juntos.

También existe una tasa aumentada de depresión (3 a 6 veces mayor) en los familiares de primer grado de los pacientes que sufren un trastorno afectivo mayor. (Garber, 2006:31)

Las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores, entre estos destacan los siguientes:

- ❖ **Serotonina:** relacionado con la emoción y el estado de ánimo.
- ❖ **Acetilcolina:** responsable de muchas de las estimulaciones musculares y participa en la programación del sueño.
- ❖ **Catecolaminas:** dopamina: interviene en el deseo y en la sensación de placer.
Noradrenalina: puesta en “alerta máxima de nuestro sistema nervioso y adrenalina: la sustancia de la acción por antonomasia”.

Estos mensajeros químicos se alteran por diversas causas como: anomalías estructurales cerebrales leves, trastornos del sueño o herencia genética. Por ejemplo, los investigadores han identificado un defecto en un gen llamado SERT, que regula la serotonina, la que ha sido asociada a la depresión. (Garber, 2006:32)

4.2.4.2. Factores familiares

La familia es una unidad biopsicosocial y una de sus funciones más importantes es contribuir a la salud de todos sus miembros, por medio de la transmisión de creencias y valores de padres a hijos, así como del apoyo brindado.

Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño/a que los ayude a enfrentar el mundo exterior sin miedos ni inseguridades, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la depresión infantil; cualquier conflicto que se dé en la familia puede afectar directamente al niño/a.

La depresión infantil no es una excepción, en éste caso, la divergencia entre los padres con respecto a las pautas de crianza como la alimentación, higiene, los malos tratos y estilos educativos adquiere una especial importancia, la existencia de problemas

dentro del seno familiar es uno de los desencadenantes más potentes del trastorno depresivo infantil.

De tal manera se dice que la familia es un grupo de personas que nos cría, nos forma como personas, estableciendo nuestros valores morales y el que nos orientará a lo largo de nuestro desarrollo como seres humanos, en especial durante los primeros años de vida. 30

Funcionalidad familiar

El funcionamiento en la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros.

Con base en que la familia cumpla o deje de cumplir eficazmente sus funciones, se habla de familia funcional o disfuncional, ya que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Migración en Ecuador y depresión infantil

Uno de los fenómenos sociales, económicos y políticos que cobró especial interés en las últimas décadas y que sin duda tomará aún más relevancia en el presente milenio son las migraciones internacionales, vertiginosamente incrementadas a la luz de la globalización.

La migración en Ecuador se produce de forma alarmante debido a la mala calidad de vida por la crisis política, social y económica actual. La ausencia de varones y mujeres, padres de familia en su mayoría, ocasiona el desamparo de sus hijos, que son susceptibles de sufrir agresiones en su salud física, psíquica y mental.

En un estudio realizado por Albuja et al (2009) en la ciudad de Quito – Ecuador se encontró que la migración puede incrementar el riesgo de sufrir depresión infantil. (Albuja, 2009:46)

La depresión interfiere con el desempeño escolar y las relaciones interpersonales. Se ha relacionado estrechamente comportamiento violento, uso de alcohol, tabaco, drogas y conducta suicida con depresión.

La ausencia de los padres, la carencia afectiva, el maltrato infantil y la sociedad pueden influir para que estas complicaciones de la depresión sean frecuentes en los hijos de padres migrantes. La migración podría ser una solución al problema económico, pero también es el origen de agresión psicológica al niño y la familia con daños irreversibles.

Maltrato infantil

El maltrato infantil es una causa de sufrimiento para los niños y las familias, y puede tener consecuencias a largo plazo. El maltrato causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano, además trae consigo problemas mentales como la depresión. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF,2005), define a los/as niños/as maltratados como: “los menores de edad que enfrentan y sufren ocasional o habitualmente, violencia física, emocional o ambas, ejecutadas por actos de acción u omisión, pero siempre en forma intencional, no accidental, por padres, tutores, custodios o personas responsables de ellos”. A falta de maltrato infantil ha demostrado ser un factor protector para depresión.

Existe una gran variedad de síntomas que los niños pueden presentar como consecuencia de la situación de maltrato siendo los más frecuentes (ansiedad, la depresión, los síntomas relacionados con el estrés). El maltrato infantil puede tener por supuesto consecuencias inmediatas severas, inclusive la muerte, pero también conlleva a secuelas físicas y emocionales a mediano y a largo plazo.

Por esto, además de ser un delito y una violación a los derechos humanos, el maltrato infantil es un problema de salud pública grave al que hay que hacer frente desde una

perspectiva científica. No existe una asociación de factores que sea característica de alguna forma de maltrato, por lo que se requiere de la presencia de varios de ellos para que en un momento determinado se vea sobrepasada la capacidad de la familia y surja la violencia hacia un niño o adolescente (Romero, K. 2011)

4.2.4.3. Factores psicológicos.

Se refieren a episodios anteriores, repertorios básicos de conducta, comorbilidad y personalidad. En la teoría psicológica podemos distinguir tres corrientes:

Conductual

La vida tiene una serie de actividades que producen contento, y si esas actividades no se llevan a cabo, producen sentimientos negativos sobre nosotros, entonces aparece la depresión infantil.

Cognitiva

La depresión infantil está producida por estilos del pensamiento que incluyen una visión negativa acerca de sí mismo, del mundo y del futuro.

Existen semejanzas que dan lugar a la triada cognitiva, es decir, la visión negativa sobre sí mismo (baja autoestima), la interpretación de sus experiencias en forma negativa (atribuciones) y su visión pesimista sobre el futuro (desesperanza). Para este tipo de especialistas, la depresión infantil no se produce por lo que sucede fuera, porque se dan pocos refuerzos o escasa gratificación o muchos acontecimientos negativos, sino que se produce por lo que pasa dentro: por lo que el sujeto piensa o imagina, por lo que dice o valora.

4.2.4.4. Factores ambientales.

Los profesionales aluden a problemas relacionados con el ámbito escolar: cambios de colegio, curso y profesor. También mencionan dificultades de inserción y conflictos específicos con profesores.³⁴

4.2.4.5. Factores socioculturales

El desarrollo social del niño/a promueve su adaptación y su ajuste emocional. La incompetencia social es una de las características de los sujetos deprimidos, por éste motivo la buena interacción con personas cercanas a él se ha convertido en uno de los indicadores de la regularidad infantil. Los problemas del entorno familiar cuanto más graves son (económicos, alcoholismo, conductas delincuentes,) mayor es el riesgo que corre el niño/a, ya que la dinámica de la vida familiar se ve gravemente afectada.

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

El ambiente escolar es de particular interés en un cuadro depresivo, el rendimiento escolar puede ser síntoma o bien puede ser motivo, para presentar un cuadro depresivo.

La escuela marca el primer compromiso y responsabilidad del niño/a en su vida y ante la sociedad; de hecho un niño/a deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico, allí radica la importancia de una buena evaluación y seguimiento por parte del maestro para detectar estos cambios en el alumno.

4.2.5. Características en función de la edad

Durante años se consideró que el trastorno de la depresión, no era propio de niños/as; sin embargo, se ha observado que incluso en los primeros meses de vida puede presentarse la depresión infantil.

A partir del momento en que se acepta la depresión en la infancia, hay un marcado énfasis en la necesidad de adoptar una perspectiva evolutiva que permita discriminar alguna especificidad sintomática en diversos momentos del ciclo de la vida.

Las limitaciones cognitivas y afectivas y de lenguaje impiden al niño/a comprender la noción de futuro, anticipar las consecuencias de su conducta, o incluso, mantener cambios en el estado de ánimo más allá de lapsos cortos de tiempo. No es un tópico fácil de enfrentar, porque a algunos adultos les parece inconcebible que en la etapa infantil, estos se sientan acongojados y tristes, sin ánimo de vivir, siento que se considera a los niños los más felices porque no tienen responsabilidades, ni problemas graves.

El fracaso escolar y la depresión están a menudo muy relacionados. El bajo rendimiento escolar pudiera ser la expresión de un desinterés por participar; el rechazo escolar se refiere a una incapacidad o una negativa bastante dramática por parte del niño/a asistir a clase, aferrarse al hogar, ansiedad por separación, preocupación por la muerte.

El niño/a y la familia describen frecuentemente el miedo al maestro, ansiedad por los rendimientos escolares y el rechazo de sus compañeros.

En términos generales se pueden señalar las siguientes características de la depresión infantil en función de la edad:

4.2.5.1. Desde bebés hasta la edad preescolar

La depresión infantil, suelen presentar llanto permanente, decaimiento, pasividad, disminución del peso corporal, mayor propensión a presentar procesos de tipo infeccioso, retraso en el desarrollo psicomotor, inexpresividad en mirada y rostro, inmovilidad y rechazo al contacto.

Su depresión por síntomas casi exclusivamente psicósomáticos: enuresis (hacer pipí en la cama), onicofagia (comerse las uñas), manipulación genital, miedos nocturnos, llanto, y puede desarrollarse en tres fases de la conducta; primero, una etapa de protesta, que corresponde a una ansiedad de separación (de la madre); un periodo de

desesperación, en caso de que la separación con la madre se fortalezca con expresiones de pena y de duelo; y, un estado de separación, en el que se elabora la pérdida o se construyen defensas contra la misma. Pueden, incluso, que se apeguen desesperadamente a quien se ocupa de ellos o que dejen de comunicarse.

La depresión en estos niños/as está casi siempre conectada con el cambio o pérdida de la persona responsable de su cuidado, o cuando quien les cuida no es capaz de responder a sus necesidades.

4.2.5.2. Preescolares

La depresión infantil en este rango de edad se evidencia a menudo por la falta de sonrisa, la apatía hacia el juego y la falta de implicación en cualquier tipo de actividad. Se irritan o lloran con facilidad, agreden, y pueden realizar actividades destructivas hacia objetos, personas y hacia ellos mismos. Hay quejas físicas constantes como dolores de cabeza y abdominales u otras molestias gastrointestinales.

También se evidencia disminución en la capacidad y expresividad verbal. Puede darse adicionalmente el rechazo a la escuela o síntomas de desagrado notorio hacia ésta. Dificultad para separarse de sus padres y dificultad para adaptarse al centro educativo.

Muchas veces está conectado a algún acontecimiento familiar, como el nacimiento de un hermano. Es importante evaluar el contexto familiar puesto que la depresión en estas edades a menudo se asocia a maltrato intrafamiliar. (Sánchez,Sarmiento, Serrano, 2012:15).

4.3. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

4.3.1. Test de CDI

El Test de CDI (Children Depression Inventory) fue creado, validado y estandarizado, en 1977, por María Kovacs, con el objetivo es evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años hasta

los 15 años. El CDI puede administrarse de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 25 minutos, en función de la habilidad lectora del niño. Presenta 27 ítems de la prueba, en los que el niño tiene que elegir una de entre tres opciones, aunque también puede ser contestado por adultos de referencia (padres y maestros del niño).

La calificación de cada ítem se hace de 0 a 2 puntos, que corresponde a: Intensidad o frecuencia baja (0), intensidad o frecuencia media (1), intensidad o frecuencia alta (2). Además de la puntuación total de depresión, el CDI permite una puntuación por escalas o subdimensiones:

La puntuación se evalúa mediante dos escalas (Disforia y Autoestima Negativa):

La Disforia

El estado de ánimo disfórico es la expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo, lo que lleva al niño o adolescente a manifestar cambios en su estado de ánimo, con presencia de mal humor e irritabilidad, llorando o enfadándose con facilidad.

La dimensión de la disforia es evaluada por los ítems:1,2,3,4,6,10,11,12,16,17,18,19,20,21,22,26,27.La puntuación máxima es de 34, detectándose mayor presencia de ánimo disfórico con una puntuación más alta.

La Autoestima Negativa

Las ideas de autodesprecio incluyen sentimientos de incapacidad, fealdad y culpabilidad, presentándose ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio, junto con ideas de huida de casa.

La dimensión de autoestima negativa es evaluada por los ítems: 5,7,8,9,13,14,15,23,24,25.La puntuación máxima es de 20, detectándose mayor presencia de ideas de autodesprecio con una puntuación más alta.

El resultado de la prueba permite obtener datos entre la suma de ambas escalas que oscila entre 0-54 puntos. Las puntuaciones entre 0 y 11 sugieren ausencia de sintomatología depresiva, entre 12 y 18 sugieren sintomatología depresiva moderada y las puntuaciones mayores de 19 se consideran graves. (Segura, 2010:63-73)

4.3.2. Test De Apgar

El uso del APGAR familiar se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar. La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes en inglés de la función familiar:

Adaptabilidad (adaptability).

Se define como la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un factor de estrés durante un período de crisis.

Cooperación (partnertship).

Se define como la participación en la toma de decisiones y responsabilidades, lo cual define el grado de poder de los miembros de la familia.

Desarrollo (growth):

Se define como la posibilidad de maduración emocional y física, así como de autorrealización de los miembros de la familia, por el apoyo mutuo.

Afectividad (affection):

Se define como la relación de amor y atención entre los miembros de la familia.

Capacidad resolutiva (resolve).

Se define como el compromiso o determinación de dedicar tiempo, espacio, dinero a los otros miembros de la familia.

El test APGAR para funcionalidad familiar consta de 5 preguntas, cada pregunta consta de tres posibles respuestas: siempre, algunas veces y casi nunca, con valores de 2, 1 y 0 puntos respectivamente. Una vez obtenido el puntaje total, se procede a la clasificación de funcionalidad familiar:

- Normal-17-20 Puntos
- Disfunción Leve-13-16 Puntos
- Disfunción Moderada-10-12 Puntos
- Disfunción Severa-Menor o Igual a 9 (Sánchez, Sarmiento, Serrano, 2012:15).

5. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación es descriptiva y transversal.

AREA DE ESTUDIO

Escuela De Educación Básica Alonso De Mercadillo.

La unidad educativa esta ubicada en el sector de La Tebaida,

La escuela “Alonso de Mercadillo” fue creada por el Ilustre Municipio de Loja, en el mes de septiembre de 1958, durante su administración tuvo muchas limitaciones, por lo que en el año de 1961 pasó a ser institución fiscal, dando una educación exclusivamente a niñas. El 23 de julio de 1963 el Municipio de Loja dona el terreno hasta donde en la actualidad se ubica la escuela, esto es, en la parroquia Sucre, en el barrio Tebaida baja, calles (Brasil y Av. Pio Jaramillo).

A raíz de la puesta en marcha de la Reforma Curricular, en el año de 1997 la escuela pasó a ser mixta. En la actualidad la institución da cabida a 800 niñas y niños, distribuidos en 23 paralelos, con 32 docentes, identificados con su verdadera misión de dar una formación integral. Cuenta con profesores especializados en las áreas de Cultura Física, Computación, inglés y Cultura Estética (música, dibujo y labores).

UNIVERSO

El universo son un número de 800 escolares de la Escuela Educación Básica “Alonso de Mercadillo”.

MUESTRA

La muestra que se tomó: 220 escolares de 9 a 12 años de la Escuela Educación Básica “Alonso de Mercadillo”

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños(as) entre 9 a 12 años
- Estudiar en la Escuela de Educación Básica “Alonso Mercadillo”
- Padres que hayan firmado el consentimiento

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños(as) < 9 años y >12años
- Niños con trastornos diferentes a la depresión.
- Que no hayan firmado el consentimiento

MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN

Para desarrollar la investigación y cumplir los objetivos planteados se utilizó los siguientes instrumentos:

ANEXO 1. Se muestra la Autorización de la Directora del Establecimiento, para la aplicación de Encuesta, con ello la recolección de datos, información necesaria para el desarrollo de trabajo de investigación.

ANEXO 2. Se aplicó el *Test de CDI* o Inventario de Depresión Infantil, que sirve para evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, a partir de los 7 a 15 años. Este test consta de 27 items, cada uno agrupado por tres enunciados. El mismo que será calificado de la siguiente manera: Intensidad o frecuencia baja (0), intensidad o frecuencia media (1), intensidad o frecuencia alta (2). La puntuación se evalúa mediante dos escalas (Disforia y Autoestima Negativo); la **Disforia**: es evaluada por los

ítems:1,2,3,4,6,10,11,12,16,17,18,19,20,21,22,26,27.La puntuación máxima es de 34, detectándose mayor presencia de ánimo disfórico con una puntuación más alta. La **Autoestima Negativa:** es evaluada por los ítems: 5,7,8,9,13,14,15,23,24,25.La puntuación máxima es de 20, detectándose mayor presencia de ideas de autodesprecio con una puntuación más alta. El resultado de la prueba permite obtener datos entre la suma de ambas escalas que oscila entre 0-54 puntos. Las puntuaciones entre 0 y 11 sugieren ausencia de sintomatología depresiva, entre 12 y 18 sugieren sintomatología depresiva moderada y las puntuaciones mayores de 19 se consideran graves.

ANEXO 3. Se aplicó *El Test Del Apgar Familiar*, que es un cuestionario de cinco preguntas que buscan evidenciar el estado funcional de la familia, es una escala en la cual el entrevistado coloca su opinión al respecto del funcionamiento de la familia para algunos temas claves considerados marcadores de las principales funciones de la familia. (Gabriel Silkstein, 1994).

Las mismas que fueron calificadas de la siguiente manera: Siempre (4), Casi siempre (3), Algunas veces (2), Casi nunca (1), Nunca (0). Una puntuación de 18-20 sugiere una familia muy funcional o buena función familiar, una puntuación de 14-17 sugiere una Disfunción familiar leve. Una puntuación de 10 a 13 sugiere una Disfunción familiar moderada y una puntuación de 9 a menos indica una Disfunción familiar grave.

ANEXO 4. *Consentimiento Informado:* dirigidos a los padres, para que autoricen la aplicación de estos instrumentos de recolección de datos.

ANEXO 5. *Propuesta de prevención para la depresión infantil:* dirigida a los padres de familia, mediante charlas, señalando estrategias y técnicas para que sean aplicados en sus hijos.

ANEXO 6. *Fotografías:* en las cuales muestra la recolección de datos en los escolares de esta institución educativa.

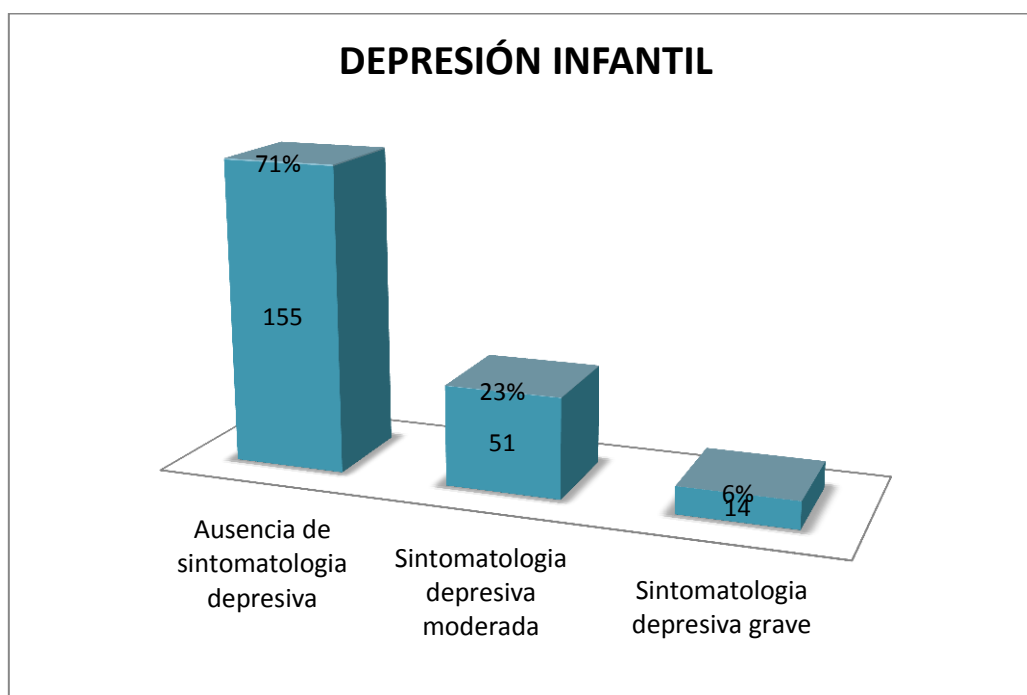
6. RESULTADOS

Prevalencia de la depresión infantil según el género en escolares de 9 a 12 años en la Escuela de Educación Básica Alonso de Mercadillo durante el periodo 2015

CUADRO N°1

DEPRESIÓN INFANTIL	F	%
AUSENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	155	71%
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA MODERADA	51	23%
SINTOMATOLOGIA GRAVE	14	6%
TOTAL	220	100%

FIGURA N°1



Fuente: Instrumentos: Test de CDI

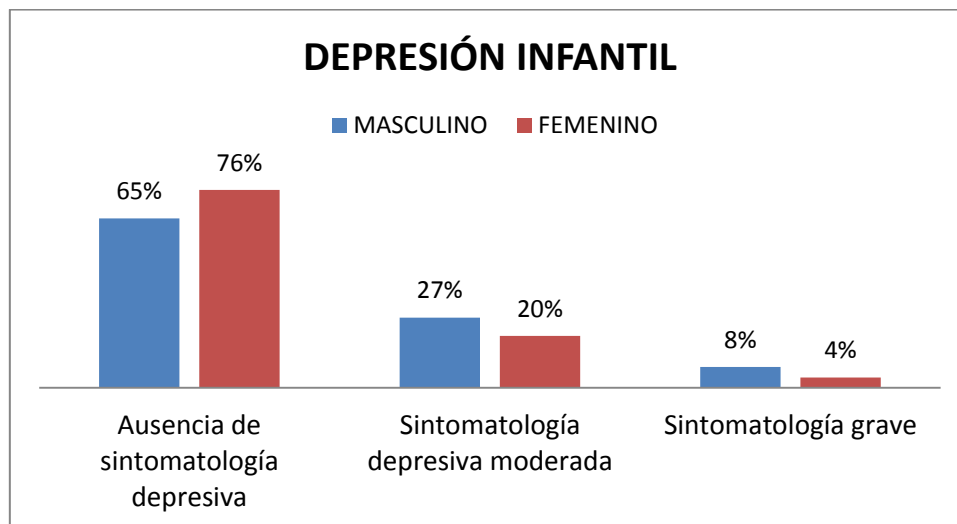
Elaborado por: Daniela Isabel Pogo Armijos

En el presente cuadro se puede observar que existe un 29%(n=65) de escolares con síntomas depresivos moderados y graves.

CUADRO N°2

DEPRESION INFANTIL	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
AUSENCIA DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	71	65%	84	76%	155	71%
SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA MODERADA	29	27%	22	20%	51	23%
SINTOMATOLOGIA GRAVE	9	8%	5	4%	14	6%
TOTAL	109	100%	111	100%	220	100%

FIGURA N°2



Fuente: Instrumentos: Test de CDI

Elaborado por: Daniela Isabel Pogo Armijos

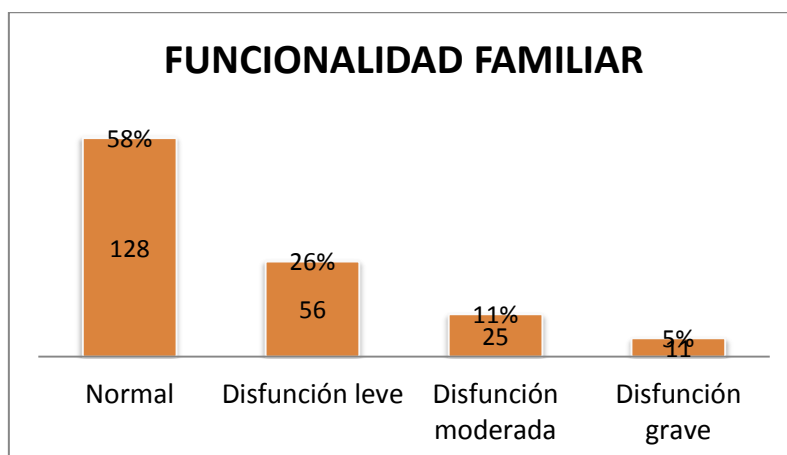
Se encontró escolares de género masculino que presentaron sintomatología depresiva moderada y grave de 35%(n=38).

Principales factores de riesgo familiares asociados a la depresión infantil según el género en escolares de 9 a 12 años en la Escuela de Educación Básica Alonso de Mercadillo durante el periodo 2015

CUADRO N°3

FUNCIONALIDAD	F	%
NORMAL	128	58%
DISFUNCIÓN LEVE	56	26%
DISFUNCIÓN MODERADA	25	11%
DISFUNCIÓN GRAVE	11	5%
TOTAL	220	100%

FIGURA N°3



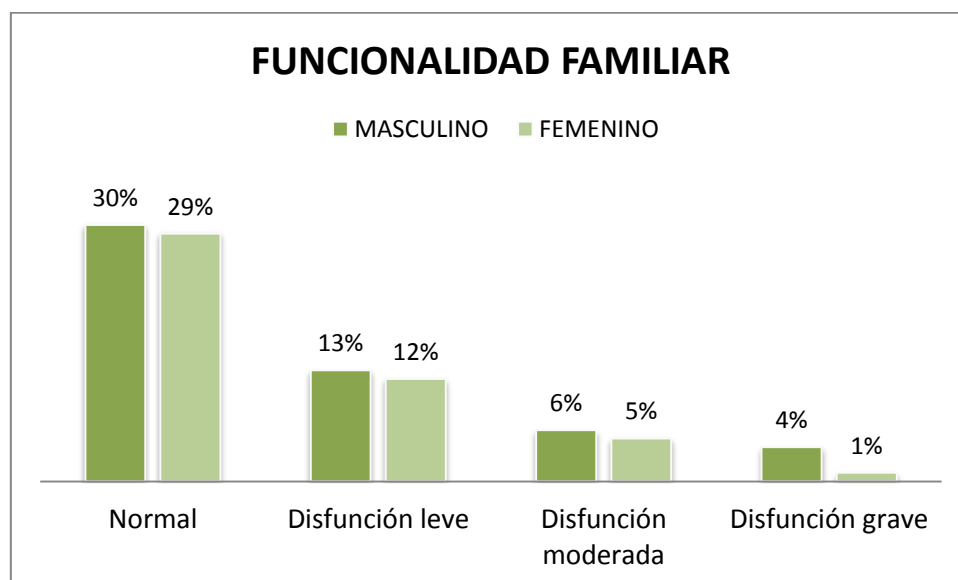
*Fuente: Test de Apgar Familiar
Elaborado por: Daniela Isabel Pogo Armijos*

Se encontró escolares que presentaron disfunción leve y moderada con el 42% (n=92).

CUADRO N°4

FUNCIONALIDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
NORMAL	65	30%	63	29%	128	58%
DISFUNCION LEVE	29	13%	27	12%	56	26%
DISFUNCION MODERADA	13	6%	12	5%	25	11%
DISFUNCION GRAVE	8	4%	3	1%	11	5%
TOTAL	115		105		220	100%

FIGURA N°4



Fuente: Test de Apgar Familiar
Elaborado por: Daniela Isabel Pogo Armijos

Se encontró escolares de género masculino que presentaron disfunción leve, moderada y grave con el 23% (n=50).

7. DISCUSIÓN

La depresión infantil representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, ya que puede desencadenar factores de riesgos psicosociales, económicos y familiares, que afectan en el funcionamiento y configuración de la familia.

El estudio se realizó en 220 escolares de 9 a 12 años, de los cuales se encontró 29% con sintomatología depresiva moderada y grave, siendo mayor en el género masculino con un 35%. Con respecto a los factores de riesgo se encontró en niños y niñas alrededor de 42% con disfunción familiar leve, moderada y grave, siendo el grupo de mayor índice el género masculino de 23%.

De acuerdo al estudio realizado por Sánchez en el año 2012, en Latinoamérica la prevalencia de depresión infantil en Ecuador fue alta de 41% entre 9 y 16 años, en Chile de 25.9%, en Colombia de 25.2% y 17.09% y en Perú de 18% “(Sánchez, Sarmiento, Serrano, 2012:15).

Se puede contrastar según los estudios realizados en Latinoamérica, presentaron los porcentajes de la prevalencia de la depresión infantil eran altos de 41%, en relación a las cifras del presente estudio de 29%.

Según una investigación realizado por Mantilla (2010), sobre la “Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares en Bucaramanga-Colombia”, realizada con 248 niños de 8 a 11 años, los datos señalaron una prevalencia de sintomatología depresiva de al menos el 9,2 %. Dentro del mismo estudio se realizó una comparación con respecto al género y la edad, en la cual los datos indicaron que los síntomas depresivos fueron mayores en niñas, representado el 13,3 % en relación con el 6,4 % en los niños. (Mantilla, 2010:163).

Al comparar este estudio, se encontró cifras menores de depresión infantil en niños de 6,4%, en relación a los porcentajes de nuestra investigación en la cual fueron mayores en escolares de género masculino de 35%.

Según un estudio realizado por Bernaras, Cueva, Jaureguizar. (2013), llevaron a cabo una investigación con 1104 alumnos de 8 a 12 años de edad, de los cuales 557 eran niñas y 527 eran niños, pertenecientes a diferentes instituciones educativas de la Comunidad Autónoma del País Vasco, los resultados revelaron que el 4.2 % presentaba sintomatología depresiva, en comparación con el sexo los niños presentaron porcentajes depresivos más elevados que las niñas, ya que se evidencio el 6 % en varones y el 2.6 % en mujeres. (Bernaras, E., Cueva, C., Jaureguizar, J., Ibabe, I., & Soroa, M. 2013:9).

Al realizar un análisis comparativo con la presente investigación, podemos detallar, que los niños presentaron cifras menores de 6% de depresión infantil, en comparación a nuestro estudio donde los niños presentaban cifras mayores de 35% de síntomas depresivos.

En un estudio realizado en Quito por Puyol en el año 2011, en el Valle de los Chillos, se investigó la prevalencia de sintomatología depresiva y su asociación con factores psicosociales, en los niños/as de sexto y séptimo año de educación básica, con una prevalencia del 41% en los 195 niños/as estudiados, en una edad comprendida entre los 9 a 16 años, la disfunción familiar se asoció con la sintomatología depresiva en un 34,4%. (Puyol, L.2011)

En este estudio, se puede evidenciar, que los escolares presentaron porcentajes mayores de un 41% con síntomas depresivos, en comparación a las cifras de nuestro estudio de 35%.

Según el estudio realizado por Benítez V, y Castillo en el año 2010, en el Hogar San Juan Bosco (CASMUL), se investigó a 47 individuos, donde se encontró el 19.15% Depresión Infantil¹ y 2.8% Maltrato Infantil. (Benítez V, y Castillo V, 2010:7)

De acuerdo a los datos obtenidos de dicho estudio, se encontraron porcentajes menores de depresión infantil de 19%, en relación a los porcentajes de nuestro estudio, los cuales fueron mayores con un 35%.

8. CONCLUSIONES

- Una vez obtenido los resultados, es posible señalar, que la prevalencia de la depresión infantil en escolares fue de 29%, siendo el grupo más afectado los escolares de género masculino con un 35%. Por lo tanto podemos darnos cuenta que los padres no prestan la atención necesaria a sus hijos, provocando cambios de conducta, comportamiento, estado de ánimo, irritabilidad, aislamiento, e incluso sentimientos de autodeprecio.
- En cuanto a los factores de riesgo familiares, se encontraron datos de 42% con disfunción familiar, reflejándose el 23% en el género masculino con disfunción leve a grave, es decir, ya que puede deberse a problemas familiares.
- Finalmente se elaboró una propuesta de prevención de depresión infantil realizando, charlas, dirigidas a padres de familia, el fin de dar estrategias, técnicas, que puedan ser aplicadas en los escolares, de tal manera que los padres respondieron exitosamente, comprometiéndose en mejorar la relación familiar de padres a hijos, generando cambios en el comportamiento y actitudes en los niños.

9. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades buscar alternativas de solución que sean aplicadas en los escolares, para tratar este tipo de trastorno, mediante el asesoramiento de un profesional en la rama de psicología, para continuar con el seguimiento adecuado en quienes presentes síntomas depresivos.
- Se sugiere a los familiares brindar la suficiente atención a los hijos, programando actividades interactivas (pasatiempos, lectura, música, manualidades, deportes), etc; y mejorando las relaciones familiares a través de la comunicación de padres a hijos, y así evitar el incremento de hogares desestructurados, familias monoparentales y divorcios.
- Se recomienda a padres de familia que las estrategias señaladas en la charla sean aplicadas en sus hijos, buscando la forma de tratar este tipo de trastorno mediante la observación de patrones de conducta, que ayuden a mejorar el desenvolvimiento del niño en el área escolar, y en su entorno social que le rodea.
- Se sugiere a los niños que se comprometan a cumplir con las obligaciones, normas establecidas por los padres, que permitan al niño cambiar la imagen de si mismo, creando un ambiente agradable, seguro y llevándolas a cabalidad correctamente.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Albuja, B; Albuja E; y Albuja W. Depresión infantil en hijos de padres migrantes.
Elseiver [en línea]. 2009. 41
2. Barros, N.(2013). Prevalencia de trastornos afectivos y factores asociados en escolares de Cuenca 2011. (Título de Especialidad de Pediatría). Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Postgrado de Pediatría.
3. Benítez, V. y Castillo V. (2010). Implementación De La Atención Psicológica En La Unidad De Salud Mental Del Hogar San Juan Bosco De La Ciudad De Loja Marzo-Septiembre 2010. (Título de Psicólogo Clínico). Universidad Nacional de Loja. Psicología Clínica.
4. Bernaras, E., Cueva, C., Jaureguizar, J., Ibabe, I., & Soroa, M. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. Anales de Psicología.
5. Caballo, V. y Simón, M. (2006). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales. Madrid: Pirámide.
6. Cuervo. y Izzedin, M. (2007). Tristeza, depresión y estrategias de autorregulación en niños. Tesis Psicológica 2, pag:35-47
7. Cuevas, M. y Teva, I. (2006). Evaluación y tratamiento de la depresión infantil. Manual de psicología clínica infantil. (pp. 233-234). Madrid: Biblioteca nueva.
8. Depresión Infantil. Consultado en línea.(28/05/2015.)
<http://es.slideshare.net/fvitaliajacqueline/depression-infantil-1722828>
9. De Barbieri, A. (2007). Nuevas familias, nuevas complejidades. Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Republica. Extraído (23-02-2015).

10. Kliegman, R. Nelson Tratado de Pediatría. 18ava ed. Vol I. España: Elseiver; 2009. Pág 121
11. Educación Al Paciente. Depresión Infantil. Consultado en línea (11-05-2015). Disponible en:
http://www.clinicasantamaria.cl/edu_paciente/depresion_infantil.htm
12. GARBER, J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. Prev Med. 2006; 31(6): [104-125]. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17175406>
13. Gordillo, R.(2010). Análisis Longitudinal De La Relación Entre Depresión Y Agresión Física Y Verbal En Población Infanto-Juvenil.(Tesis Doctoral). Universidad Nacional De Educación A Distancia. Facultad de Psicología Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
14. Herrera, Núñez, Tobón, y Arias. (2009) Herrera E. Prevalence of child depression in Neiva (Colombia). Av. Psicol. Latinoam. Jan/Apr., vol.27, no.1 p.154-164.
15. Jara, L. (2008). Conociendo a los niños andinos a través de sus dibujos y sus sueños. En Panez, R., Silva, G. y Silva, M. (Eds.) Resiliencia en el ande. Un modelo para promoverla en los niños. Lima.
16. Jiménez, I. (2006). Morbilidad y maltrato infantil en niños entre 7- 14 años en consulta de Psicología. Rev Hum Med. Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay

ANEXO N°1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
COORDINACION CARRERA DE MEDICINA HUMANA

MEMORÁNDUM Nro. 01646 - CCM-ASH-UNL

PARA: Lic. Rosa Gordillo
DIRECTORA DE LA ESCUELA ALONSO DE MERCADILLO

DE: Dr. Patricio Aguirre Aguirre.
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 15 de junio del 2015

ASUNTO: Solicitar autorización para desarrollo de trabajo de investigación

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la **Srta. Daniela Isabel Pogo Armijos**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda realizar la aplicación de una encuesta y recolección de datos, información que le servirá para el desarrollo de su trabajo de investigación denominado **"PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGOS FAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESION INFANTIL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS DE LA ESCUELA DE EDUCACION BASICA ALONSO DE MERCADILLO DURANTE EL PERIODO 2015"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Dra. Ruth Maldonado, Catedrática de esta institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional

Atentamente,

Dr. Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.
COORDINADOR DE LA CARRERA DE MEDICINA



*Recibido
 16-06-2015*

G.Rey
 c.c.: Archivo

ANEXOS N° 2

Formulario: N°.....

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**ÁREA DE LA SALUD HUMANA****CARRERA DE MEDICINA****MÓDULO X****TEMA:**

“Prevalencia y factores de riesgo familiares asociados a la depresión infantil en escolares de 9 a 12 años de la Escuela De Educación Básica Alonso De Mercadillo Durante el Periodo 2015”

“El Test de CDI (Children Depresión Inventory) fue creado, validado y estandarizado, en 1977, por María Kovacs, con el objetivo de evaluar los síntomas depresivos en niños y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 7 años hasta los 15 años”

Edad:

Género: F M

INSTRUCCIONES:

Este es un cuestionario que tiene enunciados que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, un enunciado, la que mejor diga, cómo te has portado, como te has sentido o que has sentido en las **ÚLTIMAS DOS SEMANAS**, luego coloca una marca como una “X” en los espacios que correspondan.

N°	Ítems	N°	Ítems
1	<input type="checkbox"/> De vez en cuando estoy triste.	2	<input type="checkbox"/> Nunca me va a salir nada bien.
	<input type="checkbox"/> Muchas veces estoy triste.		<input type="checkbox"/> No estoy muy seguro de si las cosas me van a salir bien.
	<input type="checkbox"/> Siempre estoy triste.		<input type="checkbox"/> Las cosas me van a salir bien.
3	<input type="checkbox"/> La mayoría de las cosas las hago bien.	4	<input type="checkbox"/> Muchas cosas me divierten.
	<input type="checkbox"/> Muchas cosas las hago mal.		<input type="checkbox"/> Algunas cosas me divierten.
			<input type="checkbox"/> Nada me divierte.

	<input type="checkbox"/> Todo lo hago mal.		
5	<input type="checkbox"/> Siempre soy malo o mala. <input type="checkbox"/> Muchas veces soy malo o mala. <input type="checkbox"/> Algunas veces soy malo o mala.	6	<input type="checkbox"/> A veces pienso que me puedan pasar cosas malas. <input type="checkbox"/> Me preocupa que pasen cosas malas. <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que me pasarán cosas muy malas.
7	<input type="checkbox"/> Me odio. <input type="checkbox"/> No me gusta como soy. <input type="checkbox"/> Me gusta como soy.	8	<input type="checkbox"/> Todas las cosas malas son por mi culpa. <input type="checkbox"/> Muchas cosas malas son por mi culpa. <input type="checkbox"/> Generalmente no tengo la culpa de que pasen cosas malas.
9	<input type="checkbox"/> No pienso en matarme. <input type="checkbox"/> Pienso en matarme pero no lo haría. <input type="checkbox"/> Quiero matarme.	10	<input type="checkbox"/> Todos los días tengo ganas de llorar. <input type="checkbox"/> Muchos días tengo ganas de llorar. <input type="checkbox"/> De vez en cuando tengo ganas de llorar.
11	<input type="checkbox"/> Siempre me preocupan las cosas. <input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupan las cosas. <input type="checkbox"/> De vez en cuando me preocupa las cosas.	12	<input type="checkbox"/> Me gusta estar con la gente. <input type="checkbox"/> Muchas veces no me gusta estar con la gente. <input type="checkbox"/> Nunca me gusta estar con la gente.
13	<input type="checkbox"/> No puedo decidirme. <input type="checkbox"/> Me cuesta decidirme. <input type="checkbox"/> Me decido fácilmente.	14	<input type="checkbox"/> Soy simpático o simpática. <input type="checkbox"/> Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan. <input type="checkbox"/> Soy feo o fea.
15	<input type="checkbox"/> Siempre me cuesta hacer las tareas. <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta hacer las tareas. <input type="checkbox"/> No me cuesta hacer las tareas	16	<input type="checkbox"/> Todas las noches me cuesta dormir. <input type="checkbox"/> Muchas veces me cuesta dormir. <input type="checkbox"/> Duermo muy bien.
17	<input type="checkbox"/> De vez en cuando estoy cansado o cansada. <input type="checkbox"/> Muchos días estoy cansado o cansada. <input type="checkbox"/> Siempre estoy cansado o cansada.	18	<input type="checkbox"/> La mayoría de los días no tengo ganas de comer. <input type="checkbox"/> Muchos días no tengo ganas de comer. <input type="checkbox"/> Como muy bien.
19	<input type="checkbox"/> No me preocupan el dolor ni la enfermedad. <input type="checkbox"/> Muchas veces me preocupan el dolor la enfermedad. <input type="checkbox"/> Siempre me preocupan el dolor y la enfermedad.	20	<input type="checkbox"/> Nunca me siento solo o sola. <input type="checkbox"/> Muchas veces me siento solo o sola. <input type="checkbox"/> Siempre me siento solo o sola.
21	<input type="checkbox"/> Nunca me divierto en el colegio. <input type="checkbox"/> Sólo a veces me divierto en el colegio. <input type="checkbox"/> Muchas veces me divierto en el colegio.	22	<input type="checkbox"/> Tengo muchos amigos. <input type="checkbox"/> Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más. <input type="checkbox"/> No tengo amigos.
	<input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio es		<input type="checkbox"/> Nunca podré ser tan bueno como

23	bueno. <input type="checkbox"/> Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes. <input type="checkbox"/> Llevo muy mal los cursos que antes llevaba muy bien.	24	otros niños. <input type="checkbox"/> Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños. <input type="checkbox"/> Soy tan bueno como otros niños.
25	<input type="checkbox"/> Nadie me quiere. <input type="checkbox"/> No estoy seguro de que alguien me quiera. <input type="checkbox"/> Estoy seguro de que alguien me quiere.	26	<input type="checkbox"/> Generalmente hago lo que me dicen. <input type="checkbox"/> Muchas veces no hago lo que me dicen. <input type="checkbox"/> Nunca hago lo que me dicen.
27	<input type="checkbox"/> Me llevo bien con la gente. <input type="checkbox"/> Muchas veces me peleo. <input type="checkbox"/> Siempre me peleo		

Intensidad o Frecuencia Baja	0 puntos
Intensidad o Frecuencia Media	1 puntos
Intensidad o Frecuencia Alta	2 puntos

EVALUAR LAS ESCALAS	
Disforia	34 puntos
Autoestima Negativa	20 puntos
Puntuación Total	54 puntos

INTERPRETACION DEL PUNTAJE	
Ausencia de sintomatología depresiva	0-11 puntos
Sintomatología depresiva moderada	12-18 puntos
Sintomatología grave	>19 puntos

ANEXO N° 3

FACTORES DE RIESGO FAMILIARES:

“El Apgar Familiar fue diseñado, en 1978, por el Doctor Gabriel Smilkstein, propuso la aplicación para los equipos de Atención Primaria, en su aproximación al análisis de la función familiar básico”

CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA FAMILIA

Estimados; La presente encuesta se hace con el propósito de obtener información real por parte de ustedes. Marque con una X la respuesta que usted considere correcta.

PREGUNTAS	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad					
2. Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas					
3. Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades.					
4. Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como: tristeza, rabia, amor.					
5. Me satisface como compartimos en mi familia 1. El tiempo para estar juntos 2. Los espacios en la casa 3. El dinero					

INTERPRETACIÓN DEL PUNTAJE	
Normal	17-20 Puntos
Disfunción Leve	13-16 Puntos
Disfunción Moderada	10-12 Puntos
Disfunción Severa	Menor o Igual a 9

Nunca	0
Casi nunca	1
Algunas veces	2
Casi siempre	3
Siempre	4

ANEXO N° 4**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE FAMILIA**

Yo _____ autorizó que mi hijo(a) participe en el estudio “PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS E LA ESCUELA DE EDUCACION BÁSICA ALONSO DE MERCADILLO DURANTE EL PERIODO 2015” realizado por la estudiante de la Carrera de Medicina Daniela Isabel Pogo Armijos como tesis para optar el título de Médico General.

Para tal fin se desarrollará una investigación la cual no presenta ningún riesgo psicológico, emocional, académico o social para sus hijos, la información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito. Como constancia de mi autorización firmo el presente documento.

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO N°5

PROPUESTA DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESION INFANTIL DIRIGIDA A LOS PADRES DE FAMILIA

La depresión infantil: ¿Qué pueden hacer los padres para ayudar?

¿Qué es la depresión infantil?

La depresión puede estar presente cuando el niño:

- Está de ánimo triste, enojado o de mal humor.
- No disfruta de las cosas que solían hacerlo feliz.
- Un cambio notable de peso o en la forma de comer, ya sea mucho o poco.
- Duerme muy poco durante la noche o demasiado durante el día.
- Ya no quiere estar con la familia o con los amigos.
- Falta de energía o se siente incapaz de hacer tareas simples.
- Sentimientos de que no vale nada o de culpa. Baja autoestima.
- Problemas para tomar decisiones. Las calificaciones de la escuela pueden bajar.
- Pensamientos frecuentes sobre la muerte o sobre el suicidio.

Cualquiera de estos síntomas puede presentarse en niños que no están deprimidos, pero cuando se presentan todos juntos casi todos los días, son señales de alerta de la depresión.

¿Qué debo hacer si creo que mi hijo está deprimido?

- Hable con su hijo sobre sus sentimientos y sobre las cosas que suceden en el hogar y en la escuela que le puede estar molestando.
- Comuníquese al médico de su hijo. Algunos problemas médicos pueden causar la depresión. Su doctor puede recomendar psicoterapia (*asesoramiento para*

ayudar a la personas con sus emociones y comportamiento) o medicamento para la depresión.

¿Qué puedo hacer para ayudar?

Promueva la buena salud:

- Incluya una dieta saludable, dormir lo suficiente, ejercicio y relaciones positivas con otras personas en el hogar y en la escuela.
- Limite el tiempo que pasan frente una pantalla (televisor, computador) y fomente la actividad física para ayudar a que establezca relaciones positivas con los demás.

Brinde seguridad y protección:

- Hable con su hijo sobre el tema del hostigamiento o abuso escolar, ya que es una de las causas de los problemas de salud mental en los niños.

Ayude a que su niño fomente técnicas de entendimiento y adaptación:

- Ayude a que su hijo se relaje con actividades físicas y creativas. Hable y escuche al niño con amor y comprensión. Ayude a que su hijo aprenda a describir sus sentimientos.
- Solucione los problemas o tareas en pequeños pasos para que su hijo puede tener éxito.

Elabore un plan de seguridad:

- Asegúrese de que su niño asista a la terapia y que tome su medicamento según las indicaciones. El tratamiento funciona, pero puede tomar algunas semanas. El niño deprimido puede no darse cuenta de los cambios de ánimo de inmediato.
- Esté atento a los factores de riesgo del suicidio. Estos incluyen hablar de suicidio en persona o por el internet, regalar pertenencias, pensar mucho en la muerte y el abuso de sustancias.

ANEXO N°6

FOTOGRAFIAS DEL GRUPO DE ESTUDIO



Escolares de Séptimo Año De Básica





Escolares de Sexto Año de Básica





Escolares de Quinto Año de Básica



CERTIFICADO

Lic. Jorge Caraguay

**DOCENTE DEL ÁREA DE LA LENGUA EXTRANJERA DE LA UNIDAD
EDUCATIVA DEL MILENIO BERNARDO VALDIVIESO**

CERTIFICA:

Haber realizado la traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de la tesis titulada: **PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN INFANTIL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS EN LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA ALONSO DE MERCADILLO DURANTE EL PERIODO 2015** de autoría de **DANIELA ISABEL POGO ARMIJOS**.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente.

Atentamente.

Loja, 18 de Octubre de 2016



Lic. Jorge Caraguay

Docente de La Unidad Educativa del Milenio Bernardo Valdivieso



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TITULO

“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS A
LA DEPRESIÓN INFANTIL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS EN LA
ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA ALONSO DE MERCADILLO
DURANTE EL PERIODO 2015”

AUTORA

Daniela Isabel Pogo Armijos

TESIS PREVIA A LA
OBTENCIÓN DE TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Hugo Arturo Cueva Chamba, Esp.

Loja – Ecuador

2016

**“PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO FAMILIARES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN
INFANTIL EN ESCOLARES DE 9 A 12 AÑOS EN LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA
ALONSO DE MERCADILLO DURANTE EL PERIODO 2015”**

PROBLEMATIZACIÓN

“La depresión se define como un problema psicológico complejo cuyas características principales son un estado de ánimo irritable y/o disfórico, falta de motivación y disminución de la conducta instrumental adaptativa” (Caballo, y Simón, 2005:86).

“Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda y abatimiento, el individuo se siente infeliz, desmoralizado, aburrido y se menosprecia a sí mismo” (Santrock, 2007:106).

Según un informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión representa uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo, de los cuales un 20% de niños y adolescentes sufre de alguna enfermedad mental. (OMS, 2012)

“Investigaciones recientes coinciden en que la prevalencia a nivel mundial está entre 8% y 20% y es una de las problemáticas de salud mental de la infancia que incrementa notablemente el riesgo de suicidio y de depresión severa en la adolescencia” (Cuervo, y Izzedin, 2007: 35-47).

En Barcelona, se investigó a 1507 estudiantes, de cuarto a sexto año de educación básica de 8 y 12 años de edad, en quienes mediante la aplicación del Test de CDI tenían como factor de riesgo la migración en un 11%. (Romero, 2011:14)

La importancia de los trastornos mentales es trascendental a nivel de los países latinoamericanos. A esto se suma los resultados obtenidos en diferentes estudios a nivel de Norte América y Europa que registran estadísticas importantes sobre los principales trastornos afectivos en poblaciones de niños y jóvenes.(Barros,2013:13)

“Algunos estudios indican que la depresión infantil se presenta en menor porcentaje en el periodo preescolar en un 2%, ascendiendo a un 8 a 10% en edades escolares y a 13% en adolescentes” (Herrera, Núñez, Tobón, y Arias, 2009).

“En Latinoamérica la prevalencia de depresión infantil en Ecuador es alta de 41% entre 9 y 16 años, en Chile de 25.9%, en Colombia de 25.2% y 17.09% y Perú de 18%“(Sánchez,Sarmiento,Serrano,2012:15).

En Cuba, un estudio realizado en 90 niños de 7 a 14 años con depresión infantil, alrededor de 85,7% reciben maltrato. Otra investigación se efectuó en Brasil, donde se trabajó con 553 niños/as de 7 a 12 años, en quienes se determinó las representaciones sociales de la depresión luego de identificar a los afectados a través del Test de CDI (Children Depression Inventory). Al final, los datos obtenidos mostraron que esta enfermedad se basa fundamentalmente en factores psicosociales, los cuales son reportados por los niños, como la falta de amigos, aislamiento y miedo a ser rechazado. (Jiménez, I; Carmona, A; Portell, Y y Canino, N; 2006)

“Dentro de los factores de riesgo de depresión infantil en una investigación que se realizó en nuestro país, en la Ciudad de Tulcán (Ecuador), se encontró datos, que el 64% de los niños encuestados enuncian ser maltratados por sus padres” (Enríquez,2006).

En Quito, en el Valle de los Chillos, se investigó la prevalencia de sintomatología depresiva y su asociación con factores psicosociales, en los niños/as de sexto y séptimo año de educación básica de una escuela fiscal, se obtuvieron datos biográficos, se realizó un familiograma y la aplicación de dos test, el APGAR familiar infantil y el test del CDI(Children Depression Inventory), es así, que hallaron un prevalencia del 41% en los 195 niños/as estudiados, en una edad comprendida entre los 9 a 16 años, la disfunción familiar se asoció con la sintomatología depresiva en un 34,4%. Los padres

migrantes se reportaron por 22 participantes (11.28%), y en 6 (3.07%), era la madre quien había migrado. (Puyol,2011:12-15)

A nivel local, en el Hogar San Juan Bosco (CASMUL), se investigó a 47 individuos, donde se encontró, una prevalencia del 2.12% Retraso mental leve, 10.64% Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, 12.8% Ansiedad Infantil, 12.8% Maltrato Infantil, 19.15% Depresión Infantil y 42.55% sin Trastornos psicológicos. (Benítez V, y Castillo V, 2010:7)

El desarrollo de los niños y los adolescentes se ha visto afectado por los drásticos cambios sociales que han venido ocurriendo en las últimas décadas como el aumento de la violencia en los distintos estratos de a sociedad, producto de los nuevos factores económicos y políticos. (Villamil y Manero, 2006)

Sabemos que en la Sierra se encuentran las ciudades que ostentan los más altos niveles de pobreza, la cual, deteriora la calidad de vida del niño, frustra a los padres, quienes suelen transmitir esta frustración a sus hijos, reduce la confianza del niño en su medio y en sí mismo, impidiendo que el niño pueda expresar sus sentimientos e inquietudes propiciando estados disfóricos. (Jara, 2005)

Estos cambios, han repercutido en el funcionamiento y la configuración de la familia, produciendo un incremento de los hogares desestructurados, de las familias monoparentales y de los divorcios, entre otros. Estas características de las familias se han convertido en factores de riesgo para la aparición de la depresión infantil. (De Barbieri, 2007)

JUSTIFICACIÓN

Los motivos que promovieron el elegir, el presente tema investigativo, es porque, nos hemos dado cuenta que las familias contemporáneas dedican su tiempo a todo menos a cuidar, educar, formar y orientar a los niños, más bien son objeto de continuos atropellos y malos tratos, es por ello, que es necesario, mejorar la calidad de vida de los niños, pues la identificación de factores de riesgo familiares asociados en ellos, pueden ayudarnos a prevenir complicaciones físicas, psicológicas y sociales en el niño, que alteren el desarrollo Bio-psico-social en su adultez.

Es importante, realizar un estudio de investigación que denote en nuestro país, de acuerdo a nuestra realidad, para conocer los principales factores de riesgo familiares que pueden generar alteraciones psicológicas en la población infantil, como: la migración, el maltrato infantil, y la disfunción familiar.

Es interesante el estudio que se va realizar, ya que muestra como los niños a pesar de su corta edad sufren depresiones al igual que los adultos, es decir, que en ellos se refleja la problemática que viven sus padres o cualquier miembro de familia en el medio en que viven.

Este estudio es relevante, ya que se dará a conocer la relación que existe de los factores de riesgo familiares en escolares con depresión infantil, el mismo que provoca manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y fisiológicas, teniendo repercusiones en las áreas escolar y socio - afectiva del niño.

Mediante este estudio podemos demostrar que se puede medir y relacionar las variables en estudio. Un niño maltratado tanto psicológica, física o sexualmente dentro del seno familiar que es lo que nos interesa en este trabajo de investigación, se expone sin duda a una serie de conflictos internos que repercutirán en la vida del niño, joven y adulto.

OBJETIVOS

OBJETIVOS GENERALES:

Investigar la prevalencia y factores de riesgo familiares asociados a la depresión infantil en escolares de 9 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Alonso de Mercadillo

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Determinar la prevalencia de la depresión infantil según el género en escolares de 9 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Alonso de Mercadillo
- Establecer los principales factores de riesgo familiares asociados a la depresión infantil según el género en escolares de 9 a 12 años de la Escuela de Educación Básica Alonso de Mercadillo
- Elaborar una propuesta de prevención infantil en escolares de 9 a 12 años de la Escuela de Educación Básica De Alonso de Mercadillo

METODOLOGÍA

Tipo de estudio: Esta investigación es descriptiva y transversal.

Área de estudio: Escuela De Educación Básica Alonso De Mercadillo.

Muestra: La muestra que se tomó: 220 escolares de 9 a 12 años de la Escuela Educación Básica “Alonso de Mercadillo”

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños(as) entre 9 a 12 años
- Estudiar en la Escuela de Educación Básica “Alonso Mercadillo”
- Padres que hayan firmado el consentimiento

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños(as) < 9 años y >12años
- Niños con trastornos diferentes a la depresión.
- Que no hayan firmado el consentimiento

ÍNDICE DE MARCO TEÓRICO

4.1. INFANCIA

4.1.1. Infancia

4.1.1.2. Niñez temprana

4.1.3. Niñez intermedia

4.1.4. Adolescencia

4.2. DEPRESIÓN INFANTIL

4.2.1. Concepto de depresión

4.2.2. Concepto de depresión Infantil

4.2.3. Epidemiología de depresión Infantil

4.2.4. Etiología de depresión Infantil

4.2.4.1. Factores de riesgo genéticos y bioquímicos

4.2.4.2. Factores familiares

4.2.4.3. Factores psicológicos

4.2.4.4. Factores ambientales

4.2.4.5. Factores socioculturales

4.2.5. Características en función de la edad

4.2.5.1. Desde bebés hasta la edad preescolar

4.2.5.2. Preescolares

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADORES	ESCALA
<p style="text-align: center;">DEPRESIÓN INFANTIL</p>	<p>La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño.</p>	<p>(TEST DE CDI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disforia • Autoestima Negativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Intensidad/Frecuencia Baja (0) • Intensidad/Frecuencia Media (1) • Intensidad/Frecuencia Alta (2) <p>Ausencia de sintomatología depresiva 0-11 puntos Sintomatología depresiva 12-18 puntos Sintomatología grave >19 puntos</p>
<p style="text-align: center;">FACTORES DE RIESGOS FAMILIARES</p>	<p>Características o condiciones biológicas, psicológicas, conductuales o sociales cuya existencia en los individuos o familias incrementa la probabilidad de presentar algún daño en salud.</p>	<p>(APGAR)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación • Participación • Crecimiento • Afecto • Recursos 	<ul style="list-style-type: none"> • Casi siempre (3) • Algunas veces (2) • Casi nunca (1), • Nunca (0). <p>Buena Función Familiar 18-20 Disfunción familiar leve 14-17 Disfunción familiar moderada 10-13 Disfunción Familiar Severa 9 o menos</p>

RECURSOS TÉCNICOS

- ❖ Información de paginas Web
- ❖ Computadora
- ❖ Impresora.
- ❖ Lápices
- ❖ Esferos Gráficos
- ❖ Hojas de papel Bond
- ❖ Empastado de Tesis

PRESUPUESTO

Materiales	Valor
Copias	85
Búsqueda de información de páginas Web	70
Transporte	50
Impresiones	250
Empastado	140
Anillados	60
Papelógrafos	30
Total	685

BIBLIOGRAFIA

17. Jiménez, A. (2007). El maltrato entre escolares (Bullying) en el primer ciclo de Educación Secundaria Obligatoria: valoración de una intervención a través de medios audiovisuales. (Tesis de Doctorado). Universidad de Huelva. Departamento de Educación.
18. Loubat, M. (2008) Aproximación A La Depresión Infantil Por Parte De Los Psicólogos Que Trabajan En COSAM De La Región Metropolitana. Universidad Santiago de Chile [en línea], USACH, Chile. Octubre 2008. (Recuperado:20/06/15].
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200005
19. Malhotra, S. (2007). Understanding childhood depression. *Indian J Med Res*, 125(2), 115-128.
20. Mantilla. (2010). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas, escolares de Bucaramanga. Colombia. *Psiquiatría*, 163-171.
21. Organización Mundial de la Salud. (2008). Depression. (Recuperado):16-05-2015
http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/print.html
22. Paladines, S. y Granda, C. (2009-2010). La Autoestima Y Su Incidencia En Las Relaciones Interpersonales De Los Niños Y Niñas Del Sexto Año De Educación Básica De La Escuela Fiscal Alonso De Mercadillo Del Barrio La Tebaida, Parroquia San Sebastián, Cantón Loja, En El Periodo Lectivo 2009 – 2010. Lineamientos Alternativos: Técnicas De Rehabilitación (Tesis previa a la obtención del grado de Licenciadas en Psicorrehabilitación y Educación

- Especial).Universidad Nacional De Loja. Área De La Educación El Arte Y La Comunicación.
- 23.** Pozo, E. (2009). Depresión infantil y su influencia en el desempeño escolar de los niños de 5 y 7 de básica del Colegio La presentación. (Tesis de Pregrado). Universidad Politécnica Salesiana. Facultad De Ciencias Humanas Y De La Educación.
- 24.** Puyol, L. (2011) Prevalencia de la sintomatología depresiva en escolares de los barrios de Fajardo, Chaupitena y Miranda Grande y su asociación a factores de riesgo psicosocia. Grupo de investigación de América. Publicado en: Voz Andes.
- 25.** Romero, K. (2011).Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. Universidad Autónoma de Barcelona.
- 26.** Sánchez, M. (2011). Programa IEC Para Prevenir El Maltrato Infantil dirigido A Los Niños Y Niñas De La Escuela Colombia. Penipe. Provincia De Chimborazo. Noviembre 2010 -Marzo 2011.(Tesis de grado). Escuela Superior Politécnica De Chimborazo Facultad De Salud Pública. Riobamba.
- 27.** Sánchez, Sarmiento, Serrano, 2012:15). Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños(as) de treinta y tres escuelas rurales de Cuenca. (Titulo de Médica). Universidad de Cuenca: Facultad de Ciencias Médicas.
- 28.** Enríquez, S. (2006) Análisis del maltrato infantil familiar en el proceso de adaptación de los niños del primer año de educación básica de las escuelas fiscales de la Ciudad de Tulcán durante el año lectivo 2005– 2006.

29. Santrock, J. (2007). Desarrollo infantil. México: Mc Graw Hill-Interamericana Editores. pág.106.
30. Segura Camacho, S., Posada Gómez, S., Ospina, L., Ospina Gómez, H. (2010). Estandarización del Inventario CDI en niños y adolescente entre 12 y 17 años de edad, del Municipio de Sabaneta del Departamento de Antioquia-Colombia. *International Journal of Psychological Research*, 3(2), 63-73.
31. Test de CDI. Recuperado (24/06/15) http://www.tests-gratis.com/cuestionarios_depresion_ninos/cdi-inventario-depresion-infantil.htm
32. Toapanta, C. (2012). El bajo rendimiento escolar como consecuencia del maltrato psicológico en niños y niñas que asisten al Servicio de Salud Mental del Hospital Pablo Arturo Suárez. (Tesis Psicóloga Clínica). Universidad Central Del Ecuador. Facultad De Ciencias Psicológicas. Quito. Biblioteca Ciencias Psicológicas.
33. Villamil, R. y Manero, R. (2006). Infancia y terror en la vida cotidiana. *Revista del Área de Psicopatología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la Republica*
34. Villatoro, J.; Quiroz, N.; Gutiérrez ML., Díaz, M. y Amador, N. (2006). ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as? Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados 2006. Instituto Nacional de las Mujeres. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz .México.