



## RESUMEN

**Antecedentes:** La depresión infantil tiene repercusión negativa en los niveles personal, familiar, escolar, y social.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia e identificar los factores de riesgo asociados a la conducta depresiva en niños/as de 33 escuelas rurales pertenecientes a diez parroquias del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo 2010 – 2011.

**Materiales y Métodos:** Estudio de tipo descriptivo, corte transversal, que incluye un universo de 10718 niños/as de quinto, sexto y séptimo año de educación básica de todas las escuelas rurales de Cuenca matriculados en el periodo 2010 – 2011. Mediante aleatorización se obtuvo una muestra de 403 niños/as que pertenecen a 33 escuelas de 10 parroquias rurales del cantón, y solo 375 niños/as cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó como instrumento de medición un formulario de recolección que contiene: variables socio-demográficos, test CDI (*Children's Depression Inventory*) versión larga en español, test APGAR para funcionalidad familiar; el mismo fue aplicado previo consentimiento informado firmado por los representantes legales de los investigados/as.

**Resultados:** 12% presentó depresión grave, 24.8% presentó depresión moderada, 54.1% fueron del sexo femenino, la disfunción familiar se identificó en el 21.3%, 18.7% viven en una zona urbana y el 34.1% tiene algún familiar que ha emigrado.

**Conclusión:** La prevalencia de depresión infantil en nuestro estudio fue 36.8%, correspondiendo un 12% a depresión grave y un 24.8% a depresión moderada. Los factores de riesgo asociados, encontrados en este estudio fueron: disfuncionalidad familiar, lugar de residencia rural del investigado, familiares del investigado que han migrado.



**DeCS:** DEPRESIÓN-EPIDEMIOLOGÍA; DEPRESIÓN-ETIOLOGÍA; DEPRESIÓN-DIAGNÓSTICO; DEPRESIÓN-PSICOLOGÍA; FACTORES DE RIESGO; PRUEBAS PSICOLÓGICAS; NIÑO; FEMENINO; MASCULINO; ESTUDIANTES; ZONAS RURALES; CUENCA-ECUADOR



## ABSTRACT

**Background:** Childhood depression has negative impact on levels, family, school, and social.

**Objective:** To determine the prevalence and identify risk factors associated with depressive behavior in children of 33 schools from ten rural parishes of the Cuenca city enrolled in the academic year 2010 to 2011.

**Materials and Methods:** This study was descriptive, cross-section, which includes a universe of 10,718 children of the fifth, sixth and seventh year of basic education for all rural schools in Cuenca, just by randomization was obtained a sample of 403 children belonging to 33 schools in ten rural parishes of the canton and only 375 children met the inclusion criteria. The instrument used to measuring was a collection form that containing: socio-demographic variables, test CDI (Children's Depression Inventory) long version in Spanish, APGAR test for family functioning, the same as those applied prior informed consent of parents family.

**Results:** 12% had major depression, 24.8% presented moderate depression, 54.1% were female, family dysfunction was identified in 21.3%, 18.7% live in urban and 34.1% had a family that has emigrated.

**Conclusion:** The prevalence of childhood depression in our study was 36.8%, with 12% major depression and 24.8% moderate depression. The risk factors found in this study were: dysfunctional families, place of residence and families of children, who have migrated.

**DeCS:** DEPRESSION-EPIDEMIOLOGY; DEPRESSION-ETIOLOGY; DEPRESSION-DIAGNOSIS; DEPRESSION- PSYCHOLOGY; RISK FACTORS; PSYCHOLOGICAL TESTS; CHILD; STUDENTS; RURAL ZONES; CUENCA-ECUADOR



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN.....</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>11</b>
1.1 INTRODUCCIÓN.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	16
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>18</b>
<b>2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1.1 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO DEL PAÍS.....	18
2.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CUENCANA.....	19
2.1.3 INFANCIA.....	20
2.1.3.1 Periodo prenatal.....	21
2.1.3.2 Infancia.....	21
2.1.3.3 Niñez temprana.....	21
2.1.3.4 Niñez intermedia.....	21
2.1.3.5 Adolescencia.....	22
2.1.4 DEPRESIÓN CONCEPTO.....	22
2.1.5 DEPRESIÓN INFANTIL.....	22
2.1.5.1 Factores de Riesgo para Depresión Infantil.....	23
2.1.5.1.1 Factores de riesgo familiares.....	25
2.1.5.1.1.1 Funcionalidad Familiar y Test APGAR.....	26
2.1.5.1.2 Migración en Ecuador y Depresión infantil.....	28
2.1.5.1.3 Factores de riesgo en relación con el entorno.....	29
2.1.5.1.4 Factores de riesgo genético y bioquímico.....	29
2.1.5.1.5 Factores psicológicos.....	30
2.1.5.2 Criterios diagnósticos de Depresión Infantil.....	31
2.1.5.2.1 Sintomatología de la Depresión Infantil.....	34
2.1.5.2.2 Instrumento de evaluación de Depresión Infantil.....	35
2.1.5.2.2.1 Inventario de Depresión Infantil: Children's Depression Inventory (CDI).....	35
2.1.5.3 Consecuencias de la Depresión Infantil.....	37



2.1.5.4 Tratamiento de la Depresión Infantil .....	37
2.1.5.4.1 Tratamiento farmacológico de la depresión infantil .....	37
2.1.5.4.2 Tratamiento psicológico de la Depresión Infantil.....	38
2.1.5.4.3 Programas de Intervención para Depresión Infantil.....	39
<b>CAPÍTULO III .....</b>	<b>41</b>
<b>3.1 HIPÓTESIS .....</b>	<b>41</b>
<b>3.2 OBJETIVOS.....</b>	<b>41</b>
3.2.1 OBJETIVO GENERAL.....	41
3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	41
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>43</b>
4.1.1 TIPO DE ESTUDIO .....	43
4.1.2 UNIVERSO DE ESTUDIO.....	43
4.1.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	43
4.1.4 ÁREA DE ESTUDIO.....	45
4.1.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	46
4.1.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	46
4.1.7 VARIABLES.....	46
4.1.7.1 Operacionalización de las variables .....	46
4.1.8 PROCEDIMIENTOS E INSTRUMENTOS .....	48
4.1.9 TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN UTILIZADAS .....	48
4.1.10 ASPECTOS ÉTICOS.....	48
4.1.11 MÉTODOS Y MODELOS DE ANÁLISIS .....	49
<b>CAPÍTULO V .....</b>	<b>50</b>
<b>5.1 RESULTADOS .....</b>	<b>50</b>
5.1.1 CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	50
5.1.2 RESULTADOS DEL ESTUDIO .....	50
ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS .....	52
<b>CAPÍTULO VI.....</b>	<b>72</b>
<b>6.1 DISCUSIÓN .....</b>	<b>72</b>
<b>CAPÍTULO VII.....</b>	<b>76</b>
<b>7.1 CONCLUSIONES .....</b>	<b>76</b>
<b>7.2 RECOMENDACIONES.....</b>	<b>77</b>



<b>7.3 BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>78</b>
7.3.1 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	78
7.3.2 BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA .....	88
<b>7.4 ANEXOS .....</b>	<b>90</b>



Nosotras, Raquel Germania Sánchez Cárdenas, Blanca Elena Sarmiento Ayala y Karla Monserrath Serrano Cárdenas, reconocemos y aceptamos el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de nuestros derechos morales o patrimoniales como autoras.

Nosotras, Raquel Germania Sánchez Cárdenas, Blanca Elena Sarmiento Ayala y Karla Monserrath Serrano Cárdenas, certificamos que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de las autoras



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE MEDICINA**

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESIÓN  
INFANTIL EN NIÑOS/AS DE TREINTA Y TRES ESCUELAS RURALES,  
CUENCA 2011.**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICA**

**AUTORAS: RAQUEL GERMANIA SÁNCHEZ CÁRDENAS.  
BLANCA ELENA SARMIENTO AYALA.  
KARLA MONSERRATH SERRANO CÁRDENAS.**

**DIRECTOR Y ASESOR: DR. JULIO ALFREDO JARAMILLO OYERVIDE**

**CUENCA - ECUADOR  
2012**



## **DEDICATORIA**

Este trabajo está dedicado a los seres más nobles de esta tierra, los niños, quienes inspiran tanta ternura pero a la vez solicitan ayuda de quienes pueden actuar, los adultos. De igual forma, queremos dedicarlo a nuestros padres y hermanos, porque han sido el eje de apoyo para llegar a conocer la nobleza de esta carrera, de alguna forma tenemos que devolver el gran favor otorgado por el ser supremo al dar a nuestras vidas personas maravillosas que han diseñado un corazón dispuesto a entregar su mejor esfuerzo. Por eso hoy y siempre, todo para ustedes, Señor y familia.

## **LAS AUTORAS**



## AGRADECIMIENTO

Sería como si nuestro corazón no tuviera memoria si estos párrafos no se escribieran. El presente trabajo de tesis, es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas que bordaron de distinta manera y permitieron desarrollar este arte de investigación. Primeramente agradecemos a Dios el creador de nuestra vida, por darnos la fuerza y constancia necesaria para la realización de este proyecto, también expresamos nuestro agradecimiento especial y sincero al Director de tesis Dr. Julio Jaramillo Oyervide por su valiosa contribución; por el apoyo, la paciencia y dedicación incondicional prestada para la conclusión de este trabajo. Finalmente agradecemos a nuestros familiares por ser los perennes servidores de nuestros logros, por convertirse en la base del éxito que alcanzamos a lo largo de nuestras vidas, gracias por existir, porque sin ustedes no hubiésemos podido incluso nacer, ni más aún, conseguir ver la vida con tanto amor, gracias por ser los mejores maestros que hemos tenido y quizás hayamos logrado ser buenos alumnos. Gracias también a las instituciones educativas y a sus directores por la gran apertura brindada para la ejecución de la presente investigación, así como también, a los padres y alumnos de dichas instituciones quienes fueron la esencia de nuestro estudio.

**LAS AUTORAS**



## CAPÍTULO I

### 1.1 INTRODUCCIÓN

La depresión infantil, es una entidad clínica recientemente reconocida; hace solo algunos años, se planteaba que era un trastorno que afectaba solamente a adultos, es así, como esta mirada evolucionó; en el presente se acepta la existencia de este cuadro en niños, postura a la que se adscriben la mayoría de los clínicos en la actualidad.<sup>(1)</sup> La depresión infantil se define como una enfermedad en la cual la condición depresiva persiste e interfiere con la capacidad de un niño o un adolescente para funcionar. Alrededor del 5 % de los niños y adolescentes en la población general padecen de depresión en cualquier punto a lo largo de este periodo. Los niños sometidos a estrés, que sufren una pérdida, o que tienen trastornos de atención, aprendizaje, conducta o de ansiedad son los que presentan un mayor riesgo para la depresión.<sup>(2)</sup>

La depresión se caracteriza por un estado de ánimo irritable, falta de motivación y disminución de la conducta adaptativa. Los autores enfatizan en la repercusión negativa en los niveles personal (malestar físico, sufrimiento psicológico), familiar (deterioro de las relaciones padre-hijo), escolar, (descenso del rendimiento académico) y social (aislamiento).<sup>(3)</sup>

“No existe una división clara entre la salud física y emocional, y estamos trabajando para derribar estas barreras artificiales”, esta es una frase que nos comparte Demaso, en su publicación, donde también se indica que la depresión en niños se ha incrementado dramáticamente en los últimos años, y que alrededor del 7 al 14 % de los niños sufre un episodio de depresión mayor antes de cumplir los 15.<sup>(4)</sup>

A nivel mundial la prevalencia de depresión infantil alcanza porcentajes entre el 8 y 20%; en el continente europeo (España) estas cifras bordean el 11.5%<sup>(5)</sup>; sin embargo la realidad en los países latinoamericanos dista mucho de estas cantidades, encontrándose a nivel nacional (Quito) según el último estudio



realizado sobre depresión infantil, una prevalencia tan alta de 41% entre los 9 y 16 años<sup>(6)</sup>. En países vecinos como Colombia las cifras de depresión son de 17.09% y 25.2% de acuerdo a los últimos estudios realizados<sup>(7)</sup>, en Perú la prevalencia es de 18.2%, mientras que Chile muestra cifras de 25.9%<sup>(8)</sup>.

En el presente trabajo de tipo descriptivo de corte transversal, se determinó la prevalencia e identificó los factores de riesgo asociados a la conducta depresiva en niños/as de treinta y tres escuelas rurales pertenecientes a diez parroquias del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo 2010-2011, la muestra en la que se trabajó es de 403 niños/as de quinto, sexto y séptimo de educación básica. Se empleó como instrumento de medición un formulario de recolección que contiene: variables socio-demográficos, test CDI (Children's Depression Inventory) versión larga en español y el test APGAR para funcionalidad familiar. Los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa SPSS 15.00 versión evaluación, otros programas utilizados fueron: EPIDAT, EPIINFO, WINDOWS 7, Microsoft Excel 2010 y Microsoft Word 2010.



## 1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en la infancia se manifiesta con diferente sintomatología clínica, que está en relación con el desarrollo evolutivo del niño. Clínicamente presenta disminución del estado de ánimo, auto - concepto negativo e ideas recurrentes de muerte. La comorbilidad con otros cuadros psiquiátricos es muy frecuente, y su evolución aunque variable, convierte la depresión en un trastorno importante. El tratamiento es farmacológico y psicoterapéutico.<sup>(9)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha dado a la depresión, el cuarto lugar entre las veinte principales enfermedades de los AVAD (años de vida saludables perdidos por discapacidad) y la proyección es que alcance el segundo lugar en los próximos 15 años. El resultado de la prevalencia / año para la depresión aumentó de 0,4 a 3,0% en los niños/as durante el 2002 y se espera que actualmente estas cifras sean mucho mayores.<sup>(10)</sup>

En cuanto a investigaciones efectuadas en nuestro país, Ecuador, la doctora Luisa Puyol et al., en el año 2009, realizó un estudio en Quito, en el Valle de los Chillos, investigando 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 la versión corta del 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% (OR 2,00 IC95% 1,00-3,98). Los padres migrantes se reportaron por 22 participantes (11.28%), y en 6 (3.07%), era la madre quien había migrado.<sup>(6)</sup>

La depresión y otras patologías mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos provocaron intentos suicidas en el 1 % de las personas de Lima Metropolitana, 0,7% de la sierra peruana y 0,6% de la selva. La prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra



peruana de 16,2% y en la Selva de 21,4% datos publicados en una revista científica de salud pública de este hermano país. <sup>(9)</sup>

En Neiva, Colombia, Herrera *et al.* (2009), revelaron una prevalencia del 17,09% de síntomas significativos de depresión en la población infantil, cifra promedio si se compara con investigaciones realizadas en esta misma nación, como la de Mantilla *et al.* (2004), cuya prevalencia fue del 9,2%; y las más recientes de Gaviria, *et al.* (2006), donde se reportó el 12,5% <sup>(11)</sup> y de Vinaccia, *et al.* (2006) la cual presentó un elevadísimo número de sintomatología depresiva en 768 niños/as, entre 8 y 12 años del oriente antioqueño, que fue de 25,2% <sup>(12)</sup>. Además, Herrera *et al.*, indicaron que en la depresión infantil según la edad, el menor porcentaje lo asumía el periodo preescolar, con un 2%, ascendiendo a un 8 a 10% en edades escolares y a 13% en adolescentes. Los trabajos más vigentes concuerdan en que la incidencia de esta enfermedad se halla entre el 8 a 10%. <sup>(11)</sup>

En Cuba, Jiménez *et al.*, determinaron la presencia e intensidad de la depresión en 90 niños maltratados de 7 a 14 años, siendo de 85,7% la frecuencia total, pero el 47% correspondía a depresión leve. <sup>(13)</sup>

Utilizando el test CDIFritsch *et al.*, en Chile, 2007, encontraron que la sintomatología depresiva se presentaba en 25,9% de los hijos/as de madres deprimidas y de nivel socioeconómico medio bajo y bajo. <sup>(14)</sup>

La tasa de suicidio en Argentina refiere cifras de 8,4/100000 habitantes, y los grupos etarios con mayor aumento son los extremos de la vida, la infancia y la tercera edad, según indica Bella *et al.*, quienes también realizaron una investigación en el 2010, determinando la presencia de depresión en el 29,27% de 41 niños/as y adolescentes hospitalizados por intento de suicidio, además encontraron que todos los niños/as menores de 12 años estaban escolarizados. <sup>(15)</sup>

Los doctores Lee Fu-I y Pang Yuan Wang estudiaron en Brasil, durante el 2008 a 58 niños/as y adolescentes deprimidos, que reunían los criterios del DSM IV



con edades de 5 a 17 años y hallaron que los síntomas más común en ellos era: la anhedonia con 72,4%, la depresión 72,4%, disminución de la concentración 62,1% e irritabilidad 58.6%. Concluyeron también que las diferencias de edad y género pueden influir en la presentación clínica del trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes. <sup>(16)</sup>

Otra investigación se efectuó en Brasil, un año anterior a la ya descrita, en 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 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. Los autores enfatizan en la necesidad de prácticas preventivas y educativas en las instituciones pedagógicas con el fin de contribuir a una mejor calidad de vida de estos pacientes. <sup>(8)</sup>

Romero *et al.*, en el 2010, investigaron a 1507 estudiantes de Barcelona, de cuarto a sexto año de educación básica, que tenían edades entre los 8 y 12 años, en quienes describieron una frecuencia de 11,5% de síntomas depresivos empleando el CDI, también hallaron que los niños inmigrantes presentaban más depresión que el grupo de los españoles, en una relación de 18,5% a 11%. <sup>(17)</sup>

En Grecia, en el 2009, reportaron que 8,6% de niños/as de un total de 650 tenían depresión, su edad comprendía entre los 8 a 12 años. <sup>(18)</sup>

No es necesario que en nuestro medio lleguemos a cifras tan escalofriantes para darle a la depresión infantil la importancia que merece, es fundamental que entendamos que a diferencia de las otras patologías, no importa lo que hagamos, a pesar de que no hayan estudios que demuestren la efectividad de estas acciones, vale la pena invertir, a cambio de mejorar la vida de un niño y evitar su posible pérdida.



### 1.3 JUSTIFICACIÓN

La necesidad de hacer esfuerzos para prevenir los trastornos mentales es, en general, declarada como una importante prioridad en salud mental. Sin embargo, la dedicación que efectivamente se le ha prestado a esta tarea (en particular, a la prevención primaria) es insuficiente. Uno de los probables determinantes de esta situación, son las dudas que existen, respecto a si es realmente posible y efectivo intentar prevenir trastornos de naturaleza tan compleja y multicausada como los trastornos psicopatológicos.<sup>(19)</sup>

Los trastornos depresivos pertenecen a trastornos comunes e incapacitantes, cuya incidencia sufre un aumento concretamente luego de la pubertad, sin embargo en la actualidad se ha visto un incremento en la edad infantil, lo que ha motivado un interés creciente en desplegar estrategias que permitan intervenir en estos niños. Un factor que ha contribuido a este interés son los estudios que sugieren que un primer episodio depresivo hace más vulnerable a la persona para el desarrollo de episodios posteriores. Existe evidencia de que el primer episodio depresivo aparece más correlacionado con la existencia de estresores psicosociales en la vida de la persona que los posteriores. Este interés ha llevado a generar, tanto, programas de prevención universal como dirigidos a poblaciones específicas, observándose un incremento importante de la investigación en el área. Naturalmente, la mayoría de estos trabajos se han efectuado en el ámbito escolar, por su carácter estratégico para el desarrollo de acciones preventivas en niños y adolescentes.<sup>(20)</sup>

Las consecuencias inmediatas de la depresión infantil relatan manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y fisiológicas, teniendo repercusiones en las áreas escolar y socio - afectiva del niño. Dependiendo de la edad, puede haber intentos suicidas, accidentes por la tendencia a correr riesgos, fracaso escolar, aislamiento social, dificultades en el desarrollo de la personalidad, enfermedades psiquiátricas a futuro, estados depresivos durante la vida adulta, entre otros.<sup>(21)</sup>



En esta ciudad anteriormente Pinos, G. 1989, realizó un trabajo investigativo que tenía por objeto determinar la prevalencia de depresión en 864 niños/as escolares de la ciudad de Cuenca, encontrando que 5,5% de ellos presentaban depresión, siendo más frecuente en el sexo masculino y asociada a la disfunción familiar y nivel socioeconómico bajo. <sup>(6)</sup>

Luego de aproximadamente dos décadas y tras grandes cambios de la sociedad, nos volvemos a enfrentar a la realidad de esta patología, buscando mediante este estudio identificar la prevalencia de depresión infantil y factores de riesgo asociados; los resultados, posteriormente podrán ser utilizados para sugerir programas de intervención en los niños/as afectados por esta conducta.

Los resultados fueron entregados al director de cada institución educativa participante y además estarán disponibles en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Los datos obtenidos serán aprovechados por los directores de los respectivos establecimientos que formaron parte del estudio, con la finalidad de que se adopten y se instauren medidas que permitan prevenir el desarrollo de la enfermedad, y así proteger a los niños/as de episodios posteriores que puedan terminar en uno de los fatales desenlaces de esta patología que es el suicidio.



## CAPÍTULO II

### 2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

#### 2.1.1 DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA EDUCATIVO DEL PAÍS

La estructura del Sistema Educativo ecuatoriano conforme la ley de educación, está compuesta por dos subsistemas: escolarizado y no escolarizado. El subsistema escolarizado, a su vez está conformado por la educación regular, educación compensatoria y educación especial. La educación regular, está constituido por tres niveles: pre-primario, primario, básico y bachillerato.<sup>(22)</sup> La Educación Básica en el Ecuador abarca 10 niveles de estudio, desde la formación inicial, conocida como pre – básica o primero de básica, hasta completar el décimo año. La constitución vigente consagra la obligatoriedad de 10 años de escolaridad como educación básica, desde los 5 hasta los 15 años. Esta visión integradora de lo que tradicionalmente se ha llamado preescolar, primaria y ciclo básico, tiene como propósito asegurar un perfil básico de educación.<sup>(23)</sup>

El nivel pre-básica o primero de básica, inicia a partir de los 5 años de edad, trabaja para el desarrollo integral del niño respecto de sus ámbitos: motriz, biológico, psicológico, ético y social, y respecto de su integración en la sociedad, con la participación de la familia y el Estado.<sup>(22)</sup>

El nivel primario (6-12 años) persigue la formación integral de la personalidad del niño mediante el dominio de operaciones matemáticas, lectura, escritura y desarrollo de destrezas que le permitan desenvolverse adecuadamente en el entorno social y natural. Este subsistema educativo ofrece los fundamentos científicos y culturales que permiten al estudiantado interpretar, producir y resolver problemas de la comunicación, la vida natural y social.<sup>(22) (23)</sup>

Finalmente el nivel medio, comprende dos ciclos: básico (12-15 años) se propone desarrollar una cultura general básica, con orientación que permite al



estudiante seleccionar una especialización en el ciclo diversificado o bachillerato (15 y 18 años), trabaja la preparación interdisciplinaria que permita la integración del alumno a las diversas manifestaciones del trabajo y/o la continuación de sus estudios en el post-bachillerato, en la universidad o en escuelas politécnicas, sobre la base de los requerimientos del desarrollo social y económico del país, y a las aspiraciones individuales; de especialización.<sup>(23)</sup>

### **2.1.2 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CUENCANA**

Cuenca, “la tercera ciudad del país”, según el censo del 2001 representa el 66,4% del cantón Cuenca equivaliendo a 278.995 habitantes, se caracteriza por ser una población joven, ya que el 43,6% se encuentra dentro del grupo de edad (<1-20 años). Dentro del contexto nacional, la imagen de esta ciudad se encuentra ligada a una variedad de tradiciones, valores culturales y religiosos que la identifican.<sup>(24) (25)</sup>

En cuanto a las familias de Cuenca tenemos que el 75% de hombres son jefes de hogar, hay más parejas en matrimonio, con un 46%, que en unión libre. Se ve también que los índices de divorcio están creciendo, al igual que la unión libre.<sup>(26)</sup>

Un total de 113.803 personas de esta urbe, conforman la población económicamente activa (5 y más años) ; de ellos, el 59,5% son hombres y el 40,5% son mujeres, reflejando una diferencia que puede ser eludible al hecho que el género femenino es quien principalmente se encuentra destinada a permanecer en su hogar. La principal actividad que se realiza en esta localidad es la empresarial, destacándose dentro de ella el comercio al por menor.<sup>(25)</sup>

A partir de la década de los ochenta, la crisis económica y social que afectó al Ecuador y de manera particular a la región austral, desató una gran oleada de migración internacional, mucha gente de la ciudad de Cuenca emigró a otros países. Desde 1.996 al 2001 salieron de la ciudad de Cuenca y aún no retornaron hasta el 2006, 13.944 personas distribuidas en 8.924 hombres y



5.020 mujeres; explicando así la gran cantidad de hogares desintegrados y el incremento de niños a cargo de otros familiares o desconocidos. <sup>(25)</sup>

### 2.1.3 INFANCIA

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. Desde una perspectiva demográfica la infancia es considerada como el conjunto de población de un territorio dado, que tienen la edad comprendida entre 0 y 18 años sin especificar una solución de continuidad entre infancia y adolescencia. La Convención sobre los derechos del Niño de las Naciones Unidas considera que la infancia abarca hasta los 18 años, salvo que la legislación del país prevea la mayoría de edad antes. <sup>(4)</sup>

Durante las décadas finales del siglo XIX hasta la década de 1920, Alberto del Castillo Troncoso plantea que la niñez es una categoría social construida por las miradas médica y pedagógica y divulgada por los medios de comunicación. <sup>(21)</sup> Ellis (1974), quien postula que los niños en la etapa evolutiva de las operaciones concretas hacen inferencias a partir de la realidad concreta, y tienen la facultad de experimentar síntomas de depresión como la culpa, baja autoestima y atribuciones erróneas; o como lo indican Piaget e Inhelder (1969), para quienes hasta comienzos de la adolescencia el niño se limita a lo concreto y es incapaz de hacer abstracciones que le impiden proyectarse hacia el futuro. <sup>(11)</sup>

Los periodos del desarrollo humano a lo largo del ciclo vital se dividen en tres grandes etapas: infantil, adolescente y adulto. El desarrollo infantil incluye el periodo prenatal, la infancia, la niñez temprana y la niñez intermedia. <sup>(28)</sup>



### **2.1.3.1 Periodo prenatal**

Este periodo va desde la concepción hasta el nacimiento, periodo de desarrollo del ser humano, durante los primeros meses el organismo es más vulnerable a las influencias ambientales negativas. <sup>(28)</sup>

### **2.1.3.2 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. <sup>(28)</sup>

### **2.1.3.3 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. <sup>(28)</sup>

### **2.1.3.4 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.<sup>(28)</sup>

### **2.1.3.5 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.<sup>(28)</sup>

### **2.1.4 DEPRESIÓN CONCEPTO**

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. La depresión es más que un desorden del humor ya que afecta a múltiples áreas del funcionamiento emocional, somático y cognitivo. Además, los trastornos depresivos pueden tener consecuencias importantes y negativas si no son identificados y tratados a tiempo. La controversia histórica y la confusión acerca del fenómeno depresivo en la infancia han evolucionado hacia una aceptación, cada vez más general, de que la depresión es un trastorno que también aparece en niños y adolescentes.<sup>(29)</sup>

### **2.1.5 DEPRESIÓN INFANTIL**

El concepto de la depresión infantil a lo largo de la historia ha pasado por cuatro corrientes de pensamiento: la orientación psicoanalítica donde no era aceptada; una segunda en la que la depresión infantil se consideraba enmascarada en otra sintomatología; la tercera que considera que la depresión infantil es igual a la de la edad adulta; y la última que entiende que la



sintomatología depresiva es diferente en función de la edad y sexo del sujeto, psicopatología del desarrollo. <sup>(30)</sup> En 1977 con la publicación del instituto de salud mental y del DSM-IV se acepta la existencia de depresión infantil como un desorden similar más no igual a la del adulto. <sup>(31)</sup>

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. <sup>(29)</sup>

El DSM-IV (American Psychiatric Association) expresa que los niños/as afectados por depresión presentan un deterioro del rendimiento escolar, interacción social, frecuentemente están irritables e inestables, además de tristes tienen una baja autoestima, escasas habilidades sociales y son pesimistas. <sup>(32)</sup>

### **2.1.5.1 Factores de Riesgo para Depresión Infantil**

A continuación nombramos los factores de vulnerabilidad, activación y protección en la depresión infanto - juvenil:

**TABLA # 1****Factores de vulnerabilidad, de activación y de protección en la depresión  
infanto -juvenil**

<b>Factores de vulnerabilidad</b> (incrementan la predisposición general, pero rara vez provocan directamente la enfermedad)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Factores genéticos</li><li>• Historia de trastorno afectivo en los padres</li><li>• Sexo femenino</li><li>• Edad post-puberal</li><li>• Antecedentes de síntomas depresivos</li><li>• Antecedentes de abuso físico y sexual en la infancia, especialmente en el sexo femenino</li><li>• Afectividad negativa</li><li>• Pensamientos de tipo rumiativo.</li></ul>
<b>Factores de activación</b> (directamente implicados en el comienzo de la depresión y en presencia de factores de vulnerabilidad, sus efectos pueden ser mayores. Suelen ser acontecimientos no deseados que dan lugar a cambios permanentes en las relaciones familiares y de amistad)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Conflictos conyugales</li><li>• Desestructuración familiar</li><li>• Acoso o humillación</li><li>• Situaciones de abuso físico, emocional o sexual</li><li>• Consumo de tóxicos.</li></ul>
<b>Factores de protección</b> (reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buen sentido del humor</li><li>• Buenas relaciones de amistad</li><li>• Relaciones estrechas con uno o más miembros de la familia</li><li>• Logros personales valorados socialmente</li><li>• Nivel de inteligencia normal-alto</li><li>• Práctica de algún deporte o actividad física</li><li>• Participación en clubes escolares/sociales o en voluntariado.</li></ul>

**Fuente:** BONET, C. et al. 2011<sup>(33)</sup>

**Modificado por:** Germania Sánchez, Elena Sarmiento, Karla Serrano.

La depresión infantil es multicausal, por lo que se indica que los factores de riesgo pueden aportar de forma individual, contribuyendo con un respectivo porcentaje y al final presentarse la entidad clínica. La díada vulnerabilidad - estrés parece funcionar muy bien como teoría explicativa. Se barajan causas de origen biológico y psicosocial. Entre las primeras, tendremos la posibilidad de herencia en una proporción de 3:1 sobre la población general. Entre las causas psicosociales tendremos, entre otras, experiencias traumáticas, de separación, de pérdida o de desamparo, estilos cognitivos negativos o acontecimientos vitales estresantes. <sup>(34)</sup> Es improbable que un único factor



pueda explicar el desarrollo de la depresión, reducir la probabilidad de ocurrencia o que su control sea suficiente para prevenir la depresión. <sup>(35)</sup>

#### **2.1.5.1.1 Factores de riesgo familiares**

La familia y las pautas de crianza adecuadas facilitan el desarrollo de habilidades sociales y de conductas prosociales en la infancia, por lo cual se dice es importante brindar sensibilización y orientación. Se destaca que el tipo de normas que una familia establece, los recursos y procedimientos que utilizan para hacer cumplir dichas reglas, junto con el grado de afectividad, comunicación y apoyo entre padres e hijos, son fundamentales para el crecimiento personal, la interiorización de valores, las habilidades sociales y la toma de decisiones para resolver conflictos. <sup>(35)</sup>

De esta forma, los factores familiares podrían jugar un papel importante en el desarrollo de la depresión, fundamentalmente aquellos que están fuera del propio control, que ocurren como un acontecimiento no predecible en el ambiente diario y que son recurrentes a lo largo del tiempo. Los niveles de depresión aumentan en el niño cuando las relaciones con sus padres no son buenas o cuando existen dificultades entre ellos. Así mismo, tales elementos pueden interrelacionarse, potenciando la aparición de la depresión en la infancia. <sup>(35)</sup>

Los factores de riesgo familiares más comunes para la presencia de depresión son: problemas conyugales, dificultades emocionales entre uno de los padres y el niño, el abuso físico, emocional y sexual, la negligencia en el cuidado, así como los eventos vitales negativos, el divorcio o separación, la pérdida de amistades y la muerte de un familiar o amigo. <sup>(36)</sup>

La depresión en los padres se considera un elemento importante que se asocia con depresión en su descendencia. Se ha visto que los hijos de padres con depresión presentan una probabilidad entre tres y cuatro veces mayor de desarrollar trastornos del humor y en concreto, la psicopatología materna se considera un predictor de depresión en el niño. El alcoholismo familiar también



se ha asociado a una mayor probabilidad de depresión.<sup>(37)</sup> La presencia en un entorno familiar de un patrón abusivo en el consumo de alcohol (OR 3,86 IC95% 1,88-7,92) y de disfunción familiar (OR 2,00 IC95% 1,00-3,98) se asociaron a la prevalencia de sintomatología depresiva, según el estudio realizado por Puyol, L. et al. Ecuador 2009.<sup>(6)</sup>

Orgilés y Samper en su investigación realizada en España, concluyen que los niños con padres divorciados muestran una peor salud percibida que los niños con padres casados, y su calidad de vida es deficiente cuando la relación entre los padres es conflictiva después de la ruptura, motivos por lo que destacan la importancia de que los padres se esfuercen por mantener una relación cordial después del divorcio para facilitar la adaptación de los niños a la nueva situación familiar.<sup>(7)</sup>

#### **2.1.5.1.1.1 Funcionalidad Familiar y Test APGAR**

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. Así, todo el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños y adolescentes se encuentra influido por las decisiones que se adoptan en el seno del grupo familiar.<sup>(38)</sup>

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. La familia acorde a sus posibilidades, debe satisfacer las necesidades básicas de sus miembros y es el medio fundamental para transmitir a las nuevas generaciones los valores culturales, morales, espirituales, costumbres y tradiciones propias de cada sociedad.<sup>(39) (40)</sup>



La disfunción familiar se asocia con resultados negativos durante la adolescencia, como embarazos no planeados, consumo de sustancias, enfermedades de transmisión sexual y en la infancia con trastornos depresivos.  
(38)

Hay varios instrumentos disponibles para valorar el funcionamiento familiar. Entre éstos se encuentra la escala de APGAR familiar. 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 escala de calificación de APGAR familiar que propuso Smilkstein establece dos posibilidades: la funcionalidad y la disfuncionalidad familiar<sup>(41)</sup>.

La sigla APGAR se deriva de los cinco componentes en inglés de la función familiar<sup>(39)</sup>:

- **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** (partnership): 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<sup>(40)</sup>:

- 7 a 10 puntos: familia funcional.
- 4 a 6 puntos: disfuncionalidad moderada.
- 0 a 3 puntos: disfuncionalidad severa.

### **2.1.5.1.2 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. <sup>(42)</sup>

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.

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. <sup>(42)</sup>



### 2.1.5.1.3 Factores de riesgo en relación con el entorno

Los niños y adolescentes con pocos amigos presentan una mayor probabilidad de desarrollar depresión, así como trastornos de conducta, mayor aislamiento social. Otros factores también asociados son el vivir en estructuras familiares diferentes de los padres biológicos, o una mala adaptación a la familia, amigos, escuela, trabajo y pareja. No parece existir asociación entre vivir en el medio rural o urbano. El acoso por parte de iguales y la humillación (como el trato degradante, la burla delante de otros o el sentirse ignorado) son también factores de riesgo de depresión.<sup>(43)</sup>

### 2.1.5.1.4 Factores de riesgo genético y bioquímico

Como resultado de la interacción entre los genes y el ambiente durante las etapas infantiles se deriva, en gran medida, la condición única de un ser humano. Según diversos estudios efectuados, los factores genéticos podrían explicar un alto porcentaje que equivale al 50% de la varianza en la transmisión de los trastornos afectivos.<sup>(44)</sup>

Las investigaciones que evalúan a los hijos/as de padres deprimidos, han comprobado que ellos tienen la posibilidad de desarrollar el trastorno entre 3 y 6 veces más, en comparación con niños/as que no presentan este factor de riesgo. Así también, el riesgo de desarrollar otra psicopatología, como ansiedad u otros trastornos de conducta, es mayor. De todas maneras se habla de factores predisponentes no causales. La presencia o no del trastorno y su tipo en población de riesgo, dependería de factores internos del sujeto interactuando con el entramado de los ambientes personales, familiares y sociales.<sup>(45)</sup>

Algunos estudios realizados han encontrado anomalías en los sistemas de neurotransmisión, como el de la serotonina, norepinefrina, corticotropina y cortisol. El aumento en la concentración del factor liberador de corticotropina en



líquido cefalorraquídeo beneficia el desarrollo de trastornos del estado de ánimo, así como una desregulación en la síntesis de noradrenalina. <sup>(44)</sup>

En cuanto al cortisol, los trastornos de ansiedad se caracterizan por una hipocortisolemia, que conllevan a la depresión. El autor Frodl durante el 2010, descubrió que aquellos sujetos que ostentaban una predisposición genética y factores de riesgo ambientales, eran susceptibles a cambios a nivel de hipocampo relacionados con estrés. <sup>(35)</sup>

La hipótesis que clásicamente relaciona el origen de la depresión con alteraciones en el sistema serotoninérgico del sistema nervioso central es bien conocida, la misma que indica una disminución significativa de la concentración de serotonina en determinadas regiones del cerebro, como el hipotálamo o la amígdala, así como una reducción de la concentración del ácido 5-hidroxiindolacético, metabolito principal de la serotonina, en el líquido cerebrospinal y la existencia de un número incrementado de receptores de serotonina post-sinápticos (5-HT<sub>2</sub>) en cerebros de pacientes depresivos que cometieron suicidio. <sup>(35)(45)</sup>

La expresión incrementada de este tipo de receptores serotoninérgicos podría ser el resultado de una reducción en la actividad neuronal presináptica o bien de un descenso en el número de neuronas serotoninérgicas en individuos deprimidos. Es así como muchas de estas alteraciones se han podido describir en hijos de padres deprimidos. <sup>(46)</sup>

#### **2.1.5.1.5 Factores psicológicos**

Ante la ocurrencia de eventos vitales estresantes, características cognitivas asociadas a la afectividad negativa, como sentimientos de abandono o pérdida y/o de baja autoestima, así como un estilo cognitivo rumiativo, pueden dificultar el afrontamiento y aumentar la probabilidad de sufrir depresión en comparación con aquellos individuos sin estas características. <sup>(47)</sup>

La presencia de síntomas depresivos, como anhedonia o pensamientos de muerte, incrementan de forma significativa el riesgo de presentar depresión mayor en niños y adolescentes. Finalmente, aquellos niños y adolescentes con discapacidades físicas o de aprendizaje, déficit de atención, hiperactividad o alteraciones de conducta, también tienen un mayor riesgo de depresión.<sup>(48)</sup>

### 2.1.5.2 Criterios diagnósticos de Depresión Infantil

Se establecen criterios diagnósticos de depresión por el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-IV, en inglés), y por el CIE 10 así tenemos:

**TABLA # 2**

#### **Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según DSM-IV**

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
- Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
- estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable,
  - disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás),
  - pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables,
  - insomnio o hipersomnia casi cada día,
  - agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido),
  - fatiga o pérdida de energía casi cada día,
  - sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo),
  - disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena),
  - pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Tomado de: BIRMAHER, B <sup>(35)</sup>.

## TABLA # 3

## Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE – 10

Tabla 3. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según la CIE-10
A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico
C. Síndrome somático: comúnmente se considera que los síntomas "somáticos" tienen un significado clínico especial, y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras</li><li>• Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta</li><li>• Despertarse por la mañana dos horas o más antes de la hora habitual</li><li>• Empeoramiento matutino del humor depresivo</li><li>• Presencia de enlentecimiento motor o agitación</li><li>• Pérdida marcada del apetito</li><li>• Pérdida de peso al menos del 5% en el último mes</li><li>• Notable disminución del interés sexual</li></ul>
CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades (versión 10).

Tomado de: BIRMAHER, B <sup>(35)</sup>.

La depresión infantil tiene dos características que la diferencian de la del adulto: la dificultad del niño para poder expresar verbalmente sentimientos y emociones y el hecho de que su personalidad se está formando. Los síntomas que se presentan dependen de la edad, no son específicos ni patognomónicos y varían según la edad <sup>(33)</sup>

**TABLA # 4**  
**Síntomas de depresión infantil según la edad**

<b>En la infancia (0-2 años)</b>	Está relacionada a la depresión analítica producida en niños que no reciben estímulos emocionales adecuados, los síntomas más comunes que se presentan incluyen llanto constante, inexpresividad, disminución del peso, vulnerabilidad a las infecciones, retardo en el desarrollo psicológico; además son evidentes los síntomas de tipo motor como la inexpresión facial y los movimientos corporales que indican retraimiento y rechazo.
<b>Niñez temprana (2-5 años)</b>	Se afecta al área social, el niño/a no participa en actividades propias de su edad por ejemplo pueden negarse a ir a la escuela o establecer juegos con sus pares; igualmente puede mostrar ciertas conductas desadaptativas como irritación y agresión ya sea hacia sí mismo, objetos y personas; también pueden presentarse problemas físicos como enuresis, insomnio, dificultades alimenticias, dolores y molestias.
<b>Niñez intermedia (6-12 años)</b>	Se puede observar rechazo a las actividades escolares, irritación (peleas y discusiones constantes con sus compañeros), ansiedad, dificultades en el aprendizaje, etc. Empieza a presentar los primeros pensamientos negativos, se muestra autocrítico e inseguro de sus capacidades, con poca motivación y temores nocturnos. A partir de este periodo en adelante se puede evidenciar problemas de conducta como crisis de llanto, gritos, peleas e incluso conductas autodestructivas, la enuresis y onicofagia se siguen manifestando.
<b>Adolescentes (12 a 19 años de edad)</b>	Se presentan conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseos e intentos de fuga, sentimientos de no ser aceptados, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, retraimiento social, tristeza, anhedonia, pueden presentar pensamientos relativos al suicidio. Es frecuente que este trastorno se presente asociado a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de conducta alimentaria.

**Fuente:** TRONCOSO, A. "Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la ciudad de México."<sup>(21)</sup>

**Modificado y elaborado por:** Germania Sánchez, Elena Sarmiento, Karla Serrano.



### 2.1.5.2.1 Sintomatología de la Depresión Infantil

La depresión infantil es una entidad que rara vez se presenta igual que el aspecto clásico adulto, sino que se expresa de manera más heterogénea, lo cual se traduce como un obstáculo para su diagnóstico y tratamiento. Esta complejidad se aprecia en sus múltiples manifestaciones sintomatológicas y multicausalidad, a lo que se suman: las características propias de los niños, quienes por estar en proceso de desarrollo, presentan a menudo dificultades para identificar y verbalizar emociones; las diferentes expresiones sintomatológicas según las distintas edades; las características propias e individuales del niño; y finalmente la posible comorbilidad de la depresión con otras problemáticas. <sup>(1)</sup>. Se considera que la semiología de la depresión infantil es variada, destacando 10 conductas como síntomas más importantes de la depresión<sup>(49)</sup>:

1. Humor disfórico.
2. Auto desesperación.
3. Comportamiento agresivo (agitación).
4. Trastorno del sueño.
5. Modificación en el rendimiento escolar.
6. Retraimiento social.
7. Modificación de la actitud hacia la escuela.
8. Quejas somáticas.
9. Pérdida de la energía habitual.
10. Modificación habitual del apetito y/o del peso.

La sintomatología se explica de forma más detallada en el apartado anterior donde se trató los criterios del DSM IV y CIE – 10.



## 2.1.5.2.2 Instrumento de evaluación de Depresión Infantil

### 2.1.5.2.2.1 Inventario de Depresión Infantil: Children's Depression Inventory (CDI)

El Inventario de Depresión Infantil, cuyo nombre original en inglés es Children's Depression Inventory (CDI) es un instrumento que fue desarrollado en el año de 1992 por Kovacs, ha sido traducido a diferentes idiomas y es ampliamente usado y citado en la bibliografía especializada. Constituye la primera prueba creada para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes; estas cualidades son posibles, en la medida en que ha demostrado sus propiedades psicométricas a través de estudios realizados en países con culturas tan diversas como, Irak, Inglaterra, España, Puerto Rico, Perú, etc. <sup>(50)</sup>

Este instrumento permite medir los signos y síntomas de la depresión en niños y adolescentes comprendidos entre las edades de 7 y 17 años, tiene una estructura multifactorial, y por ende considera a la depresión como un fenómeno complejo y multidimensional. Está compuesto por cinco subescalas: humor negativo, ineficacia, baja autoestima, retraimiento social y pesimismo. <sup>(50)</sup>

El desarrollo del CDI está relacionado inicialmente con las dificultades de la aplicación del Beck Depression Inventory (BDI) para la población adolescente, pues al ser un instrumento creado para evaluar a la población adulta, se obtenían datos poco confiables, de lo cual se ve la necesidad de crear un instrumento específico para medir la depresión infantil. Es así que el CDI se confecciona a partir del Beck Depression Inventory para adultos. <sup>(51) (52)</sup>

La última versión del CDI (2004) en español presenta 27 ítems, cada uno de ellos expresados en tres frases que muestran, en distintas intensidades o frecuencias, la presencia de sintomatología depresiva en el niño o el adolescente y que respectivamente corresponden a un puntaje de 0, 1, 2. El contenido de estos ítems cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil. El resultado de la prueba permite obtener



datos acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa (Kovacs, 2004).<sup>(53)</sup>

El CDI es una prueba práctica y económica, debido a que sólo cuenta con 27 ítems y su evaluación no toma más de 20 minutos; es sencilla de responder puesto que necesita un nivel básico de escolaridad para poder ser comprendido por lo que se puede aplicar desde los 7 años. Este conjunto de propiedades hacen del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs una herramienta muy útil en el campo de la investigación y del cribado de los casos que necesiten una evaluación e intervención más profunda.<sup>(51)</sup>

La prueba puede ser aplicada individual o colectivamente. Se recomienda la aplicación individual en niños pequeños y en población clínica, mientras que su uso colectivo facilita el uso de la prueba en la investigación y el rastreo de casos (screening). Para la aplicación de la prueba, se pide a los participantes que escriban sus datos personales y luego el evaluador debe leer las instrucciones en voz alta, poniendo especial atención en que los niños pequeños atiendan y comprendan las instrucciones. Sólo se necesita la hoja de respuestas, un lápiz y un borrador. La aplicación dura entre 10 y 20 minutos.<sup>(50)</sup>

La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. Luego de esta calificación, se podrá obtener la puntuación directa de la escala de Disforia, sumando los puntajes de los ítem 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26; y la puntuación directa de la escala de Autoestima, sumando los puntajes de los ítems restantes 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. La suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. El puntaje final está entre 0 hasta 54 puntos. El punto de corte sugerido por los expertos es de 19 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.<sup>(51)</sup>



### **2.1.5.3 Consecuencias de la Depresión Infantil**

En los niños y adolescentes, la depresión tiene gran impacto sobre su crecimiento y desarrollo personal, sobre el rendimiento escolar y las relaciones familiares e interpersonales. Su aparición en la infancia sigue un curso crónico que puede presentar consecuencias secundarias, como déficits psicosociales, trastornos de conducta, alcoholismo, abuso de sustancias, personalidad antisocial y bajo rendimiento académico.<sup>(54)</sup>

Existen evidencias de la posible continuidad del trastorno depresivo a lo largo de la adolescencia y de su prolongación durante la etapa adulta, lo cual se ve reflejadas en los altos índices de consultas y hospitalizaciones psiquiátricas y en los problemas laborales y de relación en el futuro que origina. Por otra parte, los trastornos depresivos se encuentran asociados con abuso de alcohol y drogas, promiscuidad sexual, conductas delictivas y con aumento de la violencia y de la agresividad, así como de trastornos de la conducta alimentaria.<sup>(11)</sup>

La depresión mayor es además uno de los principales factores de riesgo de suicidio en los adolescentes. Así, según las estimaciones de la OMS el suicidio es la cuarta causa de fallecimiento en el tramo de edad de 15 - 44 años. A nivel mundial, uno de los datos más preocupantes es el aumento del suicidio en edades jóvenes, sobre todo varones.<sup>(35)</sup>

### **2.1.5.4 Tratamiento de la Depresión Infantil**

#### **2.1.5.4.1 Tratamiento farmacológico de la depresión infantil**

En el tratamiento de la depresión del niño y el adolescente, la medicación debe utilizarse como una herramienta más dentro de un tratamiento integral que incluya intervenciones dirigidas a mejorar el funcionamiento interpersonal, social y académico de los menores.<sup>(55)</sup>



Las recomendaciones emitidas por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios sobre la utilización de fármacos antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor del niño y el adolescente indican que ni los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), con la posible excepción de la fluoxetina, ni la venlafaxina, deberían utilizarse en menores de 18 años. Se hace mención también al favorable balance riesgo/beneficio de la fluoxetina, si bien se apunta la necesidad de realizar más estudios para garantizar la seguridad de este fármaco en este grupo de población. En 2007, un nuevo documento de la *Food and Drug Administration*(FDA) con relación a la ideación y comportamiento suicida en jóvenes que son tratados con fármacos antidepresivos ha señalado que los datos disponibles no son suficientes para excluir ningún fármaco de un aumento del riesgo de pensamientos y comportamientos autolesivos, principalmente al inicio del tratamiento, autorizando únicamente la fluoxetina como fármaco para uso en niños y adolescentes con depresión mayor. <sup>(56)</sup>

#### **2.1.5.4.2 Tratamiento psicológico de la Depresión Infantil**

En la actualidad se dispone de varias terapias psicológicas para la depresión infanto – juvenil, aunque la más extendida es la terapia cognitivo – conductual. Puesto que la depresión es un trastorno complejo que requiere soluciones complejas, investigadores y terapeutas coinciden en recomendar que los programas incluyan un amplio conjunto de objetivos terapéuticos, como sustituir los pensamientos automáticos, los errores lógico y los esquemas depresógenos, por formas de pensar más positivas y mejor adaptadas, combatir la pasividad mediante el incremento gradual de actividad, reducir estados emocionales negativo de tristeza, ira o ansiedad, mejorar la autoestima, fortalecer las relaciones sociales, elevar el estado de ánimo, etc. <sup>(57)</sup>

Es escasa la evidencia de los tratamientos en niños y adolescentes con depresión, la mayoría están basados en los resultados de la experiencia clínica o en extrapolaciones de estudios en adultos. Dado el contexto psicosocial de la depresión lo ideal sería un tratamiento combinado es decir psicoterapia y



farmacoterapia. El abordaje debería ser multimodal (intervenciones a nivel individual, familiar, social y farmacológico), combinando distintos enfoques terapéuticos, dependiendo del diagnóstico, la edad del paciente y las características socio familiares. <sup>(35)</sup>

La psicoterapia es especialmente importante en los pacientes con múltiples diagnósticos o con factores precipitantes relacionados con desorganización o un conflicto familiar, aunque estos niños suelen tener una enfermedad más resistente al tratamiento. <sup>(18)</sup> Se considera que la psicoterapia sería de primera elección en depresión leve – moderada y la más utilizada es de tipo cognitivo conductual. <sup>(58)</sup>

El tratamiento psicológico tiene tres objetivos principales:

- El tratamiento de los síntomas depresivos propiamente dichos.
- Si existen rasgos de personalidad que han predisuesto a la aparición del episodio depresivo, la modificación de dichos rasgos de personalidad.
- El aprendizaje de estrategias de identificación precoz de los síntomas y de prevención de recaídas. <sup>(60)</sup>

Las técnicas de psicoterapia incluyen: psico-educación, terapias cognitivo-conductuales, terapia interpersonal, terapia psicodinámica, terapia de grupo, intervenciones socio-familiares. <sup>(35)</sup>

#### **2.1.5.4.3 Programas de Intervención para Depresión Infantil**

La intervención en el campo de Depresión Infantil se han centrado básicamente en la prevención, surgiendo programas centrados en: <sup>(59)</sup>

- La reducción de cogniciones negativas (contenido de cambio cognitivo).
- La promoción de la participación en actividades agradables (contenido de activación conductual).



- Promover habilidades de resolución de problemas (contenido de resolución de problemas).
- Promover el desarrollo de habilidades sociales (contenido de habilidades sociales).



## **CAPÍTULO III**

### **3.1 HIPÓTESIS**

La conducta depresiva en niños/as está asociada a: edad del niño, año de educación básica, persona con quien vive, migración de un familiar cercano, estado civil de los padres, disfunción familiar, sector donde esta ubicada la vivienda (rural o urbano).

### **3.2 OBJETIVOS**

#### **3.2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a la conducta depresiva en niños/as de treinta y tres escuelas rurales pertenecientes a las parroquias Ricaurte, Santa Ana, San Joaquín, Sayausí, Sinincay, Sidcay, Tarqui, Turi, El Valle, Victoria del Portete del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo 2010-2011.

#### **3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**3.2.2.1** Determinar la prevalencia de conducta depresiva aplicando el Test Children Depression Inventory (CDI) versión larga en español, en niños/as de quinto a séptimo año de educación básica de treinta y tres escuelas rurales pertenecientes a las parroquias Ricaurte, Santa Ana, San Joaquín, Sayausí, Sinincay, Sidcay, Tarqui, Turi, El Valle, Victoria del Portete del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo 2010-2011.

**3.2.2.2** Identificar los factores de riesgo asociados a la conducta depresiva en niños/as de quinto a séptimo año de educación básica en treinta y tres escuelas rurales pertenecientes a las parroquias: Ricaurte, Santa Ana, San Joaquín, Sayausí, Sinincay, Sidcay, Tarqui, Turi, El Valle, Victoria del Portete del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo 2010 -2011, en



relación a las variables: edad del niño, año de educación básica, persona con quien vive, migración de un familiar cercano, estado civil de los padres, disfunción familiar, sector donde esta ubicada la vivienda (rural o urbano).

**3.2.2.3** Establecer el principal factor de riesgo asociado a la conducta depresiva según su frecuencia, en los niños/as de quinto a séptimo año de educación básica en treinta y tres escuelas rurales pertenecientes a las parroquias Ricaurte, Santa Ana, San Joaquín, Sayausí, Sinincay, Sidcay, Tarqui, Turi, El Valle, Victoria del Portete del cantón Cuenca matriculados/as en el periodo lectivo 2010-2011.

**3.2.2.4** Sistematizar la información recopilada.



## CAPÍTULO IV

### 4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

#### 4.1.1 TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo descriptivo de corte transversal.

#### 4.1.2 UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio está comprendido por todos los estudiantes matriculados durante el año lectivo septiembre 2010 – julio 2011, en los años quinto, sexto y séptimo de educación básica de las escuelas de la zona rural de la ciudad de Cuenca. Universo = 10718 niños/as.

#### 4.1.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra fue obtenida utilizando el programa EPI INFO con un universo de 10718 estudiantes de quinto, sexto y séptimo año de educación básica de las escuelas rurales de la ciudad de Cuenca, para el cálculo se utilizó el 18.2% de frecuencia esperada, un peor aceptable de 21% con un nivel de confianza del 95%, (732 niños/as). Se adicionó el 10% de posibles pérdidas (73 estudiantes), lo que significa que la muestra es de 805 estudiantes ( $n= 805$  niños/as), la misma fue aleatorizada en el programa Epidat y posteriormente asignada al azar para 2 grupos de tesis conformados por tres personas cada uno; correspondiendo así 402 estudiantes para un grupo y 403 estudiantes para el otro. En nuestro caso, la muestra fue de 403 niños/as que pertenecían a escuelas de las parroquias Ricaurte, Santa Ana, San Joaquín, Sayausí, Sinincay, Sidcay, Tarqui, Turi, El Valle, Victoria del Portete, según los resultados de la aleatorización como se detalla a continuación (Tabla # 5):

**TABLA # 5**

**Distribución de la muestra del presente estudio según niños/as,  
parroquia, escuela y año de educación básica, matriculados durante el  
año lectivo 2010-2011. Cuenca 2011**

Parroquia	Escuela	Tipo de Escuela	Número de Alumnos por Grados			Total
			Quinto	Sexto	Séptimo	
<b>RICAUARTE</b>	Estados Unidos de Norteamérica	Fiscal Femenino	5	6	6	17
	American School	Particular Mixta	4	1	2	7
	UE Particular Rosa de Jesús Cordero	Particular Mixta	7	10	8	25
<b>SAN JOAQUIN</b>	General Antonio Farfán	Fiscal Mixta	2	1	4	7
	Eduardo Crespo Malo	Fiscal Mixta	1	2	3	6
	Rafael María Arízaga	Fiscal Mixta	12	4	5	21
<b>SANTA ANA</b>	Alfonso María Borrero	Fiscal Mixta	7	9	5	21
	José Víctor Ordoñez Zambono	Fiscal Mixta	3	2	2	7
<b>SAYAUSI</b>	Cornelio Ruilova Sánchez	Fiscal Mixta	4	4	3	11
	Jesús Vázquez Ochoa	Fiscal Mixta	6	2	3	11
	Fray Gaspar de Carvajal	Fiscal Mixta	8	6	1	15
	Andrés Galindo	Fiscal Mixta	3	3	5	11
	Alborada	Particular Mixta	9	10	9	28
	Joaquín Malo Tamariz	Fiscal Mixta	5	3	7	15
<b>SIDCAY</b>	Dora Beatriz Canelos	Fiscal Mixta	5	4	5	14
<b>SININCAY</b>	Joaquín Fernández de Córdova	Fiscal Mixta	3	3	4	10
<b>TARQUI</b>	Francisco Moscoso	Fiscal Mixta	3	5	2	10
	Miguel Morocho	Fiscal Mixta	4	1	2	7
	Alfonso Moreno Mora	Fiscal Mixta	8	5	5	18
	Juan Contreras	Fiscal Mixta	3	2	3	8
	Honorio Vega Larrea	Fiscal Mixta	3	0	2	5
<b>TURI</b>	Aurelio Ochoa Albear	Fiscal Mixta	5	3	3	11
	José Rafael Arízaga	Fiscal Mixta	8	10	7	25
<b>EL VALLE</b>	Nicolás Sojos	Fiscal Mixta	4	1	4	9
	Tomás Rendón	Fiscal Mixta	5	8	5	18
	Manuel Guerrero	Fiscal Femenino	5	2	9	16
	Ramón Borrero	Fiscal Mixta	3	5	4	12
	La Consolación	Fiscomisional	5	4	6	15
<b>VICTORIA DEL PORTETE</b>	Remigio Romero León	Fiscal Mixta	2	2	4	8
	Guillermo Vega	Fiscal Mixta	0	1	0	1
	Ramón Ulloa	Fiscal Mixta	1	2	2	5
	Adolfo Serrano	Fiscal Mixta	1	0	0	1
	Teniente Hugo Ortiz	Fiscal Mixta	3	2	3	8
<b>TOTAL</b>	33 escuelas	-----	147	123	133	403

**Fuente:** Datos del registro maestro de la Dirección de Educación de la Provincia del Azuay.

**Elaboración:** Raquel Sánchez, Blanca Sarmiento y Karla Serrano.