



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN
LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE
EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN
AMBATO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Ruiz Yachimba, Fernando Mauricio

Tutor: Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda

Ambato – Ecuador

Junio 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: “EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO” de Fernando Mauricio Ruiz Yachimba, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril 2015

LA TUTORA

.....
Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación:

“EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, Abril 2015

EL AUTOR

.....

Ruiz Yachimba, Fernando Mauricio

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este trabajo de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos de mi trabajo de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del mismo, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Abril 2015

EL AUTOR

.....

Ruiz Yachimba, Fernando Mauricio

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema “EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO” de Fernando Mauricio Ruiz Yachimba, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio 2015

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE/A

.....

1^{er} VOCAL

.....

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

Después de cruzar un camino lleno de obstáculos y llegar a una de las cúspides de mi vida deseo dedicar este trabajo de investigación a las tres personas más importantes de vida, a mi esposa Adriana a mis hijos Ian y Alejandro quienes han sido los pilares fundamentales en cada paso que he dado y un agradecimiento y especial admiración a aquellos niños que forman parte de un mundo en el cual se les ha negado la dicha de tener una familia.

Fernando Ruiz

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser mi fortaleza en momentos de desespero, a mi madre María por sus consejos y constancia en guiarme en mi vida, a mi padre Diógenes por haber forjado en mí un hombre responsable y trabajador, a mi hermano Diego por su apoyo incondicional, a mi esposa Adriana por estar a mi lado y ser incansable en su ayuda, y a todos aquellos mis compañeros que entre alegrías y tristezas hemos podido darnos las manos en momentos de necesidad.

Fernando Ruiz

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS.....	xiii
ÍNDICE DE TABLAS	xiv
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xv
RESUMEN.....	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
EL PROBLEMA	2
1.1 TEMA:	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1 ÁRBOL DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN	4
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO	8

1.2.3	PROGNOSIS	9
1.2.4	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2.5	PREGUNTAS DIRECTRICES	9
1.2.6	DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN	10
1.2.6.1	CAMPO DE CONOCIMIENTO	10
1.2.6.2	DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	10
1.2.6.3	DELIMITACIÓN TEMPORAL	10
1.3	JUSTIFICACIÓN	11
1.4	OBJETIVOS	12
1.4.1	OBJETIVO GENERAL.....	12
1.4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO.....		13
2.1	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	13
2.2	FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	18
2.3	FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	19
2.4	CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	25
2.4.1	VARIABLE INDEPENDIENTE: Síndrome de alienación parental	26
2.4.2	VARIABLE DEPENDIENDO: Depresión infantil	27
2.4.1.1	CONFLICTO DE PAREJA	28
2.4.1.2	DIVORCIO	29

2.4.1.3 SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL.....	29
2.4.2.1 TRASTORNOS DE LA INFANCIA.....	30
2.4.2.2 TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ	31
2.4.2.3 DEPRESIÓN INFANTIL	44
2.7 HIPÓTESIS.....	50
2.8 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES.....	51
CAPÍTULO III.....	52
METODOLOGÍA	52
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN.....	52
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	52
3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN	52
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	53
3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: Síndrome de Alienación Parental	54
3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE: Depresión.....	56
3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	58
3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	66
3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	67
CAPÍTULO IV	68
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	68
4.1 RESULTADOS.....	68

4.1.1 ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ALIENACIÓN PARENTAL OBTENIDAS A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO DE SAP.....	71
4.1.2 ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN OBTENIDAS A TRAVÉS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI).....	73
4.2 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (SAP) Y LA DEPRESIÓN.....	75
4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	76
CAPÍTULO V	78
5.1 CONCLUSIONES	78
5.2 RECOMENDACIONES:.....	79
CAPÍTULO VI	80
PROPUESTA.....	80
6.1 DATOS INFORMATIVOS	80
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	81
6.3 JUSTIFICACIÓN	82
6.4 OBJETIVOS	82
6.4.1 OBJETIVO GENERAL	82
6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	82
6.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA	83
6.6 METODOLOGÍA	90
6.6.1 PLAN DE ACCIÓN.....	90

6.7 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA	96
6.8 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
BIBLIOGRAFÍA	98
LINKOGRAFÍA	100
CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA.....	102
ANEXOS	103
ANEXO 1. Cuestionario de Alienación Parental para Niños	103
ANEXO 2. Children´s Depression Inventory (CDI).....	108
ANEXO 3. Aplicación de reactivos a niños.....	111
ANEXO 4. Oficios enviados a la Unidad Judicial de familia, mujer, niñez y adolescencia	113
ANEXO 5. Validación de cuestionario para el síndrome de alienación parental	116
ANEXO 6. Oficios enviados a las unidades educativas para la respectiva evaluación	121

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. VARIABLE INDEPENDIENTE: Síndrome de Alienación Parental ..	55
Cuadro 2. VARIABLE DEPENDIENTE: Depresión.....	57
Cuadro 3. Plan de recolección de la información	66
Cuadro 4. Tipos principales de esquemas	84
Cuadro 5. Plan de acción.....	95
Cuadro 6. Administración de la propuesta.....	96
Cuadro 7. Plan de monitoreo y evaluación	97

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra evaluada por edad	68
Tabla 2. Distribución de la muestra evaluada por sexo	69
Tabla 3. Distribución de la muestra evaluada por escuelas	70
Tabla 4. Datos Estadísticos	71
Tabla 5. Distribución por niveles del SAP	71
Tabla 6. Distribución por niveles de la Depresión	73
Tabla 7. Correlaciones bi-variada entre SAP y Depresión	76
Tabla 8. Tabla de contingencia Nivel SAP	76
Tabla 9. Pruebas de chi-cuadrado	77
Tabla 10. Resumen del procesamiento de los casos	64
Tabla 11. Estadísticos de fiabilidad	64
Tabla 12. Análisis de Consistencia interna del SAP	64
Tabla 13. Descriptivos de las escalas y fiabilidad.....	61
Tabla 14. Correlación de Pearson	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico. 1. Árbol del problema	3
Gráfico 2. Categorías Fundamentales	25
Gráfico 3. VARIABLE INDEPENDIENTE: Síndrome de alienación parental ...	26
Gráfico 4. VARIABLE DEPENDIENDO: Depresión Infantil.....	27
Gráfico 5. Distribución de la muestra evaluada por sexo	69
Gráfico 6. Distribución de la muestra evaluada por escuelas	70
Gráfico 7. Distribución por niveles del SAP.....	72
Gráfico 8. Distribución por niveles de la Depresión.....	74
Gráfico 9. Dispersión de las variables Depresión (eje X) y SAP (Y).....	75

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN
LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE
EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN
AMBATO.”**

Autor: Ruiz Yachimba, Fernando Mauricio

Tutora: Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda

Fecha: Abril, 2015

RESUMEN

La presente investigación tuvo como interrogante principal determinar si el grado de alienación parental influye en los niveles de depresión en los niños, ya que en la actualidad la sociedad está afectada por un problema social que poco a poco va en incremento afectando a los más vulnerables que son los niños. Este proyecto permitirá validar todos los conocimientos adquiridos con el fin de brindar estrategias que permitan mejorar el entorno personal y social de los niños y mantener buenas relaciones familiares con sus progenitores a pesar de estar estos separados. Conceptualizando desde un enfoque psicológico las causas y consecuencias del síndrome en los niños de nueve a once años de edad. De esta forma el enfoque de este estudio fue cuanti-cualitativo, aplicando la investigación de campo con un nivel de correlación de variables. Así se evaluó a 100 niños pertenecientes a hogares de padres divorciados de distintas Unidades Educativas del Distrito 1 del cantón Ambato. En el cual al realizar el análisis e interpretación de los datos obtenidos y mediante Chi cuadrado se visualiza que la alienación parental sí influye en los niveles de la depresión con un 25% para lo cual la propuesta está enfocada en ayudar a los niños y niñas a través de estrategias que permitan mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: DEPRESIÓN, ESTRATEGIAS, PROBLEMA_SOCIAL, SAP, SÍNDROME_ALIENACIÓN_PARENTAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL OF PSYCHOLOGY CAREER

**"PARENTAL ALIENATION SYNDROME AND ITS INFLUENCE ON
THE LEVELS OF DEPRESSION IN CHILDREN OF SIXTH YEAR OF
BASIC EDUCATION GENERAL WARD 1 OF CANTON AMBATO."**

Author: Ruiz Yachimba, Fernando Mauricio

Tutor: Ps. Cl. Flores Hernández, Verónica Fernanda

Date: April, 2015

SUMMARY

The present study had the main question whether the degree of parental alienation influences the levels of depression in children because today society is affected by a social problem that is slowly on the rise affecting the most vulnerable are children. This project will validate all the knowledge acquired to provide strategies to improve personal and social environment for children and families maintain good relationships with their parents despite being separated. Conceptualizing from a psychological approach to the causes and consequences of the syndrome in children aged nine to eleven years old. Thus the focus of this study was quantitative and qualitative field research applying a correlation level between variables. So 100 children in households of divorced parents from different Educational Unit District 1 Canton Ambato was evaluated. In which to perform the analysis and interpretation of the data obtained and using Chi square is displayed that parental alienation if it influences the levels of depression with 25% for which the proposal is focused on helping children to through strategies that enhance their quality of life.

KEYWORDS: DEPRESSION, STRATEGIES, SOCIAL_PROBLEMS, SAP, PARENTAL_ALIENATION_SYNDROME.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el divorcio ha ido creando nuevos modelos de crianza que no solo afectan a los progenitores en sí, también a sus hijos quienes son los más perjudicados por las decisiones tomadas sin tener en consideración las consecuencias que esto provoca ya que los padres tienen las responsabilidades de preservar la integridad y derechos que poseen los menores, puesto que al negar a los niños el derecho de vivir con uno de ellos se va creando conflictos internos tanto en su aspecto personal como social.

Tanto el síndrome de alienación parental como la depresión en niños, es muy relegada pues poca importancia se ha dado a estos temas, por tal motivo el autor busca a través de la presente investigación determinar el grado de alienación parental que existe en los niños y a través de los cuales se podrá conocer si estos influyen en la presencia de niveles considerables de depresión, de esta forma dar a conocer a los padres el efecto que causan y a partir de los resultados obtenidos mejorar la calidad de vida de sus hijos haciendo hincapié en que, la familia es quien debe fomentar un espacio que posibilite el óptimo desarrollo del niño/a y adolescente, correspondiendo principalmente a los progenitores el compartir la responsabilidad de cuidar, proteger y hacer respetar sus derechos, pero al existir problemas en la pareja empieza a cambiar la cotidianidad del niño, siendo ellos quienes se encuentran en medio de confrontaciones cuando padre y madre pugnan por obtener la custodia del menor luego de haber pasado por una separación conflictiva.

Es por estas razones que se analizó la problemática y se consideró proponer estrategias que ayuden a los padres a construir un ambiente neutro en el cual ellos sean capaces de generar un espacio agradable y saludable para el óptimo desarrollo psico-emocional del niño.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 TEMA:

EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de alienación parental que influye en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación básica general del distrito 1 del cantón Ambato?

1.2.1 ÁRBOL DEL PROBLEMA

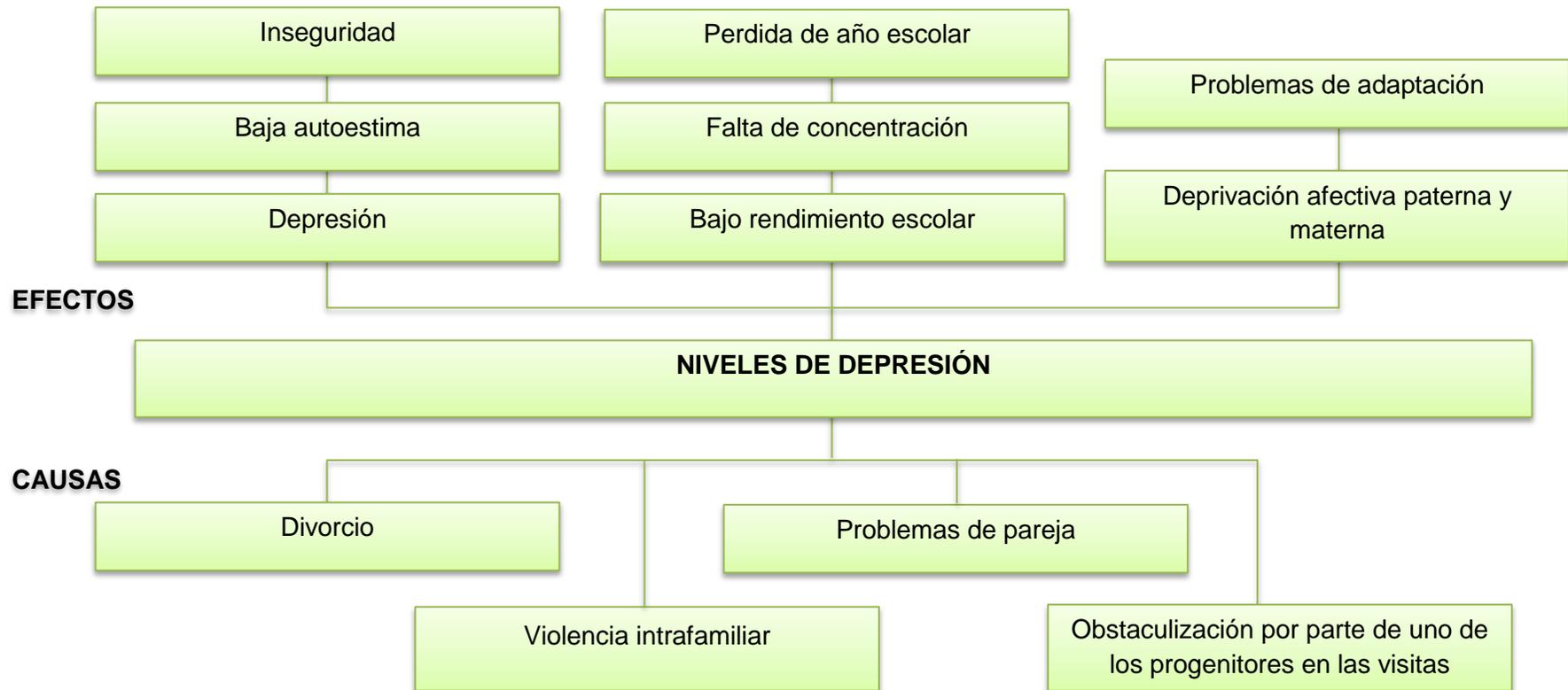


Gráfico. 1. Árbol del problema

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

Según la O.M.S y A.P.A (2008), llegan a la conclusión que el SAP no es un síndrome que se pueda afirmar que existe por la falta de estudios y credibilidad en su argumentación, hay instituciones psicológicas tanto en España, EEUU y la Unión Europea (UE) que han incluido al Síndrome de Alienación Parental en el Código Civil pues consideran que es un tipo de maltrato infantil el que sufren los niños de forma silenciosa ante las autoridades competentes, de la misma forma México no ha sido la excepción en tomar cartas en el asunto acerca de esta problemática, como lo menciona la agencia de noticias del estado mexicano Notimex se han dado a conocer nuevas disposiciones en el Código Civil del Distrito Federal (DF), estableciendo que cuando se cometa Alienación Parental por uno de los progenitores, éste será suspendido de la custodia del menor.

Según Martínez (2008), escritora, periodista y directora de la Revista Electrónica Tendencias 21 de la ciudad de Madrid menciona que el 25 por ciento de los hijos de padres divorciados que pugnan por la tenencia de los menores padece del SAP y que uno de cada cuatro niños presenta síntomas de manipulación por parte de uno de los progenitores, esto es normalmente de quien posee la custodia del menor, en contra del otro progenitor provocando en mayor o menor grado el rechazo hacia el progenitor que esta fuera de casa.

Según Tonantzin (2014), pública en el portal de noticias on-line Excelsior de México que Claudia Cecilia Espinoza Presidenta de la Fundación Custodia Compartida México A.C. realizó un estudio en los estados de Aguascalientes, Querétaro, Nayarit, Morelos y el Distrito Federal en el cual se identifica que el 95 por ciento de los internos/as carecen de uno de sus progenitores, y tanto adolescentes como adultos presenta un 98 por ciento de SAP en hombres y 87 por ciento en mujeres, siendo cifras muy altas. Además la Asociación Mexicana de Padres de Familia Separados estima que de 100 mil divorcios el 30 por ciento han terminado en separaciones violentas provocando por ende que 30 por ciento de niños sufran algún grado de alienación parental. De la misma forma hace referencia que:

“El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en sus estadísticas, menciona que 82 mil niños -cuyos padres concluyeron los procesos judiciales de divorcios- han sido diagnosticadas mediante exámenes psicológicos forenses, con alienación parental severa. A esta cifra, hay que aumentarle un 15 o 20 por ciento más de niños que padecen este síndrome, debido a que encuentran en curso los juicios de guarda y custodia y de divorcio de sus padres.” (párr. 10)

Se constata que en el Ecuador no existen investigaciones acerca de la temática Síndrome de Alienación Parental (SAP) sin embargo se recolecta datos de los casos existentes en la Oficina Técnica de la Unidad Judicial de la Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia (OTUJ) en los cuales durante el año 2014, se obtienen datos de los casos que reposan en dicha Oficina con diferente tipología, es decir, (juicio de alimentos, medidas de protección, acogida institucional, régimen de visitas, entre otros), siendo de particular interés los juicios de Régimen de Visitas (RV) pues se observa que los niños presentan síntomas que se relacionan con el SAP, y que los jueces se acogen a dicha sintomatología para dar su veredicto final en la custodia de los menores.

De esta forma se verifica en los archivos de la OTUJ que durante el año 2013 se ha llevado un total de 186 casos de diferente tipología dentro de los cuales 13 son de RV, identificando 5 casos con una marcada sintomatología relacionada al SAP, es decir el 38.46 por ciento y en el año 2014 desde el 02 de enero al 06 de noviembre receptan un total de 264 casos obteniendo 21 de RV, de los cuales 14 se identifica con sintomatología muy marcada con respecto a SAP, es decir el 66.67 por ciento, siendo el principal síntoma y el más acentuado el rechazo hacia el padre seguido de irritabilidad, inseguridad, ansiedad, depresión, de fácil manipulación por parte de uno de los padres que conviven con el niño/a e identificando a la madre como aquella que genera resistencia a que los padres visiten a sus hijos, se constata que los niños en etapa inicial son presa de síntomas muy acentuados en los cuales no han podido seguir con el régimen de visitas.

Según Álvarez et al. (2009), Doctora del Complejo Hospitalario de Pontevedra menciona en su proyecto “Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la

infancia y en la adolescencia” que la depresión infantil para la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** en la actualidad ha afectado a unos 120 millones de personas de las cuales solo menos del 25 por ciento tienen acceso a una intervención psicológica adecuada y oportuna y evitar la acentuación de los síntomas.

También menciona que uno de cada cinco individuos que hayan presentado episodios depresivos pueden desarrollar un trastorno depresivo durante su vida, de esta forma se ha calcula que para el 2020 la depresión será considerada como la segunda causa de discapacidad de los **Años de Vida Saludables Perdidos por Discapacidad** sus siglas en inglés (AVAD), después de las enfermedades cardiovasculares.

Según Godoy (2008), en su estudio acerca de Depresión infantil en preescolares realizado en Chile, presentó resultados similares a los de EEUU, en lugares como el área de Oriente en donde la depresión infantil es de 3 por ciento, mientras en otras zonas como la Sur, se presenta el 10 por ciento, además que los casos de depresión en Chile son muy graves ya que el intento de suicidio se ha presentado desde la edad preescolar, siendo impensable en décadas anteriores puesto que el nivel cognitivo de los niños no les permite, sin embargo hoy en día la realidad es otra.

Según Sánchez et al. (2011), manifiesta en su investigación Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños/as, que a nivel mundial la prevalencia de depresión infantil ha alcanzado porcentajes que varían entre el 8 y 20 por ciento; y que en el continente europeo específicamente en España presentan cifras de 11.5%; no obstante la realidad en Latinoamérica dista mucho de estas cantidades, como es el caso de Quito según realizados sobre depresión infantil presentado una prevalencia muy alta, es decir, el 41% de niños y adolescentes en edad comprendidas de 9 a 16 años. Así también en países cercanos al nuestro como es el caso de Colombia las cifras publicadas es del 17.09% y 25.2%, en el caso de Perú es de 18.2%, a diferencia de Chile que en sus censos realizados arrojaron cifras de 25.9%.

Los trastornos depresivos no son algo pasajero que aparecen y desaparecen en cierto tiempo, la depresión infantil en la actualidad ha despertado un importante interés en la comunidad científica debido a la escasa información sobre este trastorno y la poca información acerca de índices de prevalencia como se puede constatar en el INEC o el Ministerio de Salud Pública del Ecuador no hay datos que permitan observar la realidad de esta problemática que se va expandiendo silenciosamente.

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

En la problemática del SAP, como sus posibles causas y consecuencias el autor hace mención que este síndrome se ahonda más cuando se identifica que existen problemas dentro del matrimonio, que a su vez provocan separación y/o el divorcio, siendo este en las últimas décadas el precursor que ha modifica el modelo de familia tradicional y sus relaciones intrafamiliares. Por tal motivo es de suma importancia que se garantice el derecho fundamental de los niños y niñas, permitiendo relacionarse apropiadamente tanto con su padre como con su madre y manteniendo todos sus vínculos parentofiliales. A pesar de ello en la actualidad se constata que dentro de la familia hay situaciones en las que existen restricciones que impone uno de los progenitores a las relaciones de sus hijos e hijas con el otro progenitor, provocando en el niño el mencionado Síndrome De Alienación Parental, siendo una de las formas más sutiles de maltrato infantil, cobrando mayor fuerza día a día produciendo un grave daño en el bienestar psico-emocional y social de los niños, niñas y adolescentes que lo sufren.

Es claro que el SAP necesita de un estudio más profundo y que permita orientar a entidades inmersas en salud mental tanto a psicólogos como psiquiatras y profesionales sanitarios que contribuyan con una vía de solución de los casos que se les presentan. Las alegaciones de SAP surgen durante procesos en los que se discute la atribución de la custodia de los menores, por lo que el diagnóstico del síndrome requiere de la máxima certeza, puesto que en Ecuador específicamente en la ciudad de Ambato hace falta una amplia investigación de esta situación, lo cual podría estar generando en los niños reacciones desfavorables para su óptimo desarrollo psico-emocional, social y personal denotando marcadamente en ellos aislamiento, autoestima negativa, un rendimiento académico muy bajo, por tales motivos el autor busca generar cambios que permitan a los progenitores crear un ambiente adecuado y participativo, para promover un desarrollo a nivel individual, escolar y social, y que se consiga defender con éxito los interés superiores de sus hijos.

1.2.3 PROGNOSIS

La presente investigación tiene como finalidad generar aportes científicos acerca de la alienación parental y que estos sean útiles para la prevención e intervención, pues al ser una problemática de aspecto social se busca obtener un diagnóstico adecuado y a tiempo para evitar que haya un aumento en la población con mayor vulnerabilidad, misma que silenciosamente ha ido incrementando su intensidad la cual no se le ha dado su debida importancia en el área de salud mental, afectando a los niños y niñas de todos los estratos sociales, quienes al ser manipulados por uno de los progenitores cambian en él su comportamiento y modifican su entorno socio-personal, impidiendo su normal desarrollo en un ambiente tranquilo y equilibrado, por tal motivo se busca crear estrategias que permitan a los padres mejorar la calidad de vida de sus hijos ya que al dejar de lado sus necesidades de cuidado y protección están vulnerables a generar a futuro sentimientos de abandono y culpa, estados de ansiedad y depresión, conductas regresivas y un profunda sentimiento de confusión con consecuencias negativas a nivel psico-emocional y conductual, hipotéticamente podrían ser las consecuencias que se generarían en los niños al no realizar la investigación y propuesta para el Síndrome de Alienación Parental.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el grado de alienación parental que influye en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuál es el nivel de alienación parental en los niños?
- ¿Cuáles son los niveles de la depresión que presenta el niño en el síndrome de alienación parental?
- ¿El síndrome de alienación parental influye en los niveles de depresión en los niños?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

1.2.6.1 CAMPO DE CONOCIMIENTO

Campo: Salud mental

Área: Psicología Infantil

Aspecto: Social

1.2.6.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL

Niños entre 9 y 11 años de edad estudiantes de los sextos años de educación general básica de las siguientes instituciones pertenecientes al Distrito 1 del Cantón Ambato:

- Escuela de Educación Inicial "León Becerra"
- Centro Escolar "Ecuador",
- Unidad Educativa "Juan Benigno Vela"
- Unidad Educativa "Juan Montalvo"

1.2.6.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL

La investigación se llevará a cabo en el transcurso de seis meses. A partir del mes de Mayo al mes de octubre del 2014 respectivamente.

Tiempo: 6 meses

Periodo: Mayo – Octubre

1.3 JUSTIFICACIÓN

A través de la presente investigación se busca identificar la gravedad de ésta problemática social como es el síndrome de alienación parental, problema que ha ido ganando gran importancia en la actualidad y en vista de que está generando un malestar significativo en los niños y niñas, se hace hincapié en la necesidad de investigar dicho síndrome poniendo énfasis en la búsqueda de estrategias que ayuden a mejorar la calidad de vida de los niños/as, en las instituciones en las cuales se realizó la investigación es un escenario en el cual a diario se observa el SAP, al igual que en familias ecuatorianas en donde los niños no pueden distinguir cual es el lugar más seguro entre sus progenitores provocando un desequilibrio en su desarrollo psico-emocional así como su desarrollo socio-personal.

Cabe recalcar que el alto índice de divorcios en el Ecuador sobre todo en la región sierra es el generador de diversos problemas entre los cuales el síndrome de alienación parental no pasa desapercibido pues se observa a padre y madre disputándose la custodia de los niños aduciendo que es con uno de ellos con quien tendrá un ambiente óptimo para su desenvolvimiento psico-emocional, personal, social y acorde a las necesidades del menor, datos estadísticos propuestos en la contextualización muestran porcentajes acerca de los casos relacionados al SAP, debido a la falta de predictores e instrumentos que permitan identificar de forma precisa y a tiempo dicho síndrome y evitar que el niño sea tratado como un objeto y no como un ser humano.

El presente proyecto es factible porque cuenta con el apoyo de la Universidad Técnica de Ambato y el acceso a las unidades educativas en las cuales se realiza la investigación, además para su proceso se cuenta con los recursos humanos, tecnológicos apropiados para el desarrollo del proyecto, siendo los principales beneficiarios los niños, niñas y sus progenitores, puesto que es primordial un diagnóstico a tiempo y evitar que los síntomas se vayan agravando.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los niveles de depresión generados por la influencia del síndrome de alienación parental en los niños de sexto año de educación general básica del Distrito 1 del Cantón Ambato.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de síndrome de alienación parental que predomina en la población estudiantil en estudio.
- Identificar los niveles de depresión que presenta los niños objeto de la investigación.
- Relacionar los niveles del síndrome de alienación parental con los niveles de depresión en los niños evaluados.
- Establecer un conjunto de estrategias ante el síndrome de alienación parental.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Según Gardner (1985), menciona que el Síndrome de Alienación Parental es una alteración que se presenta en los niños cuando sus progenitores están divorciados y estos pugnan por la custodia de sus hijos dejando de lado las necesidades del mismo.

El autor mencionado anteriormente describe ocho síntomas primarios que aparecen usualmente juntos en los niños siendo estos los siguientes:

- a)** Campaña de denigración. El niño/a denota sentimientos de odio y rechazo en contra del progenitor que se encuentra fuera del hogar.
- b)** Débiles, absurdas o frívolas justificaciones para el desprecio. El niño miente o inventa cualquier excusa con tal de no estar cerca del progenitor alienado.
- c)** Ausencia de ambivalencia. El niño presenta un estado transitorio o permanente de ánimo con sentimientos opuestos con respecto a sus progenitores.
- d)** Fenómeno del pensador independiente. En el niño se identifica una manipulación marcada por uno de los progenitores y trata de convencer a los demás que los diálogos emitidos por él son propios.
- e)** Apoyo reflexivo al progenitor alienante en el conflicto parental. El niño apoya al progenitor que convive con él a pesar de que se le compruebe que miente.
- f)** Ausencia de culpa hacia la crueldad y la explotación del progenitor alienado. El rechazo hacia uno de los progenitores es muy marcada y el niño no presenta ningún sentimiento de tristeza cuando hablan mal del progenitor alienado.
- g)** Presencia de argumentos prestados. El niño presenta una jerga impropia que no forma parte de su vocabulario.

- h)** Generalización de síntomas a familiares y amigos del progenitor alienado. El niño rechaza a la familia y amistades de su progenitor alineado.

Se debe tener en cuenta que un síndrome está compuesto por un conjunto de síntomas que caracterizan una enfermedad o el conjunto de fenómenos característicos que determinan tal situación, el SAP es una forma oculta de interferencia parental por parte del progenitor alienador que se produce en las disoluciones matrimoniales, provocando en el niño/a un rechazo marcado hacia el progenitor que se encuentra fuera del hogar, destruyendo la dinámica parental.

Según Gardner (1999), concluye que hay tres tipos de alienación y cada uno con diferente intensidad en la manifestación de su sintomatología.

- a)** Tipo Ligero, los síntomas que presenta son ligeramente perceptibles es cooperativo y no presenta resistencia ante las visitas programadas.
- b)** Tipo moderado, el niño presenta una actitud negativa denotando su descontento ante la regulación de visitas impuesta por un juez, de la misma forma el niño empieza a diferenciar entre el progenitor bueno y el malo.
- c)** Tipo severo, los síntomas están muy marcados de tal manera que el niño presenta hostilidad mostrando de forma abierta y continua un comportamiento opositor y destructivo.

Según Walsh y Bone (1997), menciona que al provocarse el divorcio un niño de inmediato se encuentra alienado o siente rechazo hacia la figura paterna o cualquiera que sea el progenitor que este fuera del hogar, al igual que Gardner también dan a conocer tres niveles de alienación en el niño, el SAP afecta a la parte externa de la familia mientras que el niño empieza a tener un sinnúmero de dudas sobre quien es el progenitor malo y el bueno donde el primero es idealizado y el otro es odiado, presentándose el niño ante este último de forma hostil la cual es expresada sin ningún remordimiento de culpa, vergüenza o ambivalencia por lo que le pase al otro progenitor; en los casos más leves o moderados los niños expresan su rechazo hacia el progenitor verbalmente despreciando incluso destruyendo todo objeto reglado, en los casos más graves los niños llegan a presentar problemas psicosomáticos como dolores de cabeza, pérdida de sueño,

vomito, negativa al momento de comer. También menciona que el niño presenta un inconsciente camaleón el cual se distingue cuando el niño esta solo con el progenitor “malo”, en ausencia del progenitor “bueno” es capaz de expresar sentimientos de afecto este es un distintivo del diagnóstico del SAP.

De acuerdo con los autores anteriormente mencionados, en cuanto al **Padre Alienado (PA)** y el **Padre Alienador (PAR)** no siempre se debe atribuir al PAR toda la responsabilidad del proceso del SAP a pesar de sus maniobras y acciones egoístas, el PA busca desempeñar su rol a pesar de la distancia y horarios que el PAR imponga, y el PA y el PAR empiezan a sentirse impotentes, con baja autoestima, miedo a perder al niño, o la pérdida de la función de padre primario o el deseo de tener la custodia del menor.

El autor mencionado anteriormente se refiere al SAP como herramienta judicial útil la cual no se produce durante la noche, expresa que el SAP es gradual y consistente y está directamente relacionada con el tiempo que pasa con el progenitor alienador y para curarse el niño requiere de tiempo de calidad con el progenitor alienado y una comunicación optima que permita contrarrestar el efecto del progenitor alienador que lleva en curso. (Walsh & Bone, 1997, pp. 1-8)

Según Waldron y Joanis (1996), hacen referencia que en el SAP la familia extendida juega un rol importante, pues tienen sus propios motivos y razones para que ayuden a manipular al niño y que este se ponga en contra de su progenitor alienado.

Dentro de la dinámica que se forma el SAP es importante no solo centrarse en el grupo familiar en sí, progenitor alienado (PA), progenitor alienador (PAR) e hijos, también se debe extenderlo a sus familiares próximos con quienes tienen mayor contacto, familiares por parte del uno u otro padres, ya que ellos también pueden ser quienes sutilmente se encuentran manipulando a los niños poniendo en contra de cualquiera de los dos progenitores sin que ellos lo sepan.

Por otro lado los autores anteriormente mencionados hacen hincapié en que el padre alienado algunas veces será quien desee mantenerse alejado de la paternidad de los niños, y que la excusa primordial podría ser el rechazo que siente el niño

hacia este, de la misma forma cuando hay sospechas de abuso sexual podría ser una forma de escape y mejor estar alejado del sistema familiar y evitar sentimientos de culpa, en el caso de que hubiesen varios hijos de por medio y de acuerdo con los autores siempre hay una contradicción entre hijos pues uno está apegado sentimental al PA y el otro enajenado y ambivalente al PAR.

Según Lund (1995), comentan que una de las preguntas más frecuentes que hacen los jueces a “expertos” en asuntos de custodia es si otros problemas pueden explicar el rechazo de uno de los padres de los niños como sucede en uno de los síntomas del SAP. Obviamente entre padres e hijos destruyendo los lazos paterno - filiales. A pesar de lo ya conocido no hay terapia que permita solucionar este inconveniente y permitir que el PA pueda acceder a las visitas si el niño no desea verlo en muchos casos desencadenando en una reacción casi fóbica a tener contacto con el "padre odiado." Lund refiere seis posibles razones por las cuales se da el rechazo:

- 1) Conflictos normales del desarrollo frente a la separación. Los niños al momento de provocarse una separación de sus figuras parentales siempre van a manifestar ansiedad por separación y esto es normal en niños ya que ayuda a dominar el ambiente, obviamente desaparece pero a futuro en momentos de estrés aparecerá esporádicamente.
- 2) El progenitor no posee las habilidades necesarias para cumplir su rol. De antemano se conoce que la madre por excelencia es quien tiene “las herramientas” para cuidar al bebe en un entorno saludable, y son pocos los padres que pueden ayudar en el cuidado, y es en el caso de separación en el cual uno de otro no desea recibir de buena gana consejos de cuidado, pues se sienten autosuficientes provocan en muchas ocasiones inconvenientes.
- 3) Presentar conductas de rechazo y oposición. En la preadolescencia y la adolescencia, es común se dé el rechazo hacia uno o ambos padres este tipo de comportamiento es normal en el desarrollo, pero cuando hablamos de padres divorciados por lo general se requiere alguna forma de terapia breve para ayudar al niño o adolescente sin cortar la relación.

- 4) Fuertes conflictos entre parejas divorciadas. El niño al encontrarse en medio de un conflicto de pareja se va a encontrar en la forzada situación de la alianza con uno de los padres y de esta forma intentar escapar del conflicto entre el PA y el PAR.
- 5) Problemas graves en el PA. Como se han constatado en todo hogar siempre hay padres alcohólicos, autoritarios o algún tipo de patología y esto hace que el niño sienta rechazo hacia su padre sin la necesidad que el PAR ejerza manipulación en el niño para llevar a cabo su cometido.
- 6) El maltrato infantil. No necesariamente el maltrato físico o sexual se dan en familias desorganizadas, también se puede dar en hogares estructurados, y esto obviamente desencadena en el niño un rechazo total y hasta fóbico hacia el abusador y es primordial la protección del menor.

Según Polaino (1988), concluye que:

“La depresión se puede entender como un síntoma (humor disfórico), un síndrome (y así se habla de cambios motivacionales, cognitivos, afectivos, alteraciones psicomotoras, etc.), o un desorden. El humor disfórico puede surgir como un síntoma sin causa aparente o bien aparecer como respuesta a un desajuste o a una implante perdida, o incluso manifestarse sin que necesariamente haya de forma parte de un síndrome o desorden depresivo. La depresión, como síndrome clínico puede presentarse como algo primariamente bien delimitador o como una forma secundaria, asociada a otras alteraciones psicológicas (fobias, ansiedad, alcoholismo, etc.) la depresión como desorden cinco tiene implicaciones más extensas y vagas que el concepto de síndrome depresivo, puesto que no solo implica la posible existencia de un síndrome depresivo que causa un determinado grado de incapacidad en el sujeto sino que manifiesta también ciertas características clínicas especificar vinculadas o no a una historia clínica posterior.” (p. 55 párr. 3)

De acuerdo con el autor anteriormente mencionado, la depresión es un conjunto de síntomas que desencadenan en un síndrome mismo que va evolucionando dependiendo de la gravedad del problema que afecta al niño, como saben los cambios evolutivos que va experimentando a través del desarrollo del niño va provocan que este experimente cierto grado de depresión leve pero un mal cierre en cada una de las etapas vividas puede provocar que se acentúe provocando a largo plazo que en su adultez sea propenso a una depresión mayor.

Según Fernández (2013), menciona que entre los 5 y 12 años, la decisión de un estado depresivo requiere atender a dos vertientes. Por una parte, la interno-subjetiva, sobre todo en lo que se refiere a las quejas y expresión del niño sobre su estado de ánimo. Y por otra, la externa-objetiva, que supone prestar atención a cuatro dimensiones básicas, sobre las que es muy valiosa la información proporcionada por padres, cuidadores y profesores siendo estas las siguientes:

- Humor depresivo (tendencia al llanto, sentimiento de indefensión y miedos)
- Anergia (escasa participación en juegos y actividades, dificultad para concentrarse)
- De comunicación (silencio, dificultad para hacer amigos)
- Ritmopatía (falta de apetito, alteraciones del sueño).

En definitiva, en el espectro comportamental de los niños depresivos es fácil encontrar llanto, miedo, torpeza, inhibición, mala alimentación, alteraciones del sueño, así como desobediencia/rebeldía, fracaso escolar, entre otros

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El paradigma de la investigación es crítico – propositivo, debido a que se busca establecer soluciones nuevas para el síndrome de alienación parental; problemática social que presentan muchas familias ecuatorianas e instaurar cambios en los esquemas sociales y por ende en las relaciones familiares.

Es crítico debido a que se analiza la información recolectada sobre la separación de la figura paterna y materna del lado del niño, puesto que se ve involucrado su desarrollo psico-emocional; mismo que desequilibra su entorno social y personal, y como este puede influir en los niveles de depresión.

Es propositivo debido a que no solo se centra en indagar u observar la problemática, sino en proponer estrategias y plantear alternativas, buscando promover la participación activa de la comunidad en estudio para que transforme su realidad social y familiar.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Tomada de la Constitución de la República del Ecuador, aprobada en el 2008 en el Título II de los Derechos del Capítulo Tercero, Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria de la Sección Quinta menciona acerca de las niñas, niños y adolescentes en los siguientes artículos:

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

Capítulo Sexto

Derechos de libertad

Art. 69.- Para proteger los derechos de las personas integrantes de la familia:

1. Se promoverá la maternidad y paternidad responsable; la madre y el padre estarán obligados al cuidado, crianza, educación, alimentación, desarrollo integral y protección de los derechos de sus hijas e hijos, en particular cuando se encuentren separados de ellos por cualquier motivo.
2. Se reconoce el patrimonio familiar inembargable en la cuantía y con las condiciones y limitaciones que establezca la ley. Se garantizará el derecho de testar y de heredar.
3. El Estado garantizará la igualdad de derechos en la toma de decisiones para la administración de la sociedad conyugal y de la sociedad de bienes.
4. El Estado protegerá a las madres, a los padres y a quienes sean jefas y jefes de familia, en el ejercicio de sus obligaciones, y prestará especial atención a las familias disgregadas por cualquier causa.
5. El Estado promoverá la corresponsabilidad materna y paterna y vigilará el cumplimiento de los deberes y derechos recíprocos entre madres, padres, hijas e hijos.
6. Las hijas e hijos tendrán los mismos derechos sin considerar antecedentes de filiación o adopción.
7. No se exigirá declaración sobre la calidad de la filiación en el momento de la inscripción del nacimiento, y ningún documento de identidad hará referencia a ella.

Tomado del Código de la Niñez y Adolescencia publicado por Ley No. 100 en Registro Oficial 737 de 3 de Enero del 2003 del Libro Primero Los Niños, Niñas y Adolescentes como sujetos de Derechos del TITULO I

DEFINICIONES

Art. 9.- Función básica de la familia.- La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente.

Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos.

Art. 10.- Deber del Estado frente a la familia.- El Estado tiene el deber prioritario de definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la familia para cumplir con las responsabilidades especificadas en el artículo anterior.

Art. 11.- El interés superior del niño.- El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento.

Para apreciar el interés superior se considerará la necesidad de mantener un justo equilibrio entre los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes, en la forma que mejor convenga a la realización de sus derechos y garantías.

Este principio prevalece sobre el principio de diversidad étnica y cultural.

El interés superior del niño es un principio de interpretación de la presente Ley. Nadie podrá invocarlo contra norma expresa y sin escuchar previamente la opinión del niño, niña o adolescente involucrado, que esté en condiciones de expresarla.

Art. 12.- Prioridad absoluta.- En la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran.

Se dará prioridad especial a la atención de niños y niñas menores de seis años.

En caso de conflicto, los derechos de los niños, niñas y adolescentes prevalecen sobre los derechos de los demás.

Art. 14.- Aplicación e interpretación más favorable al niño, niña y adolescente.- Ninguna autoridad judicial o administrativa podrá invocar falta o insuficiencia de norma o procedimiento expreso para justificar la violación o desconocimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes.

Las normas del ordenamiento jurídico, las cláusulas y estipulaciones de los actos y contratos en que intervengan niños, niñas o adolescentes, o que se refieran a ellos, deben interpretarse de acuerdo al principio del interés superior del niño.

Tomado del Código de la Niñez y Adolescencia publicado por Ley No. 100 en Registro Oficial 737 de 3 de Enero del 2003 del Libro Primero Los Niños, Niñas y Adolescentes como sujetos de Derechos del TITULO III de los DERECHOS, GARANTÍAS Y DEBERES del Capítulo II.- Derechos de supervivencia menciona los siguientes artículos:

Art. 21.- Derecho a conocer a los progenitores y mantener relaciones con ellos.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a conocer a su padre y madre, a ser cuidados por ellos y a mantener relaciones afectivas permanentes, personales y regulares con ambos progenitores y demás parientes, especialmente cuando se encuentran separados por cualquier circunstancia, salvo que la convivencia o relación afecten sus derechos y garantías.

No se les privará de este derecho por falta o escasez de recursos económicos de sus progenitores.

En los casos de desconocimiento del paradero del padre, de la madre, o de ambos, el Estado, los parientes y demás personas que tengan información sobre aquél, deberán proporcionarla y ofrecer las facilidades para localizarlos.

Art. 22.- Derecho a tener una familia y a la convivencia familiar.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia.

Excepcionalmente, cuando aquello sea imposible o contrario a su interés superior, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, de conformidad con la ley.

En todos los casos, la familia debe proporcionarles un clima de afecto y comprensión que permita el respeto de sus derechos y su desarrollo integral.

El acogimiento institucional, el internamiento preventivo, la privación de libertad o cualquier otra solución que los distraiga del medio familiar, debe aplicarse como última y excepcional medida.

Tomado del Código de la Niñez y Adolescencia publicado por Ley No. 100 en Registro Oficial 737 de 3 de Enero del 2003 del Libro Segundo El niño, niña y adolescente en sus relaciones de familia del Título I de las Disposiciones Generales menciona los siguientes artículos:

Art. 101.- Derechos y deberes recíprocos de la relación parental.- Los progenitores y sus hijos se deben mutuamente afecto, solidaridad, socorro, respeto y las consideraciones necesarias para que cada uno pueda realizar los derechos y atributos inherentes a su condición de persona y cumplir sus respectivas funciones y responsabilidades en el seno de la familia y la sociedad.

Art. 102.- Deberes específicos de los progenitores.- Los progenitores tienen el deber general de respetar, proteger y desarrollar los derechos y garantías de sus hijos e hijas. Para este efecto están obligados a proveer lo adecuado para atender sus necesidades materiales, psicológicas, afectivas, espirituales e intelectuales, en la forma que establece este Código.

En consecuencia, los progenitores deben:

1. Proveer a sus hijos e hijas de lo necesario para satisfacer sus requerimientos materiales y psicológicos, en un ambiente familiar de estabilidad, armonía y respeto;
2. Velar por su educación, por lo menos en los niveles básicos y medio;
3. Inculcar valores compatibles con el respeto a la dignidad del ser humano y al desarrollo de una convivencia social democrática, tolerante, solidaria y participativa;
4. Incentivar en ellos el conocimiento, la conciencia, el ejercicio y la defensa de sus derechos, reclamar la protección de dichos derechos y su restitución, si es el caso;
5. Estimular y orientar su formación y desarrollo culturales;

6. Asegurar su participación en las decisiones de la vida familiar, de acuerdo a su grado evolutivo;
7. Promover la práctica de actividades recreativas que contribuyan a la unidad familiar, su salud física y psicológica;
8. Aplicar medidas preventivas compatibles con los derechos del niño, niña y adolescente; y,
9. Cumplir con las demás obligaciones que se señalan en este Código y más leyes.

Art. 103.- Deberes fundamentales de los hijos e hijas.- Los hijos e hijas deben:

1. Mantener un comportamiento responsable y respetuoso que facilite a sus progenitores el adecuado cumplimiento de sus deberes;
2. Asistir, de acuerdo a su edad y capacidad, a sus progenitores que requieran de ayuda, especialmente en caso de enfermedad, durante la tercera edad y cuando adolezcan de una discapacidad que no les permita valerse por sí mismos; y,
3. Colaborar en las tareas del hogar, de acuerdo a su edad y desarrollo, siempre que no interfieran con sus actividades educativas y desarrollo integral.

No deben abandonar el hogar de sus progenitores o responsables de su cuidado, o el que éstos les hubiesen asignado, sin autorización de aquellos. De producirse el abandono del hogar, el Juez investigará el caso y luego de oír al niño, niña o adolescente, dispondrá la reinserción en el hogar u otra medida de protección si aquella no es posible o aparece inconveniente.

2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

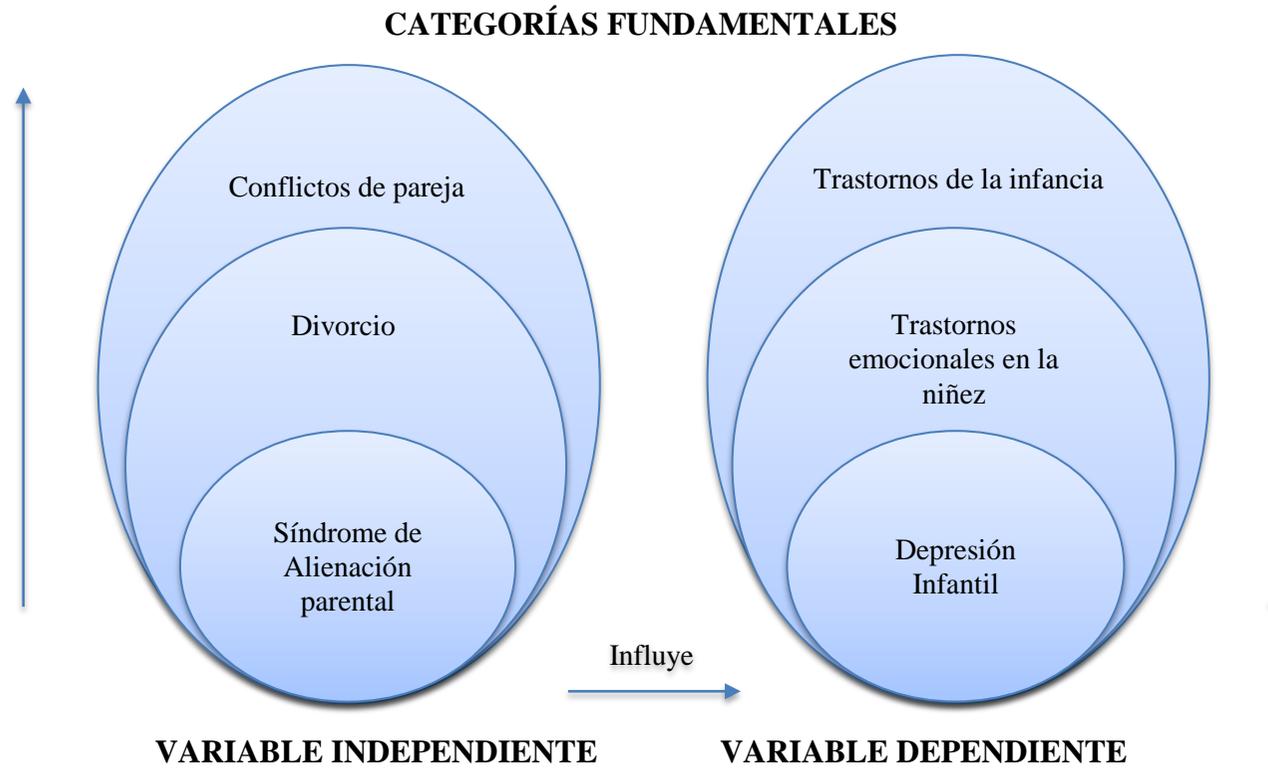


Gráfico 2. Categorías Fundamentales

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

2.4.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: Síndrome de alienación parental

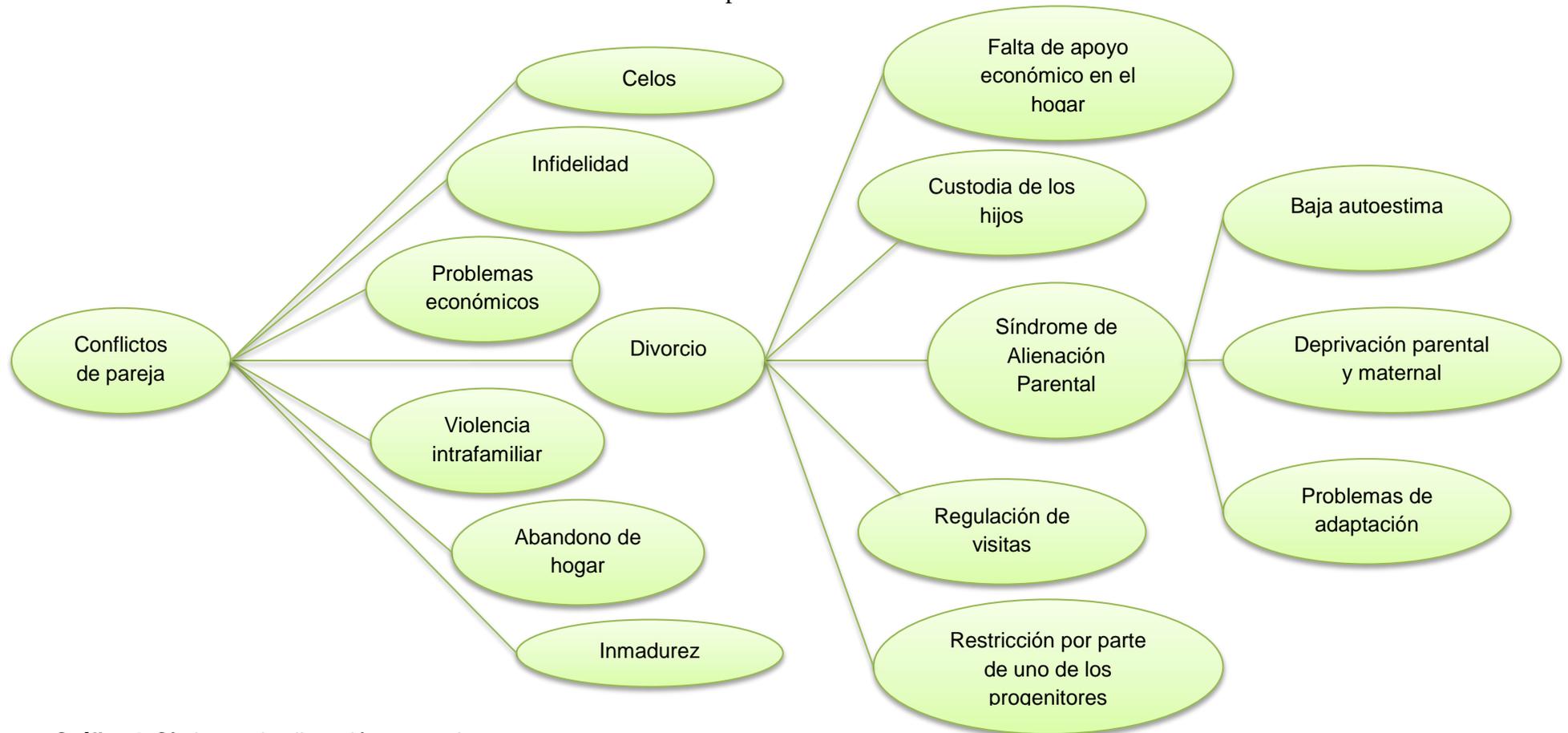


Gráfico 3. Síndrome de alienación parental

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

2.4.2 VARIABLE DEPENDIENDO: Depresión infantil

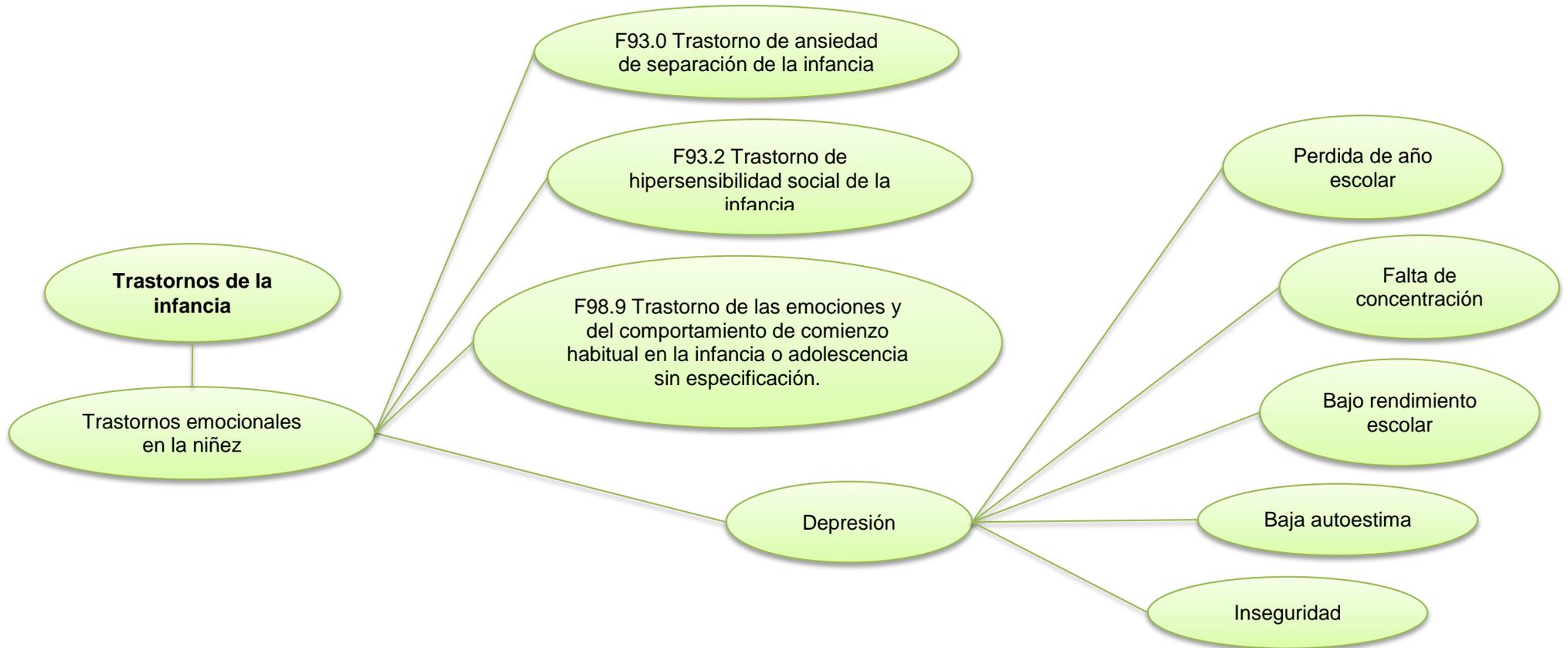


Gráfico 4. Depresión Infantil
Elaborador por: **Ruiz, F (2015)**

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

2.4.1.1 CONFLICTO DE PAREJA

Según Calero (2000), menciona que el ser humano es un animal siempre tiende a agruparse por lo cual necesita interrelacionarse con otros y con su entorno, también menciona acerca de los conflictos de pareja que estos aparecen cuando hay motivos opuestos en igual intensidad siendo estos muchas veces malos entendidos entre parejas y son frecuentemente las causales de frustración, insatisfacción y rotura de la relación cuando estas diferencias no están bien resueltas.

Casi siempre resulta difícil ser neutral cuando existen problemas en la pareja, peor aun cuando de por medio hay una historia sentimental de relaciones anteriores ya que perciben los acontecimientos nuevos como los viejos y buscan solucionarlos de la misma forma, llegando al fracaso en la mayoría de compromisos generando cada vez más el miedo a iniciar uno nuevo. En la dinámica de la pareja muchas son las causales que evidencian de conflictos en la misma, que a su vez merman el estilo de vida dejando de lado el bien común, siendo las fuentes de conflicto en muchos casos las tareas en el hogar, que por lo general provocan discusiones y situaciones desagradables hasta el punto de la violencia física.

Según Minuchin y Bertalanffy (1960; 1970), concluyen que la pareja es considerada como tal y no como individuos por separado, ya que afecta tanto al uno y al otro los problemas que se generan dentro de la dinámica de pareja, y ambos se ven en conjunto como un “nosotros” que luchan en una misma dirección, para lo cual los autores proponen dos modelos del subsistema conyugal de la siguiente forma:

1. Pareja con sistema conyugal abierto.

- Los problemas son tratados de acuerdo a la situación de origen.
- Toda diferencia es resuelta en un ambiente de negociación.
- Siempre buscan una solución conciliatoria a su problemática.
- Nunca se quedan varados, siempre evolucionan juntos.
- Resuelven sus conflictos anteriores para continuar con algo nuevo y mejor.

- Siempre buscan el bienestar de ambos.

2. Pareja con sistema conyugal cerrado.

- El diálogo siempre es vertical, no llegan a un consenso.
- Quien manda en la relación pone las reglas.
- No aceptan consejos de otros.
- Quien tiene el control decide cómo y cuándo hacer las cosas para el bien de los dos,
- Siempre evitan todo cambio.

2.4.1.2 DIVORCIO

Según Camps (2007), comenta que el divorcio como la separación o ruptura del vínculo parental y a su vez expone que es un evento estresante y traumático para los hijos, ya que se rompe la cotidianidad familiar presentando una crisis matrimonial, tomando relevancia el cuidado de los hijos puesto que es un aspecto muy delicado durante esta crisis, pues son los hijos quienes sufren las consecuencias de la separación alterando la esfera de seguridad que hasta ese momento existía.

Según Herscovici (2003), menciona que mayormente los padres pueden a veces sentirse afectados o alegres por su divorcio, en cambio no todos los niños se sienten confundidos y desorientados por el miedo que el divorcio ocasiona a su seguridad personal. Algunos padres buscan refugiarse en sus hijos buscando ayuda y consuelo ya que se sienten vulnerables y tristes por el divorcio. El divorcio puede afectar significativamente a los niños si no se les hace saber las causas y consecuencias que este tendrá en sus vidas a partir del mismo.

2.4.1.3 SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL

Según Bermúdez (2009), se refiere al SAP como un proceso ejecutado por uno de los progenitores, consistiendo en manipular al niño y por ende persuadir el rechazo hacia el otro progenitor sin justificación alguna. La conducta generada en el niño por lo general es provocada por el progenitor que tiene la custodia; sin

embargo, el otro progenitor ante tal conducta, durante la regulación de visita busca refutar la misma generar en el hijo una situación de desequilibrio ya que esta exige un grado de fidelidad o rechazo hacia uno de los progenitores.

Según Gardner (1985), menciona que el SAP es un proceso en el cual se van sumando acciones que desvirtúan los vínculos entre padres e hijos, en el que la persona en ejercicio de la alienación va cambiando su forma de proceder y de relacionarse con los otros fijando el motivo de su vida en un objetivo bien individualizado, retirar de su vida diaria y la de los hijos, al sujeto identificado como su opositor, transformándose en una obsesión que es alimentada por terceros cercanos que no logran evaluar lo que está sucediendo en la relación de esa familia con los padres separados y la necesidad de no ser partícipes necesarios en la alienación.

2.4.2.1 TRASTORNOS DE LA INFANCIA

En la infancia se encuentran diferentes trastornos que son comunes de la edad y deben ser tratados eventualmente para que no desencadene en algo más grave en la edad adulta.

Los trastornos de la infancia pueden adoptar formas muy variadas, con frecuencia se acompaña además de alguna regresión con pérdida de capacidades previamente adquiridas (tal como control de esfínteres) y una predisposición a un comportamiento pueril. A menudo, el enfermo quiere imitar al bebé en actividades que le proporcionan atención de los progenitores como la alimentación. Suele haber un aumento de las confrontaciones o comportamiento opositor con los padres, rabietas acompañadas de agitación y trastornos de las emociones como ansiedad, tristeza o aislamiento social. El sueño puede estar alterado y con frecuencia hay un aumento de la actividad dirigida hacia la búsqueda de atención de los padres, como en los momentos de ir a la cama.

Por tales motivos y para los fines pertinentes se ha tomado en cuenta los siguientes destacando entre ellos:

2.4.2.2 TRASTORNOS EMOCIONALES EN LA NIÑEZ

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992), menciona con el código **F93 a los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.**

En psiquiatría infantil tradicionalmente se ha hecho la diferenciación entre los trastornos de las emociones específicos de la infancia y la adolescencia y los trastornos neuróticos característicos del adulto. Cuatro han sido las justificaciones principales para esta diferenciación: *Primera*, los hallazgos de la investigación han coincidido en demostrar que la mayoría de los niños con trastornos de las emociones llega a convertirse en adultos normales (sólo en una minoría se presentan trastornos neuróticos en la vida adulta). Por el contrario, muchos trastornos neuróticos del adulto parecen tener comienzo en la vida adulta sin antecedentes psicopatológicos significativos en la infancia. Por tanto hay una considerable discontinuidad entre los trastornos de las emociones que aparecen en cada uno de estos dos períodos. *Segunda*, muchos trastornos de las emociones de la infancia parecen constituir exageraciones de las tendencias normales del desarrollo, más que fenómenos cualitativamente anormales en sí mismos. *Tercera*, relacionada con la anterior, a menudo se ha referido la presunción teórica de que los mecanismos psicológicos implicados en los trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia, pudieran no ser los mismos en estos trastornos que en las neurosis del adulto. *Cuarta*, en los trastornos de las emociones de la infancia las manifestaciones de ciertas entidades específicas tales como los trastornos fóbicos o los trastornos obsesivos son menos claras.

El tercer punto carece de validación empírica y los datos epidemiológicos sugieren que si el cuarto es correcto es sólo una cuestión de grado (referidos a trastornos de las emociones mal diferenciados bastante frecuentes tanto en la infancia como en la vida adulta). En consecuencia, el segundo rasgo (la adecuación al período evolutivo) es el rasgo diagnóstico clave para definir la diferencia entre los trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia (F93) de los trastornos neuróticos (F40-49). La validez de esta distinción

es incierta, pero hay datos empíricos que sugieren que los trastornos que afectan de un modo característico a la infancia tienen un mejor pronóstico. (pp. 333-334)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992), menciona con el código **F93.0 al Trastorno de ansiedad de separación de la infancia.**

Es normal que los niños pequeños y en edad preescolar presenten un cierto grado de ansiedad ante las separaciones reales o la amenaza de las mismas de personas significativas con las que están vinculados. El trastorno de ansiedad de separación se diagnosticará sólo cuando el temor a la separación constituya el foco de la ansiedad, y cuando la ansiedad aparezca por primera vez en edades tempranas. Este trastorno se diferencia de la ansiedad normal de separación por su gravedad que es de un grado estadísticamente anormal (incluyendo su persistencia anormal más allá de la edad habitual) y cuando se acompañe de un comportamiento social significativamente restringido. Además, el diagnóstico requiere que no haya alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad (si están presentes debe tomarse en cuenta la posibilidad de las categorías F40-F49). La ansiedad de separación que comienza en una edad no adecuada al momento evolutivo (por ejemplo, durante la adolescencia) no debe ser codificado de acuerdo con esta categoría a menos que constituya la persistencia de lo que fue una ansiedad de separación infantil propiamente dicha.

Pautas para el diagnóstico

El rasgo diagnóstico clave es una ansiedad excesiva y centrada en la separación de individuos con los que el niño está vinculado (por lo general los padres u otros miembros de la familia) y no es simplemente parte de una ansiedad generalizada ante múltiples situaciones posibles. La ansiedad de separación puede presentarse como:

- a) Preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas o temor a que alguna de estas le abordara

- b) Preocupación injustificada a que un acontecimiento adverso le separe de una persona significativa (como por ejemplo, poder perderse, ser secuestrado, ingresado en un hospital o asesinado)
- c) Desagrado o rechazo persistente a ir al colegio por el temor a la separación (más que por otras razones como miedo a algo que pudiere suceder en el colegio)
- d) Desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o cercanía de alguna persona significativa
- e) Temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, en casa durante el día
- f) Pesadillas reiteradas sobre la separación
- g) Síntomas somáticos reiterados (tales como náuseas, gastralgias, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican la separación de una persona significativa, tal y como salir de casa para ir al colegio y
- h) Malestar excesivo y recurrente (en forma de ansiedad, llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social) en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vínculo importante.

Muchas situaciones que implican separación también traen consigo otras posibles fuentes de tensión o de ansiedad. El diagnóstico se basa en la comprobación de que el elemento común a las diversas situaciones en las que surge la ansiedad es la separación de una persona significativa. La angustia relacionada con el rechazo (o fobia) escolar suele ser expresión de una ansiedad de separación, aunque no siempre (en especial en la adolescencia). El rechazo escolar que aparece por primera vez en la adolescencia no debe codificarse aquí a menos que: a) Sea primariamente una expresión de ansiedad de separación y b) Que la ansiedad estuviera ya presente en un grado anormal durante la etapa preescolar. Si no se satisfacen estas pautas el síndrome debe ser codificado de acuerdo con alguna de las categorías F93 o F40 F49.

Excluye:

- Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia (F93.1)
- Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia (F93.2)

- Trastornos del humor (afectivos) (F30-39)
- Trastornos neuróticos (F40-49) (pp. 334-336)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992), menciona en el código **F93.1 al Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.**

Los niños, al igual que los adultos, pueden padecer temores concretos a un amplio rango de objetos y situaciones. Algunos de estos temores (o fobias) no forman parte del desarrollo psicosocial normal, como en el caso de la agorafobia. Cuando estos temores se presentan en la infancia deben ser catalogados de acuerdo con la categoría de la sección F40-F49. No obstante algunos temores tienen una marcada especificidad para una fase evolutiva y se presentan en grados variables en la mayoría de los niños, por ejemplo, temores a animales en el período preescolar.

Pautas para el diagnóstico

Esta categoría debe ser sólo usada para temores que se presentan en períodos evolutivos específicos y cuando se satisfacen las pautas adicionales para todos los trastornos de F93 y:

- a) El comienzo ha tenido lugar en el período evolutivo adecuado
- b) El grado de ansiedad es clínicamente anormal y
- c) La ansiedad no forma parte de un trastorno más amplio.

Excluye: trastorno de ansiedad generalizada (F41.2) (pp. 336-337)

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992), menciona en el código **F93.2 al Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.**

La desconfianza ante extraños es un fenómeno normal en la segunda mitad del primer año de la vida y es normal durante la primera infancia, un cierto grado de aprehensión social o ansiedad, cuando los niños se encuentran en situaciones nuevas, extrañas o amenazantes. Esta categoría deberá ser usada sólo para trastornos que se presentan antes de los seis años de edad, que son de una

intensidad poco frecuente, que se acompañan de dificultades sociales y que no forman parte de un trastorno de las emociones más amplio.

Pautas para el diagnóstico

Los afectados por este trastorno presentan ante los extraños un temor persistente o recurrente o un comportamiento de evitación. El temor puede aparecer principalmente ante adultos o ante compañeros. El temor se acompaña de un grado normal de dependencia selectiva de los padres o de otros familiares. La evitación o el temor a encuentros sociales es de tal grado que desbordan los límites normales para la edad del chico y se acompaña de una incapacidad social claramente significativa.

Incluye: trastorno por evitación de la infancia o la adolescencia (p. 337)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F93.3 al Trastorno de rivalidad entre hermanos**.

La mayoría de niños menores presentan alteraciones emocionales tras el nacimiento del hermano que les sigue. En la mayoría de los casos el trastorno es leve, pero la rivalidad o los celos surgidos tras el nacimiento del hermano menor pueden persistir marcadamente en algunos casos.

Pautas para el diagnóstico

El trastorno se caracteriza por la combinación de:

- a) Presencia de rivalidad o celos fraternos
- b) Comienzo durante los meses siguientes al nacimiento del hermano menor generalmente inmediato y
- c) Trastorno de las emociones en grado y persistencia anormales y acompañado de problemas psicosociales.

La rivalidad o celos entre hermanos pueden manifestarse por una competitividad marcada con los hermanos para lograr la atención y el afecto de los padres. Por esto, para ser considerados como anormales deben acompañarse de un grado poco frecuente de sentimientos negativos. En casos graves puede

acompañarse de hostilidad y agresiones físicas o maldad e infamias hacia el hermano. En los casos menos graves, puede manifestarse por un rechazo a compartir objetos, una falta de consideración y relaciones amistosas empobrecidas.

El trastorno de las emociones puede adoptar formas muy variadas con frecuencia se acompaña además de alguna regresión con pérdida de capacidades previamente adquiridas (tal como control anal o vesical) y una predisposición a un comportamiento pueril. A menudo, el enfermo quiere imitar al bebé en actividades que le proporcionan atención de los progenitores como la alimentación. Suele haber un aumento de las confrontaciones o comportamiento oposicionista con los padres, rabietas acompañadas de agitación y trastornos de las emociones como ansiedad, tristeza o aislamiento social. El sueño puede estar alterado y con frecuencia hay un aumento de la actividad dirigida hacia la búsqueda de atención de los padres, como en los momentos de ir a la cama.

Incluye: celos entre hermanos

Excluye: rivalidades con compañeros (no hermanos) (F93.8).

F93.8 Otros trastornos de las emociones de la infancia

Incluye:

- Trastorno de identidad
- Trastorno de ansiedad
- Rivalidades entre compañeros (no hermanos)

Excluye: trastorno de la identidad sexual en la infancia (F64.2) (pp. 337-338)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F93.9 al Trastorno de las emociones de la infancia sin especificación.**

Incluye: trastorno emocional de la infancia sin especificación. (p. 339)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F94 al Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.**

Se trata de un grupo heterogéneo de alteraciones que tienen en común la presencia de anomalías del comportamiento social que comienzan durante el período de desarrollo, pero que a diferencia de los trastornos generalizados del desarrollo no se caracterizan primariamente por una incapacidad o déficit del comportamiento social aparentemente constitucionales, ni están generalizados a todas las áreas del comportamiento. En muchos casos suelen añadirse distorsiones o privaciones ambientales graves que juegan a menudo un papel crucial en la etiología. No existen marcadas diferencias según el sexo. Este grupo de trastornos del comportamiento social se reconocen bien en la práctica, pero las pautas que definen el diagnóstico carecen de certeza y no hay acuerdo en cuanto a la forma más adecuada de subdividirlos y clasificarlos. (p. 339)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F94.0 al Mutismo selectivo.**

Se trata de un trastorno caracterizado por una notable selectividad de origen emocional en el modo de hablar, de tal forma, que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias, pero deja de hablar en otras circunstancias definidas y previsibles. Lo más frecuente es que el trastorno se manifieste en la primera infancia. Su incidencia es aproximadamente la misma en ambos sexos y suele acompañarse de rasgos marcados de ansiedad social, retraimiento, hipersensibilidad o negativismo. Es típico que el niño hable en casa o con sus amigos íntimos pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños. Pueden presentarse también otras formas (incluso lo contrario a lo descrito).

Pautas para el diagnóstico

El diagnóstico presupone:

- a) Nivel de comprensión del lenguaje normal o casi normal

- b) Capacidad de expresión del lenguaje que es suficiente para la comunicación social y
- c) Presencia demostrable que el enfermo puede hablar, y habla normalmente o casi normalmente, en algunas situaciones concretas.

Sin embargo, una minoría significativa de niños con mutismo selectivo tiene antecedentes de otro retraso del lenguaje o presenta problemas de articulación del mismo lo cual no excluye el diagnóstico, con tal que haya un nivel adecuado de desarrollo del lenguaje para una comunicación efectiva y una gran disparidad en cómo se utiliza el lenguaje según el contexto social, como por ejemplo que el niño hable de manera fluida en algunas ocasiones y permanezca mudo o casi mudo en otras. Además debe estar presente un fracaso para hablar en algunas situaciones sociales concretas pero no en otras. El diagnóstico requiere que el trastorno del lenguaje sea persistente y que haya constancia y posibilidad de predecir las situaciones en las que la expresión oral tiene lugar o no.

Suelen presentarse además otras alteraciones emocionales en relación con las circunstancias sociales, pero éstas no forman parte de los rasgos necesarios para el diagnóstico. Estas alteraciones no son siempre las mismas, pero son frecuentes rasgos anormales del modo de ser (en especial hipersensibilidad social, ansiedad social y retraimiento social) y es frecuente un comportamiento opositorista.

Incluye: mutismo electivo

Excluye:

- Mutismo transitorio que forma parte de una ansiedad de separación en la primera infancia (F93.0).
- Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje (F80).
- Trastornos generalizados del desarrollo (F84.).
- Esquizofrenia (F20.). (pp. 339-341)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F98 a Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia**

Este apartado incluye un grupo heterogéneo de trastornos que comparten la característica de su comienzo en la infancia, pero por otra parte difieren en muchos aspectos. Algunos de los trastornos incluidos en esta categoría constituyen síndromes bien definidos, pero otros no son más que complejos de síntomas en los cuales no hay evidencia suficiente para su validez nosológica, pero cuya inclusión es necesaria debido a su frecuencia y a su relación con desajustes psicosociales y por no poder ser incorporados a otros síndromes.

Excluye:

- Ataques de retener la respiración (R06.8).
- Trastorno de la identidad sexual en la infancia (F64.2).
- Hipersomnio y megafagia (síndrome de Kleine-Levin, G47.8).
- Trastornos del sueño (F51.).
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42.). (p. 348)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F98.0 a la Enuresis no orgánica**.

Se trata de un trastorno caracterizado por la emisión involuntaria de orina, bien durante las horas diurnas, durante la noche, que es anormal para la edad mental del enfermo y no es consecuencia de una falta de control vesical secundaria a un trastorno neurológico, a ataques epilépticos o a alguna anomalía estructural del tracto urinario. La enuresis puede haber estado presente desde el nacimiento (por ejemplo, como una prolongación anormal de la incontinencia normal infantil) o bien aparecer después de un período de control vesical adecuado. La variedad de comienzo tardío (o secundario) suele iniciarse entre los cinco y los siete años de edad. La enuresis puede ser un trastorno aislado o bien puede acompañar a un trastorno de las emociones o del comportamiento más amplio. En este último caso no hay certeza sobre los mecanismos implicados en esta asociación. Los problemas emocionales pueden presentarse como una consecuencia secundaria a

las molestias producidas por la enuresis, al sentirse estigmatizado por la misma o formar parte de algún otro trastorno psiquiátrico, o bien ambos, la enuresis y el trastorno de las emociones de comportamiento pueden presentarse paralelamente, como expresión de factores etiológicos corrientes. No hay una manera correcta y clara de decidir en casos concretos entre estas alternativas y el diagnóstico se hará teniendo en cuenta qué tipo de trastorno (la enuresis o la alteración emocional o del comportamiento) es el problema principal.

Pautas para el diagnóstico

No existe una línea de separación clara entre las variaciones normales de la edad de adquisición del control vesical y el trastorno enurético. Sin embargo, la enuresis, por lo general, no debe diagnosticarse en niños menores de cinco años de edad o con una edad mental inferior a cuatro años. Si la enuresis se acompaña de alguna otra alteración, emocional o del comportamiento, la enuresis será el primer diagnóstico sólo si la emisión involuntaria de la orina tuviese lugar al menos varias veces por semana y el resto de los síntomas presentasen variaciones a lo largo del tiempo relacionados con la intensidad de la enuresis. La enuresis se acompaña en ocasiones de encopresis. En este caso se hará el diagnóstico de encopresis.

Hay veces en las que un niño presenta una enuresis transitoria como consecuencia de una cistitis o de una poliuria (como en una diabetes). Sin embargo, esto no es una explicación suficiente para la enuresis que persiste después que la infección o la poliuria hayan remitido. No es raro que una cistitis sea secundaria a una enuresis, por haber aparecido una infección ascendente del tracto urinario (en especial en niñas) como consecuencia de la humedad persistente.

Incluye:

- Enuresis funcional
- Enuresis psicógena
- Incontinencia urinaria no orgánica
- Enuresis de origen no orgánico, primaria o secundaria

Excluye: Enuresis sin especificación (R32.). (pp. 348-350)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F98.1 a la Encopresis no orgánica**.

Se trata de un trastorno caracterizado por la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o involuntarias de heces de consistencia normal o anormal, en lugares no adecuados para este propósito, de acuerdo con las pautas socioculturales propias del lugar. El trastorno puede ser la expresión de la continuidad de una incontinencia fisiológica infantil, aparecer después de haber adquirido el control de los esfínteres o consistir en la deposición deliberada de heces en lugares no adecuados, aun cuando exista un control normal de los esfínteres. El cuadro puede presentarse como una alteración aislada o puede formar parte de un síndrome más amplio, en especial de un trastorno de las emociones (F93.) o de un trastorno disocial (F91.).

Pautas para el diagnóstico

El elemento principal del diagnóstico es la emisión inadecuada de heces, la cual puede manifestarse de diferentes formas. En primer lugar, puede ser la expresión de una enseñanza inadecuada del control de esfínteres o de un fallo en el aprendizaje de dicha enseñanza, con antecedentes de un continuo fracaso del control de los esfínteres. En segundo lugar puede ser expresión de un determinado trastorno psicológico en el cual hay un control fisiológico normal de la función, pero que por alguna razón hay un rechazo, resistencia o fracaso a la aceptación de las normas sociales sobre el defecar en los lugares adecuados. En tercer lugar, puede ser consecuencia de una retención fisiológica por la impactación de las heces, con un desbordamiento secundario y deposición de heces en lugares no adecuados. Esta retención puede haber tenido origen en las consecuencias de tensiones entre padres e hijos sobre el aprendizaje del control de esfínteres, de la retención de heces a causa de una defecación dolosa (por ejemplo, como a consecuencia de una fisura anal) o por otras razones.

En algunas ocasiones la encopresis puede ir acompañada de untar con heces el propio cuerpo o el medio circundante y menos frecuentemente por manipulaciones o masturbaciones anales. Con frecuencia se acompaña de algún grado de trastorno de las emociones o del comportamiento. No está clara la línea de separación entre la encopresis que acompaña a algún trastorno de las emociones o del comportamiento y los trastornos psiquiátricos en los que la encopresis es uno de sus síntomas. El criterio diagnóstico recomendado es codificar la encopresis si es la manifestación predominante y si el otro trastorno no lo es (siempre que la frecuencia de la encopresis sea al menos de una vez por mes). No es rara la asociación de encopresis y enuresis, en este caso la codificación de la encopresis tiene preferencia sobre la enuresis. A veces la encopresis puede tener una etiología somática, como por ejemplo, una fisura anal o una infección gastrointestinal. La causa orgánica es el diagnóstico a tener en cuenta si es una explicación suficiente para la deposición fecal. Sin embargo, si es sólo la causa precipitante o desencadenante, debe utilizarse el código F98.1, añadiéndolo al trastorno somático.

Diagnóstico diferencial

Es importante tener en cuenta los siguientes diagnósticos:

- a) Encopresis consecuencia de una enfermedad orgánica como el megacolon gangliónico (Q43.1) o la espina bífida (Q05.). Hay que tener presente sin embargo que la encopresis puede acompañar o ser consecuencia de trastornos tales como una fisura anal o una infección gastrointestinal y
- b) Estreñimiento que provoca un bloqueo fecal que tiene como consecuencia un rebosamiento fecal con deposición de heces líquidas o semilíquidas (K59.0); si como ocurre en algunos casos la encopresis y el estreñimiento van unidos. En tales casos, debe usarse el código de la encopresis (y si es adecuado, con un código somático adicional para la causa del estreñimiento). (pp. 350-351)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F98.5 al Tartamudeo (espasmofemia)**.

Se trata de un trastorno del habla caracterizado por la frecuente repetición o prolongación de sonidos, sílabas o palabras o por frecuentes dudas o pausas que interrumpen el flujo rítmico del habla. Disritmias menores de este tipo son bastantes frecuentes transitoriamente en la primera infancia o como un rasgo menor pero persistente del habla en la infancia más tardía y en la vida adulta. Deben ser clasificadas como un trastorno únicamente cuando su gravedad afecta al lenguaje de un modo importante. Puede acompañarse de tics o de movimientos del cuerpo que coinciden en el tiempo con las repetidas prolongaciones o pausas del flujo del lenguaje. El tartamudeo debe diferenciarse del farfuleo (ver más adelante) y de los tics. En algunos casos puede presentarse un trastorno del desarrollo del habla o del lenguaje, en cuyo caso debe codificarse por separado como F80.-.

Excluye:

- Trastornos de tics (F95.-).
- Farfuleo (F98.6).
- Trastornos neurológicos que producen disritmias del habla (capítulo VI de la CIE 10).
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42.-). (p. 354)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F98.6 al Farfuleo**.

Se trata de un trastorno caracterizado por un ritmo rápido del habla con interrupciones en la fluidez, pero sin repeticiones o indecisiones, de una gravedad que da lugar a un deterioro en la comprensión del habla. El habla es errática y disrítica, con súbitos brotes espasmódicos que generalmente implican formas incorrectas de la construcción de las frases (por ejemplo alternancia de pausas y explosiones del habla dando lugar a la expresión grupos de palabras sin relación con la estructura gramatical de la oración).

Excluye:

- Tartamudeo (F98.5).
- Trastornos de tics (F95.-).
- Trastornos neurológicos que provocan disritmias del habla (capítulo VI de la CIE 10).
- Trastorno obsesivo compulsivo (F42.-). (p. 354-355)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F98.8 a Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia.**

Incluye:

- Onicofagia.
- Rinodactilomanía.
- Succión del pulgar. Masturbación (excesiva).
- Trastorno de déficit de atención sin hiperactividad. (p. 355)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F98.9 Trastorno de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia o adolescencia sin especificación.** (p. 354)

2.4.2.3 DEPRESIÓN INFANTIL

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, se refiere a la depresión como la variación del estado de ánimo de un día para otro y que no suele responder a cambios ambientales presentando variaciones significativas circadianas características del trastorno.

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F32 a Episodios depresivos.**

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a

un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Alguno de los síntomas anteriores puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Los ejemplos más típicos de estos síntomas "somáticos" son: Pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. Pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de lo habitual. Empeoramiento matutino del humor depresivo. Presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas). Pérdida marcada de apetito. Pérdida de peso (del orden del 5 por ciento o más del peso corporal en el último

mes). Pérdida marcada de la libido. Este síndrome somático habitualmente no se considera presente al menos que cuatro o más de las anteriores características estén definitivamente presentes.

Las categorías de episodio depresivo leve (F32.0), moderado (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3) que se describen con mayor detalle a continuación, deben ser utilizadas únicamente para episodios depresivos aislados (o para el primero). Los posibles episodios depresivos siguientes deben clasificarse dentro de una de las subdivisiones del trastorno depresivo recurrente (F33.-).

La diferenciación entre los grados leve, moderado y grave, se basa en una complicada valoración clínica que incluye el número, el tipo, y la gravedad de los síntomas presentes. El nivel de la actividad social y laboral cotidiana suele ser una guía general muy útil de la gravedad del episodio, aunque los factores personales, sociales y culturales que influyen en la relación entre la gravedad de los síntomas y la actividad social, son lo suficientemente frecuentes e intensas como para hacer poco prudente incluir el funcionamiento social entre las pautas esenciales de gravedad.

Incluye:

- Episodios aislados de reacción depresiva.
- Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión mayor (sin síntomas psicóticos). (p. 152-154)

Tipos de Depresión

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F32.0 al Episodio depresivo leve**.

Pautas para el diagnóstico

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un

diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32.-). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo. (p. 154)

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F32.00 al episodio depresivo leve sin síndrome somático.**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno. (p. 155)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F32.01 al episodio depresivo leve con síndrome somático.**

Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría). (p.155)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F32.1 al Episodio depresivo moderado.**

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. (p. 155)

Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síndrome somático:

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F32.10 al episodio depresivo moderado sin síndrome somático.**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos. (p. 155)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F32.11 al episodio depresivo moderado con síndrome somático.**

Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndrome somático (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría). (p. 156)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F32.2 al Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos.**

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Pautas para el diagnóstico

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas.

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

- Episodios depresivos aislados de depresión agitada.
- Melancolía.
- Depresión vital sin síntomas psicóticos. (p. 156-157)

Según la **Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (1992)**, menciona con el código **F32.3 al Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.**

Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye:

- Episodios aislados de:
- Depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Psicosis depresiva reactiva. (p. 157)

Según Soutullo (2005), se refiere a la depresión como uno de los trastornos de mayor frecuencia en niños y adolescentes, clasificándolo entre los trastornos de humor, en adultos y adolescentes es más fácil la detección ya que presentan uno de los cinco síntomas característicos de la misma y en niños es mucho más difícil diagnosticarlo, menciona el autor que cuando se trata adecuadamente la depresión los pacientes responden mejor al tratamiento, sin embargo se debe tener cuidado puesto que si ha presentado episodios repetitivos anteriormente el individuo corre el riesgo de recaer nuevamente teniendo que permanecer en tratamiento por un tiempo más prolongado combinando los antidepresivos con psicoterapia.

Según Fernández (2013), menciona que “la depresión afecta también a los niños. Su falta de madurez los hace más vulnerables, y no siempre saben describir lo que sienten. Conoce las causas y los síntomas de la depresión infantil para ayudarles a superarlo” (párr. 1), de acuerdo con el autor anteriormente menciona este es un trastorno que no solo afecta a los adultos, también interfiere con las capacidades y acciones de la persona que lo padece y de esta forma crea un desequilibrio en su desarrollo social, personal y familiar.

2.7 HIPÓTESIS

H1

El síndrome de alienación parental influye en los niveles de depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

H0

El síndrome de alienación parental no influye en los niveles de depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

2.8 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Variable independiente

- Síndrome de Alienación Parental
- Leve
- Moderado
- Grave

Variable dependiente

- Depresión
- Leve
- Moderado
- Grave

Término de relación

- Influencia

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación que se realizará en este estudio es cuanti-cualitativa. Es cuantitativa porque los resultados serán medidos estadísticamente y estarán orientados a la comprobación de la hipótesis formulada. Y cualitativa porque busca la comprensión y explicación de los fenómenos sociales y psicológicos y su posible solución.

3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La modalidad de investigación con la que se trabajara es de campo debido a que se mantiene contacto con los niños siendo estos protagonistas principales donde se origina netamente la problemática a investigar, de la misma forma se recolectara información necesaria la cual será documentada y validada de forma científica la cual servirá como base para la interpretación de los resultados. Así también se considera una modalidad de intervención social pues a través de la propuesta se busca ayudar al progenitor a que mejore la calidad de vida de sus hijos proporcionándole habilidades y herramientas necesarias para cumplir el objetivo.

3.3 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo de investigación es exploratoria, descriptiva, bibliográfica y correlacional; es decir, es exploratoria ya que es un estudio que no presenta datos referentes y que permitirá conocer de cerca de la problemática en cuestión, descriptiva porque describe las consecuencias del síndrome de alienación parental en los niños, es bibliográfica porque se busca y recopila información con argumento científico que permita obtener una visión general del tema y

correlacional ya que se estudia la relación entre variables dependientes e independientes.

3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población con la que se trabajará para la investigación es de niños de 10 y 11 años de edad estudiantes del sexto año de EGB de las escuelas del Distrito 1 del cantón Ambato. En total 100 niños equivalentes al cien por ciento de la población por lo que no se consideró aplicar muestreo probabilístico.

Población:

- 100 niños de sexto año:
 - 65 hombres
 - 45 mujeres

Muestra:

- N = es el tamaño de la población o universo
- n = tamaño de la muestra
- $N = n$

Población excluyente:

- Todos los niños se toma en consideración para la investigación.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

3.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: Síndrome de Alienación Parental

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Alienación parental: Se refiere la intrusión por parte de unos de los padres con más incidencia es de parte de la madre hacia el padre, quien disminuye su figura paterna, degradándolo y anulándolo como tal.</p>	<p>Ausencia de alienación: menor a 12 pts.</p> <p>Ligero: 13 - 23 pts.</p> <p>Moderado: 24-46 pts.</p>	<p>El niño no presenta una intrusión significativa por parte del adulto para presentar síntomas de alienación.</p> <p>Los síntomas que presenta son ligeramente perceptibles es cooperativo y no presenta resistencia ante las visitas programas.</p> <p>El niño presenta una actitud negativa denotando su descontento ante la regulación</p>	<p>¿Siente rechazo hacia su padre o madre porque uno de sus progenitores le ha contado cosas desagradables de él o ella?</p> <p>¿Su padre o madre le dice que debe rechazar al otro por estar alejado de Ud.?</p> <p>¿Es mejor para Ud. estar solo que pasar tiempo con su padre o madre?</p> <p>¿Siente que es su culpa el que sus padres se hayan separado?</p>	<p>Técnica Encuesta</p> <p>Instrumento Cuestionario</p> <p>Síndrome de Alienación Parental</p> <p>Autor: Fernando Ruiz</p> <p>Año: 2014</p> <p>Aplicación: Individual</p>

		de visitas impuesta por un juez, de la misma forma el niño empieza a diferenciar entre el progenitor bueno y el malo.	¿Inventa cualquier excusa cuando esta con su padre o madre para ya no escucharlo?	Tiempo: De 15 a 25 minutos aproximadamente. Edad: de 8 a 14 años
	Severo: 47 – 69 ptos.	Los síntomas están muy marcados de tal manera que el niño presenta hostilidad mostrando de forma abierta y continua un comportamiento opositorista y destructivo.		

Cuadro 1. VARIABLE INDEPENDIENTE: Síndrome de Alienación Parental

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

3.5.2 VARIABLE DEPENDIENTE: Depresión

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquier ser humano. Se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo, en el comportamiento o en la forma de pensar. La depresión puede llegar a perjudicar las funciones mentales y físicas de quien la padece.	<p>Leve:</p> <p>Moderado:</p> <p>Grave:</p>	<p>Tiene dificultad para llevar a cabo su actividad laboral, social y/o personal, pero lo más probable es que no las deje en su totalidad.</p> <p>El sujeto presenta una dificultad muy marcada para continuar desarrollando sus actividades cotidianas.</p> <p>El sujeto no podría sea capaz de continuar con sus actividades con muchas limitaciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estoy triste siempre - Nada me divierte - Me odio - Quiero matarme. - No quiero en absoluto estar con la gente. - Todas las noches me cuesta dormirme - La mayoría de los días no tengo ganas de comer - Me siento solo siempre - No tengo amigos - Nadie me quiere - Nunca hago lo que me 	<p>Técnica Encuesta</p> <p>Instrumento CDI. Inventario de Depresión Infantil</p> <p>Autores: Maria Kovacs</p> <p>Año: 2011</p> <p>Administración: Individual (en niños pequeños y población clínica) o colectiva</p>

			dicen - Me peleo siempre.	(población no clínica para investigación o rastreo de casos). Duración: Variable entre 10 y 25 minutos. Aplicación: 7 a 15 años
--	--	--	------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cuadro 2. Depresión

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

3.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

TEST - CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL

Autor: Maria Kovacs

Año: 2011

Aplicación: Colectiva e individual

Ámbito de aplicación: 7 a 15 años

Duración: Entre 10 y 25 minutos

Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, por lo que a efectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos.

El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil.

Clasificación: sin síntomas de depresión, sintomatología leve y sintomatología severa.

El CDI evalúa dos escalas:

Disforia: (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.)

Autoestima negativa: (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.)

Proporciona una puntuación total de depresión.

Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando se aplica por este último procedimiento los ítems deben leerse en tercera persona.

El CDI es uno de los instrumentos más utilizados y mejor aceptados por todos los expertos en depresión infantil, ya que ha demostrado un comportamiento muy sólido desde el punto de vista psicométrico y gran utilidad para los fines clínicos.

Consta de 27 ítems, cada uno de ellos enunciado en tres frases que recogen la distinta intensidad o frecuencia de su presencia en el niño o adolescente, por lo que a efectos de duración es como si la prueba tuviese 81 elementos. El contenido de los ítems cubre la mayor parte de los criterios para el diagnóstico de la depresión infantil.

El CDI evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de depresión. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como autoinforme, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Cuando se aplica por este último procedimiento los ítems deben leerse en tercera persona.

POBLACIÓN DIANA:

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario auto administrado.

Cada ítem responde a una escala tipo Likert donde:

0 indica "normalidad"

1 indica "cierta intensidad"

2 indica la "presencia inequívoca" de un síntoma depresivo.

Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva.

CALIFICACIÓN

- Las respuestas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 puntúan 0, 1 y 2;
- Las respuestas 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24, 25 puntúan 2, 1 y 0.

Valoración Diagnóstica de Síntomas Depresivos a través del CDI, para niños y adolescentes

Puntaje	Categorías diagnósticas
1 – 85	No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales
90 – 95	Presencia de síntomas depresivos leves
96 – 99	Presencia de síntomas depresivos severos

El punto de corte recomendado para su uso como instrumento de screening se sitúa en 19 puntos, mientras que en un caso clínico el punto de corte se posiciona en 12 puntos.

TIPOS DE PUNTUACIÓN DEL CDI

- Puntuación directa: por suma del total de los puntos obtenidos en las 27 preguntas. Siendo la puntuación máxima posible de 54 puntos y la mínima de 0.
- Puntuación por escalas. Los Ítems del CDI se pueden agrupar en cinco subdimensiones o escalas que reflejan los siguientes constructos: A) Disforia; B) Autoestima negativa.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

La fiabilidad obtenida mediante el alfa de Cronbach es de 0.80 y la obtenida mediante el método de las dos mitades es de 0.79, cifras altas es un población infantil.

Fiabilidad test-retest

Respecto de la puntuación total obtenemos un valor 0.38 con un intervalo de dos semanas, ligeramente inferior para el factor 1 (0.35) y ligeramente superior para el factor 2 (0.43) los valores obtenidos no son altos pero es lo habitual en muestras no clínicas como es el caso que nos ocupa.

Tabla 13. Descriptivos de las escalas y fiabilidad

Descriptivos de las escalas y fiabilidad			
	Factor 1	Factor 2	Escala Total
Media	4.13	6.55	11
Dt	3.72	3.37	6.2
Curtosis	0.4	-0.04	0.19
Asimetría	0.48	0.06	0.29
F-t	0.98	0.96	1
Discriminación media	0.33	0.32	0.32
Alfa de Cronbach	0.751	0.66	0.799
Dos mitades de Guttman	0.699	0.582	0.778
Test-retest	0.352	0.435	0.383

Fuente: Kovacs (2011), Children's Depression Inventory

Validez de constructo

El estudio de la validez de constructo se ha realizado a través del estudio de relaciones entre medidas y el análisis factorial confirmatorio de la escala.

Tabla 14. Correlación de Pearson

Correlación de Pearson entre diversas medidas de temperamento, personalidad, autoeficacia, ira y agresividad

	CDI TOTAL	DISFORIA	AUTOESTIMA
TEMPERAMENTO			
Adaptabilidad	-0.11*	-0.05	-0.13**
Aproximación	-0.06	-0.04	-0.06
Baja actividad-sueño	-0.08	-0.03	-0.11
Felicidad	-0.010	-0.12*	-0.07
Inactividad general	-0.05	-0.01	-0.08
Persistencia	-0.011*	-0.04	-0.16**
Rítmicidad	-0.07	-0.03	-0.10
Facilidad temperamental	-0.19**	-0.11**	-0.22**
PERSONALIDAD			
Conciencia	-0.39**	-0.27**	-0.44**
Extraversión	-0.14**	-0.20	-0.05
Apertura	-0.42**	-0.77**	-0.49**
Inestabilidad	0.46**	0.40**	0.34**
Cordialidad	-0.23**	-0.17**	-0.22**
AUTOEFICACIA			
Global	-0.50**	-0.35**	-0.51**
Académica	-0.50**	-0.32**	-0.54**
Social	-0.33**	-0.26**	-0.31**
Autorregulatoria	-0.24	-0.20**	-0.21**
IRA			
Ira Estado Global	0.34**	0.30**	0.29**
Ira Estado Ext.	0.31**	0.26**	0.28**
Ira Estado Int.	0.27**	0.25**	0.21**
Ira Rasgo Global	0.41**	0.37**	0.37**
Ira Rasgo Ext.	0.41**	0.19**	0.35**
Ira Rasgo Int.	0.25**	0.35**	0.21**
AGRESIVIDAD			
	0.42**	0.35**	0.39**

* Nivel de significación $p < 0,05$; ** Nivel de significación $p < 0,01$

Fuente: Kovacs (2011), Children's Depression Inventory

Los resultados muestran que los niños temperamentamente más difíciles tienen mayores puntuaciones en depresión, especialmente cuando se trata de características temperamentales relacionadas con la adaptabilidad y la persistencia en la atención, en cuanto a la estructura de la personalidad, se advierte que todas las dimensiones correlacionan negativamente con la depresión, excepto la “inestabilidad emocional”, cuya correlación es positiva y de mayor valor absoluto que las restantes. En lo tocante a “Autoeficacia”, como era previsible, las distintas escalas correlacionan negativamente con la depresión. La agresión correlaciona positivamente con todas las escalas del CDI y otro tanto ocurre con las puntuaciones de ira, que correlacionan positivamente, lo cual da muestras de la coherencia de constructo basado en la emocionalidad negativa como núcleo compartido del conjunto de estas medidas. Todos estos datos muestran una compacta validez de constructo y guardan una estrecha relación con los datos que se han obtenido en otras investigaciones, muchas de ellas recogidas en los cuadros de validez precedentes.

CUESTIONARIO - SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL

Autor: Fernando Ruiz

Año: 2014

Aplicación: Individual

Tiempo: De 15 a 25 minutos aproximadamente.

Edad: de 8 a 14 años

Clasificación:

- a) **Ausencia de alienación:** El niño no presenta una intrusión significativa por parte del adulto para presentar síntomas de alienación.
- b) **Ligero:** Los síntomas que presenta son ligeramente perceptibles es cooperativo y no presenta resistencia ante las visitas programadas.
- c) **Moderado:** El niño presenta una actitud negativa denotando su descontento ante la regulación de visitas impuesta por un juez, de la misma forma el niño empieza a diferenciar entre el progenitor bueno y el malo.
- d) **Severo:** Los síntomas están muy marcados de tal manera que el niño presenta hostilidad mostrando de forma abierta y continua un comportamiento opositor y destructivo.

Puntuación:

- **Ausencia:** 0 – 12 pts.
- **Ligero:** 13 - 23 pts.
- **Moderado:** 24 – 46 pts.
- **Severo:** 47 – 69 pts.

Fiabilidad del constructo

Para poder determinar el grado de fiabilidad del constructo a aplicarse a los niños de las cuatro unidades educativas elegidas acerca del Síndrome de

Alienación Parental y concluir si es o no adecuado para su aplicación, se procedió a aplicar el Alfa de Cronbach a cada componente del instrumento.

Tabla 10. Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	100	100,0
	Excluidos ^a	0	0,0
	Total	100	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Tabla 11. Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,906	23

Tabla 12. Análisis de Consistencia interna del SAP

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
item1	23,88	202,794	,767	,898
item2	23,86	213,879	,425	,904
item3	24,00	206,202	,574	,901
item4	23,67	197,718	,788	,896
item5	23,48	199,424	,704	,898
item6	24,07	224,106	,031	,912
item7	23,51	210,980	,444	,904
item8	23,87	208,821	,531	,902
item9	23,50	204,596	,654	,900
item10	23,41	210,568	,390	,906
item11	23,89	209,331	,510	,903
item12	23,85	205,361	,612	,900
item13	23,48	199,222	,673	,899
item14	23,78	206,678	,560	,902
item15	23,26	236,477	-,300	,922
item16	23,69	211,327	,404	,905
item17	23,07	212,328	,335	,907
item18	23,87	198,377	,773	,896
item19	23,90	204,495	,653	,900
item20	23,92	208,276	,601	,901
item21	23,74	204,356	,635	,900
item22	23,37	200,134	,670	,899
item23	23,87	204,821	,689	,899

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Análisis

Como se puede observar en la tabla anterior los criterios de validez del cuestionario SAP se aplicó a cada ítem que componen el mismo el Alfa de Cronbach, siendo de mayor confiabilidad el que se acerque más a uno. De esta forma se obtiene que el ítem 6 obtiene un Alfa de 0,912; el ítem 18 con un Alfa de 0,896, dando en conjunto un total de $\alpha=0,906$, siendo un valor muy aceptable en cuanto a fiabilidad, tomando en cuenta que si se elimina el ítem 15 el cual presenta una correlación de $-.300$ se obtendría un alfa de Cronbach de 0,922 pero como esto es significativo no afecta la validez en gran media.

Interpretación

Los valores que se obtienen con respecto a la validez del constructo hacen referencia a aquellos que son menos a 0,6 son considerados cuestionables para su aplicación tales ítems son (2,3,6,7,8,10,11,14,15,16 y 17) y aquellos que se sitúan por encima del valor antes mencionado son (1,4,5,9,12,13,18,19,20,21,22 y 23) denotando un grado de confiabilidad muy aceptable ya que la mitad más uno demuestran su validez. Lo que permite deducir que el test al aplicarlo de forma individual es poco confiable y puede existir el riesgo de realizar una interpretación con un margen significativo de error, pero al aplicarlo en forma conjunta se obtienen mejores resultados, dando por hecho que la fiabilidad y consistencia del Cuestionario SAP es muy buena para su aplicación a los niños objeto de la investigación.

3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

1.- ¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos planteados en la investigación.
2.- ¿De qué personas?	Estudiantes que forman parte de un hogar de padres divorciados.
3.- ¿Sobre qué aspectos?	La influencia de la alienación parental en los niveles de depresión de niños y niñas Examinar los cambios en los pensamientos, sentimientos y actos como consecuencias de los cambios en las demandas y evaluaciones del entorno.
4.- ¿Quién?	Fernando Mauricio Ruiz Y.
5.- ¿A quiénes?	A los niños y niñas de 9 a 10 años de los sextos años de 4 instituciones educativas pertenecientes al Distrito 1 del cantón Ambato.
6.- ¿Cuándo?	Durante el periodo Abril a Septiembre 2014.
7.- ¿Dónde?	<ul style="list-style-type: none"> - Escuela de Educación Inicial "León Becerra" - Centro Escolar "Ecuador", - Unidad Educativa "Juan Benigno Vela" - Unidad Educativa "Juan Montalvo"
8.- ¿Cuántas veces?	Cada test una vez por cada niño/niña de la población estudiada.
9.- ¿Cómo?	A través de la aplicación de reactivos psicométricos.
10.- ¿Con qué?	CDI - Inventario de depresión infantil Cuestionario - síndrome de alienación parental

Cuadro 3. Plan de recolección de la información

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

3.8 PLAN DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- Revisión de la problemática en el grupo objeto de estudio.
- Evaluar los niveles de depresión en el niño mediante la aplicación del CDI. Inventario de Depresión Infantil.
- Aplicar un Cuestionario para determinar la existencia del síndrome de alienación parental en los niños/niñas.
- La aplicación de los reactivos se realizará de forma individual para evitar que otro estudiante influya en la respuesta.
- Tabulación de cada una de las variables, mediante los resultados obtenidos de la evaluación psicométrica.
- Análisis de correlación y cruce de variables

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

Como indicadores sociodemográficos se toma en cuenta para nuestra investigación, la edad, sexo y la unidad educativa a la que pertenecen los niños evaluados, para lo cual se procedió a realizar el respectivo análisis estadístico de dichos indicadores.

Las variables a estudiar se las presentara con su respectiva frecuencia (f) conjuntamente con el porcentaje. (%)

<i>Variables</i>	<i>Estadísticos</i>	
	<i>Media</i>	<i>Desv. Est.</i>
<i>Edad</i>	9,73	0.468

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Análisis:

Como se puede observar en el cuadro anterior la media con respecto a la edad es de 9,73 con una desviación estima de 0,468 denotando una oscilación de edad en los niños entre 9 y 11 años de edad, siendo 10 años la que más se repite.

Tabla 2. Distribución de la muestra evaluada por sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Masculino	75	75,0	75,0	75,0
	Femenino	25	25,0	25,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Análisis

Como se puede observar en el cuadro anterior con respecto al sexo, el 75% del total de la población evaluada corresponde al sexo masculino y el 25% al sexo femenino, pudiendo deducirse que la distribución no es proporcional con respecto al género.

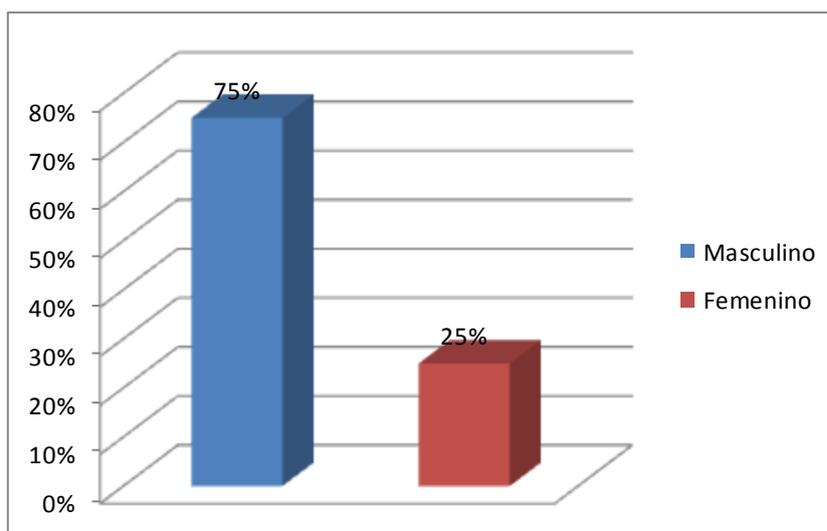


Gráfico 5. Distribución de la muestra evaluada por sexo

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Interpretación

Como se puede observar en el gráfico anterior la distribución por género no es equitativa, mostrando un alto índice de niños de padres divorciados en cuanto al género masculino mismo que predomina sobre el género femenino evaluado.

Tabla 3. Distribución de la muestra evaluada por escuelas		
	Frecuencia	Porcentaje
Centro Escolar Ecuador	10	10%
Unidad Educativa Juan Benigno Vela	40	40%
Unidad Educativa Juan Montalvo	36	36%
Unidad Educativa León Becerra	14	14%
Total	100	100%

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Análisis

De acuerdo al cuadro anterior se puede apreciar que en el Centro Escolar Ecuador se encuentra el 10% de la población evaluada, en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela el 40%, en la Unidad Educativa Juan Montalvo el 36% y por último en la Unidad Educativa León Becerra el 14% de un total de 100 niños evaluados.

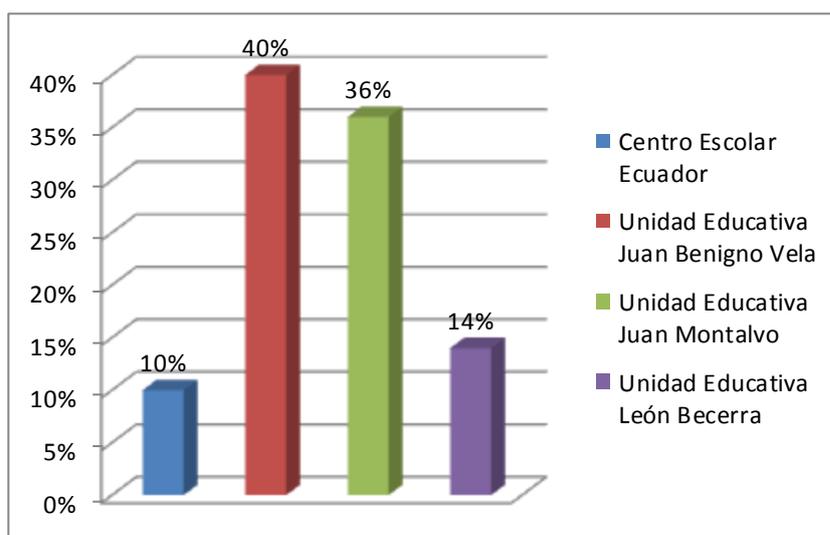


Gráfico 6. Distribución de la muestra evaluada por escuelas

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Interpretación

Como se puede apreciar en el gráfico anterior tanto en la Unidad Educativa Juan Benigno Vela y Juan Montalvo poseen los porcentajes más altos de niños

cuyos padres están divorciados lo que indica que en estos establecimientos los niños hay mayor índice de rechazo por parte de sus amigos ya que para los demás es algo anormal que no tenga a sus padres juntos, en cuanto a la Unidad Educativa León Becerra y Centro Escolar Ecuador los porcentajes son muy bajos pero significativos pero al igual que las otras escuelas siempre serán estigmatizados.

4.1.1 ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE ALIENACIÓN PARENTAL OBTENIDAS A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO DE SAP

Para tener una mejor visión del grado de Alienación Parental que presenta los niños se toma en consideración cuatro categorías diagnosticas con su respectiva puntuación que a continuación se muestran dichas categorías.

- 0 – 12: Ausencia (A)
- 13 – 23 : Ligeramente (L)
- 24 – 46: Moderado (M)
- 47 – 60: Severo (S)

Tabla 4. Datos Estadísticos

Estadísticos			
		Nivel de SAP	Nivel de Depresión
N	Válidos	100	100
	Perdidos	0	0

Tabla 5. Distribución por niveles del SAP

Nivel de Síndrome de Alienación Parental					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	30	30%	30.0	30.0
	Ligeramente	22	22%	22.0	52.0
	Moderado	37	37%	37.0	89.0
	Severo	11	11%	11.0	100.0
	Total	100	100%	100.0	

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Análisis

La aplicación del Cuestionario de Alienación Parental da como resultado que el 30% de la muestra se encuentran en la categoría de A, el 22% en el tipo de L, el 37% se encuentran en el M y el 11% de la muestra en la categoría de S. Lo que quiere decir que, la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo.

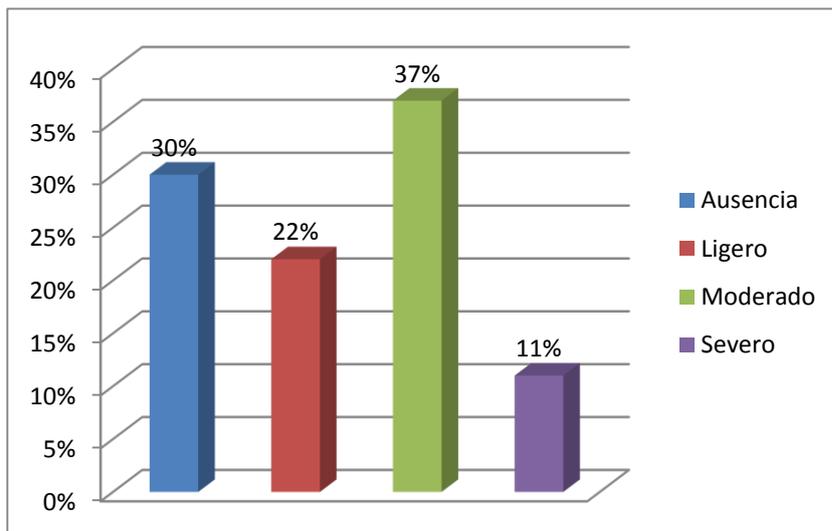


Gráfico 7. Distribución por niveles del SAP

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Interpretación

En cuanto a la distribución de las categorías dentro del Índice Global de Síndrome de Alienación Parental cabe mencionar que se mide mediante la frecuencia con que el niño señala que ocurre, es así que puedo decir que el estudiantado se encuentra en un índice alto de alienación parental moderada, puesto que si sumamos las categorías significativas desde alienación severa, alienación moderada, alienación ligera, podremos ver que sobrepasa el 50% del estudiantado investigado, lo que demuestra que la mayoría de la población se encuentra desarrollando en un ambiente familiar desfavorable, puesto que de acuerdo a mi punto de vista la forma de comunicación y expresión entre padres e

hijos dentro de un divorcio no es la adecuada, ya que resalta que se utiliza manipulaciones para que el niño exprese pensamientos, sentimientos y emociones erróneas hacia el progenitor que se encuentra fuera del hogar, por ende los vínculos sociales, o las relaciones sociales entre padres no son las más adecuadas; mencionando que es una población muy vulnerable y puede seguir agravándose hasta llegar a la alienación severa, que equivale a la población minoritaria, aunque sus cifras se denotan bajas, es una población que manifiesta una alarmante problemática en los estudiantes quienes podrían estar padeciendo de consecuencias que les impide desarrollarse de forma adecuada, tornándolos vulnerables ante la depresión.

4.1.2 ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE DEPRESIÓN OBTENIDAS A TRAVÉS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI)

Para tener una mejor visión del nivel de Depresión que presenta los niños evaluados se toma en consideración tres categorías diagnosticas con su respectiva puntuación tomadas del baremo según María Kovacs y a continuación se muestran dichas categorías.

- 1 – 85: Ausencia (A)
- 90 – 95: Leve (L)
- 96 – 99: Severo (S)

		Nivel de Depresión		Porcentaje	Porcentaje
Válidos		Frecuencia	Porcentaje	válido	acumulado
	Ausencia	52	52%	52.0	52.0
	Leve	21	21%	21.0	73.0
	Severo	27	27%	27.0	100.0
	Total	100	100%	100.0	

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Análisis

Los resultados obtenidos según se observan en el cuadro anterior, muestran que el 52% de la muestra se encuentran en la categoría de A, el 21% en el tipo de L, el

27% se encuentran en la categoría de S. Lo que quiere decir que, la proporcionalidad de las categorías no son iguales y esto es estadísticamente significativo.

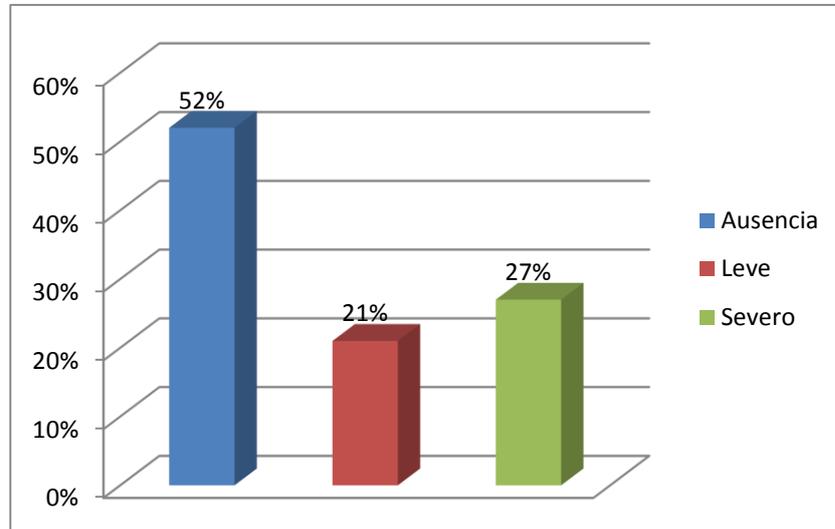


Gráfico 8. Distribución por niveles de la Depresión

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Interpretación

En cuanto a la distribución de las categorías del Inventario de Depresión de Maria Kovacs cabe mencionar que se mide mediante la frecuencia con que el niño señala que ocurre es así que puedo decir que el estudiantado se encuentra en un índice alto de ausencia de depresión, lo que demuestra que la mayoría de la población se encuentra desarrollando en un ambiente familiar desfavorable, puesto que de acuerdo a mi punto de vista la forma de comunicación y expresión entre padres e hijos dentro de un divorcio no es la adecuada, ya que resalta que se utiliza manipulaciones para que el niño exprese pensamientos, sentimientos y emociones erróneas hacia el progenitor que se encuentra fuera del hogar, por ende los vínculos sociales, o las relaciones sociales entre pares no son las más adecuadas; mencionando que es una población muy vulnerable y seguir agravándose hasta llegar a la alienación severa, que equivale a la población minoritaria, aunque sus cifras se denotan bajas, es una población que manifiesta una alarmante problemática en los estudiantes quienes podrían estar padeciendo

de consecuencias que les impide desarrollarse de forma adecuada, tornándolos vulnerables ante la depresión.

4.2 ANÁLISIS DE CORRELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL (SAP) Y LA DEPRESIÓN

Una vez que se ha desarrollado el estudio independiente de las variables Síndrome de Alienación Parental y Depresión a continuación se procedió al análisis de correlación de las mismas para determinar el grado de asociación existente entre las mismas. Para el mencionado análisis de correlación se ha procedido a la elaboración de un gráfico de dispersión entre la variable nivel de Alienación Parental y nivel de Depresión con el fin de identificar el comportamiento que tienen los participantes con respecto a las variables en mención.

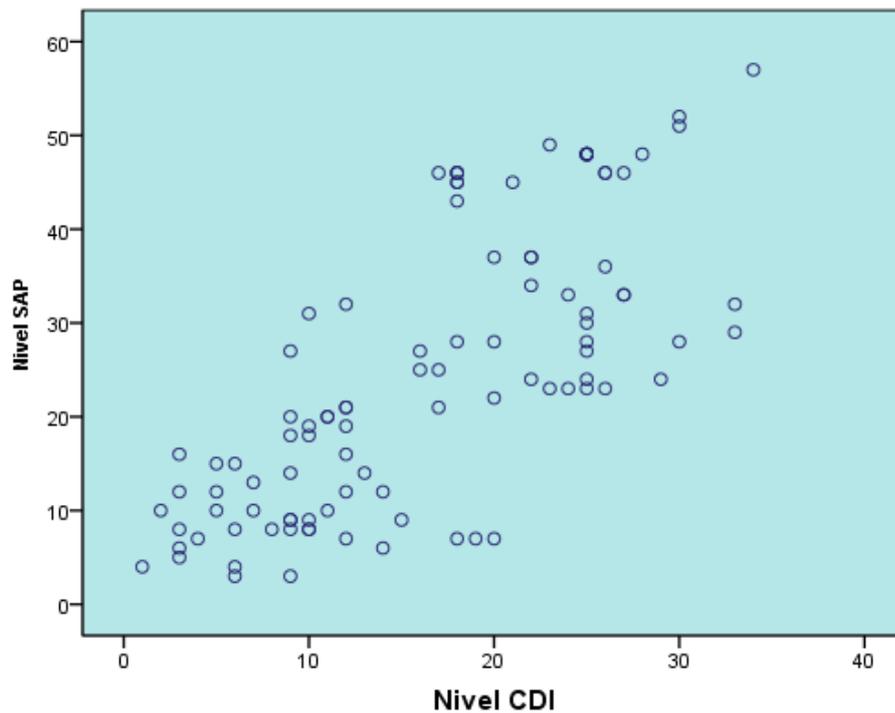


Gráfico 9. Dispersión de las variables Depresión (eje X) y SAP (Y).

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Interpretación

El gráfico mostró de acuerdo al comportamiento de las variables una posible correlación de las mismas de carácter positiva lo cual sugiere continuar con un proceso de análisis de correlación para confirmar la supuesta asociación.

Tabla 7. Correlaciones bi-variada entre SAP y Depresión

		Nivel de SAP	Nivel de Depresión
Nivel de SAP	Correlación de Pearson	1	,732**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	100	100
Nivel de Depresión	Correlación de Pearson	,732**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	100	100

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Análisis

Como se puede observar en la tabla anterior existe una correlación positiva con un resultado de $r = .732$; $p < .01$ presentando una correlación muy alta entre las mencionadas variables de la muestra de 100 niños evaluados.

4.3 VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

Tabla 8. Tabla de contingencia Nivel SAP

		Nivel de Depresión			Total	
		Ausencia	Leve	Severo		
Nivel de SAP	Ausencia	Recuento	28	2	0	30
		Frecuencia esperada	15,6	6,3	8,1	30,0
	Ligero	Recuento	17	3	2	22
		Frecuencia esperada	11,4	4,6	5,9	22,0
	Moderado	Recuento	7	15	15	37
		Frecuencia esperada	19,2	7,8	10,0	37,0
Severo	Recuento	0	1	10	11	
	Frecuencia esperada	5,7	2,3	3,0	11,0	
Total	Recuento	52	21	27	100	
	Frecuencia esperada	52,0	21,0	27,0	100,0	

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Tabla 9. Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	66,905 ^a	6	,000
Razón de verosimilitudes	75,067	6	,000
Asociación lineal por lineal	53,066	1	,000
N de casos válidos	100		

a. 3 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,31.

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de *educación* general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

Como se puede observar en el cuadro anterior se aplica la prueba de chi-cuadrado en donde se puede constatar que en el cruce de valores se obtienen el grado de significancia de ,000 siendo menor a $\alpha=0.05$ establecido, por lo tanto se concluye: Que estadísticamente hay evidencias para desechar la H_0 y se aceptar la H_1 ($\chi^2(6)= 66,905$, $p < 0,05$, $N = 100$), de esta forma se establecer que si existe una relación entre las variables Síndrome de alienación parental y niveles de depresión, es decir existe asociación, por lo cual se da por comprobada la hipótesis.

CAPÍTULO V

5.1 CONCLUSIONES

- Se pudo constatar que si existe diferentes grados de alienación parental en la población evaluada a pesar de ser una problemática poco investigada y que no ha sido tomada en cuenta por los diferentes establecimientos de salud.
- Se evidencia que existe una relación entre el grado de alienación parental y los niveles de depresión en los niños presentando un coeficiente significativo de 0,000, dando por comprobado que si influye el síndrome de alienación parental en los niveles de depresión que presenta el niño siendo el nivel ligero el más notable en los niños.
- Se pudo identificar que un poco más de la cuarta parte de los niños evaluados piensan que sus padres se separaron por culpa suya, de la misma forma piensan en matarse pero que no lo harían siendo estas cifras muy significativas debiéndolas tomar en cuenta para una atención psicológica.
- Se identificó que tanto padres y madres una vez establecido el divorcio buscan denigrarse unos a otros sin tomar en cuenta la felicidad, seguridad y estabilidad del niño.

5.2 RECOMENDACIONES:

- Profundizar el estudio sobre alienación parental y de esta forma evitar más casos a futuro en los cuales los niños son afectados por la ambivalencia que se crea en el debido al conflicto permanente entre sus padres.
- Dar a conocer a través de charlas educativas para padres e hijos acerca del síndrome de alienación parental y su repercusión en el desarrollo social y personal del individuo.
- Trabajar con las distorsiones cognitivas del niño, partir de esto mejorar sus habilidades de comunicación con sus padres y/o hermanos para que puedan expresar de una manera adecuada sus sentimientos y emociones, y evitar que se ahonde más la problemática.
- Trabajar en habilidades sociales con los padres para que se promueva un mejor ambiente para el óptimo desarrollo de sus hijos y dar a conocer la importancia de la custodia compartida y el impacto que tienen en los hijos el que ya no vivan juntos.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

Título: Mejorando la calidad de vida de mi hijo.

Institución Ejecutora:

- Centro Escolar Ecuador
- Escuela de Educación Inicial León Becerra
- Unidad Educativa Juan Benigno Vela
- Unidad Educativa Juan Montalvo

Beneficiarios:

- **Beneficiarios Directos**
 - Niños de las instituciones educativas
- **Beneficiarios Indirectos**
 - Padres.
 - Profesores.
 - Familia.
 - Sociedad.

Ubicación:

Distrito 1 del cantón Ambato

Tiempo estimado para la ejecución: 4 meses

Inicio: Mayo - Agosto

Equipo técnico responsable: Fernando Mauricio Ruiz Y.

Costo: 520.00

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Los datos obtenidos de las evaluaciones realizadas permiten conocer el grado de alienación parental que influye en los niveles de depresión en los niños de los sextos años de EGB de las Unidades Educativas Juan Montalvo, Juan Benigno Vela, León Becerra y Centro Escolar Ecuador del distrito 1 comprendiendo entre 9 y 11 años de edad siendo este un 25%, con un coeficiente significativo de ,000 obtenidos a través de la prueba de chi-cuadrado de 100 estudiantes evaluados, y a través del cuestionario para identificar el SAP se toma en cuenta que en la mayoría predomina un nivel moderado de alienación parental con un 37%, así también a través del CDI se identificó que el 27% de la población evaluada presentó un nivel severo de depresión.

De la misma forma se pudo identificar que el 33% de los niños piensan que sus padres se separaron por culpa suya siendo una cifra muy significativa en cuanto a la muestra evaluada denotando estos niños una carencia de habilidades de comunicación que les permitan expresar de manera adecuada sus sentimientos y que en muchas ocasiones se sienten solos, y siendo una cifra considerable se obtiene que el 38% de los niños piensan en matarse aunque no lo haría pero siendo un indicador que se debería tener muy en cuenta a futuro puesto que la depresión siempre estará presente en el niño cuando este se encuentre en problemas y en momentos de estrés.

Estos resultados revelan la necesidad de realizar talleres con los padres, a través de los cuales se modifique sus pensamientos erróneos y se ayude a mejorar la calidad de vida de sus hijos, fomentado a los progenitores crear un ambiente de armonía y equilibrio de los niños.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La propuesta planteada es viable de acuerdo al estudio realizado, pues se ha podido constatar que casi la mitad de los niños evaluados presentan niveles tanto de alienación parental como de depresión significativos que necesitan de atención psicológica y por ende sus padres también.

La aplicación de la misma es factible pues se contará con el espacio físico en la institución para trabajar con los padres e hijos, pues se cuenta con la privacidad y tranquilidad necesarias para el proceso adecuado, así como el respetivo permiso y apoyo de las autoridades de las instituciones involucradas, ya que podrán evidenciar los datos obtenidos y constatando que es menester llevar a cabo el desarrollo de la propuesta para mejorar la calidad de vida de los niños y progenitores involucrados.

La propuesta se basa en la terapia cognitivo-conductual, haciendo uso de técnicas de intervención psicológica pertinentes, con el fin de ser aplicadas en la presente problemática social de manera directa y específica, trabajando directamente con las creencias que los progenitores tienen de sí mismo, del mundo y los demás, resultando de esta manera una herramienta muy beneficiosa para poder cumplir con los objetivo propuestos.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Dar a conocer a los progenitores la importancia de un ambiente sano y estable para el óptimo desarrollo de sus hijos a través de la custodia compartida.

6.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar la adaptación a la separación/divorcio.
- Informar las consecuencias del divorcio acorde a los resultados obtenidos.
- Informar el desarrollo psicológico del niño.
- Crear estrategias para la convivencia de padres e hijos.
- Crear redes de apoyo.

- Disminuir síntomas depresivos en los niños identificados.

6.5 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA

Según Gabalda (2011), menciona que un tratamiento está basado en orígenes tanto filosóficos como psicológicos denotando una diversidad de alusiones acerca del ser humano y su constante evolución, para lo cual se toman en cuenta factores cognitivos, lingüísticos, emocionales y conductuales puesto que estos van a tomar partida en los supuestos o creencias que tiene el individuo del entorno que lo rodea.

La psicoterapia cognitiva tiene sus orígenes filosóficos desde los Estoicos, fundada por Zenón de Citio, del mismo modo que el Estoicismo, las Filosofías Orientales, como el Budismo y el Taoismo consideraban que se podía dominar el sufrimiento físico y emocional a través del dominio de las pasiones. El control de los sentimientos más profundos puede lograrse a través del cambio de ideas.

Tomando en cuenta los estudios previos acerca de la terapia cognitiva – conductual los investigadores clínicos acogen estos principios para aplicarlos en la psicoterapia siendo Albert Ellis y Aaron Beck los primeros en aplicar estos conceptos para el tratamiento de problemas psicológicos de ahí parte los modelos conocidos: Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Ellis y de Aarón Beck la Terapia Cognitiva.

Terapia Cognitiva (TC)

Según Beck (2012), concluye que la TC es un procedimiento que se utiliza para tratar diferentes alteraciones psicológicas y psiquiátricas, basándose principalmente en la modificación y reestructura de la conducta del individuo, cabe recalcar que la conducta está estructurada por los eventos y situaciones que percibe el mundo que lo rodea y la conciencia que toma de sus actos. La terapia termina en centrarse netamente en los supuestos y creencias que atañen al individuo siempre y cuando se ha logrado un alivio significativo de los síntomas.

El autor mencionado anteriormente hace referencia a los supuestos en los cuales se basa la TC:

1. La percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).
4. Estas cogniciones constituyen la “corriente de conciencia” o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de sí misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

Así también Beck hace referencia a los esquemas como el centro del trastorno cognitivo que aquella al individuo a los cuales se los llama creencias centrales, identificando diversos tipos de esquemas en función del contenido y el tipo de experiencia que ayuda a convivir.

Tipo	Definición
Cognitivo- conceptual	Seleccionan, recuperan, almacenan, e interpretan la información. Ejemplo: las creencias intermedias y centrales
Afectivos	Percepción de los estados de sentimientos y sus combinaciones. Ejemplo: el afecto negativo o positivo.
Fisiológicos	Funciones y procesos somáticos. Ejemplo: depresión.
Conductuales	Respuestas y programas listos para ejecutar una conducta. Ejemplo: enfrentar fobias
Motivacionales	Estrategias y conductas primarias. Ejemplo apetito, sexualidad, logro, poder.

Nota: Esquemas principales de acuerdo a Clark, Beck y Alford, 1999.

Cuadro 4. Tipos principales de esquemas

Fuente: Libro de Gabalda (2011), “Hacia una práctica eficaz de las Psicoterapias Cognitivas”

Según Ellis (1990), menciona que la terapia racional emotivo conductual, buscan como objetivo principal cambiar la filosofía del ser humano a diferencia de otros modelos cognitivos que solo es opcional, de la misma forma da a conocer que existen pensamientos irracionales que son autodestructivos e interfieren el equilibrio del organismo, estos pensamientos incluyen el “debería” o “tengo que” conocidas como exigencias absolutistas, y las conclusiones irracionales e ilógicas como “si me paso esto que” de estas dos para Ellis las exigencias absolutistas son las más importantes hay que estas interfieren a nivel general en el individuo.

A la TREC se lo conoce también como el modelo ABC, en el cual se describe que A son los acontecimientos, B las creencias, y C, son las consecuencias o el resultado de A y B; posterior a esto aparece D, que representan las disputas de las creencias irracionales y E, las nuevas alternativas a ejecutarse.

El autor define a través de la TREC que hay emociones negativas y positivas apropiadas, las negativas son aquellas surgen cuando los deseos del ser humano son impedidos o perturbados provocando frustración como el arrepentimiento, disgustos y desagrado; a diferencia de las positivas las cuales son el resultado de alcanzar objetivos o ideales propuestos que son satisfechos por el ser humano estas emociones incluyen el amor, alegría, placer y curiosidad.

También plantea que las distorsiones cognitivas son importantes, dentro de las principales tenemos: -pensamiento de todo o nada, -saltar a conclusiones, -adivinar el porvenir, sobre generalización, entre otros.

Cabe recalcar que la TREC hace uso de la imaginación para reproducir imaginariamente situaciones estresantes y provocar emociones displacenteras mediante las cuales el individuo evoca pensamientos irracionales para luego modificar dichas emociones en otras más funcionales a través de pensamientos alternativos.

Según Gabalda (2011), la terapia cognitiva- conductual (TCC) está basada en tres fases que permite al terapeuta identificar el proceso y evolución del individuo durante el tratamiento siendo estas las siguientes:

- Permite Identificar los pensamientos negativa y su papel en la conducta mantenedora.
- Trabajar con la conducta problema y generar un test comportamental
- Revisar los resultados del test conductual con relación a los pensamientos negativos iniciales.

También se refiere a Ellis y Beck, el primero mencionaba que los métodos conductuales siempre están acompañados con los cognitivos y emocionales es así que dentro de sus trabajos propone las técnicas de relevancia que son actividades de quedarse allí, ejercicios contra la dilación, uso de recompensas y castigos, y empleo de roles; el segundo y no menos importante se refería propone técnicas conductuales como la auto-supervisión, en donde se registran, las conductas que ejecuta durante un tiempo o en un tiempo determinado, permite trabajar la memoria, registrar acontecimientos agradables y desagradables así como la asociación de actividades y emociones.

Según Balarezo (1986), concluyen que la psicoterapia constituye el tratamiento de la psique a través de principios de aprendizaje y técnicas psicológicas que permiten el tratamiento de trastornos psicológicos, desajustes emocionales y problemas de adaptación. También hace mención sobre la utilización de recursos verbales y no verbales con el objetivo de modificar pensamientos, sentimientos, actitudes y acciones.

Según Compas y Gotlib (2003), menciona que la terapia conductual está cimentada en cinco principios fundamentales los cuales se aplican en la mayor parte de las formas de psicoterapia conductual, y son los siguientes:

- 1) Tanto la conducta, normal como la anormal, se adquiere y mantiene durante el aprendizaje.
- 2) Las conductas generan el trastorno, más no son una manifestación o signo de un trastorno.
- 3) No es necesario saber cómo se aprendió la conducta problema, sino saber cómo mantiene la misma conducta en la actualidad.

- 4) A través del aprendizaje se pueden modificar conductas anormales, pues que las conductas inadaptadas se desprenden y reemplazan con conductas aprendidas nuevas y más adaptadas.
- 5) Los métodos de tratamiento se adaptan a las necesidades, fortalezas y situación de cada individuo; a medida que el tratamiento progresa se evalúan los resultados obtenidos.

Estos principios se recalcan puesto que giran en torno a los conflictos y las conductas que los mantiene, y a partir de estos el terapeuta obtiene pautas para abordar en cada plan terapéutico con su respectiva evaluación de resultados los conflictos que presentan el individuo.

Según Friedberg (2005), la terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y al combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen a partir del condicionamiento clásico y operante, el aprendizaje social se basa en la suposición de que el entorno, la disposición personal y el comportamiento en determinadas situaciones determinan la conducta del individuo el cual es un fenómeno dinámico y en evolución.

Las técnicas cognitivas conductuales que se emplearán en la ejecución de ésta propuesta, son un conjunto de herramientas básicas que sustentan dicho informe, siendo las siguientes:

- **Automonitorización:** se identifican pensamientos, emociones y reacciones conductuales fisiológicas, utilizando unidades subjetivas para la identificación de lo que está generando el malestar que está atravesando el individuo,
- **Autoinstruccional:** son técnicas que permiten al terapeuta establecer actividades a través de las cuales permite generar o reestructurar nuevos pensamientos positivos (más funcionales) que se adapten a la situación.
- **Entrenamiento en empatía:** intentar comprender a los demás es la base de las habilidades sociales de una persona por tal motivo se busca que el individuo conozca la realidad de los demás de esta forma entienda y genere nuevas formas de relación y comunicación.

- ***Resolución de problemas:*** técnica que facilita la búsqueda de nuevas alternativas ante situaciones que están produciendo malestar, es así que mediante el diálogo se permite identificar diversas fases que promueven nuevas alternativas de solución de conflictos; emplea el análisis del problema, las posibles alternativas, las ventajas y desventajas (consecuencias), ejecución y las consecuencias de la ejecución
- ***Programación de actividades agradables:*** técnica de índole conductual, en la cual se identifica actividades agradables, que se pueden realizar con la finalidad de generar una ambiente agradable de convivencia, dentro de éste tenemos el horario con imágenes, en el cual se ubican imágenes de las actividades que se desean realizar en un día y hora determinados; permitiendo un paso a la independencia del adolescente.
- ***Lista de cotejamiento:*** técnica de enfoque conductual, consiste en un listado de aspectos que se van a evaluar ya sean habilidades, conductas u otros, para luego escogerlas de formar jerárquica mediante un puntaje.
- ***Paradojas:*** es de enfoque sistémico mediante la cual se busca la ambigüedad, configurando en el paciente una forma de contradicción que no es propia al conflicto en cuestión.
- ***Carta:*** es un recurso narrativo del modelo sistémico el cual permite expandir la intervención un poco más del tiempo de la sesión permitiendo entrelazar el discurso generado por el paciente y momentos de su cotidianidad.
- ***Role playing:*** es una técnica mediante la cual se simula una situación específica que se presenta en la vida cotidiana y al practicar esta técnica se adopta el rol de un personaje concreto y se recrea una situación.
- ***Pizza de la reatribución:*** es una técnica de reatribución en la cual el paciente dibuja una pizza y en el interior de la misma coloca en cantidades un listado de factores que cree que intervienen en el problema o la situación que vive.
- ***Proyección a futuro – diálogo:*** es una técnica que permite al paciente situarse en un futuro imaginario en el cual los problemas están resueltos, a través de la cual se puede encontrar nuevas soluciones a la situación que está viviendo.

- ***Calendario***: es una técnica que permite al paciente trabajar en sus actividades de manera más divertida, colocando imágenes agradables en las tareas que debe realizar a lo largo del día.
- ***Cofre del tesoro***: es una técnica autoinstruccional en la cual se establece una analogía entre las frases de afrontamiento olvidadas o perdidas y los tesoros de un cofre, en el cual se guardan papeles con frases positivas que en momentos de malestar el paciente puede leerlos y mejorar su estado de ánimo.

6.6 METODOLOGÍA

6.6.1 PLAN DE ACCIÓN

Objetivo	Estrategia	Técnica o actividad específica	Pasos	Tiempo	Dirigido a:
Establecer empatía	Comunicación	Técnica informativa	Establecer el encuadre mediante un conversatorio	1 sesión grupal	Padres
		Técnica explicativa	Explicar el procedimiento que se va a llevar a cabo.		
Evaluar la adaptación a la separación/divorcio	Entrevista semiestructurada	Diálogo	<ul style="list-style-type: none"> - Tiempo que llevan divorciados. - Número de hijos (edades) - Motivo del divorcio. - Cómo llegaron a la dedición de divorciarse. - Como llevan el proceso de divorcio. - Quien tiene la custodia del niño. 	1 sesión por pareja	Padres

			<ul style="list-style-type: none"> - Cómo es la relación del niño (con el padre que lo visita y que vive con él) - Que días puede visitar al niño. - Qué actividades realizan con el niño 		
Informar las consecuencias del divorcio acorde a los resultados obtenidos	Comunicación	Técnica explicativa	<p>Dar a conocer los resultados de los test aplicados a los niños, como se siente y que manifiestan.</p> <p>Mantener diálogo acerca de la custodia compartida.</p>	1 sesión grupal	Padres
Informar el desarrollo psicológico del niño		Técnica explicativa	Explicar los pasos de lo que se refiere a Etapas evolutiva del niño		
Crear estrategias para la convivencia de padres e hijos	Cognitivo	Lista de cotejamiento	<p>Pedir a los padres que realicen un listado de las cosas y actitudes que no les gustan del otro como padre durante las visitas.</p> <p>Máximo de 5 preguntas.</p>	1 sesión grupal	Padres

	Cognitivo sistémico	Paradojas	Se le pide a uno de los padres tomar el papel de hijo, para trabajar el sentimiento de separación por el cual está pasando el niño y a la vez resolver las resistencias que presenten los padres en la terapia.	1 sesión grupal	Padres
	Cognitivo	Resolución de problemas	A través de esta técnica se le pedirá a los padres los listados de las cosas que no les gusta del otro para lo cual se tomará en cuenta el consenso de los mismos y de esta forma ir solucionando los problemas específicos que aparecen en la regulación de visitas.	1 sesión grupal	Padres
	Enfoque Narrativo	Carta	Pedir que cada padre haga una carta de disculpa hacia el otro padre, sobre mala relación que mantiene con el niño.	1 sesión grupal	Padres

	Cognitivo conductual	Listado de norma y reglas consensuada a aplicarse con el niño	Explicar q cada uno haga una lista individual de lo que quiere que se haga con el niño y luego analizar la lista de los dos para hacer un solo listado, llegar a un acuerdo, pedir que no se quite autoridad tanto al uno como al otro progenitor para evitar confortamientos.	1 sesión grupal	Padres
	Cognitivo conductual	Role playing	Se le pide a uno de los padres simular lo que van hacer con el niño, de acuerdo al listado realizado en la sesión anterior.	1 sesión grupal	Padres
Crear redes de apoyo	Dialogo	Ficha	Pedir que escriban en caso de emergencia tanto padres e hijos a quien pueden acudir ya sean tíos abuelos hermanos	1 sesión	padres
Disminuir síntomas depresivos en los niños	Análisis racional	Reatribución – pizza de la reatribución	Se le pide al niño que dibuje una pizza luego que haga un menú con los factores que intervienen en el	1 sesión	Niños

			problema y representando la cantidad de responsabilidad que atribuye a cada factor. Ayudando a que el niño disipe las dudas de que es responsabilidad de él y que no.		
	Enfoque proyectivo	Proyección a futuro - diálogo	Pedir al niño que traiga recortes para realizar el calendario con imágenes agradables.		
	Programación de actividades agradables	Calendario	Se trabaja con el niño en actividades que a él le gusta realizar las cuales se identifican con imagen que el niño escoja o se sienta cómodo, las mismas que serán para cada día de la semana y hora.	1 sesión	Niños
	Autoinstruccional	Cofre del tesoro	Se le pide al niño que realice papeles con frases positivas que le ayuden en momentos que se sienta mal.		

	Narrativa	Carta	Se le pide al niño que escriba lo que siente hacia sus padres y lo que necesita él de ellos. Con el role playing anteriormente realizado los padres cotejarán lo que el niño quiere y se les pedirá poner en práctica lo que ellos decidieron.	1 sesión	Niños / padres
Seguimiento		Verificar la eficacia del trabajo realizado	Revisar la evolución, recaídas y prevención.	1 sesión	Niños/padres

Cuadro 5. Plan de acción

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de *educación* general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

6.7 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

ACTIVIDADES	MESES																Responsable	
	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO					
	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21		28
Técnica informativa	■																	Psicólogo Clínico Docentes Encargados
Técnica explicativa		■																
Diálogo			■															
Técnica explicativa				■														
Técnica explicativa					■													
Lista de cotejamiento desagradables de los padres						■												
Paradojas							■											
Resolución de problemas								■										
Carta									■									
Listado de norma y reglas consensuada a aplicarse con el niño										■								
Role playing											■							
Ficha												■						
Reatribución – pizza de la reatribución													■					
Proyección a futuro - diálogo														■				
Calendario															■			
Cofre del tesoro																■		
Carta / Evaluación																	■	

Cuadro 6. Administración de la propuesta

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

6.8 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

MONITOREO Y EVALUACIÓN		Fecha de evaluación
Aspectos a ser evaluados	Alienación parental	
<i>Razones que justifican la evaluación</i>	La evaluación se encarga de darnos datos y resultados para el análisis de la eficacia de la propuesta, para identificar si el ambiente de convivencia con los padres está mejorando, la evolución ayudará a saber el funcionamiento acorde o no a lo esperado.	
<i>Objetivos del plan de evaluación</i>	Identificar los niveles de alienación parental - identificar el nivel de depresión	Viernes 29 de Mayo
<i>Indicadores</i>	Alienación parental / depresión infantil	Viernes 26 de Junio
<i>Personal encargado</i>	Psicólogo clínico/ Psicólogo Educativo	Viernes 31 de Julio
<i>Proceso metodológico</i>	Reunión con docentes para la entrevista y análisis de comportamientos de los estudiantes. - Ficha de Observación por parte del personal encargado. - Entrevistas con los estudiantes. - Aplicación del test CDI Cuestionario de depresión infantil. – Cuestionario para idéntica el SAP	Viernes 28 de Agosto
<i>Fuentes de información</i>	Manuales de Test, la web	
<i>Instrumentos</i>	CDI Cuestionario de Depresión Infantil y Cuestionario para el SAP	

Cuadro 7. Plan de monitoreo y evaluación

Elaborador por: Ruiz, F (2015)

Fuente: El síndrome de alienación parental y su influencia en los niveles de la depresión en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación Americana de Psiquiatría, D.-I.-T. (2001). *DSM-IV-TR Breviario*. (J. J. López, I. Aliño, & M. Valdéz, Trads.) Barcelona: Elsevier Masson.
- Balarezo, L. (1986). *Psicoterapia*. Quito, Ecuador: Edipuce.
- Beck, A. (2012). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (20ª ed.). Madrid, España: Desclée De Brouwer.
- Bermúdez Tapia, M. (Septiembre de 2009). El síndrome de alienación parental como elemento valorativo de violencia familiar psicológica. (U. A. Bolíva, Ed.) *Aportes Andinos*(25), 11.
- CCamps, M. S. (2007). *Cómo afrontar el divorcio. Guía para padres y educadores*. Madrid, Las Rosas, España: Wolters Kluwer Educación.
- CIE. (1992). CIE-10. Madrid: J. J. Lopez.
- Compas, B. E., & Gotlib, I. H. (2003). *Introducción a la Psicología Clínica: Ciencia y Práctica*. Estados Unidos: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Ecuador, Código de la Niñez y Adolescencia (2003), Libro Primero, Título I, Arts. 9-14
- Ecuador, Código de la Niñez y Adolescencia (2003), Libro Primero, Título III, Capítulo II, Arts. 21-22
- Ecuador, Código de la Niñez y Adolescencia (2003), Libro Segundo, Título I, Arts. 101-103
- Ecuador, Constitución (2008), Título II, Capítulo Tercero, Sección Quinta, Arts. 44-45
- Ecuador, Constitución (2008), Título II, Capítulo Sexto, Sección Quinta, Art. 69

- Ellis, A. (1990). *Manual de Terapia Racional - Emotiva* (Vol. 2). Madrid, España: Desclée de Brouwer.
- Fernández, F. (2013). *Claves de la depresión* (Tercera ed.). Madrid, España: COOPERACION EDITORIAL S.L.
- Friedberg, R., & McClure, J. M. (2005). *Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes*. Barcelona, España: Paidós Iberica.
- Gabalda, I. C. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las Psicoterapias Cognitivas*. Bilbao, Barcelona, España : Desclée de Brouwer, S. A.
- Herscovici, C. R. (2003). *La relación familiar*.
- Polaino, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid, España: Morata, Mostoles.
- Soutullo, C. (2005). *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes*. España: EUNSA.
- Tapias S., Á. C. (25 de Junio de 2013). Reconocimiento de indicadores de alienación Parental en operadores de Justicia de Bogotá. 20. Bogotá, Colombia.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2003). *Psicología Clínica* (Sexta ed.). México, México: Thomson.

LINKOGRAFÍA

- Alvarez, e. a. (Julio de 2009). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y en la adolescencia*. Recuperado el 20 de Agosto de 2014, de Guia Salud:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_456_depresion_inf_adol_avaliat_compl.pdf
- Calero, P. (2001). *Aprender a manejar y resolver los conflictos de pareja*. (K. & Psicólogos, Ed.) Recuperado el 19 de Agosto de 2014, de
<http://www.kycpsicologos.com/articulos/pareja>: www.kycpsicologos.com
- Fernández, V. (27 de Octubre de 2013). *Depresión Infantil*. Recuperado el 24 de Agosto de 2014, de Webconsultas: <http://www.webconsultas.com/mente-y-emociones/familia-y-pareja/depresion-infantil-12305>
- Gardner, R. A. (1985). Recent trends in divorce and custody litigation. Recuperado el 14 de Enero de 2014, de
<http://interna.humanesrecht.com/sites/interna.humanesrecht.com/files/Recent%20Trends%20in%20Divorce%20and%20Custody%20Litigation.pdf>:
<http://interna.humanesrecht.com/>
- Gardner, R. A. (1999). *Family therapy of the moderate type of parental alienation syndrome*. Recuperado el 15 de junio de 2014, de
<http://www.fact.on.ca/Info/pas/gard99m.htm>: <http://www.fact.on.ca/>
- Godoy, X. (31 de Diciembre de 2008). *Facultad de Medicina*. Recuperado el 11 de Enero de 2014, de <http://www.med.uchile.cl/2008/diciembre/1398-confirman-depresion-infantil-en-preescolares-.html>:
<http://www.med.uchile.cl/>
- Lund, M. P. (Julio de 1995). *A Therapist's view of parental alienation syndrome*. (F. a. review, Ed.) Recuperado el 15 de Junio de 2014, de
<http://www.fact.on.ca/Info/pas/lund01.htm>: <http://www.fact.on.ca>

- Martínez, Y. (25 de Enero de 2008). *La disputa legal por la custodia afecta negativamente a los hijos*. (E. Martínez, Editor, & Zine Consultores) Recuperado el 20 de 11 de 2014, de http://www.tendencias21.net/La-disputa-legal-por-la-custodia-afecta-negativamente-a-los-hijos_a2032.html: <http://www.tendencias21.net>
- Notimex. (09 de Mayo de 2014). *Publican nuevas disposiciones en Código Civil del DF*. Recuperado el 15 de Junio de 2014, de http://www.milenio.com/df/Publican-disposiciones-Codigo_Civil_del_DF-DF-alienacion_parental_0_295770492.html: <http://www.milenio.com/>
- Sánchez, R., Blanca, S., & Karla, S. (Septiembre de 2012). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños/as de treinta y tres escuelas rurales, Cuenca 2011*. Recuperado el 25 de Septiembre de 2014, de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3522/1/MED140.pdf>: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/3522>
- Tonantzin, P. (24 de Abril de 2014). *Alienación parental, empuja a niños a la delincuencia*. Recuperado el 15 de Junio de 2014, de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2014/04/24/955622>: <http://www.excelsior.com.mx>
- Waldron, K. H. (1996). *Understanding and Collaboratively Treating Parental Alienation Syndrome*. (A. J. Law, Ed.) Recuperado el 15 de Junio de 2014, de <http://www.fact.on.ca/Info/pas/waldron.htm>: <http://www.fact.on.ca/>
- Walsh, M. R. (1997). *Parental Alienation Syndrome: An Age-Old Custody Problem*. (C. C. Council, Ed.) Recuperado el 15 de Junio de 2014, de http://www.canadiancrc.com/Parental_Alienation_Syndrome_Canada/walsh.pdf: <http://www.canadiancrc.com/>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

- PROQUEST. Carrasco, M. B. (2008, Los puntos de encuentro familiar y el derecho de los menores a mantener una relación con sus progenitores/Family meeting points and the right of minors to maintain a relationship with their parents. *Cuadernos De Trabajo Social*, 21, 27-42. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/748462496?accountid=36765>
- PROQUEST. Crary, D. (2008). Divorcio amigable. *El Sentinel*, 13. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/431572220?accountid=36765>
- PROQUEST. Eduardo, G. (2014). Alienación Parental. *Reforma*, 14. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1553397660?accountid=36765>
- PROQUEST. López-Contreras, R. E. (2015). Interés superior de los niños y niñas: Definición y contenido*/The best interests of the child: Definition and content/Interesse superior de meninos e meninas: Definição e conteúdo. *Revista Latinoamericana De Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(1), 51-70. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1665146542?accountid=36765>
- PROQUEST. Martínez, D. (2013). Perjudica a niños alienación parental. *Reforma*, 9. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/1398445264?accountid=36765>
- PROQUEST. Molina, A. (2002). Depression infantil: Abundan 'caritas tristes'. *El Norte*, 1. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/315820450?accountid=36765>
- PROQUEST. Murcia, E. H. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicologico*, 5(12), 59-70. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/750061263?accountid=36765>
- PROQUEST. Valasis, A. D. (1995). Depression infantil: Infinito de tristeza. *Reforma*, 6. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/311199865?accountid=36765>

ANEXOS

ANEXO 1. Cuestionario de Alienación Parental para Niños

Campaña de denigración. El niño/a denota sentimientos de odio y rechazo en contra del progenitor que se encuentra fuera del hogar.

1. Siente rechazo hacia su padre o madre porque uno de sus progenitores le ha contado cosas desagradables de él o ella
2. Cuando esta con su padre o madre defiende más al otro
3. Su padre o madre le dice que debe rechazar al otro por estar alejado de Ud.
4. Siente que debe rechazar a su padre o madre porque le dicen que no está el tiempo necesario a su lado

Débiles, absurdas o frívolas justificaciones para el desprecio. El niño miente o inventa cualquier excusa con tal de no estar cerca del progenitor alienado.

5. Es mejor para Ud. estar solo que pasar tiempo con su padre o madre
6. Le disgusta hablar con su padre o madre cuando están solos

Ausencia de ambivalencia. El niño presenta un estado transitorio o permanente de ánimo con sentimientos opuestos con respecto a sus progenitores.

7. Piensa que uno de sus padres es mejor que el otro
8. Siente que uno de sus padres hacen todas las cosas bien y el otro las hace mal
9. Le da igual si su padre o madre van a visitarle

Fenómeno del pensador independiente. En el niño se identifica una manipulación marcada por uno de los progenitores y trata de convencer a los demás que los diálogos emitidos por él son propios.

10. Su padre o madre le ha dicho cosas malas del otro
11. Su padre o madre le dicen que no hable con el otro porque no está a su lado

12. Siente que es su culpa el que sus padres se hayan separado

Apoyo reflexivo al progenitor alienante en el conflicto parental. El niño apoya al progenitor que convive con él a pesar de que se le compruebe que miente.

13. Siente que debe creer más a su padre o madre y no al otro

14. Cree que su padre o madre le mienten y ya no desea verlos

15. Siente que traiciona a uno de sus padres si habla o quiere al otro

Ausencia de culpa hacia la crueldad y la explotación del progenitor alienado. El rechazo hacia uno de los progenitores es muy marcado y el niño no presenta ningún sentimiento de tristeza cuando hablan mal del progenitor alienado.

16. Ha sentido deseos de defender a su padre o madre cuando uno habla mal del otro o no le importa que hablen mal de ellos

17. Siente que es mejor olvidarse de tu padre o madre porque ya no está a su lado

18. Inventa cualquier excusa cuando esta con su padre o madre para ya no escucharlo

Presencia de argumentos prestados. El niño presenta una jerga impropia que no forma parte de su vocabulario.

19. Se aleja de su padre o madre porque cree que es malo por lo que te han contado de él o ella

Generalización de síntomas a familiares y amigos del progenitor alineado. El niño presenta animadversión hacia familiares y amigos del progenitor alineado.

20. Para Ud. es mejor estar lejos de la familia de su padre o madre porque siente rechazo hacia él o ella

21. Siente que los amigos de su padre o madre no le caen bien

22. Su padre o madre le dice que no se acerque a la familia del otro

CUESTIONARIO DE ALIENACIÓN PARENTAL PARA NIÑOS

Nombre y Apellidos.....

Edad..... Años..... meses.....

Sexo..... Curso escolar.....

Fecha de aplicación..... de..... del 2014

Su objetivo es evaluar los síntomas de alienación parental en niños y adolescentes, y su facilidad de lectura permite la aplicación a partir de los 8 años.

Se puede aplicar de manera individual o colectiva, oscilando el tiempo de aplicación entre 10 y 20 minutos, en función de la habilidad lectora del niño.

De los 23 ítems de la prueba, en los que el niño tiene que elegir una de entre cuatro opciones.

Nº	PREGUNTA	Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
1	Siente rechazo hacia su padre o madre porque uno de sus progenitores le ha contado cosas desagradables de él o ella				
2	Cuando esta con su padre o madre defiende más a uno que a otro				
3	Su padre o madre le dice que debe rechazar al otro por estar alejado de Ud.				
4	Siente que debe rechazar a su padre o madre porque le dicen que no está el tiempo necesario a su lado				
5	Es mejor para Ud. estar solo que pasar tiempo con su padre				
6	Es mejor para Ud. estar solo que				

	pasar tiempo con su madre				
7	Le disgusta hablar con su padre o madre cuando están solos				
8	Piensa que uno de sus padres es mejor que el otro				
9	Siente que uno de sus padres hacen todas las cosas bien y el otro las hace mal				
10	Le da igual si su padre o madre va a visitarlo				
11	Su padre o madre le ha dicho cosas negativas del otro				
12	Su padre o madre le dice que no hable con el otro porque no está a su lado				
13	Siente que es su culpa el que sus padres se hayan separado				
14	Siente que debe creer más a su padre o madre y no al otro				
15	Apoyo a mi padre o madre sin importar lo que digan otros				
16	Siente que traiciona a uno de sus padres si habla o quiere al otro				
17	Ha sentido deseos de defender a su padre o madre cuando uno habla mal del otro				
18	Siente que es mejor olvidarse de su padre o madre porque ya no está a su lado				
19	Inventa cualquier excusa cuando esta con su padre o madre para ya no escucharlo				

20	Se aleja de su padre o madre porque le desagrada lo que le han contado de él o ella				
21	Para Ud. es mejor estar lejos de la familia de su padre o madre porque siente rechazo hacia él o ella				
22	Siente que los amigos de su padre o madre no se llevan bien con usted				
23	Su padre o madre le dice que no se acerque a la familia del otro				
TOTAL					

PUNTAJE TOTAL:.....

Ausencia: 0 – 12 ptos

Ligero: 13 - 23 ptos

Moderado: 24 – 46 ptos

Severo: 47 – 69 ptos

ANEXO 2. Children's Depression Inventory (CDI)

Autor: María Kovacs (2011)

Administración: individual (o colectiva)

Aplicación: En niños de entre 6 a 17 años.

Nombre y apellidos: _____

Sexo: _____

Edad: _____ años _____ meses **Fecha:** ____ / ____ / ____

Unidad Educativa: _____

Modalidad de aplicación: autoadministrado (Estos datos serán confidenciales. No se entregará información a nadie que no sea la persona que solicita el resultado del test y por la misma vía que lo requirió).

Instrucciones

Los chicos y las chicas como tú tienen diferentes sentimientos e ideas. En este cuestionario se recogen esos sentimientos e ideas agrupados. De cada grupo, tienes que señalar una rase que sea LA QUE MEJOR DESCRIBA cómo te has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS. Una vez que hayas terminado con un grupo de frases, pasa al siguiente.

No hay respuestas correctas o incorrectas. Únicamente tienes que señalar la frase que describe mejor CÓMO TE HAS ENCONTRADO últimamente. Pon un aspa (x) en el círculo que hay junto a tu respuesta. Ejemplo:

- Leo libros muy a menudo
- Leo libros de vez en cuando
- Nunca leo libros

Recuerda que debes señalar las frases que mejor describan tus sentimientos o tus ideas en las dos últimas semanas. De las tres frases que componen cada pregunta escoge sólo una, la que mejor se acerque a cómo eres o te sientes.

CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY (CDI)

1	Estoy triste de vez en cuando.	
	Estoy triste muchas veces.	
	Estoy triste siempre.	
2	Nunca me saldrá nada bien	
	No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.	
	Las cosas me saldrán bien	
3	Hago bien la mayoría de las cosas.	
	Hago mal muchas cosas	
	Todo lo hago mal	
4	Me divierten muchas cosas	
	Me divierten algunas cosas	
	Nada me divierte	
5	Soy malo siempre	
	Soy malo muchas veces	
	Soy malo algunas veces	
6	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.	
	Me preocupa que me ocurran cosas malas.	
	Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles	
7	Me odio	
	No me gusta como soy	
	Me gusta como soy	
8	Todas las cosas malas son culpa mía.	
	Muchas cosas malas son culpa mía.	
	Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.	
9	No pienso en matarme	
	Pienso en matarme pero no lo haría	
	Quiero matarme.	
10	Tengo ganas de llorar todos los días	
	Tengo ganas de llorar muchos días	
	Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.	
11	Las cosas me preocupan siempre	
	Las cosas me preocupan muchas veces.	
	Las cosas me preocupan de cuando en cuando.	
12	Me gusta estar con la gente	
	Muy a menudo no me gusta estar con la gente	
	No quiero en absoluto estar con la gente.	
13	No puedo decidirme	
	Me cuesta decidirme	
	Me decido fácilmente	
14	Tengo buen aspecto	
	Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.	
	Soy feo	
15	Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes	
	Muchas veces me cuesta ponerme a hacerlos deberes	
	No me cuesta ponerme a hacer los deberes	
16	Todas las noches me cuesta dormirme	
	Muchas noches me cuesta dormirme.	
	Duermo muy bien	

17	Estoy cansado de cuando en cuando	
	Estoy cansado muchos días	
	Estoy cansado siempre	
18	La mayoría de los días no tengo ganas de comer	
	Muchos días no tengo ganas de comer	
	Como muy bien	
19	No me preocupa el dolor ni la enfermedad.	
	Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad	
	Siempre me preocupa el dolor y la Enfermedad	
20	Nunca me siento solo.	
	Me siento solo muchas veces	
	Me siento solo siempre	
21	Nunca me divierto en el colegio	
	Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.	
	Me divierto en el colegio muchas veces.	
22	Tengo muchos amigos	
	Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más	
	No tengo amigos	
23	Mi trabajo en el colegio es bueno.	
	Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.	
	Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.	
24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños.	
	Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.	
	Soy tan bueno como otros niños.	
25	Nadie me quiere	
	No estoy seguro de que alguien me quiera	
	Estoy seguro de que alguien me quiere.	
26	Generalmente hago lo que me dicen.	
	Muchas veces no hago lo que me dicen.	
	Nunca hago lo que me dicen	
27	Me llevo bien con la gente	
	Me peleo muchas veces.	
	Me peleo siempre.	

Puntuación directa D _____ + A _____ = Total depresión _____

ANEXO 3. Aplicación de reactivos a niños





ANEXO 4. Oficios enviados a la Unidad Judicial de familia, mujer, niñez y adolescencia

Ambato 06 de noviembre del 2014

Oficio No. 0199-OTUJFMNA-A

Sr. Fernando Mauricio Ruiz Yachimba

ESTUDIANTE DEL DÉCIMO SEMESTRE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO.

Presente.

De mi consideración:

Con autorización de la Dirección del Consejo de la Judicatura de la Provincia de Tungurahua, en base a lo solicitado por usted con fecha 22 de septiembre del 2014, informo que en la Oficina Técnica de la Unidad de Familia Mujer Niñez y Adolescencia en el área de psicología se han receptado un total de 264 casos de diferente índole desde el 02 de enero al 06 de noviembre del 2014 (Juicios de: Alimentos, Tenencias, Abandono de hogar, Acogimiento Institucional, Acogimiento Familiar, Divorcios, Retención indebida de menor, Adolescentes Infractores, Violencia física y Psicológica, Maltrato, etc.) **de los cuales 21 casos específicos** corresponden a la Tipología de **"Regulación de visitas o supervisión de visitas"**, en cuyos casos específicos es más común observar sintomatología que se relaciona con el síndrome de Alienación Parental.

Esta información se encuentra debidamente registrada en los archivos de la Oficina Técnica de la Unidad de Familia Mujer, Niñez y Adolescencia de la ciudad de Ambato, y es absolutamente confidencial, y se proporciona únicamente por tratarse de fines investigativos.

Atentamente,



Ps. Cl. Ángel Rodrigo Yanchapanta Paredes
PSICÓLOGO DE LA OFICINA TÉCNICA DE LA UNIDAD JUDICIAL DE FAMILIA, MUJER, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA CON SEDE EN EL CANTÓN AMBATO.

Ambato, 22 de Septiembre del 2014

Señora

Dra. Linda Amancha de Rivera

DIRECTORA PROVINCIAL DE LA JUDICATURA DE TUNGURAHUA

Presente.-

De mis consideraciones:

A través del presente reciba un cordial saludo y deseándole éxitos en sus funciones que tan acertadamente las lleva a cabo.

Por medio de la presente Yo, Fernando Mauricio Ruiz Yachimba portador de la C.I. 1803570660 estudiante del Décimo Semestre de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato, solicito de la manera más comedida se conceda la respectiva autorización al Sr. Ángel Yanchapanta Psicólogo de la OFICINA TÉCNICA DE LA UNIDAD JUDICIAL DE LA FAMILIA, MUJER Y ADOLESCENCIA DEL CANTÓN AMBATO, y sea posible me extienda un informe de los casos de Régimen de Visitas mismos que guardan ciertas características con el SÍNDROME DE ALINEACIÓN PARENTAL y que sirve de mucho para mi tesis de grado con el tema: "EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO".

Conocedor de su alto espíritu de colaboración y ayuda, anticipo mis más sinceros agradecimientos; por la favorable atención que se sirva dar a la presente me suscribo de Usted.

Atentamente,



Fernando Ruiz

Estudiante Ps Cl. UTA

TELF. 2421145



Ambato, 22 de Septiembre del 2014

Señora

Dra. Linda Amancha de Rivera

DIRECTORA PROVINCIAL DE LA JUDICATURA DE TUNGURAHUA

Presente.-

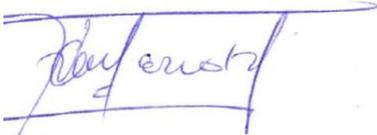
De mis consideraciones:

A través del presente reciba un cordial saludo y deseándole éxitos en sus funciones que tan acertadamente las lleva a cabo.

Por medio de la presente Yo, Fernando Mauricio Ruiz Yachimba portador de la C.I. 1803570660 estudiante del Décimo Semestre de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato, solicito de la manera más comedida se conceda la respectiva autorización al Sr. Juez Dr. Santiago Barragan de la UNIDAD JUDICIAL DE FAMILIA, MUJER Y ADOLESCENCIA DEL CANTÓN AMBATO para que se me extienda un oficio en el cual me da a conocer que no existen tablas estadísticas de casos asociados al SÍNDROME DE ALINEACIÓN PARENTAL que estoy investigando para mi tesis de grado con el tema: **"EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO"**, una vez dialogado con el Sr. Juez me indica que en la Unidad no se llevan estadísticas de los casos por tipología sino estadísticas de casos en general, dándome a conocer que hay más de 30 mil casos reposando en el archivo y que sería muy difícil sacara datos estadísticos de los mismos.

Conocedor de su alto espíritu de colaboración y ayuda, anticipo mis más sinceros agradecimientos; por la favorable atención que se sirva dar a la presente me suscribo de Usted.

Atentamente,



Fernando Ruiz

Estudiante Ps Cl. UTA

TELF. 2421145



ANEXO 5. Validación de cuestionario para el síndrome de alienación parental



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- TEMA DE INVESTIGACIÓN

"EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO"

- INSTRUMENTO A VALIDAR

CUESTIONARIO DE ALIENACIÓN PARENTAL PARA NIÑOS

ENCUESTA BASADA LOS OCHO SÍNTOMAS PROPUESTOS POR GARDNER (1998)

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivo específico</u>
- Identificar la presencia de alienación parental en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.	- Conocer los niveles de alienación parental en los niños

El instrumento a validar cumple con:

<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Pertinencia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Utilidad</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Coherencia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		SI	NO	Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>SI</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Relación con los objetivos</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Relación metodológica</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vigencia</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		SI	NO	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO																							
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
	SI	NO																							
Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

- DATOS DEL VALIDADOR

Nombre: S. Aguilar
 Ocupación: Psicólogo
 Fecha: 03 - 07 - 2014

Profesión: Psicólogo
 Firma: [Firma]





UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO”

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

CUESTIONARIO DE ALIENACIÓN PARENTAL PARA NIÑOS

ENCUESTA BASADA LOS OCHO SÍNTOMAS PROPUESTOS POR GARDNER (1998)

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivo específico</u>
- Identificar la presencia de alienación parental en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.	- Conocer los niveles de alienación parental en los niños

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: German Galarza
 Ocupación: Docente
 Fecha: 01/07/2014

Profesión: Psicólogo Clínico
 Firma:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- **TEMA DE INVESTIGACIÓN**

“EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO”

- **INSTRUMENTO A VALIDAR**

CUESTIONARIO DE ALIENACIÓN PARENTAL PARA NIÑOS

ENCUESTA BASADA LOS OCHO SÍNTOMAS PROPUESTOS POR GARDNER (1998)

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivo específico</u>
- Identificar la presencia de alienación parental en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.	- Conocer los niveles de alienación parental en los niños

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

- **DATOS DEL VALIDADOR**

Nombre: Flavio Bonilla
 Ocupación: Docente
 Fecha: 01/07/2014.

Profesión: Psicólogo Clínico.
 Firma:



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- TEMA DE INVESTIGACIÓN

"EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO"

- INSTRUMENTO A VALIDAR

CUESTIONARIO DE ALIENACIÓN PARENTAL PARA NIÑOS

ENCUESTA BASADA LOS OCHO SÍNTOMAS PROPUESTOS POR GARDNER (1998)

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivo específico</u>
<p>- Identificar la presencia de alienación parental en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.</p>	<p>- Conocer los niveles de alienación parental en los niños</p>

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

- DATOS DEL VALIDADOR

Nombre: Nancy Botaseraud
 Ocupación: Docente
 Fecha: 03-07-14

Profesión: Psicóloga Clínica
 Firma: Nancy Botaseraud



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
 CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS PARA TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

- TEMA DE INVESTIGACIÓN

“EL SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL Y SU INFLUENCIA EN LOS NIVELES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS DE SEXTO AÑO DE EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA DEL DISTRITO 1 DEL CANTÓN AMBATO”

- INSTRUMENTO A VALIDAR

CUESTIONARIO DE ALIENACIÓN PARENTAL PARA NIÑOS

ENCUESTA BASADA LOS OCHO SÍNTOMAS PROPUESTOS POR GARDNER (1998)

<u>Objetivo general</u>	<u>Objetivo específico</u>
- Identificar la presencia de alienación parental en los niños de sexto año de educación general básica del distrito 1 del cantón Ambato.	- Conocer los niveles de alienación parental en los niños

El instrumento a validar cumple con:

	SI	NO		SI	NO
Pertinencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación con los objetivos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Relación metodológica	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coherencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vigencia	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El análisis de validación permite el manejo adecuado del presente instrumento:

SI
 NO

- DATOS DEL VALIDADOR

Nombre: Rocío Poma
 Ocupación: Docente UTA
 Fecha: 13 Agosto 2014

Profesión: Dra en Psicol. Clínica
 Firma: [Firma manuscrita]

**ANEXO 6. Oficios enviados a las unidades educativas para la respectiva
evaluación**



**PSICOLOGÍA
CLÍNICA**

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud

Calles Salvador y México – Ingahurco Telefax: 2521134 E-mail: psicologias@uta.edu.ec
Ambato - Ecuador

Ambato, 1 de octubre de 2014
Ps.Cl.566

Doctor
Víctor Hugo Tirado
RECTOR
UNIDAD EDUCATIVA JUAN MONTALVO
Presente

Atento saludo, Señor Rector.

A través del presente solicito a usted comedidamente se digne brindar las facilidades necesarias al Señor FERNANDO MAURICIO RUIZ YACHIMBA, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, con el propósito de que pueda aplicar unos Tests Psicológicos en el Centro de su acertada dirección, como parte de su trabajo de graduación.

Atentamente



Dr. Mg. Santiago Añazco Lalama
Coordinador

 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA		
Nº DE OFICIO FECHA	DESTINATARIO	QUIEN RECIBE
2014-10-01 Ps.Cl.566	Doctor Víctor Hugo Tirado RECTOR UNIDAD EDUCATIVA JUAN MONTALVO Presente	FECHA DE RECEPCIÓN: <u>07-10-2014</u> NOMBRE Y APELLIDO: <u>VICTOR HUGO TIRADO MAYORCA</u> FIRMA:  SELLO DE LA INSTITUCIÓN: 

Diseño: Mónica Parra P.



PSICOLOGÍA
CLÍNICA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud

Calles Salvador y México – Ingahurco Telefax: 2521134 E-mail: psicologias@uta.edu.ec
Ambato - Ecuador

Ambato, 1 de octubre de 2014
Ps.Cl.564

Ingeniero
Carlos León Mantilla
DIRECTOR
ESCUELA EDUCACIÓN INICIAL LEÓN BECERRA
Presente

Atento saludo, Señor Director.

A través del presente solicito a usted comedidamente se digne brindar las facilidades necesarias al Señor FERNANDO MAURICIO RUIZ YACHIMBA, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, con el propósito de que pueda aplicar unos Tests Psicológicos en el Centro de su acertada dirección, como parte de su trabajo de graduación.

Atentamente,



Dr. Mg. Santiago Anazco Lalama
Coordinador

 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA		
N° DE OFICIO FECHA	DESTINATARIO	QUIEN RECIBE
2014-10-01 Ps. Cl.564	Ingeniero Carlos León Mantilla DIRECTOR ESCUELA EDUCACIÓN INICIAL LEÓN BECERRA Presente	FECHA DE RECEPCIÓN: <u>16 de Octubre / 2014</u> NOMBRE Y APELLIDO: <u>Carlos León M.</u> FIRMA:  SELLO DE LA INSTITUCIÓN: 

Diseño: Mónica Parra P.



PSICOLOGÍA
CLÍNICA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Facultad de Ciencias de la Salud

Calles Salvador y México – Ingahurco Telefax: 2521134 E-mail: psicologiafcs@uta.edu.ec
Ambato - Ecuador

Ambato, 1 de octubre de 2014
Ps.Cl.563

Doctor
Ramón Saltos Barona
DIRECTOR
CENTRO ESCOLAR ECUADOR
Presente

Atento saludo, Señor Director.

A través del presente solicito a usted comedidamente se digne brindar las facilidades necesarias al Señor FERNANDO MAURICIO RUIZ YACHIMBA, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, con el propósito de que pueda aplicar unos Tests Psicológicos en el Centro de su acertada dirección, como parte de su trabajo de graduación.

Atentamente,



Dr. Mg. Santiago Añazco Lalama
Coordinador

 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA		
Nº DE OFICIO FECHA	DESTINATARIO	QUIEN RECIBE
2014-10-01 Ps. Cl.563	Doctor Ramón Saltos Barona DIRECTOR CENTRO ESCOLAR ECUADOR Presente	FECHA DE RECEPCIÓN: 6-10-2014 NOMBRE Y APELLIDO: <i>Mónica Mayorga</i> FIRMA:  SELLO DE LA INSTITUCIÓN: 

Diseño: Mónica Parra P.



PSICOLOGÍA
CLÍNICA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Facultad de Ciencias de la Salud

Calles Salvador y México – Ingahurco Telefax: 2521134 E-mail: psicologjafcs@uta.edu.ec
Ambato - Ecuador

Ambato, 1 de octubre de 2014
Ps.Cl.565

Ingeniero
Edgar Sandoval
RECTOR
UNIDAD EDUCATIVA JUAN BENIGNO VELA
Presente

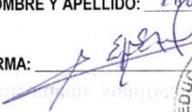
Atento saludo, Señor Director.

A través del presente solicito a usted comedidamente se digne brindar las facilidades necesarias al Señor FERNANDO MAURICIO RUIZ YACHIMBA, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, con el propósito de que pueda aplicar unos Tests Psicológicos en el Centro de su acertada dirección, como parte de su trabajo de graduación.

Atentamente,



Dr. Mg. Santiago Añazco Lalama
Coordinador

 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA		
Nº DE OFICIO FECHA	DESTINATARIO	QUIEN RECIBE
2014-10-01 Ps. Cl.565	Ingeniero Edgar Sandoval RECTOR UNIDAD EDUCATIVA JUAN BENIGNO VELA Presente	FECHA DE RECEPCIÓN: 02-10-2014 NOMBRE Y APELLIDO: EDGAR SANDOVAL FIRMA:  SELLO DE LA INSTITUCIÓN: 

Diseño: Mónica Parra P.