



## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y factores asociados a trastornos afectivos: depresión y ansiedad en la población escolar de la Ciudad de Cuenca, 2011.

**Metodología:** Estudio transversal que incluyó 1000 estudiantes en etapa escolar en Cuenca, en la provincia del Azuay, se realizó la inclusión mediante muestreo aleatorio simple. Para el diagnóstico de trastornos afectivos se utilizó la Guía de observación de Stott, para funcionalidad familiar se utilizó la herramienta APGAR familiar, además se utilizaron test para detectar maltrato infantil. Se utilizaron la razón de prevalencia con IC 95% y Chi cuadrado para demostrar asociación entre los trastornos afectivos y factores asociados.

**Resultados:** La prevalencia de síntomas depresivos alcanzó el 15.2% y de ansiedad un 16.2%. La depresión se observó con mayor frecuencia en escolares de 10-13 años, la ansiedad fue similar en todos los grupos de edad; en el sexo masculino y en ambas patologías, la residencia urbana se presentó como factor protector para depresión y ansiedad; el maltrato infantil y la disfunción familiar representaron factores de riesgo para las dos patologías. La migración no fue un factor de riesgo significativo.

**Conclusiones:** Poseen más riesgo para trastornos depresivos y de ansiedad los escolares de familias disfuncionales, la migración fue factor de riesgo únicamente para trastornos depresivos. La residencia urbana es un factor protector para ambos trastornos afectivos.

**PALABRAS CLAVES:** PREVALENCIA, TRASTORNOS AFECTIVOS, DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, MIGRACIÓN, ESCOLARES.

**DECS:** TRASTORNOS DEL HUMOR, EPIDEMIOLOGÍA, FACTORES DE RIESGO, NIÑOS, ESTUDIANTES, ESTADÍSTICAS Y DATOS NUMÉRICOS, CUENCA-ECUADOR.



## ABSTRACT

**Objective:** to determine the prevalence and factors associated with affective disorders: depression and anxiety in the primary school population of Cuenca, 2011.

**Methodology:** This transversal study includes 1000 primary school children in Cuenca, in the province Azuay, chosen by random sampling. For the diagnosis of affective disorders the "Observation Guide of Stott" was used, for family functioning the tool "Family APGAR" was used, furthermore a test was included to detect child abuse. We used a prevalence ratio with 95% confidence interval, Chi square was used to demonstrate the association between affective disorders and their associated factors.

**Results:** The prevalence of depressive symptoms was as high as 15.2%, for anxiety this was 16.2%. Depression was seen more in children of 10-13 years old, for anxiety there was no difference between age groups; in the male sex there was no age difference for both pathologies. Urban residence was proven to be a protective factor for depression and anxiety; mean child abuse risk for both diseases, Dysfunctional families, was risk factors for both affective disorders in this study. Migration was not a significant risk factor.

**Conclusion:** Primary school children with dysfunctional families have a higher risk to develop depression and anxiety disorders. Migration was only a risk factor for depressive disorders. Urban residence appeared to be a protective factor for both affective disorders.

**KEY WORDS:** PREVALENCE, AFFECTIVE DISORDERS, DYSFUNCTIONAL FAMILIES, MIGRATION, PRIMARY SCHOOL CHILDREN.

**DECS:** MOOD DISORDERS, EPIDEMIOLOGY, RISK FACTORS, CHILD, STUDENTS, STATICS AND NUMERICAL DATA, CUENCA-ECUADOR.



## INDICE DE CONTENIDOS

| CONTENIDO                                 | PÁGINA    |
|-------------------------------------------|-----------|
| <b>RESUMEN .....</b>                      | <b>1</b>  |
| <b>ABSTRACT.....</b>                      | <b>2</b>  |
| <b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>              | <b>11</b> |
| <b>2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b> | <b>13</b> |
| <b>3. JUSTIFICACIÓN .....</b>             | <b>15</b> |
| <b>4. MARCO TEORICO .....</b>             | <b>17</b> |
| 4.1 Depresión y ansiedad .....            | 17        |
| 4.2 Depresión en la infancia.....         | 18        |
| 4.2.1 Sintomatología y clasificación..... | 18        |
| 4.2.2 Cuadro clínico.....                 | 19        |
| 4.2.3 Tratamiento.....                    | 20        |
| 4.3 Ansiedad en la infancia.....          | 21        |
| 4.3.1 Sintomatología y clasificación..... | 22        |
| 4.3.2 Tratamiento.....                    | 23        |
| 4.4 Factores asociados .....              | 25        |
| 4.4.1 Edad y sexo .....                   | 25        |
| 4.4.2 Residencia.....                     | 27        |
| 4.4.3 Años de escolaridad .....           | 27        |
| 4.4.4 Trabajo infantil .....              | 28        |
| 4.4.5 Disfuncionalidad familiar.....      | 29        |
| 4.4.6 Maltrato infantil.....              | 30        |
| 4.4.7 Migración .....                     | 30        |
| <b>5. HIPÓTESIS .....</b>                 | <b>32</b> |
| <b>6. OBJETIVOS.....</b>                  | <b>32</b> |
| 6.1 Objetivo general.....                 | 32        |
| 6.2 Objetivos específicos .....           | 32        |
| <b>7. VARIABLES.....</b>                  | <b>33</b> |
| 7.1 Variable dependiente .....            | 33        |
| 7.2 Variable independiente .....          | 33        |
| 7.3 Relación empírica de variables .....  | 33        |



|                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 7.4 Operacionalización de variables .....                                                                 | 33        |
| <b>8. METODOS Y TÉCNICAS.....</b>                                                                         | <b>34</b> |
| 8.1 Tipo de estudio.....                                                                                  | 34        |
| 8.2 Universo .....                                                                                        | 34        |
| 8.3 Muestra del estudio .....                                                                             | 34        |
| 8.4 Criterios de inclusión .....                                                                          | 35        |
| 8.5 Criterios de exclusión .....                                                                          | 35        |
| 8.6 Procedimiento de recolección de la información .....                                                  | 35        |
| 8.6.1 Métodos para el control de calidad de los datos .....                                               | 35        |
| 8.6.2 Instrumentos a utilizar .....                                                                       | 35        |
| 8.6.2.1 Cuestionario base .....                                                                           | 35        |
| 8.6.2.2 Guía de Observación STOTT .....                                                                   | 36        |
| 8.6.2.3 Test APGAR familiar .....                                                                         | 36        |
| 8.6.3 Procedimientos para garantizar aspectos éticos .....                                                | 36        |
| 8.7 Plan de análisis y tabulación .....                                                                   | 37        |
| <b>9. RESULTADOS.....</b>                                                                                 | <b>38</b> |
| 9.1 FASE DESCRIPTIVA .....                                                                                | 38        |
| 9.1.1 EDAD, SEXO, INSTRUCCIÓN, RESIDENCIA Y OCUPACIÓN .....                                               | 38        |
| 9.1.2 PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS .....                                                            | 40        |
| 9.1.3 PREVALENCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD .....                                                           | 41        |
| 9.1.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR, MALTRATO INFANTIL Y MIGRACIÓN<br>DE LOS PADRES .....                        | 42        |
| 9.2 FASE ANALITICA .....                                                                                  | 43        |
| 9.2.1 FACTORES ASOCIADOS PARA DEPRESIÓN .....                                                             | 43        |
| 9.2.1.1 EDAD, SEXO, GRADO, RESIDENCIA Y TRABAJO INFANTIL<br>COMO FACTORES ASOCIADOS .....                 | 43        |
| 9.2.1.2 DISFUNCION FAMILIAR, MALTRATO INFANTIL Y MIGRACIÓN<br>DE LOS PADRES COMO FACTORES ASOCIADOS ..... | 45        |
| 9.2.2 FACTORES ASOCIADOS PARA ANSIEDAD .....                                                              | 47        |
| 9.2.2.1 EDAD, SEXO, GRADO, RESIDENCIA Y TRABAJO INFANTIL<br>COMO FACTORES ASOCIADOS .....                 | 47        |
| 9.2.2.2 DISFUNCION FAMILIAR, MALTRATO INFANTIL Y MIGRACIÓN<br>DE LOS PADRES COMO FACTORES ASOCIADOS ..... | 50        |



|                                             |           |
|---------------------------------------------|-----------|
| <b>10. DISCUSIÓN .....</b>                  | <b>50</b> |
| <b>11. CONCLUSIONES .....</b>               | <b>57</b> |
| <b>12. RECOMENDACIONES .....</b>            | <b>59</b> |
| <b>13. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN .....</b>  | <b>60</b> |
| <b>14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b> | <b>67</b> |
| <b>15. ANEXOS .....</b>                     | <b>74</b> |
| 15. 1 Operacionalización de variables ..... | 74        |
| 15.2 Consentimiento informado .....         | 75        |
| 15.3 Cuestionario Base .....                | 76        |
| 15.4 Guía de observación Stott.....         | 78        |



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Dr. Néstor Rodrigo Barros Tapia, autor de la tesis "PREVALENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y FACTORES ASOCIADOS EN ESCOLARES DE CUENCA 2011", reconozco y acepto 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 de mi título de Especialista en Pediatría. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Enero del 2013

Dr. Néstor Rodrigo Barros Tapia

CI. 0103078507

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



## UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Dr. Néstor Rodrigo Barros Tapia, autor de la tesis "PREVALENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y FACTORES ASOCIADOS EN ESCOLARES DE CUENCA 2011", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Enero del 2013

Dr. Néstor Rodrigo Barros Tapia

CI. 0103078507

---

*Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999*

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail [cdjbv@ucuenca.edu.ec](mailto:cdjbv@ucuenca.edu.ec) casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
POSTGRADO DE PEDIATRÍA**

**PREVALENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y FACTORES  
ASOCIADOS EN ESCOLARES DE CUENCA 2011**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN  
DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
PEDIATRÍA**

**AUTOR: DR. NÉSTOR RODRIGO BARROS TAPIA**

**DIRECTOR: DR. GUIDO PINOS A.**

**ASESORA: DRA. LORENA ENCALADA**

**CUENCA – ECUADOR  
2013**



## **DEDICATORIA**

A mi Papito Dios, sin él nada fuera posible en mi vida.

A mi querida esposa Karla Mabel, a mis hijos Josué David y Santiago Andrés, la razón de mi vida.

A mis padres Néstor y Julia, que siempre soñaron con este logro, y que para ello me encaminaron desde pequeño

A mi hermano Fabián

**EL AUTOR**



## **AGRADECIMIENTO**

A mi Papito Dios, sin él nada fuera posible

A mi esposa Karla Mabel, a mis hijos Josué David y Santiago Andrés, a mis padres Néstor y Julia.

A los niños cuyo bienestar siempre se busca.

A la Dra. Lorena Encalada y Dr. Guido Pinos, y a todas las personas que han colaborado durante la investigación.

**EL AUTOR**



## 1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es parte de la salud integral y tiene raíces biológicas y sociales, es decir depende de las condiciones del ambiente natural y del ambiente construido por el hombre. De hecho ninguna de las condiciones interpersonales y humanas que modelan un estilo de vida particular son ajenas a la salud mental.

Los trastornos mentales y de conducta no son exclusivos de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. De acuerdo con los estimados proporcionados en el *Informe de Salud Mundial 2001* de la OMS, alrededor de 450 millones de personas padecen de trastornos mentales. Una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de conducta a lo largo de su vida (1).

De acuerdo a estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, (OMS, citadas por el Ministerio de Salud, 1998), la prevalencia global de los trastornos mentales a nivel mundial es de aproximadamente 851 millones de personas, incluyendo los trastornos neuróticos, afectivos, el retardo mental, la epilepsia, demencias y la esquizofrenia. Los problemas de salud mental constituyen alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad. (2)

A partir de los datos del Segundo Estudio Nacional de Salud y Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado a 25.135 personas en Colombia, se observa que la prevalencia de la depresión en la población general es de 25.1% y en particular para la ciudad de Bogotá es de 19.7%. Sobre depresión leve, moderada y severa, sugieren que los jóvenes colombianos entre los 16 y 21 años, muestran los más altos índices de depresión en comparación con otros rangos de edad. Además, según los datos de la Secretaría de Salud de Bogotá, en el año 2000 la tercera causa de muerte de los jóvenes de 14 a 26 años se debió a las lesiones autoinflingidas intencionalmente (suicidios) con un 7.0% del total de muertes (las mujeres 6.8% y los hombres 7.1%), después de las agresiones violentas y los accidentes de tránsito. (3)



Un estudio realizado en Oregón, Estados Unidos, estimó que entre el 12% y el 22% de los jóvenes menores de 18 años ha sido diagnosticado con algún desorden mental y que al menos una tercera parte de los jóvenes experimenta un segundo diagnóstico durante el resto de su vida (4)

Según la clasificación diagnóstica del Diagnostic and statistical manual of mental disorders, los criterios de un trastorno depresivo son muy parecidos en niños, adolescentes y adultos. Las diferencias que se encuentran se deben a la intensidad de los síntomas y las consecuencias del trastorno. Algunos síntomas, como las quejas somáticas, la irritabilidad y el aislamiento social, son especialmente habituales en los niños, mientras que el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes durante la adolescencia. (5)

Los resultados de la presente investigación son utilizados para concienciar sobre la presencia de estos problemas en nuestra población infantil, y además para generar a nivel del Estado nuevos lineamientos políticos, para que a través del Ministerio de Salud Pública se tome en consideración la importancia de reorientar sus servicios a este tipo de población que necesita de nuevas estrategias para garantizar la salud de los niños de una forma integral.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El apego y las emociones son dos pilares fundamentales para entender la conducta humana; sin embargo, en su expresión más negativa, son perturbadoras y pueden provocar graves trastornos y padecimientos que en muchos casos, empiezan en la infancia. Las alteraciones emocionales consideradas como un evento estresante en el período de crecimiento y desarrollo de la niñez, se expresa a través de la tristeza, el miedo, la preocupación, la rabia, entre otras emociones, interviniendo variados factores asociados como los personales, familiares, y ambientales en el que se desenvuelven día a día. (6)

Según investigaciones recientes del Banco Mundial y la OMS en los países en desarrollo, las enfermedades no transmisibles como la depresión o la enfermedad cardíaca están remplazando muy rápido a las enfermedades tradicionales (enfermedades infecciosas y desnutrición) como las principales causas de discapacidad y muerte prematura. (7)

Se estima que cerca de un 25% de los niños menores de 10 años en Chile presentan entre un 10% y un 37% trastornos psicológicos importantes, los cuáles son secundarios a eventos individuales y colectivos de la actual sociedad en mundo globalizado. Así también se afirma que el desarrollo socio-emocional de los niños permitirá grados de resiliencia mayores frente al proceso de desarrollo de la vida cotidiana. (8)

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. A esta realidad, es necesario el realizar un estudio de investigación que denote en nuestro país, y de acuerdo a nuestra realidad, los principales factores asociados que pueden generar este tipo de alteraciones psicológicas en la población infantil; pues la migración, el maltrato infantil, y la disfunción



familiar son los principales detonantes para los cuadros de ansiedad y depresión en la población infantil.

Finalmente, con los resultados de la investigación, se pretende diseñar nuevas e innovadoras propuestas, que puedan ser aplicadas a mediano plazo y que garanticen un equilibrio del Proceso Salud – Enfermedad en cuanto a la salud mental infantil.

### 3. JUSTIFICACIÓN

La importancia de merecer una buena salud mental, está reconocida desde la definición de la OMS que dice: "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"(9)

Se debe reconocer que los trastornos mentales se integran negativamente en las diez primeras causas de muerte, enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Es bien conocido que gran parte de la población a nivel de América Latina, sufre alteraciones en su salud mental, presentándose un elevado número de discapacidades intelectuales, enfermos depresivos y una alta tasa de psicodependientes del alcohol y las drogas. (10).

La OMS calcula que para el 2020, la depresión mayor será la principal causa de días perdidos por discapacidad en los países en desarrollo, realidad a la que no escapa nuestro país. La temática del análisis de los trastornos afectivos de los niños, merece un tema de estudio a nivel de nuestra localidad, por todo lo que conlleva e involucra los problemas emocionales para este grupo etario, ya que existen pocos estudios que intentan describir la presencia de dicho fenómeno en nuestro entorno.

El impacto social y emocional visto desde el punto de vista de lo biológico, psicológico y del desarrollo humano, puede ser relevante desde la perspectiva de mejorar la calidad de vida de nuestros niños, pues la identificación de factores asociados en ellos, pueden ayudarnos a prevenir catástrofes mentales que alteren el desarrollo Bio-psico-social de los individuos en su adultez.

Este estudio permitió establecer la patología mental manifiesta de la población en estudio, así como conocer las consecuencias que los diferentes trastornos conllevan a deteriorar la salud mental de los niños. Se identificó posibles signos y síntomas que nos puedan ayudar a prevenir desde el hogar, aquellas alteraciones mentales en el comportamiento de nuestros hijos.



Esperamos que esta investigación genere un aporte científico, al considerar patologías mentales en la población infantil que hoy en día se presentan como un problema a nivel mundial que no hace distinción de edad, sexo, condición económica o raza. De esta forma se pretende contribuir con la investigación de estas entidades psicopatológicas que se presentan en los niños a tempranas edades, y que son difíciles de reconocerlas al momento de evaluarlas, siendo los beneficiarios directos los niños, e indirectos los padres.

Los resultados serán difundidos hacia la población en general del Cantón Cuenca mediante la publicación de los resultados en los medios de prensa escrita de la localidad, además se realizarán publicaciones de los resultados obtenidos en revistas con aval científico académico de diferentes instituciones médicas públicas y privadas.

Se entregará un informe final a los participantes involucrados en el estudio al final del mismo. Los principales beneficiarios de esta investigación serán la población infantil, sus familiares, la comunidad, el personal de salud, así como la población en general del Cantón Cuenca y de nuestro país.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Depresión y ansiedad

La depresión infantil (DI) es un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento a nivel escolar, familiar y social. El estado depresivo persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona, esta alteración se presenta de diversas formas con grados y duración variable. (11)

El termino depresión ha sido definido de diversas maneras y ampliamente estudiado a lo largo de los siglos, sin embargo, desde el punto de vista psicológico actual, la depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, que ocurre como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir, la esfera psíquica, la somática y la conductual son perturbadas en grados diversos. (11)

La depresión se define como un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento, a nivel escolar, en el hogar o la comunidad. La condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona. (11)

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor que ocurre en un niño; esta alteración se presenta de muchas formas con grados y duración variable. (11).

Los trastornos de ansiedad son cuadros frecuentes en la población infantil y adolescente. Su existencia, repercute de manera importante en el adecuado funcionamiento de quienes los padecen, no sólo en el ámbito personal sino también en el plano escolar y social. Es frecuente además, que se asocien a cuadros de depresión, suicidio y abuso de sustancias. Un estudio realizado por

Bell Dollan en Pittsburg (Pensilvania) en el año 1990 reporta una prevalencia de síntomas ansiosos del 10% en población juvenil. (12) Frecuentemente, muchos de dichos síntomas se encuentran en niveles subclínicos, sobre todo en el caso de los cuadros fóbicos y el Trastorno de Ansiedad Generalizada. (13)

Los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente tienen formas de presentación diferentes a las de los adultos y varían dependiendo de la etapa del crecimiento. El adecuado conocimiento de dichas particularidades permite al clínico orientar de manera certera el manejo y así evitar la continuación y empeoramiento de dichos cuadros en la edad adulta. (13)

Del adecuado diagnóstico dependerá la calidad de vida, el normal desarrollo y desempeño de los niños y adolescentes afectados por cualquiera de las formas de ansiedad.

## **4.2 Depresión en la infancia**

Entre los trastornos emocionales, 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 (APA, 1995). En los últimos años ha existido un interés creciente en el área de la evaluación de la depresión infanto-juvenil. Es un hecho constatado que la mayor incidencia de problemas emocionales se produce durante la pubertad y adolescencia; su investigación ha preocupado especialmente a los expertos en el área infantojuvenil. (6)

### **4.2.1 Sintomatología y clasificación**

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª Edición (DSM-IV) incluye los trastornos del estado de ánimo en niños bajo los criterios diagnósticos para adultos. La diferencia radica en que estos últimos manifiestan más comúnmente quejas somáticas, rechazo social, pérdida de interés y de la capacidad de experimentar placer, cambios en los patrones de

alimentación, sueño y peso corporal, actividad, concentración, nivel de energía, autoestima, motivación y menos frecuentemente, enlentecimiento psicomotor e hipersomnia, en comparación con adolescentes y adultos. (6)

En la práctica actual según el DSM-IV, se considera que para que un niño sea diagnosticado con un Trastorno Depresivo Mayor, debe tener al menos 5 de los siguientes 9 síntomas, con una duración de 2 semanas:

- 1) Estado de ánimo deprimido.
- 2) Pérdida de interés o capacidad para el placer.
- 3) Pérdida o aumento significativo de peso.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi diario.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 6) Fatiga o pérdida de energía.
- 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- 9) Ideas recurrentes de muerte.

Es importante mencionar que no se incluyen síntomas debido a enfermedad médica, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones.

#### **4.2.2 Cuadro clínico**

La identificación de síntomas depresivos en los niños es difícil, aún para los padres. Se recomienda que la evaluación del niño se base en el examen comprensivo del niño y de su entorno: Las entrevistas y aplicación de instrumentos diagnósticos se realizan con el niño, la familia y personas significativas en la vida del niño; además de evaluación física, neurológica y evaluaciones de laboratorio y psicológicas. En las entrevistas con los niños se debe preguntar cuidadosamente, no esperar que el niño espontáneamente describa sus síntomas; usar un lenguaje apropiado, dar ejemplos (experiencias



de otros niños) y parámetros de comparación en cuanto al tiempo, y no tener reparos en confrontar inconsistencias en la historias dadas por los padres y por los niños o del mismo niño en diferentes tiempos. (14)

#### **4.2.3 Tratamiento (15)**

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

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

Las Terapias Psicológicas más utilizadas son:

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

El Tratamiento Farmacológico: se basa en el uso de drogas como:

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

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

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

#### **4.3 Ansiedad en la infancia**

La ansiedad es una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la amenaza. Es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Los temores se convierten en la niñera del niño cuando éste comienza a alejarse de la madre y empieza a explorar el mundo por sí solo. (16)

La tasa general de prevalencia de los trastornos de ansiedad durante la infancia es de un 18%, sin que se presente un mayor predominio en las niñas que en los niños. No es hasta la adolescencia, que las chicas alcanzan índices más altos que los chicos en este tipo de problemática, distribuyéndose así los porcentajes de forma más semejante a los observados en la población adulta. Dentro del porcentaje citado, además, observamos que la ansiedad infantil se presenta de muy distintas formas: a veces, se presenta como un trastorno fóbico; otras, la

ansiedad no va acompañada de comportamientos evitativos y, en determinadas ocasiones, a ésta se le suman otros componentes añadidos. (17)

#### **4.3.1 Sintomatología y clasificación**

Las manifestaciones de ansiedad serán diferentes según la etapa del desarrollo. En los niños más pequeños se presenta a menudo como actividad excesiva, comportamientos estridentes y de llamada de atención, dificultades a la separación o en el momento de ir a dormir. La ansiedad manifestada comportamentalmente puede conducir a diagnósticos inadecuados de trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH), trastorno desafiante y oposicionista u otros problemas de conducta.

Los chicos mayores o los adolescentes que son más capaces de describir sus vivencias subjetivas pueden denominarlas usando diferentes vocablos como miedo, nerviosismo, tensión, rabia; también pueden presentar comportamientos disruptivos o antisociales (18)

La clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia aún no tiene un carácter definitivo. Las dos clasificaciones internacionales al uso, ICD-10 (International Classification of Diseases) (19) y DSM-IV (Diagnostic and Statistical Classification of Diseases) (20), reseñan que existen algunos trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y en la adolescencia por 4 razones básicas:

- La mayoría de los niños que sufren trastornos de ansiedad son sujetos normales en la vida adulta y sólo una minoría terminará padeciendo algún trastorno.
- Muchos trastornos emocionales pueden considerarse exageraciones de las respuestas normales del niño.
- Los mecanismos etiopatogénicos pudieran ser diferentes.
- Los trastornos emocionales de los niños se diferencian con menos claridad que los del adulto en entidades específicas.

La CIE-10 considera que los trastornos emocionales de inicio en infancia y adolescencia son: ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad con los hermanos. La DSM-IV incluye en este grupo sólo el trastorno por ansiedad de separación y el trastorno reactivo de la vinculación. El resto de trastornos de ansiedad se delimitan según un diagnóstico sindrómico que es el mismo en los niños y adolescentes que en los adultos. Los trastornos de ansiedad incluyen el trastorno de pánico, las fobias, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), las reacciones a estrés agudo, el trastorno por estrés postraumático (TEP) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG); éste último conocido previamente como trastorno por ansiedad excesiva. Aparte quedan los síndromes de ansiedad secundarios a una condición médica o al uso de sustancias. (21)

#### **4.3.2 Tratamiento**

Existen numerosos tipos de intervenciones para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Éstas suelen incluir tanto intervenciones psicosociales como psicofarmacológicas (22). En la mayoría de los casos se propone proceder secuencialmente con intervenciones de carácter psicosocial y recurrir a la medicación sólo en aquellos casos más graves en los que el tratamiento psicoterapéutico se muestra insuficiente; éstas deben incluir:

- Actividades destinadas a disminuir todas las situaciones estresantes que se hubiesen identificado en el proceso de evaluación (disfunción familiar u otro tipo de situación de desventaja social). Aunque estas intervenciones en ocasiones no son suficientes, merecen ser tenidas en cuenta y puestas en práctica, pues, en caso de no hacerlo, el pronóstico del trastorno será más sombrío. Muchas de las actividades son de tipo informativo y educativo.
- Mejorar la comunicación, tanto individual como de los miembros de la familia entre sí; fomentar la expresión de sentimientos y la comunicación de estados afectivos de una forma modulada.
- Métodos cognitivo-conductuales.
- Métodos físicos de tratamiento, medicación.

Algunas de las intervenciones psicológicas como la Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) se basan en modelos teóricos de los trastornos de ansiedad; otras, como las medicaciones, en los resultados de la experiencia y eficacia demostrada en poblaciones adultas (ISRS, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina).

A pesar de la variedad de tratamientos disponibles para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, hay muy pocos estudios controlados que demuestren la eficacia de los mismos. (22).

En lo que al uso de fármacos se refiere, existen numerosos ensayos clínicos positivos con varios tipos de compuestos (benzodiacepinas, antidepresivos y otra miscelánea formada por beta-bloqueantes, antihistamínicos y antiepilépticos) (23) Los ISRS han mostrado su seguridad y eficacia en el tratamiento del TAG, TOC, TEP, fobia social y trastorno de pánico en adultos. Sin embargo, sólo existe un estudio controlado del efecto beneficioso (ya desde la tercera semana) y seguridad de la fluvoxamina en una muestra de niños que tenían diferentes tipos de trastornos de ansiedad (23). A pesar de que la experiencia clínica en adultos y en niños y los estudios controlados en adultos apoyan el uso de este grupo de fármacos en el tratamiento de trastornos de ansiedad en la población infantojuvenil, el empleo de los ISRS en nuestro país (así como en EE.UU. y países de la Unión Europea) está siendo limitado y puesto en cuestión por las autoridades sanitarias. De hecho, la única indicación aprobada oficialmente por el momento es el uso de la fluvoxamina y la sertralina en el tratamiento del TOC.

Las benzodiacepinas son fármacos que se usan en niños para resolver de forma aguda problemas de ansiedad. No obstante, los riesgos (dependencia) de estos compuestos junto al perfil de seguridad de los ISRS debilitan las posibilidades terapéuticas de los mismos.

La forma de tratamiento psicológico más empleado en la práctica clínica es la TCC. Una reciente revisión sistemática de la eficacia de la TCC en el

tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes concluye que la TCC es útil cuando se aplica a niños mayores de 6 años. Aún queda por demostrar que estos resultados sean extensibles a niños más pequeños y generalizables a todo tipo de niños. De hecho, un tercio de los niños que iniciaron el tratamiento seguían presentando síntomas compatibles con el TA por el que fueron tratados, después de finalizada la terapia. Tampoco se conoce si los resultados positivos de la TCC se prolongan a largo plazo. En cualquier caso, es una alternativa de intervención ampliamente utilizada hasta el momento, que ha sido testada siguiendo los criterios de calidad de la medicina basada en pruebas. (24)

#### **4.4 Factores asociados**

##### **4.4.1 Edad y sexo**

Los porcentajes de depresión infantil detectados entre la población infantil son alrededor del 8-10%, de acuerdo a numerosas investigaciones. Diversos estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años. Antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos. (15)

Los trastornos no resueltos en la infancia y adolescencia inciden negativamente en el desarrollo psicológico y social del individuo lo que deriva en una mayor probabilidad de volver a sufrir este tipo de padecimientos en la edad adulta (6) Está demostrado más que suficientemente que los niños muy pequeños tienen menos posibilidades de desarrollar una depresión. Vamos a presentar dos rangos de edad: de 9 a 10 años y de 14-15 años: siempre los niveles de depresión suelen ser más altos en la pubertad. Los niños que están en esta etapa de la vida tienen una situación emocional, social, personal, sexual, de necesidad de independencia que les genera una remoción muy profunda de todos sus esquemas previos. Y naturalmente no sólo la depresión: la mayor parte de las patologías infantiles tienen un pico, una subida impresionante en la

pubertad precisamente porque es una época de modificaciones. Todas las épocas de cambio son malas tanto para los adultos como para los niños. En la pubertad se acumulan el mayor número de cambios posibles. Quizá nunca a lo largo de nuestra vida volvamos a tener una época de crisis de cambios tan grandes como en esa etapa. (b)

El sexo de los niños es otro factor de riesgo para establecer una reacción de tipo depresivo. Así como la agresión y la inadaptación social son características de los varones, la depresión es una perturbación muchísimo más frecuente en las niñas. Es decir, que si tienen hijos varones es menos frecuente que puedan tener un caso de depresión que si tienen hembras. Eso siempre es así. Sobre todo, estas diferencias aparecen en la pubertad. Mucha gente quiere ver en esto un dato más para decir "ven ustedes, la depresión tiene que ver con aspectos de tipo biológico", puesto que antes de los 12 ó 13 años es muy infrecuente encontrar diferencias significativas entre los niveles de depresión de los niños y de las niñas, pero a partir de esos años es muy frecuente. Para muchos, es la testosterona la que está produciendo esas diferencias frente a las hormonas femeninas. Eso se puede leer así, pero sabe también que ser adolescente consiste en entrar en el juego de los roles sociales que se dan más diferencialmente perfilados. Por lo tanto, tanto aspectos biológicos como sociales están funcionando en la pubertad de una manera muy violenta, y no se puede interpretar unilateralmente un dato de esta naturaleza. (25)

Al analizar estos factores de riesgo en lo referente a la ansiedad Magaz, García y Del Valle (26) encontraron en su estudio que las diferencias entre chicos y chicas en ansiedad y estrés, son estadísticamente significativas. En todas los casos las chicas presentan puntuaciones superiores, La ansiedad aumenta con la edad, excepto en el grupo de chicos de 18 años donde es inferior al resto de grupos. Las diferencias estadísticamente significativas las encontramos entre las chicas de 12 a 14 años y las de 16 a 18 ( $F= 4.08$ , con 6 y 1645 g.l. y  $p = 0.0005$ ), y entre los chicos de 14 y 15, y los de 17 ( $F= 3.29$  con 6 y 1184 g.l. y  $p= 0.0032$ ). La prueba de contraste utilizada en todos los casos ha sido la prueba de Tukey. (26)

Además concluyen estos autores que: las diferencias en función del sexo y la edad de los sujetos, los resultados coinciden con las investigaciones en las que los problemas de ansiedad excesiva parecen ser más frecuentes en chicas, y se incrementan con la edad.

#### **4.4.2 Residencia**

Un estudio sobre la depresión infantil dirigido por Cabaco (1995), analizando la influencia del medio de residencia y del sexo, reporta la existencia de diferencias significativas a favor de un perfil mejor en el medio urbano y entre los varones (27)

Se ha propuesto una serie de factores de riesgo cuya importancia causal parece ser muy débil. Entre ellos se incluyen clase social baja, residencia urbana, estado marital de separación o divorcio, escaso soporte social y pertenencia a las generaciones nacidas más recientemente (28)

Según los estudios el área urbana reviste mayor riesgo de estados depresivos y ansiosos en los escolares.

Lederbogen y colaboradores (29) en su estudio publicado en la revista Nature en el 2011 asegura que: “más de la mitad de la población del mundo vive en el área urbana en la actualidad, creando un ambiente urbano próspero. Las ciudades presentan riesgos y ventajas en salud, pero la patología mental es afectada negativamente: trastornos del humor y ansiedad son más habituales en la ciudad y el índice de la esquizofrenia es incrementado enérgicamente en personas nacidas y criadas en el área urbana”.

#### **4.4.3 Años de escolaridad**

Esta variable se encuentra ligada con la edad, pues es obvio que en la gran mayoría de los casos la edad será correspondiente con los años de escolaridad.

Haquin, Lallaguibel y Cabezas (30) en un estudio realizado en la ciudad de Calama Chile, encontró que: al estudiar los factores de riesgo por grado escolar

se observa que la variable bajo autoconcepto/autoestima se mantiene a través de los grados escolares como factor de riesgo. A medida que se avanza en escolaridad, aparecen las conductas de riesgo en relación al tema de abuso de alcohol y drogas y sexualidad, así como el sentido de pertenencia e inserción escolar. (30)

#### **4.4.4 Trabajo infantil**

El trabajo infantil profundiza la desigualdad, viola los derechos humanos fundamentales de la infancia y la adolescencia, acelera los procesos de maduración, impide o limita el adecuado proceso educativo, enfrenta a los niños a un ambiente adulto y a veces hostil, produce pérdida de la autoestima, problemas de adaptación social y traumas,

Al respecto Melo-Vega (31) en su investigación titulada: Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana, encontraron que: los niños de la muestra presentan niveles elevados de sintomatología depresiva, y que se encuentra evidencia estadística que permite afirmar que los niños trabajadores presentan mayores índices de sintomatología depresiva, en comparación a los niños con iguales características pero que no se encuentran trabajando. Estos resultados estarían indicando a su vez, niveles elevados de riesgo de depresión en los niños de la muestra. Así mismo, se observan diferentes variables que podrían explicar estos resultados, siendo las más importantes el bajo nivel socioeconómico y las situaciones que se presentan dentro de la dinámica familiar. (31)

Dentro de las consecuencias psíquicas que deben de afrontar los niños trabajadores, se encuentran una serie de síntomas tales como tristeza, cólera, ansiedad, nerviosismo, preocupación, apatía y aburrimiento (32) ; todos ellos indicadores de la posible existencia de un cuadro depresivo.

Se logró observar consecuencias psicológicas, como depresión, ansiedad y pobre autoestima; efectos que se atribuían principalmente al hecho de asumir responsabilidades a temprana edad y a la realización de labores de alto riesgo. (31)

#### **4.4.5 Disfuncionalidad familiar**

La disfuncionalidad familiar se relaciona fundamentalmente con la falta de comunicación, las situaciones de maltrato y violencia, la privación sociocultural y el consumo de sustancias por parte de algún familiar directo. Un 73,86% de psicólogos alude a ello como causal de la depresión en los niños. (33)

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

El apego con el que la madre y el hijo se brindan mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño. (15)

Más tarde también son indispensables para el normal desarrollo emocional del niño las buenas relaciones con los padres. Una y otra vez numerosos expertos han señalado cómo las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles, y también claro está de la depresión.

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

Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad

de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la depresión infantil. (15)

Jiménez, en un estudio realizado en la Ciudad de México encontró correlación positiva débil estadísticamente significativa entre disfuncionalidad familiar y problemas de salud, así como con trastornos de conducta, mostrando correlación significativa positiva ( $P < 0.01$ ) entre disfuncionalidad familiar y maltrato físico, drogadicción, intento de suicidio y depresión. Correlación positiva débil ( $P < 0.05$ ) entre disfuncionalidad familiar, ansiedad y estrés e ingesta de bebidas alcohólicas. (34)

#### **4.4.6 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. (35). La falta de maltrato infantil ha demostrado ser un factor protector para depresión. (30)

Existe una gran variabilidad de síntomas que los niños pueden presentar como consecuencia de la situación de maltrato, siendo los más frecuentes la aparición de problemas "interiorizados" (tales como la ansiedad, la depresión, los síntomas disociativos o los relacionados con el estrés postraumático) y "exteriorizados" (como problemas sexuales, agresividad o la realización de conductas antisociales) (36)

Otra de las características que se puede observar en niños maltratados fue la ansiedad. (37)

#### **4.4.7 Migración**

Según los patrones migratorios de América Latina donde el continuo flujo de migrantes ha llegado a representar en términos generales más del 10% del total de movimiento de las personas, la diversificación de los patrones migratorios, barreras, requisitos de ingreso, posibilidades de trabajo, la cercanía geográfica y



cultural entre los diversos países han contribuido a cimentar el patrón latinoamericano migratorio. (38)

Ron, (39) en su estudio realizado en una población de entre 6 a 16 años en la ciudad de Gualaceo cita a Aguilera quien encontró en una población de 310 adolescentes en México, que el porcentaje grupal de sintomatología depresiva fue 19,3% sin encontrar una diferencia significativa entre hijo de padres migrantes y no migrantes. Ron (39) también cita los siguientes estudios al respecto: un estudio realizado en 80 familias en México en la comunidad de Chicahuaxtla, Oaxaca, El Arador y Texmelucan mostró que en promedio los hijos de los migrantes tienen depresión en un 63%, ansiedad en un 15%, problemas de conducta en 18% y de socialización en un 3% (40). Otro trabajo hecho en Ocotlán - Texas, mostró que la ausencia de los padres se relacionó con violencia y problemas de conducta con un 47% y 50% del grupo de estudio.

En Trinidad México en el año 2004 en un trabajo realizado en 50 familias el 55% de los familiares de los migrantes mostraron ansiedad, depresión en un 42%, violencia 50% y delincuencia en el 4% de esta población (41). En China en una escuela secundaria los hijos de emigrantes mostraron que 16,6% se sienten abandonados, 12.3% afirman que no tienen problemas para conseguir ayuda, el 6.5% presentan ansiedad (42). Sin embargo ninguno de estos estudios incluyó un grupo control para establecer la prevalencia de patología mental en los menores que no son hijos de migrantes.

Ron (39) a nivel local encontró que en el grupo de 6 a 10 años con el test aplicado a los padres o sus representante, encontró que en los estudiantes con migración tienen 1.9 veces más probabilidad de desarrollar patología emocional que los que no presentan migración con un IC 95%(1.3-2.9) y un  $p < 0.001$ .

## **5. HIPÓTESIS**

La prevalencia de depresión y ansiedad en escolares de la Ciudad de Cuenca es superior al 21 y 5.6% respectivamente y se asocia directamente a problemas sociales como la migración, disfunción familiar y maltrato infantil.

## **6. OBJETIVOS**

### **6.1 Objetivo general**

- Determinar la prevalencia de los trastornos afectivos, y factores asociados migración, maltrato infantil, disfunción familiar, en escolares del Cantón Cuenca – 2011.

### **6.2 Objetivos específicos**

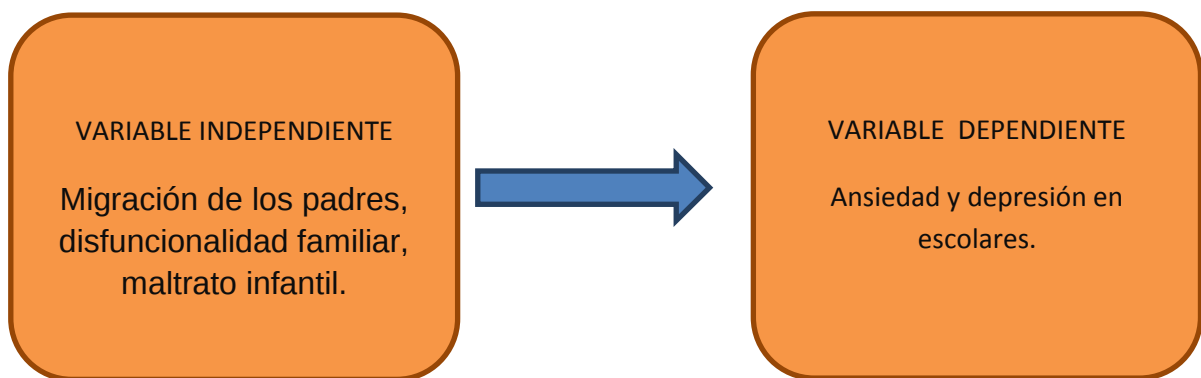
- Determinar la prevalencia de los trastornos afectivos en la población escolar urbana de la Ciudad de Cuenca, según edad, sexo, residencia, años de escolaridad, ocupación del escolar.
- Establecer la asociación entre trastornos afectivos y factores asociados: disfunción familiar, maltrato infantil, y migración.
- Generar una propuesta de intervención de salud en base a los resultados que se obtengan.

## 7. VARIABLES

**7.1 Variable dependiente:** depresión y ansiedad en escolares

**7.2 Variable independiente:** Migración de los padres, disfuncionalidad familiar, maltrato infantil.

### 7.3 Relación empírica de variables



**7.4 Operacionalización de variables.** Ver anexo 1

## **8. METODOS Y TÉCNICAS**

### **8.1 Tipo de estudio**

Se trató de un estudio de prevalencia, de corte transversal realizado en las escuelas de la Ciudad de Cuenca, en niños/as, con identificación de factores asociados.

### **8.2 Universo**

El universo lo constituyeron todos los estudiantes de las escuelas de la ciudad de Cuenca que se encuentren matriculados desde el primero hasta el séptimo año de educación básica. Las escuelas de Cuenca son en total 390, con una población total de 20500 estudiantes.

### **8.3 Muestra del estudio**

La técnica de muestreo empleada correspondió al denominado muestreo aleatorio simple y estratificado, se utilizó el programa estadístico EPIDAT.

Para el procedimiento de cálculo se estimó que el universo de toda la población escolar de la ciudad de Cuenca comprende un total de 20500 estudiantes, se utilizó una proporción esperada del 5,6% (proporción del trastorno afectivo menos frecuente: Ansiedad), un nivel de confianza del 95% y una precisión absoluta del 3%, dando como resultado 224 casos a estudiar, se añadió un 20% de posibles pérdidas, quedando la muestra constituida por 268 escolares, sin embargo al tratarse de un proyecto de intervención se incluyeron 1000 escolares al estudio.



#### **8.4 Criterios de inclusión**

- Todos los escolares de primero a séptimo de básica que estén debidamente matriculados y se hallen cursando cualquier año escolar hasta el momento de la recolección de datos.
- Haber sido seleccionado por el muestreo aleatorio simple.
- Menores cuyos padres y/o representantes legales acepten la investigación y firmen el consentimiento informado. (Ver anexo 2)

#### **8.5 Criterios de exclusión**

- Todos los niños que tengan síndrome de Down o retardo mental.
- Niños cuyos padres y/o representantes legales no firmen el consentimiento informado.

#### **8.6 Procedimiento de recolección de la información**

La información fue debidamente recolectada en cuestionarios aplicados a los niños en las escuelas, por el autor del estudio. (Ver anexo 3)

##### **8.6.1 Métodos para el control de calidad de los datos**

Se realizó un estudio piloto en otra institución ajena a la del estudio para el control de calidad de los datos.

##### **8.6.2 Instrumentos a utilizar**

###### **8.6.2.1 Cuestionario base**

Este cuestionario se utilizó para la recolección de información sobre datos demográficos y de factores de riesgo incluyó: escuela a la que pertenece, año de escolaridad, edad en años, sexo, residencia, tipo de familia (para esta variable se utilizó el test de APGAR familiar), violencia infantil y migración de los padres. (ver anexo 3)



### 8.6.2.2 Guía de Observación STOTT

El instrumento a utilizar será test STOTT versión para niños, debidamente validado para buscar la presencia de diferentes trastornos de la salud mental infantil. (Ver anexo 4.)

### 8.6.2.3 Test APGAR familiar

Este test fue propuesto por Gabriel Silkstein en 1978, mide la funcionalidad y solidaridad familiar, permitió realizar un estudio de los pilares fundamentales para una sana relación familiar, a través de preguntas y un puntaje que puedan evidenciarlo. (Anexo 5)

A= Adaptación

P = Participación

G= Growth, Crecimiento

A= Afecto, Amor

R= Recursos

Puntuación.- Casi siempre = 2, Algunas veces = 1, Casi nunca = 0

Significado del Test:

Familia Funcional: 7 a 10 puntos

Familia con disfunción Moderada: 4 a 6 puntos

Familia con disfunción Severa: 0 a 3 puntos.

Además se utilizarán los siguientes test: test de alcoholismo y test de maltrato infantil.

### 8.6.3 Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Para garantizar los aspectos éticos del presente estudio se solicitó el consentimiento informado a representantes legales de los escolares, además la



debida autorización, a las autoridades de las diferentes instituciones educativas privadas o del estado que estuvieren conformando la muestra.

Se solicitó la autorización a la Facultad de Ciencias Médicas al realizar un estudio en grupo poblacional que requiere autorización de tutores o padres. (Ver anexo 2).

### 8.7 Plan de análisis y tabulación

Para la tabulación de datos se usó el programa SPSS versión 15 para Windows y Microsoft Office Excel 2007. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y de asociación. Los resultados se entregaron como porcentajes, medias y desviación estándar. Para buscar la asociación estadística se utilizó la RP (razón de prevalencia) con un intervalo de confianza del 95% y el Chi-cuadrado para buscar significancia estadística. Para la razón de prevalencia se utilizó el cálculo en la tabla de contingencia en el programa Epidat 3.1

Para la RP se empleará una tabla de doble entrada así:

#### Trastornos de la salud mental escolar

|                    |    | SI | NO |    |
|--------------------|----|----|----|----|
| Factores asociados | SI | a  | b  | ab |
|                    | NO | c  | d  | cd |
|                    |    | ac | bd |    |

Prevalencia Expuesto=  $a/(a+b)$

Prevalencia No expuestos=  $c/(c+d)$

RP=  $\frac{a/(a+b)}{c/(c+d)}$

## 9. RESULTADOS

### 9.1 FASE DESCRIPTIVA

#### 9.1.1 EDAD, SEXO, INSTRUCCIÓN, RESIDENCIA Y OCUPACIÓN

Tabla 1. Distribución de 1000 escolares del Cantón Cuenca según edad, sexo, instrucción, residencia y ocupación. Cuenca 2011

|                                   | n=1000 | %=100 |
|-----------------------------------|--------|-------|
| <b>EDAD*</b>                      |        |       |
| 5-9 años                          | 629    | 62,9  |
| 10-13 años                        | 371    | 37,1  |
| <b>SEXO</b>                       |        |       |
| Masculino                         | 401    | 40,1  |
| Femenino                          | 599    | 59,9  |
| <b>INSTRUCCIÓN DEL ESTUDIANTE</b> |        |       |
| Primero de Básica                 | 87     | 8,7   |
| Segundo de Básica                 | 135    | 13,5  |
| Tercero de Básica                 | 153    | 15,3  |
| Cuarto de Básica                  | 159    | 15,9  |
| Quinto de Básica                  | 132    | 13,2  |
| Sexto de Básica                   | 162    | 16,2  |
| Séptimo de Básica                 | 172    | 17,2  |
| <b>RESIDENCIA</b>                 |        |       |
| Urbana                            | 889    | 88,9  |
| Rural                             | 111    | 11,1  |
| <b>OCUPACION DEL ESTUDIANTE</b>   |        |       |
| Estudia                           | 994    | 99,4  |
| Estudia y Trabaja                 | 6      | 0,6   |

\*  $\bar{x}$ =8.6

DS=2.1

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: El Autor

En la tabla 1 observamos que el 62.9% de la población en estudio presentó edades entre los 5 y 9 años, y el 37.1% entre 10-13 años. La media de edad se



ubicó en 8.6 años con un Desviación Estándar de 2.1 años. El sexo femenino fue el más prevalente con el 59.9% de la población. En lo referente al año de estudio, el séptimo de básica registró el 17.2% de la población, La mayoría de la población, es decir el 88.9% reside en el área urbana. Se encontró una prevalencia del 0.6% de trabajo infantil.



### 9.1.2 PREVALENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS

Tabla 2. Distribución de 1000 escolares del Cantón Cuenca según prevalencia de síntomas depresivos. Cuenca 2011.

| Depresión            | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| No presenta          | 848        | 84,8       |
| Síntomas leves       | 63         | 6,3        |
| Síntomas intermedios | 49         | 4,9        |
| Síntomas graves      | 40         | 4,0        |
| Total                | 1000       | 100,0      |

Fuente: Formulario de recolección de datos  
Realizado por: El Autor

La tabla 2 nos indica que la prevalencia en general de síntomas depresivos fue del 15.2% de la población estudiada, el 84.8% de la población no presentó ningún síntoma depresivo.



### 9.1.3 PREVALENCIA DE SINTOMAS DE ANSIEDAD

Tabla 3. Distribución de 1000 escolares del Cantón Cuenca según prevalencia de síntomas de ansiedad. Cuenca 2011.

| Ansiedad             | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| No presenta          | 838        | 83,8       |
| Síntomas leves       | 104        | 10,4       |
| Síntomas intermedios | 45         | 4,5        |
| Síntomas graves      | 13         | 1,3        |
| Total                | 1000       | 100,0      |

Fuente: Formulario de recolección de datos  
Realizado por: El Autor

La prevalencia total de ansiedad alcanzó un 16.2% del total de la población.



#### 9.1.4 FUNCIONALIDAD FAMILIAR, MALTRATO INFANTIL Y MIGRACIÓN DE LOS PADRES.

Tabla 4. Distribución de 1000 escolares del Cantón Cuenca según funcionalidad familiar, maltrato infantil y migración de los padres. Cuenca 2011.

|                         |                           | n=1000 | %=100 |
|-------------------------|---------------------------|--------|-------|
| FUNCIONALIDAD FAMILIAR  | DISFUNCION FAMILIAR GRAVE | 14     | 1,4   |
|                         | DISFUNCION FAMILIAR LEVE  | 189    | 18,9  |
|                         | FAMILIA NORMOFUNCIONANTE  | 797    | 79,7  |
| MALTRATO INFANTIL       | PRESENTE                  | 282    | 28,2  |
|                         | AUSENTE                   | 718    | 71,8  |
| MIGRACION DE LOS PADRES | PRESENTE                  | 68     | 6,8   |
|                         | AUSENTE                   | 932    | 93,2  |

Fuente: Formulario de recolección de datos  
Realizado por: El Autor

La tabla 4 nos indica las prevalencias de los factores asociados en estudio, en primer lugar se observa que las familias disfuncionales graves representan el 1.4%, también se presentaron familias con disfuncionalidad leve esta situación se presentó en el 18.9% de los casos: El maltrato infantil se evidenció en el 28.2% de los casos mientras que presentaron migración el 6.8% de los escolares de la población en el estudio.

## 9.2 FASE ANALÍTICA

### 9.2.1 FACTORES ASOCIADOS PARA DEPRESIÓN

#### 9.2.1.1 EDAD, SEXO, GRADO, RESIDENCIA Y TRABAJO INFANTIL COMO FACTORES ASOCIADOS

Tabla 5. Distribución de 1000 escolares del Cantón Cuenca según edad, sexo, grado, residencia y trabajo infantil como factores asociados de depresión.

Cuenca 2011

|                       |                |   | Depresión |      | Total | RP (IC 95%)      | p     |
|-----------------------|----------------|---|-----------|------|-------|------------------|-------|
|                       |                |   | SI        | NO   |       |                  |       |
| Edad*                 | 5-9 años       | n | 89        | 540  | 629   | 0.83 (0.62-1.12) | 0.22  |
|                       |                | % | 14.1      | 85.9 | 100   |                  |       |
|                       | 10-13 años     | n | 63        | 308  | 371   |                  |       |
|                       |                | % | 17        | 83   | 100   |                  |       |
| Sexo**                | Masculino      | n | 62        | 339  | 401   | 1.03 (0.76-1.39) | 0.85  |
|                       |                | % | 15.5      | 84.5 | 100   |                  |       |
|                       | Femenino       | n | 90        | 509  | 599   |                  |       |
|                       |                | % | 15        | 85   | 100   |                  |       |
| Grado***              | 1ero-3er grado | n | 56        | 319  | 375   | 0.97 (0.72-1.32) | 0.855 |
|                       |                | % | 14.9      | 85.1 | 100   |                  |       |
|                       | 4to-7mo grado  | n | 96        | 529  | 625   |                  |       |
|                       |                | % | 15.40     | 84.6 | 100   |                  |       |
| Residencia****        | Urbana         | n | 126       | 763  | 889   | 0.61 (0.42-0.88) | 0.01  |
|                       |                | % | 14.2      | 85.8 | 100   |                  |       |
|                       | Rural          | n | 26        | 85   | 111   |                  |       |
|                       |                | % | 23.4      | 76.6 | 100   |                  |       |
| Trabajo infantil***** | Si             | n | 0         | 6    | 6     | Indeterminada    | 0.29  |
|                       |                | % | 0         | 100  | 100   |                  |       |
|                       | No             | n | 152       | 842  | 994   |                  |       |
|                       |                | % | 15.3      | 84.7 | 100   |                  |       |

\* Chi cuadrado: 1.45; GL: 2; p:0.22

\*\* Chi cuadrado: 0.035; GL: 1; p:0.851

\*\*\* Chi cuadrado: 0.033; GL: 1; p:0.856

\*\*\*\* Chi cuadrado: 6.51; GL: 1; p:0.01

\*\*\*\*\* Chi cuadrado: 1.08; GL:1 ; p:0.298

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: El Autor

Se debe acotar que para el análisis bivariado se realizó la dicotomización de la variable depresión, se sumó todos los grados de depresión para obtener la variable resultado: depresión presente, en lo referente a la variable grado de escolaridad a más de la dicotomización de la variable depresión se realizó para el análisis bivariado las respectivas dicotomizaciones colocando como factor de exposición a los escolares que se encontraron desde 1ero a 3er grado.

La tabla 5 nos indica que los estados depresivos en el grupo de edad entre los 5-9 años alcanzó el 14.10%, en los escolares de 10-13 años un 17%, estas diferencias no registraron diferencias significativas estadísticamente, ningún grupo de edad representó riesgo alguno para depresión, tampoco se evidenció asociación estadística entre edad y depresión.

En el sexo masculino la depresión alcanzó un 15.5%, mientras que en el grupo femenino se evidenció un 15%, ningún sexo representó un riesgo estadísticamente significativo para depresión.

En el primer año a tercer año de educación básica se evidenció un 14.9% de depresión, en el grupo de cuarto año a séptimo año de educación básica se encontró una prevalencia de depresión del 15.4%. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Los escolares que residen en el área urbana presentaron un 14.2% de depresión y los residentes del área rural un 23.4%, estas diferencias fueron significativas, además se evidenció que existe un factor protector al residir en el área urbana en comparación con los escolares del área rural.

Ningún caso que presentó trabajo infantil presentó depresión.

### 9.2.1.2 DISFUNCION FAMILIAR, MALTRATO INFANTIL Y MIGRACIÓN DE LOS PADRES COMO FACTORES ASOCIADOS

Tabla 6. Distribución de 1000 escolares del Cantón Cuenca según disfunción familiar, maltrato infantil y migración de los padres como factores asociados de depresión.

|                            |                  | Depresión |     | Total | RP (IC 95%)      | p    |
|----------------------------|------------------|-----------|-----|-------|------------------|------|
|                            |                  | SI        | NO  |       |                  |      |
| Disfuncionalidad familiar* | Disfuncionalidad | 48        | 155 | 203   | 1.81 (1.34-2.46) | 0.00 |
|                            | Funcionalidad    | 104       | 693 | 797   |                  |      |
| Maltrato infantil**        | Si               | 67        | 215 | 282   | 2.01 (1.50-2.68) | 0.00 |
|                            | No               | 85        | 633 | 718   |                  |      |
| Migración de los padres    | Si               | 17        | 51  | 68    | 1.73 (1.11-2.68) | 0.00 |
|                            | No               | 135       | 797 | 932   |                  |      |

\* Chi cuadrado: 14.09 GL: 1 p:0.00

\*\* Chi cuadrado: 22.32 GL: 1 p:0.00

\*\*\* Chi cuadrado: 5.43 GL: 1 p: 0.02

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: El Autor

En los escolares que presentaron familias disfuncionales se observó un 23.64% de depresión, mientras que en el grupo con familias funcionales alcanzó un 13%, estas diferencias fueron significativas. La disfuncionalidad familiar aumenta el riesgo de depresión en 1.81 (IC 95% 1.34-2.46) veces en comparación con los escolares que provienen de familias funcionales.

En los escolares que presentaron maltrato infantil la depresión se presentó en el 23.8% de los casos, mientras que en los escolares sin maltrato infantil alcanzó la depresión un 11.8%, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. El maltrato infantil aumenta el riesgo de depresión en 2.01 veces en comparación con los escolares que no presentaron maltrato infantil.



La depresión fue más frecuente en escolares que presentaron migración de sus padres, ésta se presentó en el 25% de los casos en comparación con el 14.5% de depresión en hijos de padres no migrantes, estas diferencias fueron significativas. El riesgo de depresión en hijos de padres migrantes aumenta en 1.73 veces en comparación de hijos de padres no migrantes.

La disfuncionalidad familiar, el maltrato infantil y la migración de los padres se asocian con la presencia de depresión infantil, y el tamaño del efecto es significativo.

## 9.2.2 FACTORES ASOCIADOS PARA ANSIEDAD

### 9.2.2.1 EDAD, SEXO, GRADO, RESIDENCIA Y TRABAJO INFANTIL COMO FACTORES ASOCIADOS.

Tabla 7. Distribución de 1000 escolares del Cantón Cuenca según edad, sexo, grado, residencia y trabajo infantil como factores de asociados de ansiedad.

|                       |                |   | Ansiedad |      | Total | RP (IC 95%)      | p    |
|-----------------------|----------------|---|----------|------|-------|------------------|------|
|                       |                |   | SI       | NO   |       |                  |      |
| Edad*                 | 5-9 años       | n | 102      | 527  | 629   | 1.0 (0.75-1.34)  | 0.75 |
|                       |                | % | 16.2     | 83.8 | 100   |                  |      |
|                       | 10-13 años     | n | 60       | 311  | 371   |                  |      |
|                       |                | % | 16.2     | 83.8 | 100   |                  |      |
| Sexo**                | Masculino      | n | 69       | 332  | 401   | 1.11 (0.83-1.47) | 0.47 |
|                       |                | % | 17.2     | 82.8 | 100   |                  |      |
|                       | Femenino       | n | 93       | 506  | 599   | 0.90 (0.49-1.45) | 0.47 |
|                       |                | % | 15.5     | 84.5 | 100   |                  |      |
| Grado***              | 1ero-3er grado | n | 63       | 312  | 375   | 1.06 (0.79-1.42) | 0.68 |
|                       |                | % | 16.8     | 83.2 | 100   |                  |      |
|                       | 4to-7mo grado  | n | 99       | 526  | 625   |                  |      |
|                       |                | % | 15.8     | 84.2 | 100   |                  |      |
| Residencia****        | Urbana         | n | 133      | 756  | 889   | 0.57 (0.40-0.81) | 0.00 |
|                       |                | % | 15       | 85   | 100   |                  |      |
|                       | Rural          | n | 29       | 82   | 111   |                  |      |
|                       |                | % | 26.1     | 73.9 | 100   |                  |      |
| Trabajo infantil***** | Si             | n | 2        | 4    | 6     | 2.07 (0.66-6.48) | 0.25 |
|                       |                | % | 33.3     | 66.7 | 100   |                  |      |
|                       | No             | n | 160      | 834  | 994   |                  |      |
|                       |                | % | 16.1     | 83.9 | 100   |                  |      |

\* Chi cuadrado: 0.00 GL: 1 p: 0.98

\*\* Chi cuadrado: 0.50 GL: 1 p:0.479

\*\*\* Chi cuadrado: 0.16 GL: 1 p:0.68

\*\*\*\* Chi cuadrado: 9.06 GL: 1 p: 0.003

\*\*\*\*\* Chi cuadrado: 1.305 GL: 1 p: 0.253

Fuente: Formulario de recolección de datos  
Realizado por: El Autor

Se debe acotar que para el análisis bivariado se realizó la dicotomización de la variable Ansiedad, se sumó todos los grados de Ansiedad para obtener la



variable resultado: Ansiedad presente, en lo referente a la variable grado de escolaridad a más de la dicotomización de la variable Ansiedad, se realizó para el análisis bivariado las respectivas dicotomizaciones colocando como factor de exposición a los escolares que se encontraron desde 1ero a 3er grado.

En el grupo de edad de 5-9 años se evidenció un 16.2% intragrupo de ansiedad, mientras que en el grupo de 10-13 años este valor fue similar con el 16.2% de la población de este grupo. Las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas, el tamaño del efecto en ninguno de los grupos de edad representó riesgo estadísticamente significativo, al analizar el chi cuadrado se observó que la edad no se asocia a la presencia o no de ansiedad.

En los escolares de sexo masculino se evidenció una prevalencia de síntomas ansiosos en el 17.2%, mientras que en el sexo femenino se observó una prevalencia de 15.5%. Las diferencias encontradas no representaron significancia estadística, la razón de prevalencia encontrada no fue significativa para ninguno de los sexos, no existe asociación estadísticamente significativa entre el sexo y la ansiedad infantil en este estudio.

En lo referente al grado de estudio se evidenció una prevalencia del 16.8% en escolares de primero a tercero de educación básica, y del 15.8% en escolares de cuarto a séptimo año de educación básica. En general el grado de estudio o el nivel de escolaridad no se asocian a presencia o no de ansiedad.

En los casos que residen en el área urbana se evidenció un 15% de ansiedad, en los residentes del área rural se evidenció un 26.1% de ansiedad; estas diferencias fueron estadísticamente significativas, además encontramos que residir en la zona urbana disminuye el riesgo de ansiedad en comparación con los que residen en el área rural. El lugar de residencia se comporta como un factor protector, que puede estar disminuyendo la presencia de ansiedad en este grupo de estudio. Hay que considerar la distancia entre el centro educativo



al hogar de los estudiantes, el área rural involucra mayor distancia y mayores dificultades para los niño/as lo que pudiere estar contribuyendo y/o generando problemas en la salud mental en esta área.

En cuanto al trabajo infantil, los escolares que presentan esta situación presentaron un 33.3% de ansiedad, mientras que los que no realizan trabajo infantil presentaron un 16.1%, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni asociación entre estas variables.

### 9.2.2.2 DISFUNCIÓN FAMILIAR, MALTRATO INFANTIL Y MIGRACIÓN DE LOS PADRES COMO FACTORES ASOCIADOS

Tabla 8. Distribución de 1000 escolares del Cantón Cuenca según disfunción familiar, maltrato infantil y migración de los padres como factores asociados de ansiedad.

|                           |                  | Ansiedad |     | Total | RP (IC 95%)      | p    |
|---------------------------|------------------|----------|-----|-------|------------------|------|
|                           |                  | SI       | NO  |       |                  |      |
| Disfuncionalidad familiar | Disfuncionalidad | 44       | 159 | 203   | 1.46 (1.07-2.00) | 0.01 |
|                           | Funcionalidad    | 118      | 679 | 797   |                  |      |
| Maltrato infantil         | Si               | 70       | 212 | 282   | 1.94 (1.47-2.56) | 0.00 |
|                           | No               | 92       | 626 | 718   |                  |      |
| Migración de los padres   | Si               | 14       | 54  | 68    | 1.30 (0.79-2.12) | 0.30 |
|                           | No               | 148      | 784 | 932   |                  |      |

\* Chi cuadrado: 14.09 GL: 1 p: 0.00

\*\* Chi cuadrado: 21.51 GL: 1 p: 0.00

\*\*\* Chi cuadrado: 1.03 GL: 1 p: 0.309

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: El Autor

En los escolares que presentaron familias disfuncionales se encontró un 21.67% de ansiedad, mientras que en los escolares provenientes de familias funcionales la ansiedad alcanzó un 14.8%. Las diferencias encontradas fueron significativas y se encontró una razón de prevalencia de 1.46 (IC 95% 1.07-2.00), es decir las familias disfuncionales aumentan 1.46 veces más el riesgo de ansiedad, en comparación con los escolares que provienen de familias funcionales.

Observamos que la ansiedad se presentó en el 24.8% de los escolares que presentaron maltrato infantil, existiendo un RP: 1.94 (IC 95% 1.47-2.56); es decir los escolares que presentan maltrato infantil tienen 1.94 veces más posibilidad de desarrollar trastornos de ansiedad en comparación con escolares que no presentan maltrato.



Se encontró un 20.6% de ansiedad en los pacientes que presentaron migración de sus padres, sin embargo las diferencias encontradas no fueron significativas, no se encontró riesgo significativo en esta variable.

La disfuncionalidad familiar así como el maltrato infantil se asocian a ansiedad en esta población.

## 10. DISCUSIÓN

Al realizar el presente estudio de una población de 1000 escolares de las escuelas del Cantón Cuenca, sobre los trastornos afectivos: depresión y ansiedad, utilizando el test Stott se encontró que 62.9% de la población presentó edades entre 5-9 años, la edad mínima encontrada fue 5 años y la máxima de 14 años, se encontró una media de 8.6 años con un DS de 2.1 años.

En lo referente al sexo de la población: el sexo femenino fue el más prevalente con un 59.9% de los casos, el sexo masculino representó el 40.1% de la población. La prevalencia de síntomas depresivos en la población en estudio alcanzó el 15.2%, al respecto en un estudio realizado por Mendoza y colaboradores en Colombia (43) en una población de 239 niños y niñas entre 8 y 11 años de edad encontró una prevalencia de depresión del 9.2%, los resultados de las investigaciones varían en un rango bastante alto, Garcés y colaboradores (44) realizó un estudio en Medellín Colombia con una muestra de 3133 niños y adolescentes esta autora encontró una prevalencia de depresión del 24.2%, Puyol, Páez, et al (45) en un estudio realizado en Quito con una muestra de 195 escolares encontró una prevalencia de depresión del 41%, estas discordancias entre los estudios refleja la variabilidad de esta patología en la población infantil, sin embargo la prevalencia encontrada en este estudio se ubica en un punto cercano a la media de las distribuciones encontradas en la bibliografía.

La prevalencia de ansiedad encontrada en la población fue del 16.2%, al respecto López (46) señala que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la infancia oscila entre el 5.6% y 21%. La prevalencia encontrada en este estudio se ubica en un punto medio de la encontrada en la bibliografía consultada, no presenta extremos, sin embargo se hace notar que si bien es cierto no se ubica en el extremo superior de las referencias esta prevalencia es alta.

Se encontró que la edad no se asocia con estados depresivos en la población en estudio, ningún grupo de edad presentó diferencias significativas ni riesgo aumentado significativo ( $p > 0.05$ ), se observó que porcentualmente la depresión aumenta con la edad, dato muy parecido al encontrado por Mendoza (43) quien encontró asociación entre depresión con mayor edad.

Ligeramente es mayor la prevalencia de depresión en el sexo masculino (15.5% vs 15%), Puyol (45) encontró una prevalencia de depresión en niñas del 26.2% y en los niños del 15.9%, se observan discordancias entre estos estudios. En este estudio los varones presentan más depresión que las niñas, datos debidos tal vez a las herramientas utilizadas, o al tamaño de la muestra que se estudiaron, en nuestro estudio 5 veces mayor a la estudiada por esta autora lo que posibilita mayor probabilidad de encontrar la patología. El sexo no se asoció con la presencia de depresión.

Nuestro estudio indica, que la depresión aumenta con la escolaridad 15,4% (4 a 7 de básica) con respecto a un 14,9% (1 a 3 de básica)

La depresión es mayor en escolares que residen en el área rural, aunque en frecuencias absolutas es mayor en el área urbana, porcentualmente esta situación es similar a la encontrada por Cabrera (47) quien concluyó en su estudio que el porcentaje de sujetos con puntuaciones altas en depresión es mayor en el estrato rural, pero difiere con otros trabajos, en este estudio probablemente las discordancias se deban a que los niños y niñas del área rural sufren una transformación cultural que provoca aumento de la patología de estudio, en comparación con la residencia urbana que representó un factor protector para trastornos depresivos en escolares.

No existió relación entre trabajo infantil y depresión, probablemente debido a la baja prevalencia de niños trabajadores 0.6% ( $n=6$ ). Un estudio de Melo-Vega y colaboradores, en Lima (31) en su trabajo de investigación con una 194 niños, encontraron que: los niños de la muestra presentan niveles elevados de sintomatología depresiva, y que se encuentra evidencia estadística que permite



afirmar que los niños trabajadores presentan mayores índices de sintomatología depresiva, en comparación a los niños con iguales características pero que no se encuentran trabajando.

Se encontró un 20.3% de disfuncionalidad familiar, es evidente que la estructura familiar y su funcionamiento afecta el estado emocional de los niños/as, en este estudio se encontró un RP de 1,81, es decir los niños que poseen familias disfuncionales tienen 1,81 veces más riesgo de depresión que los niños con familias funcionales, dato muy parecido al encontrado por Puyol y colaboradores (45) donde se encontró que los niños con familias disfuncionales presentan 2 veces más probabilidad de desarrollar depresión si poseen familias disfuncionales; el dato es más relevante pues se utilizó la misma herramienta (APGAR familiar) para detectar disfuncionalidad.

La prevalencia de maltrato infantil alcanzó un 28.2%, el maltrato es una situación en la cual se vulnera los derechos del menor e involucra agresión en todos los sentidos, provocando tristeza y sensación de abandono e integralmente depresión. En este estudio el maltrato infantil aumenta la probabilidad de depresión en 2.01 veces en comparación con la población que no presenta maltrato. En cuanto a la prevalencia de maltrato, en un estudio realizado en la Ciudad de Quito se presentó que el 51.79%, de los niños eran maltratados, valor más alto que el encontrado en este estudio. Además en el mismo estudio se encontró que la probabilidad de sufrir depresión en la población maltratada fue de 1.78 veces, valor muy cercano al encontrado en nuestro estudio. Los datos concordantes, evidencian una mayor prevalencia de depresión en niños maltratados.

Se encontró una prevalencia de migración de los padres del 6.8%, dato muy inferior al encontrado por Ron (39) en su estudio, donde reporta una prevalencia de migración del 37.6% de una muestra de 450 estudiantes. Esta diferencia porcentual puede ser debida a que el mencionado autor realizó su estudio en Gualaceo-Azuay, un cantón con los más altos índices de migración de la Provincia. Este autor encontró que los niños entre 6 a 10 años con

migración presentaron mayor prevalencia de trastornos mentales (35%) y en el grupo de 11 a 16 años el trastorno más prevalente fue el emocional (41.7%). En nuestro estudio se encontró que los hijos de padres migrantes presentan 1.73 veces más riesgo de presentar depresión que los hijos de padres no migrantes. Es evidente que la migración familiar causa depresión en los menores desde una perspectiva multifactorial; ya que la ausencia de los padres, el cuidado o mal cuidado de las personas que se quedan contribuyen a incrementar el riesgo de depresión.

En cuanto a la variable ansiedad, se encontró que en ningún grupo de edad existió asociación estadística significativa, porcentualmente no se evidencia ninguna tendencia en relación con la edad. En un estudio realizado por Magaz (26) se evidenció que la ansiedad aumenta con la edad, excepto en el grupo de chicos de 18 años donde es inferior al resto de grupos siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Al igual que lo encontrado para depresión, se evidenció mayor prevalencia de síntomas de ansiedad en el grupo de sexo masculino, (17,2% vs 15,5%) sin embargo las diferencias encontradas no fueron significativas. Este dato no es concordante con los estudios revisados donde se evidencia mayor prevalencia de ansiedad en el sexo femenino, Es así como Magaz (26) concluye que en las diferencias en función del sexo y edad de los sujetos, los resultados coinciden con las investigaciones en las que los problemas de ansiedad parecen ser más frecuentes en chicas, y se incrementan con la edad.

La prevalencia de ansiedad fue mayor en escolares que residen en el área rural, el residir en el área urbana disminuye la probabilidad de ansiedad, (26,1% vs 15%) este dato es discordante con lo encontrado por Cabaco (27) además de Lederbogen y colaboradores (29) quienes de manera independiente y en distintas partes del mundo afirman que la ansiedad es más prevalente en la población urbana.



No se encontró estadística significativa entre el grado de escolaridad de la población y la presencia de ansiedad.

No se encontró asociación entre trabajo infantil y ansiedad; se puede suponer que es más frecuente esta situación en los niños trabajadores por el estrés que genera realizar tareas que no son propias de su edad.

La disfuncionalidad familiar en nuestro estudio, aumenta el riesgo de ansiedad en 1.46 veces, esta situación es de prever, el ambiente familiar hostil o inadecuado se ha relacionado con problemas emocionales en los menores. Jiménez (34) encontró correlación positiva débil ( $P < 0.05$ ) entre disfuncionalidad familiar y ansiedad en niños y adolescentes, este dato concuerda con lo investigado en este estudio.

La prevalencia de ansiedad fue más evidente en el grupo que presentó maltrato infantil, el maltrato aumenta las probabilidades de sufrir ansiedad en 1.94 veces más. Este dato se correlaciona con los resultados encontrados por Gonzáles (37) quien concluyó que los niños maltratados presentan mayor prevalencia de ansiedad y depresión.

La migración trae alteraciones en la salud mental de toda la familia en especial de los más pequeños, la ansiedad fue más frecuente en hijos de padres migrantes, por lo tanto hay asociación estadística significativa.

## 11. CONCLUSIONES.

1. Las características generales más prevalentes de la población fueron las siguientes: media de edad: 8.6 años, DS: 2.1 años, el 59.9% de la población fue de sexo femenino, la mayoría de escolares 17,2% se encontraban en el séptimo año de escolaridad. El 88.9% reside en el área urbana, la prevalencia de trabajo infantil se ubicó en 0.6%. La disfuncionalidad familiar alcanzó un 20.3%, el maltrato infantil se presentó en el 28.2% de la población y en un 6.8% existió migración de los padres.
1. La prevalencia de síntomas depresivos fue del 15.2%, y la prevalencia de síntomas de ansiedad fue del 16.2%. Los resultados de prevalencia de ansiedad fueron menores al 21% que se planteó en la hipótesis. En tanto que la prevalencia de ansiedad fue del 16.2%, dato muy superior al 5.6% planteado en nuestra hipótesis.
2. Los factores de riesgo asociados con depresión que fueron incluidos en nuestro estudio y que no presentaban significancia estadística fueron: edad, sexo, escolaridad y trabajo infantil.
3. Los síntomas depresivos fueron más frecuentes en el grupo de 10-13 años, en el sexo masculino, aumenta según la edad y según el grado de escolaridad, ni la edad, el sexo ni el grado de escolaridad, presentaron significancia ni riesgo significativo ( $p > 0.05$ ); la residencia urbana represento factor protector para depresión, el trabajo infantil no representó asociación con depresión, no se presentaron casos de maltrato con depresión. La disfuncionalidad familiar se comportó como factor de riesgo para depresión en esta población con RP: 1,81 (IC95% 1.38-3.08), el maltrato infantil con RP: 2.01 (IC 95% 1.50-2.68), la migración de los padres con una RP de 1.73 (IC 95% 1.11-2.68), siendo considerados estos factores de riesgo para depresión en el tamaño del efecto revisado.
4. Los síntomas de ansiedad porcentualmente fueron similares para los grupos de edad estudiados, al igual que en el caso de síntomas



depresivos fueron los escolares de sexo masculino los que mayor porcentaje de síntomas presentaron 17,2% vs 15,5%. Los grados que mayor prevalencia de Ansiedad presentaron fueron 4 a 7 de básica, no se detectó una tendencia en los grados de escolaridad para síntomas de ansiedad, RP: 0,57(0,40-0,81) La residencia urbana representó factor protector para estados de ansiedad, el trabajo infantil RP: 2,07 (0,66-6,48) por su baja prevalencia no representó riesgo ni significancia estadística. La disfuncionalidad familiar y el maltrato infantil se comportaron como factores de riesgo para síntomas de ansiedad en esta población.

## 12. RECOMENDACIONES

- Establecer a todo nivel institucional involucrado con los escolares programas integrales de detección de depresión y ansiedad en este grupo de edad, así identificar tempranamente factores de riesgo que como hemos observado dependen del niño/a, del ambiente y de la familia, que en conjunto provocan ese tipo de comportamientos. Diagnosticar y controlar estos comportamientos de Ansiedad y Depresión en la población infantil, para disminuir la probabilidad de consecuencias irreversibles en la adolescencia y la edad adulta.
- Las herramientas utilizadas en este estudio para la detección de anormalidades afectivas y de factores de riesgo deberían ser utilizadas como screening en los establecimientos educativos.
- El control de los factores de riesgo encontrados debe ser prioridad para las instituciones educativas y de salud.
- El estudio de los trastornos afectivos en escolares es complejo y dinámico, se recomienda establecer nuevos estudios para lograr el mejor control de estas patologías.



### 13. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

#### **PROBLEMA A ABORDAR: TRASTORNOS AFECTIVOS: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ESCOLARES DEL CANTÓN CUENCA.**

##### **13.1 IDENTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA**

**País:** Ecuador

**Región:** Austro del país

**Provincia:** Azuay

**Sector:** Cuenca- Área Urbana

**Título de propuesta:** Nuestra propuesta es un plan piloto de diagnóstico oportuno, control de factores de riesgo y disminución de la prevalencia de depresión y ansiedad en escolares del Cantón Cuenca.

**Problema sanitario principal:** Prevalencia elevada de trastornos afectivos en escolares del cantón Cuenca, factores de riesgo influyentes en su mayoría controlables.

**Línea estratégica:** Incorporación al programa de las distintas autoridades con poder de intervención: autoridades escolares, autoridades de los servicios de Salud y gubernamentales. Así como incorporación de familiares de los menores y/o representantes de los mismos en caso de migración, integración adecuada entre los involucrados, búsqueda de nuevos profesionales: médicos familiares que se integren al equipo multidisciplinario.

**Periodo:** Programa continuo en el tiempo, desde el 2012



### 13.2 JUSTIFICATIVOS

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS DEPRESIVOS Y DE ANSIEDAD.</b></p> <p>La prevalencia de depresión es del 15.2% y de ansiedad del 16.2% en la población escolar, estos comportamientos se ven asociados a factores de riesgo como: disfuncionalidad familiar, maltrato infantil y migración de los padres.</p>                                                                                                                                                                                        | <p><b>POBLACIÓN IDENTIFICADA</b></p> <p>Las prevalencias de depresión y ansiedad en la población en estudio superó el 15% la prevalencia de migración fue del 6.8%.</p>                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <p><b>DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA</b></p> <p>Las prevalencias de depresión y ansiedad en la población escolar del Cantón Cuenca superan el 15% y se asocian factores de riesgo como la disfuncionalidad familiar, el maltrato infantil y la migración de los padres.</p> <p>La niñez es una población en riesgo y los trastornos de la afectividad alteran la salud mental de los menores y trae consigo consecuencias irreversibles para su vida adulta.</p> <p>No se cumplen con los derechos de</p> | <p><b>DETERMINANTES</b></p> <p>Los escolares que presenten factores de riesgo como: disfuncionalidad familiar, maltrato infantil y migración de los padres, necesitan una intervención integral de diagnóstico y tratamiento oportuno individual y familiar.</p> <p>Los trastornos afectivos son más frecuentes en el grupo mencionado, por lo tanto el manejo debe ser realizado por un equipo multidisciplinario.</p> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>los niños/as.</p> <p>En la mayoría de los casos los trastornos afectivos son confundidos con comportamientos normales de la edad por padres y profesores lo que provoca una falta de diagnóstico y por ende la falta de intervención, además se detecta un subdiagnóstico.</p> |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

### 13.3 PROYECTO DE INTERVENCIÓN

#### 13.3.1 Identificación de la estrategia de intervención

**13.3.1.1 Capacitación:** En la mayoría de los casos los trastornos afectivos: depresión y ansiedad son sub diagnosticados o no son diagnosticados por el personal que cuida a los menores, por lo tanto se debe capacitar al personal que se involucra con los escolares de manera frecuente: esto incluye profesores, psicólogos, orientadores vocacionales de las instituciones educativas, pediatras, médicos familiares y generales, trabajadoras sociales de las instituciones públicas y privadas. De esta manera realizar un diagnóstico precoz de depresión y ansiedad así como de sus factores asociados para su intervención.

Es necesario contar con personal capacitado para el tratamiento de estas patologías así como de los factores asociados (disfuncionalidad familiar, maltrato infantil y migración de los padres) en el cantón Cuenca que participativamente colaboren en el diagnóstico y tratamiento de la patología.

**12.3.1.2 Actividades con promotores de salud:** Es imprescindible que el tema sea evidenciado por la comunidad, los promotores de salud deben



contribuir con el proceso desde su posición, es importante contar con personas con poder de decisión.

**13.3.1.3 Actividades con profesores y autoridades educativas:** Los profesores y autoridades deben comprometerse con brindar las facilidades de atención a los otros actores así como brindar apoyo a los escolares afectados ya sea con depresión y/o ansiedad o y/o factores de riesgo, es importante lo anteriormente descrito tomando en cuenta que es con estas personas que los niños pasan su tiempo a parte del hogar.

**13.3.1.4 Actividades a desarrollar en la comunidad:** La comunidad es pieza fundamental en el desarrollo del proyecto, su participación o no condicionará el proceso de intervención, la comunidad debe ser participante activa de la intervención.

**13.3.1.5 Capacitación al Menor:** Es un derecho de todos los niños el ser informado, orientado, educado, mediante charlas, videos, títeres, acorde a su edad y entendimiento.

## **13.4 Objetivos**

### **13.4.1 Objetivo general**

- Disminución de la prevalencia de trastornos afectivos: depresión y ansiedad además del control de factores asociados en escolares del cantón Cuenca.

**13.4.2 Objetivos específicos:** Nuestra propuesta es establecer un plan piloto de intervención, para un oportuno diagnóstico y tratamiento de esta problemática, de la siguiente manera:

- Implementar una conducta de vigilancia continua de trastornos afectivos.
- Integrar este proyecto con otros que busquen mejorar la salud mental de los escolares.

- Fomentar el trabajo interinstitucional para el tratamiento del problema y lograr que se cumplan con los objetivos y generen recursos para el término adecuado y mantenimiento del proyecto.

### 13.4.3 Meta

- Considerar a la población escolar del cantón Cuenca como población en riesgo, realizar un diagnóstico oportuno de depresión y ansiedad así como de factores de riesgo en la familia y en la comunidad, incentivar a las autoridades respectivas a que se realice el tratamiento correspondiente con la participación de las autoridades de las instituciones sanitarias, de educación y la comunidad.

### 13.5 Actividades

| ACTIVIDAD                        | ACCIÓN                                       | MEDIOS                                                                                                   | INVOLUCRADOS                                                                                   |
|----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnóstico trastornos afectivos | Tamizaje de trastornos afectivos             | Test Stott modificado.                                                                                   | Personal capacitado en el manejo del Test y se puede aplicar a todos los escolares del cantón. |
| Efectores                        | Aplicación del test por personal capacitado. | Médicos<br>Psicólogos<br>Trabajo Social<br>Orientadores Vocacionales<br>Profesores<br>Personal entrenado | Todos los escolares del cantón.                                                                |
| Evaluación de resultados         | Entrevista con médico                        | Reevaluación por Psicólogo                                                                               | Profesionales de la salud,                                                                     |

|                                                                                              |                                                                                                                                           |                                                                                   |                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| obtenidos                                                                                    | Pediatra,familiar para escolares que presenten anormalidades                                                                              | y/o psiquiatra.                                                                   | escolares con comportamientos agresivos.                                                                                            |
| Informe a los involucrados, generación de propuesta de intervención, tratamiento y/o terapia | A través de entrevista y/o consulta médico-paciente y familiares, explicación de patología afectiva encontrada y propuesta de soluciones. | Informe del tipo de intervención y manejo a implementar.                          | Efectividad en las tareas encomendadas, intervención eficiente con el 100% de la participación de los beneficiarios e involucrados. |
| Evaluación de la intervención                                                                | Informes permanentes de los avances.                                                                                                      | Re-evaluación con la herramienta Stott y/o consulta con psicólogo y/o psiquiatra. | Todos los escolares y familias en tratamiento y/o intervención.                                                                     |

## 13.6 Recursos

### 13.6.1 Recursos humanos

- Psiquiatras y/o Psicólogos.
- Médicos, enfermeras, auxiliares.
- Personal administrativo de las instituciones participantes.
- Autoridades participantes y con poder de decisión.
- La comunidad en general.



### **13.6.2 Recursos económicos**

“Los cuales deben ser provistos por el Estado para uso de remuneraciones, costos de terapia, impresión de documentos, elaboración de informes, asistencia social, medicación y todos los insumos necesarios para desempeñar esta labor que le corresponde totalmente al gobierno por su responsabilidad sobre la salud mental como derecho inapelable”. (28)

### **13.7 Supuesto general de la intervención**

Los trastornos afectivos en niños debe ser una prioridad para la población y debe ser una tarea a desarrollar de manera frecuente y continuada en el tiempo, un diagnóstico adecuado de esta patología y sus factores asociados es prioritario, el cambio y control de los factores de riesgo es una tarea que requiere más tiempo de ejecución, pues reviste más tiempo de intervención para el cambio de actitudes.

## 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). El informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: Nuevo entendimiento, nueva esperanza. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf)
2. OPS, Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador. Situación de Salud mental en el Ecuador. OPS 2006. Disponible en: [www.opsecu.org.ec](http://www.opsecu.org.ec)
3. Gómez C. Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. Rev. Colombiana de Psiquiatría, 2005; vol. XXXIV, No. 003, pp. 339
4. Diclemente R, Hansen W, Puntón L. Adolescents at risk. Handbook of adolescent health risk behaviour. London 1996
5. Méndez F, Olivares J, Ros M, Características Clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente. Pág. 139-185, Madrid 2001.
6. Tesis doctorales en Red. TDR APEGO, ACONTECIMIENTOS VITALES Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES. 2010. Disponible en: <http://tdx.cat/bitstream/handle/10803/9262/INTRODUCCION.pdf?sequence=3>
7. Posada, J. Calidad de los servicios de salud mental en Santa fe de Bogotá D.C., 1997. Fundación Saldarriaga Concha: Colombia.
8. Petit J, Migraciones, vulnerabilidad y políticas públicas “Los movimientos poblacionales y su impacto sobre los niños, sus familias y sus derechos”. Conferencia Hemisférica sobre Migración Internacional. Santiago de Chile, noviembre 2002. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/12572/lcl1909-p.pdf>



9. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. 2011. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)
10. Vega C, Sintomatología Depresiva en Niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas Públicas en Lima Metropolitana. Pontificia, Universidad Católica del Perú. Lima 2009 Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/417>
11. Rodríguez, J. Ortiz M. Depresión infantil. Hospital del niño DIF. Revista científica electrónica de Psicología. ICSa-UAEH. #8. Disponible en: [http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5\\_-\\_No.\\_6.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5_-_No._6.pdf)
12. Birmaher, B y Khetarpal S. The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale Construction and Psychometric Characteristics. Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry (1997) Vol.36 (4):545-553.
13. Fernández, M. Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica. PSIMONART 2(1) 93-101-2009. Disponible en: [http://www.clinicamontserrat.com.co/psimonart/volumen2-1/08\\_Psimonart\\_03\\_trastornos\\_de\\_ansiedad.pdf](http://www.clinicamontserrat.com.co/psimonart/volumen2-1/08_Psimonart_03_trastornos_de_ansiedad.pdf)
14. Adrianzén, C. Depresión en niños y adolescentes. Diagnóstico. Volumen 37. Numero 5.Septiembre-Octubre 1998. Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/1998-99/setoct98/280-293.html>
15. Hernández, E, La depresión infantil. Psicoterapia conductual Infantil. Venezuela 2010. Disponible en: <http://www.psicologoinfantil.com/articulodepresion.htm>



Disponible 16. Marsellach, G. Trastornos de ansiedad en la infancia. Introducción. en:

<http://usuarios.multimania.es/puntodevista/Pr/tema26/tema26.html>

17. Sandez, A. Ansiedad infantil. Información e investigación en trastornos de ansiedad. 2011. Disponible en: <http://infoansiedad.org/trastornos-de-ansiedad-2/ansiedad-infantil/>

18. Williams TP, Miller BD. Pharmacologic management of anxiety disorders in children and adolescents. Curr Opin Pediatr. 2003;15:483-490. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14508297>

19. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related problems, 10th revision. Geneva: WHO; 1992. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

20. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical classification of diseases and related health problems. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994. Disponible en: [http://www.who.int/occupational\\_health/publications/en/oehicd10.pdf](http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehicd10.pdf)

21. Ruiz. M. y Lago, B. Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. Curso de actualización en Pediatría. Madrid España. 2005. Disponible en: [http://www.aepap.org/congresos/pdf\\_curso2005/ansiedad.pdf](http://www.aepap.org/congresos/pdf_curso2005/ansiedad.pdf)

22. Schott RW, Mughelli K, Deas D. An overview of controlled studies of anxiety disorders treatment in children and adolescents. J Natl Med Assoc. 2005;97(1):13-24. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2568570/>

23. Klein RG, Pine DS. Anxiety disorders. In: Rutter M, Taylor E (eds.). Child and Adolescent Psychiatry. 4.<sup>a</sup> ed. Malden: Blackwell Science Publishing; 2002. p. 486-508. Citado por Ruiz y Lago 2005



24. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, et al. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *Br J Clin Psychol.* 2004;43:421-436. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15530212>
25. Del Barrio, V. Depresión infantil. Fundación Belén. 1999. Disponible en: [http://www.fundacionbelen.org/formacion/depresion\\_infantil.html](http://www.fundacionbelen.org/formacion/depresion_infantil.html)
26. Magaz, A; García, M & Del Valle, M. Ansiedad, estrés y problemas de ansiedad en escolares de 12 a 18 años. *Revista papeles del Psicólogo.* Noviembre, N°1, 1998. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=796>
27. Cabaco, A. S. (1995). Indicadores de riesgo y estrategias de prevención en la adolescencia. (Tesis Doctoral). Salamanca: Publicaciones de la UPSA
28. Fava M, Kendler KS. Major depressive disorder. *Neuron* 2000; 28:335-41
29. Lederbogen, F; Kirsh, P; Haddad, L; et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 474, 498–501, 23 June 2011. doi:10.1038/nature10190 Disponible en: <http://www.nature.com/nature/journal/v474/n7352/full/nature10190.html>
30. Haquin F Carlos, Larraguibel Q Marcela, Cabezas A Jorge. Factores protectores y de riesgo en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de Calama. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2004 Oct [citado 2011 Oct 31; 75(5): 425-433. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062004000500003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000500003&lng=es). doi: 10.4067/S0370-41062004000500003.
31. Melo-Vega, C. Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana. Pontificia Universidad Católica del Perú. 2009. Disponible en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/417/MELO>



32. Silva, G. *Percepciones y vivencias de los niños trabajadores acerca del trabajo infantil*. Lima: Fundación Telefónica. 2008. Disponible en: <http://www.fao.org/Participation/espanol/DaSilva-lessons.html>
33. LOUBAT O, Margarita; ABURTO M, María Elena; VEGA A, Marcela. Aproximación a la Depresión Infantil por Parte de Psicólogos que Trabajan en COSAM de la Región Metropolitana. *Ter Psicol*, Santiago, v. 26, n. 2, dic. 2008. Disponible en <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082008000200005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082008000200005&lng=es&nrm=iso)>. Accedido en 01 nov. 2011. doi: 10.4067/S0718-48082008000200005.
34. Jiménez, C. Funcionalidad familiar y problemática de salud en adolescentes. IMSS. Estado de México. 2010. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2001/1/Funcionalidad-familiar-y-problematika-de-salud-en-adolescentes.html>
35. Organización Mundial de la Salud. Maltrato Infantil. 2010. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>
36. Bal S, Crombez G, Van Oost P, De Bourdeadhuij I. The role of social support in well-being and coping with the self-reported stressful events in adolescents. *Child Abuse & Neglect*. 2003; 27: 1377-1395.
37. Gonzáles, M. el al. Estrategia de intervención sobre maltrato infantil en el área de salud del Policlínico Docente Cerro. La Habana-Cuba. 2007. Disponible en: <http://www.ilustrados.com/tema/10327/Estrategia-intervencion-sobre-Maltrato-infantil-area.html>
38. Mora, Claudia. Estratificación social y migración intrarregional: algunas caracterizaciones de la experiencia migratoria en Latinoamérica\*. *Universum*. 2009, vol.24, n.1, pp. 128-143. 23762009000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718- 2376. doi: 10.4067/S0718-23762009000100008. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718)



39. Ron, Santiago. Impacto de la migración en la Salud Mental en niños y adolescentes. Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Cuenca. 2010.
40. Vargas J, Aguilar J, García H, Romero E. Migración, Salud mental y disfunción familiar II: Familia del migrante urbano oaxaqueño. El nivel económico como variable. Centro Regional de Investigación den Psicología. Volumen 2. No. 1. 2008. 63-66
41. Vargas J, Aguilar J. Emigración y disfunción familiar en Oaxaca: Un estudio piloto en dos comunidades de valles centrales. Boletín electrónico re investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología, Número 1. 2004. Pp. 23-29. Disponible en [www.conductitlan.net/migracion.htm](http://www.conductitlan.net/migracion.htm)
42. Yeoh B, Lam T. Children left behind and children who migrate with a parent. Children left behind face tough road. Souce daily 2007 available from: [http://english.peopledaily.com.cn/200406/02/eng20040602\\_145140.html](http://english.peopledaily.com.cn/200406/02/eng20040602_145140.html)
43. Mendoza, M. et al. Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia 2004. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=411323&indexSearch=ID>
44. Garcés, M et al. Prevalencia de depresión en adolescentes de 9 a 19 años de colegios públicos y privados del área metropolitana. Medellín-Colombia. 2008. Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/516/1/Prevalencia\\_depresion\\_adolescentes\\_9-19.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/516/1/Prevalencia_depresion_adolescentes_9-19.pdf)
45. Puyol, L et al. Prevalencia de la sintomatología depresiva en escolares de los barrios de Fajardo, Chaupitena y Miranda Grande y su asociación a factores de riesgo sicosocial. Revista Vozandes. Volumen No. 20 Enero 2009. p 12.



46. López, L. La ansiedad Infantil. Venciendo los temores. Salud Mental Info. Disponible en:  
[http://www.saludmental.info/Secciones/educativa/2007/ansiedad\\_infantil\\_abril07.html](http://www.saludmental.info/Secciones/educativa/2007/ansiedad_infantil_abril07.html)
47. Cabrera, L. 1999. Depresión infantil y rendimiento académico: un estudio comparativo entre casos y controles. Disponible en:  
<http://revistas.um.es/rie/article/viewFile/122291/114931>
48. Chinchin, X. Depresión en adolescentes hijos de padres emigrantes; estudiantes de Octavo, Noveno y Décimo años de Educación Básica de los Colegios Mixtos Jorge Icaza y del Instituto de Investigación, Educación y Promoción Popular del Ecuador (INEPE) del Sur Occidente de Quito 2005.

## 15. ANEXOS

### 15. 1 Operacionalización de variables

| Variable                          | Definición                                                                                        | Dimensión                             | Indicador                           | Escala                                                                           |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Edad del estudiante</b>        | Tiempo de una persona que ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual                     | Tiempo en años                        | Años cumplidos                      | 5 a 8<br>9 a 11<br>12 a 14<br>15 y más                                           |
| <b>Sexo del estudiante</b>        | Condición orgánica que diferencia hombres de mujeres                                              | Fenotipo                              | Caracteres sexuales                 | Femenino<br>Masculino                                                            |
| <b>Instrucción del estudiante</b> | Nivel de escolaridad                                                                              | Años de estudios                      | Registro Escolar                    | Numérica<br>1 5<br>2 6<br>3 7 Básica<br>4                                        |
| <b>Residencia del estudiante</b>  | Lugar donde permanece habitualmente                                                               | Geográfica                            | Registro escolar                    | Urbana<br>Rural                                                                  |
| <b>Ocupación del escolar</b>      | Condición de dependencia                                                                          | Actividad Diaria                      | Diálogo con el estudiante           | Escolar<br>Lustrador de zapatos<br>Canillita<br>Vendedor ambulante<br>Otros..... |
| <b>Trastornos afectivos</b>       | Grupo de padecimientos que se caracterizan por anormalidades en la regulación del afecto o ánimo. | ANSIEDAD<br><br>Y<br><br>DEPRESION    | Test validados<br>-STOTT para niños | Escala de puntuación<br><br>SI<br><br>NO                                         |
| <b>Disfunción Familiar</b>        | Conformación de la familia                                                                        | Factores de disfuncionalidad familiar | TEST DE APGAR                       | FUNCIONAL                                                                        |
|                                   | Comportamiento deliberado, provocar daños físicos o psíquicos                                     |                                       | FAMILIAR                            | DISFUNCIONAL                                                                     |
| <b>Maltrato infantil</b>          | Ausencia del jefe o jefes del hogar                                                               | Presencia de MALTRATO                 | Respuesta a cuestionario            | SI<br>O<br>NO                                                                    |
| <b>Migración de los padres</b>    |                                                                                                   | Ausencia de progenitores              | Respuesta a cuestionario            | PADRE<br><br>MADRE<br><br>AMBOS                                                  |



## 15.2 Consentimiento informado

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y FACTORES  
ASOCIADOS A LA SALUD MENTAL INFANTIL EN EL CANTON CUENCA  
2011”**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O REPRESENTANTES**

Yo, Dr. Rodrigo Barros Tapia, estudiante del postgrado de Pediatría de la Facultad de Ciencia Medicas de La Universidad de Cuenca, me encuentro realizando un estudio como proyecto de investigación previa a la obtención del título de especialista en Pediatría, sobre la **“PREVALENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y FACTORES ASOCIADOS - CUENCA 2011”**

Por tal motivo le realizaré una encuesta que tomará aproximadamente 20 minutos el contestar, además se tomarán algunos datos de filiación como nombre, edad, sexo, etc.

El Dr. Rodrigo Barros Tapia, me ha explicado todas las preguntas de la encuesta y ha dado respuesta a todas las preguntas que he realizado, habiendo entendido el objetivo del trabajo y lo que efectuará en mi hijo, hija, representado o representada, libremente sin ninguna presión autorizo la inclusión de mi hijo, hija, representado o representada y mi persona en este estudio sabiendo que los datos obtenidos, así como la identidad de mi hijo, hija, representado o representada se mantendrán en confidencialidad y los resultados serán utilizados únicamente para la realización de este estudio.

Firma o Huella Digital.....

CI.....



### 15.3 Cuestionario Base

**UNIVERSIDAD DE CUENCA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN**

**“PREVALENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y FACTORES ASOCIADOS  
EN ESCOLARES - CUENCA 2011”**

La presente investigación tiene como objetivos obtener datos que nos permitan establecer la frecuencia de TRASTORNOS AFECTIVOS. Los datos obtenidos serán de estricta confidencialidad. Esperamos que las preguntas sean respondidas con veracidad.

DATOS DEMOGRAFICOS:

NOMBRE DE LA ESCUELA:

\_\_\_\_\_

NOMBRES: \_\_\_\_\_

AÑO DE ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS CUMPLIDOS

SEXO: FEMENINO \_\_\_\_\_ MASCULINO \_\_\_\_\_

RESIDENCIA: URBANO \_\_\_\_\_ RURAL \_\_\_\_\_

OCUPACION DEL ESCOLAR: \_\_\_\_\_

FACTORES ASOCIADOS:

TEST FAMILIAR:

Conteste las siguientes preguntas según los siguientes criterios: A: Casi nunca  
B: A veces C: Casi siempre

- 1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema? \_\_\_\_\_
- 2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa? \_\_\_\_\_
- 3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa? \_\_\_\_\_
- 4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos? \_\_\_\_\_
- 5.- ¿Siente que su familia le quiere? \_\_\_\_\_

MALTRATO INFANTIL:

Considera que su hijo muestra actitud de temor o desconfianza frente a uno de sus padres Si\_\_ No\_\_ frente a sus profesores Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_ frente a sus cuidadores Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_



Su hijo se muestra cauteloso ante el contacto físico con adultos o autoridades

Si\_\_\_ No\_\_\_

Su hijo presenta problemas en la alimentación como anorexia (no come) Si\_\_\_

No\_\_\_ bulimia (come en exceso) Si\_\_\_ No\_\_\_

Su hijo presenta terrores nocturnos Si\_\_\_ No\_\_\_ presenta enuresis (se orina en la cama) Si\_\_\_ No\_\_\_

Su hijo muestra actitud de culpabilización y aceptación al castigo Si\_\_\_ No\_\_\_

MIGRACION DE LOS PADRES: Padre: SI\_\_\_ NO\_\_\_

Madre: SI\_\_\_ NO\_\_\_

Ambos: SI\_\_\_ NO\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_



## 15.4 Guía de observación Stott

### UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

#### “PREVALENCIA DE TRASTORNOS AFECTIVOS Y FACTORES ASOCIADOS EN ESCOLARES - CUENCA 2011”

La presente investigación tiene como objetivos obtener datos que nos permitan establecer la frecuencia de TRASTORNOS AFECTIVOS. Los datos obtenidos serán de estricta confidencialidad. Esperamos que las preguntas sean respondidas con veracidad.

Nombres: \_\_\_\_\_

#### TRASTORNOS AFECTIVOS:

##### A.-

1. En ocasiones se manifiesta cuidadoso de sus actividades y en otros periodos no se preocupa de nada SI\_\_\_ NO\_\_\_
2. Su hijo en ocasiones es participativo, y en otros periodos apático en el juego SI\_\_\_ NO\_\_\_
3. A veces muestra falta de interés durante el cumplimiento de tareas libres SI\_\_\_ NO\_\_\_
4. Muestra insuficiente energía para el trabajo manual o físico SI\_\_\_ NO\_\_\_
5. Generalmente es lento y carente de iniciativa en clases SI\_\_\_ NO\_\_\_
6. Su hijo se muestra apático, distraído, indiferente SI\_\_\_ NO\_\_\_
7. Manifiesta bruscas caídas de energía SI\_\_\_ NO\_\_\_
8. Lento en sus movimientos SI\_\_\_ NO\_\_\_
9. Prefiere estar solo durante los recreos y actividades sociales SI\_\_\_ NO\_\_\_
10. A menudo sueña despierto SI\_\_\_ NO\_\_\_
11. Habla poco expresivamente SI\_\_\_ NO\_\_\_
12. Aparece deprimido, ríe muy rara vez SI\_\_\_ NO\_\_\_

##### B.-

1. Habla desordenadamente SI\_\_\_ NO\_\_\_
2. Pestañea muy a menudo SI\_\_\_ NO\_\_\_
3. Realiza movimientos innecesarios y sin objetivo de las manos SI\_\_\_ NO\_\_\_
4. Presencia de tics SI\_\_\_ NO\_\_\_
5. Tartamudea o se atranca al hablar SI\_\_\_ NO\_\_\_
6. Se come las uñas SI\_\_\_ NO\_\_\_
7. Es demasiado ansioso o nervioso, reacciona con sobresalto ante cualquier situación SI\_\_\_ NO\_\_\_
8. Se chupa los dedos SI\_\_\_ NO\_\_\_



## EVALUACION

### En Depresión

Síntomas leves 1-4 (valor 0 p)

Intermedios: 4-8 (valor 1 p)

Graves: 9-12 (valor 2 p.)

### ANSIEDAD

Leves: 1-3

Intermedios 4-5

Graves: 6-8

### 14.5 APGAR Familiar

Conteste u las siguientes preguntas según los siguientes criterios:

A: Casi nunca B: A veces C: Casi siempre

- 1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?
- 2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?
- 3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?
- 4.- ¿, Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?
- 5.- ¿, Siente que su familia le quiere?