



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Trabajo de investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

“LA MIGRACIÓN DE LOS PADRES Y LA DEPRESIÓN EN LOS
ADOLESCENTES DE LA COMUNIDAD EDUCATIVA JUAN LEÓN MERA
“LA SALLE”, DE LA CIUDAD DE AMBATO, DURANTE EL PERÍODO
2010-2011”

Autor:

Andrea Elizabeth Hervas Suárez

Tutor:

Psc. Verónica León

AMBATO-ECUADOR

ENERO-2011

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Grado sobre el tema:

“La migración de los padres y la depresión en los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, de la ciudad de Ambato, durante el período 2010-2011”, de la Srta. Andrea Elizabeth Hervas Suárez, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Técnica de Ambato; considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del Tribunal de Grado, que el Honorable Consejo Académico designe, para su correspondiente estudio y calificación.

Ambato, enero del 2011

.....
Psc. Verónica León
TUTORA

AUTORÍA

El presente trabajo de investigación:

“La migración de los padres y la depresión en los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, de la ciudad de Ambato, durante el período 2010-2011”, ha sido realizada por la Srta. Andrea Elizabeth Hervas Suárez, bajo la Tutoría de la Psc. Verónica León, quienes son las responsables directas de toda la información que consta en este documento.

Ambato, enero del 2011

.....
Andrea Elizabeth Hervas Suárez

AUTORA

.....
Psc. Verónica León

TUTORA

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

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

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: “La migración de los padres y la depresión en los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, de la ciudad de Ambato, durante el período 2010-2011”, de la Srta. estudiante Andrea Elizabeth Hervas Suárez.

.....

.....

.....

DEDICATORIA

Dedico este compendio a Dios por las bendiciones que me da día a día.

A mis padres, quienes con su esfuerzo y dedicación me han formado y han hecho de mí una mujer con valores.

A Carlos, porque se convertirá en mi compañero de vida y con quien compartiré mis sueños, alegrías, tristezas, triunfos y fracasos.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Técnica de Ambato, a la Facultad de Ciencias de la Salud y a la Carrera de Psicología Clínica; de manera muy especial a la Dra. Patricia Rojas por compartirme sus conocimientos y a la Psc. Verónica León por brindarme su orientación y tutoría para la realización de este trabajo.

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

TEMA

“La migración de los padres y la depresión en los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, de la ciudad de Ambato, durante el período 2010-2011”

Autor: Andrea Elizabeth Hervas Suárez

Tutor: Psc. Verónica León

Ambato, enero del 2011

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación se desarrolla sobre el tema “La migración de los padres y la depresión en los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera ‘La Salle’”. Uno de los objetivos más importantes de la investigación es indagar si la migración de los padres de familia causa niveles de depresión en los estudiantes. El paradigma de estudio es crítico-propositivo: crítico porque cuestiona el contexto social por el cual se desarrolla el problema, es propositivo porque la investigadora se plantea, en su momento, una propuesta que beneficiará al grupo humano que ha sido objeto de estudio; se articula la investigación con la bibliografía. Las conclusiones de mayor relevancia sirven de base referencial para proponer la alternativa de solución, la misma que plantea mejorar la calidad de vida de los adolescentes que padecen de depresión.

Descriptor de tesis: Migración de los padres, depresión en los adolescentes, estudiantes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, propuesta.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

	PÁGINA
PORTADA	I
APROBACIÓN DEL TUTOR	II
AUTORÍA	III
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	IV
DEDICATORIA	V
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN EJECUTIVO	VII
ÍNDICE	VIII
INTRODUCCIÓN	

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.2.1. Nivel Macro.....	1
1.2.2. Nivel Meso.....	6
1.2.3. Nivel Micro.....	9
1.3. ÁRBOL DEL PROBLEMA.....	12
1.4. ANÁLISIS CRÍTICO.....	13
1.5. PROGNOSIS.....	14
1.6. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.7. INTERROGANTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.8. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.8.1. Delimitación del Contenido.....	15
1.8.2. Delimitación Espacial.....	15

1.8.3. Delimitación Temporal.....	15
1.8.4. Unidades de Observación.....	15
1.9. JUSTIFICACIÓN.....	15
1.10. OBJETIVOS.....	17
1.10.1. Objetivo General.....	17
1.10.2. Objetivos Específicos.....	17

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	18
2.2. FUNDAMENTACIÓN.....	20
2.2.1. Fundamentación Filosófica.....	20
2.2.2. Fundamentación Ontológica.....	20
2.2.3. Fundamentación Axiológica.....	21
2.2.4. Fundamentación Psicológica.....	21
2.3. RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES.....	22
2.4. CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.....	23
2.5. CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE.....	24
2.6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	25
2.6.1. Variable Independiente.....	25
2.6.2. Variable Dependiente.....	31
2.7. Fundamentación Legal.....	40
2.8. HIPÓTESIS.....	40
2.8.1. Hipótesis General.....	40
2.9. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.....	40
2.9.1. Variable Independiente.....	40
2.9.2. Variable Dependiente.....	40

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1.	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	41
3.2.	MODALIDADES DE INVESTIGACIÓN.....	41
3.2.1.	Investigación Conjunta.....	41
3.2.2.	Investigación de Campo.....	41
3.2.3.	Proyecto de Intervención Social o Proyecto Factible.....	42
3.3.	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.3.1.	Asociación de Variables.....	42
3.4.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	42
3.5.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	43
3.5.1.	Variable Independiente.....	43
3.5.2.	Variable Dependiente.....	44
3.6.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	45
3.6.1.	Observación.....	45
3.6.2.	Encuesta.....	45
3.6.3.	Historia Clínica.....	45
3.6.4.	Test de Hamilton.....	45
3.6.5.	Validez y Confiabilidad.....	46
3.7.	PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	46
3.8.	PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	46

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CUANTI-CUALITATIVA.....	47
4.2.	VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS.....	66

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	CONCLUSIONES.....	67
5.2.	RECOMENDACIONES.....	67

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS.....	69
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	69
6.3. JUSTIFICACIÓN.....	71
6.4. OBJETIVOS.....	72
6.4.1. Objetivo General.....	72
6.4.2. Objetivos Específicos.....	72
6.5. FUNDAMENTACIÓN.....	72
6.6. METODOLOGÍA.....	74
6.7. PLAN DE ACCIÓN.....	77
6.8. ADMINISTRACIÓN.....	80
6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN.....	81
BIBLIOGRAFÍA.....	82

ANEXOS

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO	DENOMINACIÓN	PÁGINA
1	Árbol del Problema	12
2	Operacionalización de la Variable Independiente	43
3	Operacionalización de la Variable Dependiente	44
4	Banco de preguntas de la Encuesta para identificar a los hijos de padres migrantes	47
5	Pregunta 1 del Test de Hamilton para evaluar “humor deprimido”	48
6	Pregunta 2 del Test de Hamilton para evaluar “sensación de culpabilidad”	49
7	Pregunta 3 del Test de Hamilton para evaluar “suicidio”	50
8	Pregunta 4 del Test de Hamilton para evaluar “insomnio precoz”	51
9	Pregunta 5 del Test de Hamilton para evaluar “insomnio medio”	52
10	Pregunta 6 del Test de Hamilton para evaluar “insomnio tardío”	53
11	Pregunta 7 del Test de Hamilton para evaluar “trabajo y actividades”	54
12	Pregunta 8 del Test de Hamilton para evaluar “inhibición”	55
13	Pregunta 9 del Test de Hamilton para evaluar “agitación”	56
14	Pregunta 10 del Test de Hamilton para evaluar “ansiedad psíquica”	57
15	Pregunta 11 del Test de Hamilton para evaluar “ansiedad somática”	58
16	Pregunta 12 del Test de Hamilton para evaluar “síntomas somáticos gastrointestinales”	59
17	Pregunta 13 del Test de Hamilton para evaluar “síntomas	60

	somáticos generales”	
18	Pregunta 14 del Test de Hamilton para evaluar “síntomas genitales”	61
19	Pregunta 15 del Test de Hamilton para evaluar “hipocondría”	62
20	Pregunta 16 del Test de Hamilton para evaluar “pérdida de peso”	63
21	Pregunta 17 del Test de Hamilton para evaluar “insight”	64
22	Resultado final de la encuesta para identificar niveles de depresión	65
23	Plan de acción	77
24	Administración	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO	DENOMINACIÓN	PÁGINA
1	Red de Inclusiones Conceptuales	12
2	Constelación de Ideas de la Variable Independiente	23
3	Constelación de Ideas de la Variable Dependiente	24
4	Pirámide de las Necesidades Humanas de Maslow	28
5	Resultados de la Encuesta para identificar a los hijos de padres migrantes	47
6	Resultados de la Pregunta 1 del Test de Hamilton para evaluar “humor deprimido”	48
7	Resultados de la Pregunta 2 del Test de Hamilton para evaluar “sensación de culpabilidad”	49
8	Resultados de la Pregunta 3 del Test de Hamilton para evaluar “suicidio”	50
9	Resultados de la Pregunta 4 del Test de Hamilton para evaluar “insomnio precoz”	51
10	Resultados de la Pregunta 5 del Test de Hamilton para evaluar “insomnio medio”	52
11	Resultados de la pregunta 6 del Test de Hamilton para evaluar “insomnio tardío”	53
12	Resultados de la Pregunta 7 del Test de Hamilton para evaluar “trabajo y actividades”	54
13	Resultados de la Pregunta 8 del Test de Hamilton para evaluar “inhibición”	55
14	Resultados de la Pregunta 9 del Test de Hamilton para evaluar “agitación”	56
15	Resultados de la Pregunta 10 del Test de Hamilton para evaluar “ansiedad psíquica”	57

16	Resultados de la Pregunta 11 del Test de Hamilton para evaluar “ansiedad somática”	58
17	Resultados de la Pregunta 12 del Test de Hamilton para evaluar “síntomas somáticos gastrointestinales”	59
18	Resultados de la Pregunta 13 del Test de Hamilton para evaluar “síntomas somáticos generales”	60
19	Resultados de la Pregunta 14 del Test de Hamilton para evaluar “síntomas genitales”	61
20	Resultados de la Pregunta 15 del Test de Hamilton para evaluar “hipocondría”	62
21	Resultados de la Pregunta 16 del Test de Hamilton para evaluar “pérdida de peso”	63
22	Resultados de la Pregunta 17 del Test de Hamilton para evaluar “insight”	64
23	Resultado final de la encuesta para identificar niveles de depresión	65

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se concretó en el tema: “La migración de los padres y la depresión en los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, de la ciudad de Ambato, durante el período 2010-2011”.

Los Objetivos Específicos se refieren a:

- Determinar qué porcentaje de estudiantes con padres migrantes se encuentran en el Bachillerato.
- Precisar si estos estudiantes presentan niveles de depresión.
- Proponer una alternativa de solución.

La estructura interna de la tesis es la siguiente:

El Capítulo 1 contiene: El Problema de Investigación, el mismo que consta de subtítulos de primer nivel: Planteamiento del Problema, Justificación y Objetivos.

El Capítulo 2 desarrolla el Marco Teórico, a través de los siguientes subtítulos: Antecedentes de Investigación, Fundamentos Filosóficos, Categorías Fundamentales e Hipótesis.

El Capítulo 3 define la Metodología a través de los siguientes apartados: Enfoque de la Investigación, Modalidad de Investigación, Nivel de la Investigación, Población y Muestra, Operacionalización de Variables, Plan de recolección de Investigación y Plan de Procesamiento de Datos.

El Capítulo 4 presenta el Análisis e Interpretación de Resultados, hasta llegar a la verificación de hipótesis.

El Capítulo 5 entrega Conclusiones y Recomendaciones, bases referenciales para formular la propuesta de solución en el siguiente capítulo.

El Capítulo 6 plantea una Propuesta de Solución al problema investigado.

Este informe final de investigación se pone a consideración del Honorable Tribunal de Grado y de todos los lectores interesados en la migración de los padres y la depresión en los adolescentes.

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

La migración de los padres y la depresión en los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, de la ciudad de Ambato, durante el período 2010-2011.

1.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Nivel Macro

Según, Jemini P. (2009), para abordar la temática del impacto psicosocial, causada por la migración, es importante referirnos al fenómeno migratorio como el desplazamiento geográfico de un lugar a otro de personas, generalmente por causas económicas o sociales.

Para el autor anteriormente mencionado; es menester indicar que en Europa, específicamente España, se recibe inmigrantes de algunos países desarrollados tales como Japón, países de Europa Occidental y Norteamérica, generalmente más cualificados profesionalmente y de mayor estatus socioeconómico, los cuales viajan por negocios, desarrollo social y mejores oportunidades de estudio para sus hijos. Esto demuestra que el nivel de depresión en los adolescentes de países desarrollados, no se debe al tema de la migración, si no, más bien a otros factores, muy diferentes al de los jóvenes de países en vías de desarrollo, en donde la migración ha afectado significativamente a estas familias, puesto que los flujos

migratorios son producto de la pobreza en los países de origen, la migración obedece a otros factores relacionados con las condiciones culturales y políticas de los países en desarrollo, que provocan la expulsión de personas a diversos destinos. De una manera especial por sus tensiones y contradicciones, ocurre eso con los chicos y chicas adolescentes que llegan a estos países sin ningún dominio de los idiomas hablados en España, poco escolarizados o escolarizados en otros sistemas y lenguas, como es el caso de adolescentes provenientes de Turquía, Estados Unidos, etc.

Jemini P. (2009), refiere que estos adolescentes viven fuertes tensiones por desculturización y crisis en la construcción de su identidad, así como por contradicciones entre la cultura familiar de origen y las formas culturales de los adolescentes actuales. La socialización entre iguales y la presión de grupo propia de los adolescentes también les afecta a ellos y aparecen conductas disociales por asociación con los adolescentes con dificultades sociales del barrio. Por otra parte, están los chicos y chicas que aterrizan en estos países, en las edades en las que en Europa se habla de adolescencia. Para ellos y ellas, supone asumir en esa edad todos los cambios, las crisis y las obligaciones de adaptación del proceso migratorio y las de ser adolescente. Especialmente les afectará comprobar que los personajes de su edad no parecen ser iguales a ellos, se dedican a ser adolescentes, algo que no era habitual en sus lugares de origen, algo no previsto por sus propias familias. No sólo aterrizan en un entorno desconocido y con escasas herramientas para un arraigo rápido, también han de descubrir y asumir formas de ser extrañas, hasta ahora, en su entorno.

El autor antes referido; menciona que globalmente, los chicos y chicas púberes afectados por procesos migratorios se ven sometidos a múltiples tensiones. Cientos de miles de niños, niñas y adolescentes en toda la región de Europa Oriental crecen sin sus padres, que emigraron buscando empleo. Refiere que estos niños son una generación perdida, que luchan en la escuela, y algunos renuncian, quedando vulnerables ante el crimen y la explotación. Además, indica que esto está creando un grave problema social para el futuro. Estos niños viven con otros familiares, amigos o instituciones desde que uno o ambos padres debieron

marchar fuera de su país en busca de trabajo. Expertos en migraciones señalan que el fenómeno no sólo tiene un impacto psicológico devastador en muchos de esos pequeños hoy, sino que además causará en el futuro graves problemas para las sociedades en sus respectivos países.

Denisa Ionescu (2008), destaca que organizaciones locales e internacionales en Europa estiman que hay cientos de miles, posiblemente más de un millón de niños, niñas y adolescentes en estas condiciones. Hay pocas cifras oficiales, pues muchos han quedado bajo el cuidado de familiares o amigos que no informan a las autoridades de la nueva situación. Pero, en otros casos, los pequeños terminan en orfanatos. Grupos que trabajan por la infancia señalaron que el mayor número de menores en estas condiciones se encuentran en los países más pobres de Europa Oriental: Ucrania, Bulgaria, Moldavia y Rumania. La Fundación Soros en Rumania indicó que ese país tiene 350.000 niños, niñas y adolescentes abandonados.

Según Denisa I. (2008), el gobierno rumano sólo recientemente comenzó a recolectar datos sobre emigración, pero estima que unos tres millones de sus habitantes han dejado el país por razones laborales. Ha habido reportes de niños de 12 años que se suicidaron luego de ser abandonados por sus padres. Trabajadores sociales dicen que otros sufren severa depresión. Esta autora refiere que Moldavia, el país más pobre de Europa, sufre una situación similar.

La autora citada anteriormente, mencionó:

"Si todavía está uno de sus padres con ellos, la situación no es tan mala, pero si ambos se van, entonces por lo general son afectados", "Algunos pueden tener malas calificaciones y problemas en la escuela. Pero varía de caso en caso. Si no tienen con quién hablar pueden caer en problemas de delincuencia y drogas. Esos niños ahora están clasificados como un grupo 'vulnerable' por el gobierno".

La Organización de las Naciones Unidas para la Infancia (2007), indicó que 20 por ciento de los niños y niñas en Moldavia tienen un padre en el exterior, y 10 por ciento a ambos. Mientras, datos del gobierno señalan que 340.000 moldavos

trabajan en otro país. En algunas comunidades pequeñas, casi todos los padres se han ido, y sus hijos han quedado con sus abuelos.

John Budd, portavoz de UNICEF (2007), mencionó que expertos en infancia reconocen que este dinero ha ayudado mucho a los niños y niñas afectados por la pobreza, pero alertan el efecto psicológico negativo. Él manifestó que hay impactos psicológicos sobre esos niños; que a pesar de tener una riqueza material extra extrañan obviamente no tener a sus padres con ellos como parte de una vida familiar.

Krystyna Iglicka, Experta en migraciones del Centro para las Relaciones Internacionales en Varsovia (2008), manifestó que estudios comisionados por el Ombudsman (defensor del pueblo) para la Protección de la Infancia en Polonia concluyeron que hay entre 12.000 y 15.000 hijos de emigrantes en orfanatos. Además, indicó que los activistas alertan que el fenómeno, además de afectar a los menores hoy, causará graves problemas sociales dentro de 20 años. Esta autora, hizo referencia de que hay serios costos a largo plazo, y quedan signos de interrogación sobre cómo estos niños estarán en 10 o 15 años. Para entonces será un problema de toda la sociedad polaca, manifestó.

Por otra parte, la autora mencionada anteriormente, dijo que Psicólogos que han visitado orfanatos y han dialogado con los hijos de los emigrantes indican que esos menores no entienden por qué sus padres se han ido. No es como cuando son separados de ellos por problemas de alcoholismo, por ejemplo, donde entienden que uno de sus padres o ambos están enfermos y de alguna manera necesitan tratamiento. Además destacó que estos hijos no entienden por qué no pueden estar con sus padres. Multar a los padres que emigran dejando atrás a sus hijos hará poco para resolver el problema. Es difícil culpar a los que emigran pues muchos tienen muy pobres perspectivas. Las multas no son una barrera para los emigrantes. No impedirán que se vayan. Los gobiernos pueden ayudar mejorando la situación del mercado laboral y creando nuevas oportunidades. Pero primero

que nada debe implementarse un sistema obligando a los padres emigrantes a que nombren a un encargado legal de sus hijos antes de irse.

La Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración Española (2010), refirió que la inmigración ha tenido una enorme trascendencia en la evolución de este país en las últimas dos décadas. Actualmente, por bloque geográfico y referido al año 2009, más dos millones y medio de ciudadanos son originarios de países comunitarios; casi 217.000 de países no comunitarios; 900.000 de África; y casi dos millones de América Latina y de América del Norte, aunque en este último caso en mucha menor proporción. El colectivo nacional con mayor presencia es el marroquí, seguido del rumano y del ecuatoriano. La ciudadanía española tiene una larga experiencia sobre lo que significan las migraciones, pues ellos mismos fueron hasta hace relativamente poco, un país de emigración. Por ello, seguramente son aún más conscientes de los retos y oportunidades que plantea la construcción de una sociedad plural y diversa.

Según la Asociación Española de Estudios Migratorios y Psicoterapia Transcultural (2010), los inmigrantes inmersos en procesos de reagrupación familiar están demandando mayor asistencia psicológica. Los problemas psicológicos más comunes provocados por la reagrupación familiar son incertidumbre por la decisión de reagrupación, culpa por la separación, temores y dificultades ante el reencuentro. También se plantean problemas como adaptación de nuevo al ejercicio de la maternidad o paternidad, rechazo del hijo hacia los padres, problemas en los estudios y variabilidad de los estados de ánimo o trastornos en el comportamiento.

La Asociación mencionada anteriormente, afirma que si no se tratan específicamente estos problemas, sus consecuencias pueden derivar en depresión, ansiedad, episodios psicóticos, conflictos de pareja y problemas familiares. Otras consecuencias se pueden encontrar en el entorno escolar y en las relaciones padres-hijos, y se pueden dar situaciones de aislamiento, adicciones (alcohol y drogas ilegales), retraimiento social y, en algunos casos, separación o divorcio.

1.2.2. Nivel Meso

La Organización Internacional para las Migraciones OIM (2005), manifestó que el 2,9% de la población mundial (175 millones de personas), viven temporal o permanentemente fuera de sus países de origen, sin tomar en cuenta la migración de indocumentados que cada día es mayor. El fenómeno de la emigración que en mayor o menor medida viven casi todos los países de Iberoamérica tiene "efectos preocupantes" sobre los niños y los adolescentes que abandonan sus países.

Para Romero-Ochoa, (2007), en México se calcula que en 1338 municipios de los 2446 existentes se observan tasas de movilidad migratoria por encima de la media nacional lo que representan 23.8 millones de mexicanos.

Moya y Uribe, (2006), indicaron que aproximadamente 400 mil mexicanos se van a trabajar a los Estados Unidos cada año, con lo que el fenómeno migratorio ha tomado dimensiones sin precedentes que modifican las tendencias demográficas en México.

Según el Consejo Nacional de Población CONAPO (2004), los emigrantes mexicanos en Estados Unidos constituyen el 29% de los inmigrantes y el 3.5% de la población total de ese país. Los emigrantes en tránsito constituyen una población vulnerable y en riesgo ya que en todas las etapas del proceso migratorio experimentan el menoscabo de sus derechos fundamentales.

El Centro Regional de Investigación en Psicología. (2008), manifestó que al parecer los hijos de estos emigrantes presentan ansiedad, baja autoestima, ambiente familiar disfuncional, escaso apoyo social, pocas esperanzas para el futuro, estrés y altos niveles de depresión.

Este Centro mencionado realizó un estudio en colegios de la ciudad de México, en donde se evaluó el nivel de autoestima en los adolescentes que cursaban secundaria o bachillerato, cuya condición era la de ser hijos de padres emigrantes,

mediante un enfoque mixto, utilizando instrumentos de evaluación y cuestionarios. Los resultados mostraron que la tercera parte de dichos jóvenes manifestaban una baja autoestima en dos de las cuatro áreas valoradas, evidenciándose la necesidad de una intervención oportuna a fin de mejorarla.

Según Aguilar J. (2007), en la mayor parte de las familias se considera que se debería fomentar el desarrollo armónico de los hijos, incluyendo aspectos tan fundamentales como la autoestima y el sentido de pertenencia, pero el problema puede aparecer en el momento en que este proceso se ve amenazado por la emigración de uno o ambos padres.

Para este autor, cuando la autoestima es afectada y una persona no es capaz de percibirse a sí misma como valiosa, se dice que su autoestima es baja, y por consiguiente su relación consigo misma y con los demás es inadecuada, si esto no es tratado a tiempo, puede repercutir de manera significativa en la salud mental de los hijos.

Aguilar J. (2007), en este sentido, señala que hay sentimientos, sensaciones y conductas aunados a la baja autoestima, entre los que se encuentran los sentimientos de abandono, rebeldía, depresión, agresividad, inseguridad, incertidumbre, apatía hacia la escuela, pocas relaciones interpersonales, ausencia de valores, deserción escolar, bajo rendimiento escolar, pérdida de identidad, abuso sexual, estigmatización, falta de visión del futuro, tendencia al suicidio, precocidad, trastornos en el aprendizaje y pérdida de valores culturales.

Hernández y Poot, (2007), indicaron que existen dos problemas que comienzan a tener una importancia creciente: el hecho de que las niñas deben asumir el papel de madres o de jefas de hogar y el suicidio por el abandono y la soledad.

Estos autores mencionan además que varios estudios internacionales hechos en Latinoamérica reportan que en los hijos de padres emigrantes se han observado

problemas conductuales durante la niñez, conflictos de identidad y constantes cambios de humor durante la adolescencia.

Todas esas circunstancias hacen a los jóvenes más vulnerables. Hay adolescentes que pueden asimilar y aceptar la situación con menos dificultad; no obstante, hay otros que por determinadas características de personalidad, circunstancias y dinámica familiar interpretan como abandono y desprotección, lo que puede llegar a repercutir en su autoestima (entre otros aspectos) al sentir que no son merecedores de atención y afecto, y como consecuencia se les dificulta integrarse socialmente, razón por la cual poseen menos recursos para enfrentar la vida. (ibid).

Aguilera, Carreño y Juárez, (2008), resaltaron que la migración en Latinoamérica ha provocado graves estragos al tejido social, sobre todo por el abandono de miles de hombres y mujeres que dejan no sólo el país, sino también su ciudad, su barrio, su comunidad y su familia, siendo precisamente esta última la que sufre las mayores secuelas.

Bleichmar (2006), hace referencia a la manera en que los psicoanalistas del siglo XIX consideraban la depresión, la que era vista como un tipo de reacción afectiva resultante de situaciones particulares en que se experimenta impotencia o indefensión ante el sufrimiento.

Para este autor, es una situación particular que viven con mayor intensidad las parejas de quienes migran y de sus hijos ya que en algunos casos los padres no regresan.

Funes, Jaume, en su libro “Migración y Adolescencia”, (2009), menciona que:

“Aunado a este sentimiento, se encuentra la representación que la persona tiene de sí misma de hallarse sin poder alguno, impotente e indefensa para cambiar la situación pues no encuentra posibilidad alguna para hacerlo”.

1.2.3. Nivel Micro

Según Jeannette Sánchez (2010), la emigración ecuatoriana de fines de los noventa marca cambios importantes en la tradición migratoria del país y sus consecuencias son muy grandes, no sólo en la economía y cultura de las familias afectadas y sus comunidades, sino en todo el país. En Ecuador; en los últimos años, la salida de compatriotas se ha incrementado, en particular hacia los Estados Unidos, y con mayor intensidad hacia Europa, principalmente a España, Gran Bretaña e Italia.

Para la Constitución Política de la República (2008), más de dos millones de ecuatorianos que han salido del país tienen el derecho a mantener vínculos espirituales con su nación y raíces familiares, como a disfrutar de la protección de los derechos garantizados por la misma y por los instrumentos internacionales ratificados por el Ecuador. Así también, establece que el más alto deber del Estado consiste en respetar y hacer respetar los derechos humanos, tales como: reconocer y proteger a la familia como célula fundamental de la sociedad, garantizar las condiciones que favorezcan integralmente a la consecución de sus fines y, en particular promover el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes y otros grupos vulnerables, entre ellos los emigrantes y sus familiares.

Según Rodríguez y Azoguez, (2003), la vulnerabilidad de los ciudadanos ecuatorianos que emigran hacia el exterior y de sus familiares que quedan en las comunidades de origen, debe ser una preocupación constante y su disminución y erradicación tienen que estar sujetas a medidas urgentes y prioritarias de la agenda pública del Estado ecuatoriano, con el apoyo de toda la colectividad.

Para los autores anteriormente citados, más allá de las cifras sobre este fenómeno, la migración en sí misma no es nociva; sin embargo, si no se la realiza de manera planificada, ordenada y por la vía legal, puede causar daños irreparables al tejido social del país de origen, como la desintegración familiar, que conlleva a serios problemas psicológicos a los niños y adolescentes y que se traduce en bajo rendimiento escolar, alcoholismo, drogadicción, pandillerismo, intentos de suicidio, entre otras patologías sociales.

La familia constituye la célula fundamental de la sociedad. Sin embargo, son diversos los factores que atentan a los cimientos de esta institución, una de ellas es precisamente la migración, que como lo hemos dicho anteriormente, se ha incrementado sustantivamente en las últimas décadas, lo que ha significado serios estragos al tejido social, sobre todo por el abandono del país de miles de hombres y mujeres que dejan, no sólo el país sino también su ciudad, su barrio, su comunidad, su familia, y es precisamente esta última la que sufre las mayores secuelas de la migración. (ibid).

Rodríguez y Azoguez, (2003), indicaron que en el seminario sobre el impacto psicosocial de la emigración en las familias que permanecen en sus comunidades de origen, se manifestó que de conformidad con las encuestas realizadas, de 400 entrevistados, 30% ha viajado a Estados Unidos y Europa, y de estas personas, la mayoría tienen problemas de familias desestructuradas. El 60% de padres de niños de escuelas fiscales han salido del país; el 28% de los jóvenes están abandonados por uno de sus padres y el 20% están abandonados por ambos padres.

Según los autores mencionados anteriormente, en nuestro país el sufrimiento producido por la migración se produce por el abandono y la pérdida, los niños o adolescentes muchas veces no entienden porque sus padres se han ido y empiezan a sentir odio hacia ellos. A veces el dinero enviado por los padres logra sustituir un poco de amor, pero la mayoría de esos chicos están en desamparo.

Según, Rodríguez y Azoguez (2003), los niños, niñas y adolescentes ecuatorianos se enfrentan a: sentimiento de abandono, rebeldía, depresión, agresividad, inseguridad, incertidumbre, apatía hacia la escuela, pocas relaciones interpersonales, ausencia de valores, deserción escolar, bajo rendimiento escolar, baja autoestima, pérdida de identidad, abuso sexual, estigmatización, no visión de futuro, tendencias de suicidio, precocidad, trastornos en el aprendizaje, son manipulados por sus padres, pérdida de valores culturales.

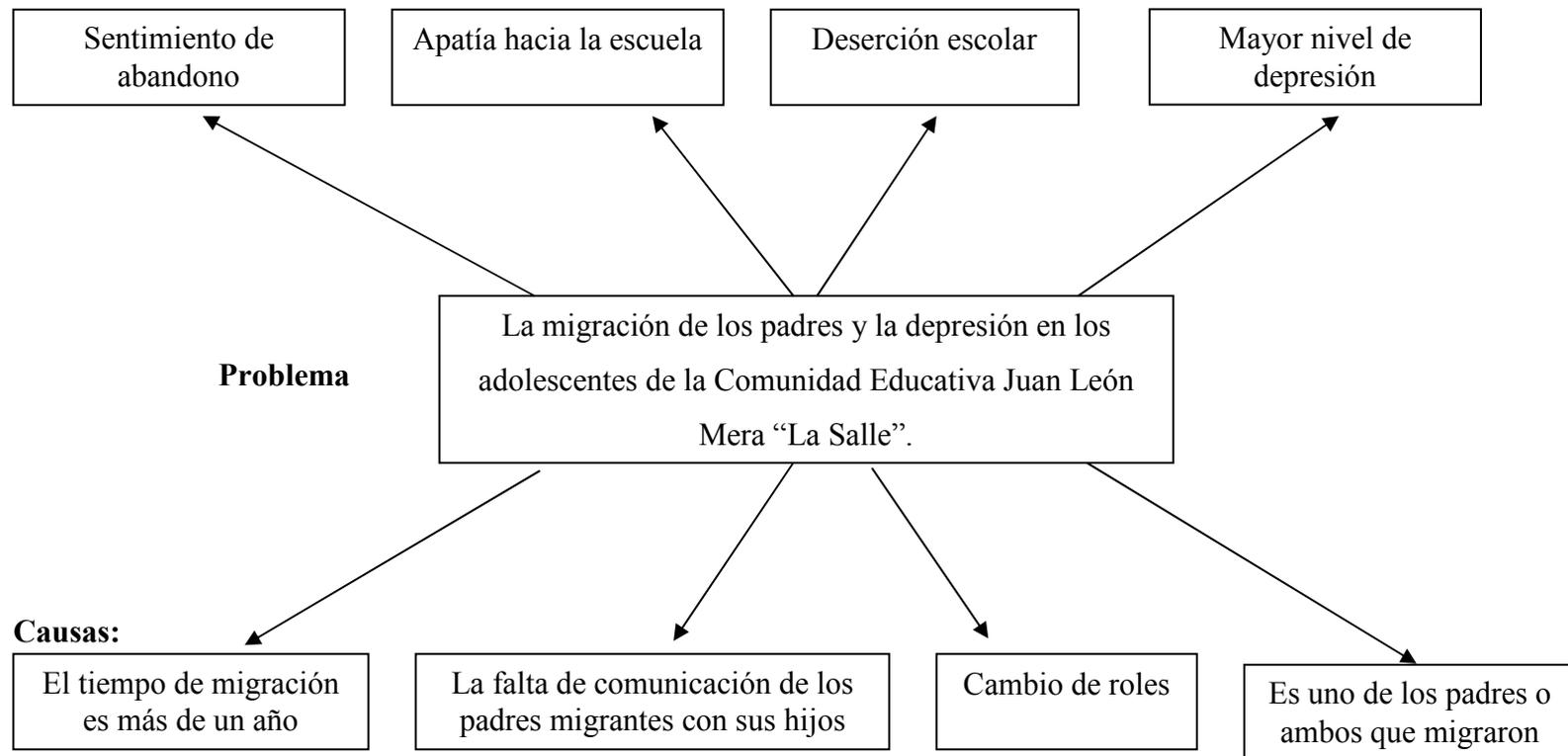
Según la Red Interinstitucional de Migración y Codesarrollo Ambato RIMYCA, (2007), en la provincia de Tungurahua, la situación de las familias que quedan en las comunidades de origen es altamente preocupante y genera una desintegración familiar que no ha tenido precedentes en el país. La reunificación familiar, constituye la solución más óptima para erradicar la desintegración familiar. Sin embargo, esta medida enfrenta obstáculos debido a las limitaciones de las legislaciones de los países receptores. Por ejemplo, en la Ley de Extranjería de España se advierte algunas limitaciones a la reagrupación familiar, ya que solamente los extranjeros residentes tienen derecho a la vida en familia y a la intimidad familiar, a la seguridad social y a la reunificación familiar. La situación psicosocial de estas familias se caracteriza por fuertes estresores. Los hijos se quedan en el país de origen de los padres o son llevados con ellos al extranjero y cuando hay dificultades se los devuelve al país de origen para que vivan con parientes. En estas familias los hijos tienen una perspectiva insegura de vida y presentan problemas de adaptación e integración.

Para Jeannette Sánchez (2010), la emigración de uno o ambos miembros del subsistema parental, provoca naturalmente una desestructuración familiar momentánea y muchas veces definitiva, siendo esto uno de los factores más estresantes en la vida de los hijos y con severas consecuencias a corto, mediano y largo plazo en el subsistema filial. Las mujeres tienden a deprimirse de manera melancólica y somatizar estos síntomas mientras que los varones muestran su depresión con agresión e irritabilidad así como con manifestaciones severas de trastornos en su conducta consistentes en problemas de adaptación social y fracaso escolar. Las reacciones psíquicas de los hijos están condicionadas a la edad de ellos. Aunque los adolescentes podrían estar mejor preparados para procesar intelectualmente la ausencia de sus padres, también ellos presentan reacciones emocionales ante esta situación, mostrando sentimientos de ira, dolor y miedo al futuro. La distancia física entre los subsistemas filial y parental produce en esta etapa de la vida riesgo para la independencia e identidad del adolescente y cambios abruptos en la relación entre padres e hijos.

1.3. ÁRBOL DEL PROBLEMA

Cuadro N°. 1.

Efectos:



Elaborado por la Investigadora.

1.4. ANÁLISIS CRÍTICO

La familia constituye la célula fundamental de la sociedad. Sin embargo, son diversos los factores que atentan a los cimientos de esta institución, una de ellas es precisamente la migración, que como se ha mencionado anteriormente, ha incrementado sustantivamente en las últimas décadas, lo que ha significado serios estragos al tejido social, sobre todo por el abandono del país de miles de hombres y mujeres que dejan, no sólo el país sino también su ciudad, su barrio, su comunidad, su familia, y es precisamente esta última la que sufre las mayores secuelas de la migración.

A nivel mundial cientos de miles de niños, niñas y adolescentes se ven afectados por los procesos migratorios y se ven sometidos a múltiples tensiones, crecen sin sus padres, viven con otros familiares, amigos o instituciones desde que uno o ambos padres se marcharon.

Esto trae como consecuencia ansiedad, baja autoestima, ambiente familiar disfuncional y altos niveles de depresión en los hijos de padres migrantes.

Dado que el grupo de Estudiantes de la investigación, corresponden a una clase social media, los aspectos socio-económicos y culturales también constituyen una de las varias razones para que se generen conflictos a causa de la migración de sus padres.

Existen adolescentes que pueden asimilar y aceptar la situación con menos dificultad, sin embargo hay otros que por determinadas características de personalidad, circunstancias y dinámica familiar interpretan como abandono y desprotección, razón por la cual poseen menos recursos para enfrentar la vida.

1.5. PROGNOSIS

Al no prestar atención a este problema de investigación que nos incluye a todos, el impacto social y psicológico para los niños, niñas y adolescentes será abrumador.

Habrán más familias disfuncionales, menores de edad que vivirán la experiencia de la ruptura como la desintegración familiar, cambios en el estilo de vida, valores y costumbres.

Así mismo el ajuste individual a estos cambios frecuentemente causa estrés psicológico, problemas emocionales y afectivos, que pueden generar con el tiempo desórdenes mentales en las personas vulnerables.

Los problemas psicológicos de la migración repercuten grandemente en la familia, la comunidad y el país.

Por lo tanto la importancia que se le de a este fenómeno social es de sumo interés.

1.6. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo incide la migración de los padres de familia en la depresión de los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, en el período lectivo 2010-2011?

1.7. INTERROGANTES DE LA INVESTIGACIÓN

- ¿Qué cantidad de hijos de padres emigrantes estudia en Bachillerato en la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”?
- ¿Cómo influye la emigración de los padres en el área emocional de los hijos?
- ¿Cuál sería una posible alternativa de solución?

1.8. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE LA INVESTIGACIÓN

1.8.1. Delimitación del contenido

- CAMPO: Salud
- ÁREA: Psicología
- ASPECTO: Estrategias metodológicas en la depresión de los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”.

1.8.2. Delimitación espacial

La investigación se realizó en los espacios físicos de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, de la ciudad de Ambato, provincia de Tungurahua.

1.8.3. Delimitación temporal

El trabajo de investigación se desarrolló durante el período del año lectivo 2010-2011.

1.8.4. Unidades de observación

- Estudiantes de Bachillerato de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”.

1.9. JUSTIFICACIÓN

El interés por la presente investigación surgió a partir de las prácticas preprofesionales de la Autora, realizadas en la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, en cuanto se observó que muchos estudiantes de bachillerato eran víctimas de la emigración de sus padres, ante lo cual estos adolescentes

presentaban desajustes emocionales y conductuales tales como baja autoestima, sensación de desamparo, culpabilidad, ideas de suicidio, ansiedad y bajo rendimiento académico.

Por lo tanto, la importancia de esta investigación radica en el estudio científico de la migración y sus consecuencias a nivel emocional de los estudiantes, el impacto psicológico negativo de la emigración afecta también a los miembros de la familia que se quedan; los hijos e hijas sufren una pérdida o duelo psicológico drástico, los mismos factores psicológicos mencionados se alteran y potencialmente pueden desencadenar desórdenes mentales que son numerosos; los desórdenes depresivos y ansiosos, las fobias, la somatización, diversos síndromes dolorosos crónicos, el abuso de drogas, la violencia familiar y negligencia de los niños, desórdenes de conducta y comportamiento de niños y adolescentes, los episodios psicóticos e incluso la esquizofrenia han sido descritos en las poblaciones de hijos de padres migrantes.

El autoestima es otro factor psicológico severamente afectado en los emigrantes, súbitamente sus habilidades no son muy apropiadas en el nuevo país, en consecuencia se sienten incompetentes e inseguros. Frecuentemente los emigrantes pierden su estatus social y profesional, por ejemplo, un profesor de escuela que se ve obligado a trabajar de jornalero o una enfermera que debe trabajar de niñera, no sentirán precisamente que sus empleos favorecen el desarrollo de una buena autoestima, la habilidad para resolver problemas es otro factor psicológico afectado, un sentido de ineficacia embargará paulatinamente al nuevo inmigrante, actividades y decisiones que antes parecían fáciles ahora aparecerán muy difíciles, cuando estos factores se suman a una vulnerabilidad biológica a las enfermedades mentales, la salud mental del emigrante se deteriora grandemente. El impacto psicológico negativo de la emigración afecta también a los miembros de la familia que se quedan, la esposa o esposo y los hijos e hijas, incluso abuelos y abuelas en el caso de los ecuatorianos sufren de una pérdida o duelo psicológico drástico, los mismos factores psicológicos mencionados se alteran y potencialmente pueden desencadenar desórdenes mentales.

El presente trabajo es factible debido a que cuenta con los elementos humanos, autoridades y estudiantes, así como también con toda información bibliográfica. Es por ello que ésta investigación beneficiará al grupo humano mencionado.

La Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle” es una institución de formación religiosa. Inaugurada el 8 de Julio de 1973, actualmente la Comunidad Educativa cuenta con un total de 1.277 alumnos; matriculados 709 en la Sección Primaria, 568 en la Secundaria y 280 alumnos matriculados en la Escuela Juan Bautista Palacios–La Salle, de la calle Cuenca y Mera. El Colegio está inmerso en la Reforma Curricular, modelo propuesto por la Universidad Andina Simón Bolívar, contando con dos Bachilleratos: Ciencias y Técnico en Contabilidad. Concuera con el anhelo de formar tanto la inteligencia, como el espíritu (en sus dimensiones cognitivas, sociales, afectivas y psicomotrices).

Por lo tanto esta investigación es original dentro del contexto estudiado, por lo cual cuenta con la voluntad y predisposición de la Autora.

1.10. OBJETIVOS

1.10.1. Objetivo general

- Indagar si la migración de los padres de familia causa niveles de depresión en los adolescentes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, de la ciudad de Ambato, durante el período 2010-2011.

1.10.2. Objetivos específicos

- Determinar qué porcentaje de estudiantes con padres migrantes se encuentran en el Bachillerato.
- Precisar si estos estudiantes presentan niveles de depresión.
- Proponer una alternativa de solución.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO E HIPÓTESIS

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Realizando un recorrido por las principales bibliotecas de las universidades que ofertan la carrera de Psicología Clínica en las ciudades de Quito y Ambato, se encuentra que existen algunas investigaciones que pueden dar apoyo al presente trabajo, los cuales son:

En la Pontificia Universidad Católica del Ecuador se encontró el siguiente trabajo cuyo título es: “Salud mental y migración” de Ruth Torres Ayala, 2006; en donde se menciona a la migración como una de las principales causas del apareamiento de depresión en jóvenes. En este trabajo se concluyó que hoy en día la migración es un objeto fundamental de estudio, ya que alrededor de este tema surgen muchos desajustes emocionales en los adolescentes, provocando de esta manera la existencia de una sociedad cada vez más afectada por este fenómeno que en la actualidad se evidencia en varios países del mundo entero.

En la Universidad Cristiana Latinoamericana de Ambato se encuentra: “Salud mental e intervenciones psicológicas con migrantes, refugiados y minorías” de Rosa María Aguilera, 2005; en donde se habla de las repercusiones de la ausencia física paterna por migración. En esta investigación se concluye que la presencia de una figura paterna dentro del hogar es muy importante para el sano desarrollo de la familia. Sin embargo, también el emigrante se ve afectado, puesto que su ausencia provoca un cambio emocional significativo, causando serios conflictos a nivel personal y familiar.

Como referente bibliográfico, la investigación se basará en el siguiente libro: “El costo psicológico de la migración” de Mario G. Maldonado, 2005; en donde se encuentra temas como: El impacto social de la migración, el impacto psicológico de la migración, desórdenes mentales asociados a la migración, entre otros. En este trabajo se concluye que varios desajustes a nivel social, familiar y personal están íntimamente ligados al fenómeno migratorio, especialmente en países en vías de desarrollo. De esta forma, la migración es una de las causas para la aparición de un sinnúmero de desórdenes mentales.

Cabe mencionar también otro documento tomado como fuente, es el emitido por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Ecuador, cuyo título de la temática es: “Consecuencias de la migración” de María Elena Moreira, 2006. En este trabajo se menciona temas como la delincuencia, la drogadicción y abandono causados por la migración. En esta investigación, la autora concluye que en torno a la migración se encuentran varios fenómenos de estudio que actualmente afectan a la sociedad ecuatoriana y que es importante que el Estado preste atención a los problemas que a él se aúnan. Para la autora, el crecimiento de la delincuencia, sentimientos de abandono, drogadicción, suicidio, entre otros; son los efectos de la carencia de interés sobre una mejor política migratoria tanto para la familia como para el que deja del país.

Finalmente, es necesario resaltar el siguiente documento: “Explosión Migratoria a España y sus Efectos en el Rendimiento Académico de los Hijos”, emitido por María Antonieta Parra, 2007. En este trabajo se concluye que en varias instituciones educativas muchos de los estudiantes tienen severos conflictos a nivel emocional y social debido a la migración de sus progenitores. Estos adolescentes atraviesan por serias dificultades académicas puesto que su rendimiento y comportamiento también se ven afectados. La carencia de una figura paterna o materna provoca sentimientos de abandono en estos adolescentes ya que no cuentan con el apoyo suficiente por parte de otros familiares que los cuidan.

2.2. FUNDAMENTACIÓN

2.2.1. Filosófica

El paradigma de la investigación es crítico-propositivo como una alternativa para la investigación social que se fundamenta en el cambio de esquemas sociales.

Es crítico porque cuestiona la realidad migrante de las diferentes familias y sus consecuencias a nivel emocional de sus hijos; quienes presentan signos y síntomas depresivos, lo cual genera desajustes emocionales.

Es propositivo, porque la Autora no sólo se detiene en la observación del problema, sino que además, se plantea en su momento una propuesta de solución ante el objeto de estudio. Esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad.

2.2.2. Ontológica

Este trabajo se fundamenta en que la realidad está en continuo cambio por lo que la ciencia con sus verdades científicas tiene carácter perfectible. Entre los seres vivos, el humano para sobrevivir necesita aprender a adaptarse al medio a ser autónomo y utilizar adecuadamente su libertad.

El tipo de persona que se pretende formar debe ser un ser sensible ante los valores humanos. Tener una actitud de afirmación ante la existencia y el sentido de la vida; esta base anímica psicológica, espiritual, hace posible y asegura la consistencia moral de la persona.

La familia, la escuela, la sociedad, tienen el deber de crear condiciones cada vez mejores para que cada cual pueda descubrir y realizar sus actividades.

2.2.3. Axiológica

El desarrollo integral del ser humano, basado en la práctica de valores como la responsabilidad, la honestidad, la honradez, la solidaridad y el sentido de equidad; sin descuidar el desarrollo de la inteligencia emocional, con el fin de administrar su vida acertadamente.

El secreto de la educación radica en lograr que el educando perciba los valores como respuesta a sus aspiraciones profundas, a sus ansias de vida, de verdad, de bien y de belleza, como camino para su inquietud de llegar a ser.

2.2.4. Psicológica

En la presente investigación se trabajará con la Corriente Sistémica, la misma que se encarga de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación.

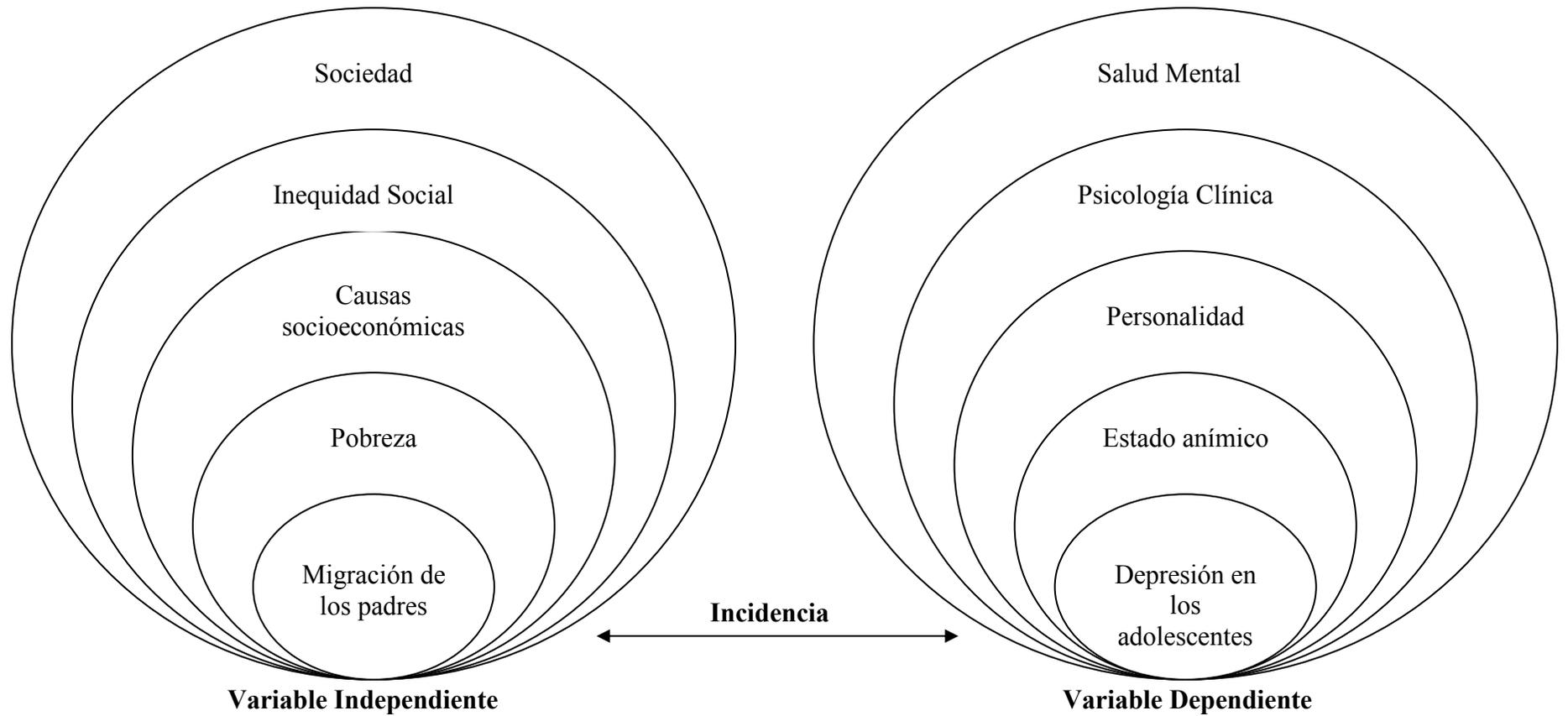
Para la Sistémica un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncional. Es por ello que mediante esta corriente psicológica se estudiará los procesos de emigración y su incidencia en factores depresores en los estudiantes, observando los procesos psicológicos que surgen a raíz de la desintegración familiar.

Por otra parte, mediante la Corriente Sistémica se analizará cómo estos menores de edad sufren en alguna medida u otra, alguna forma de pérdida, pena o duelo. La pérdida de la migración tiene características especiales que la distinguen de otro tipo de pérdida.

Además esta corriente nos propone un análisis de cómo los adolescentes experimentan el proceso migratorio de sus padres a nivel individual, así como también la adaptación de cada estudiante al nuevo contexto social. Para la propuesta se utilizará la corriente Cognitiva-Conductual ya que es importante trabajar sobre los síntomas que presentan los hijos de padres migrantes debido a su ausencia, así como también para mejorar la calidad de vida de los mismos.

2.3. RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES

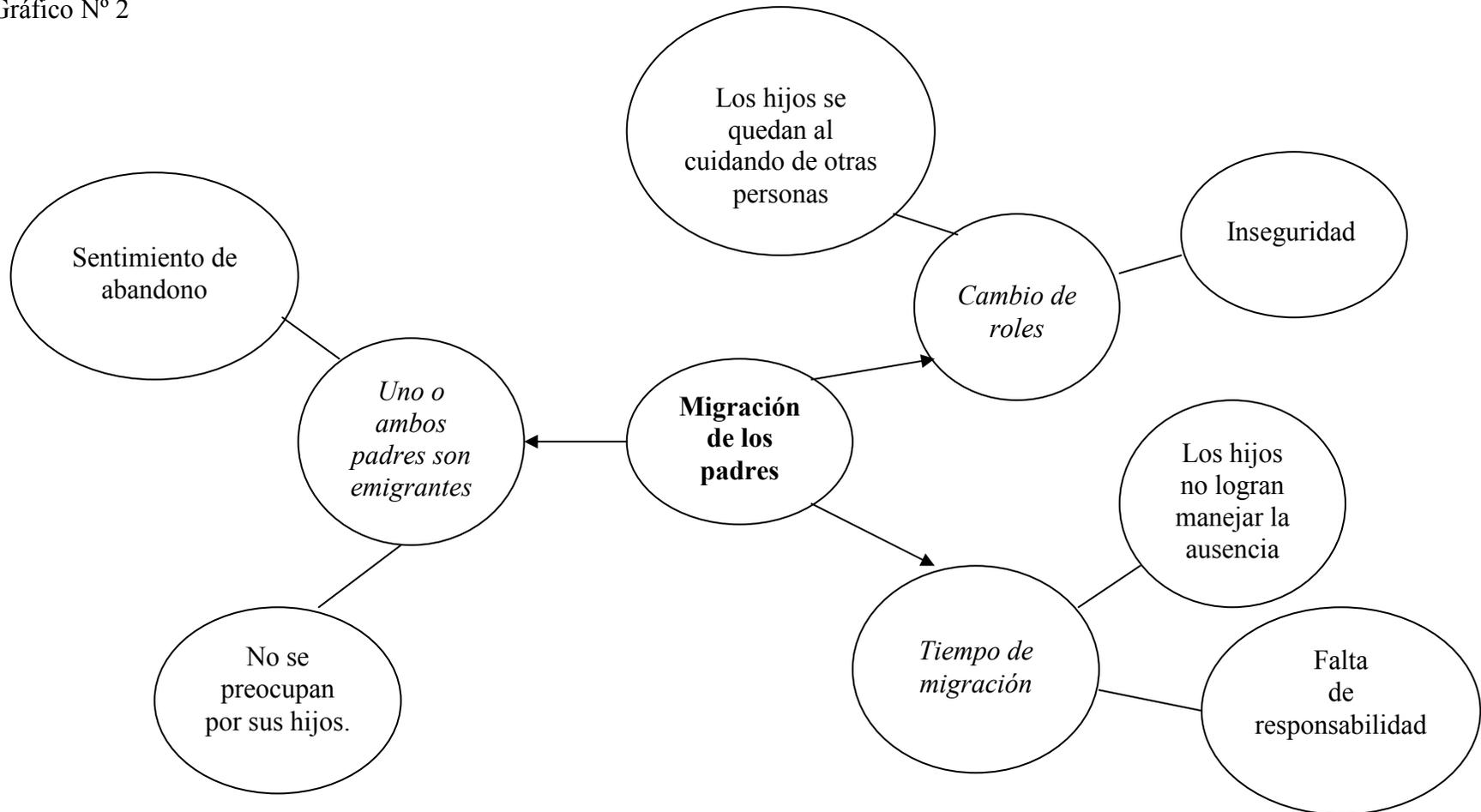
Gráfico N° 1



Elaborado por la Investigadora.

2.4. CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

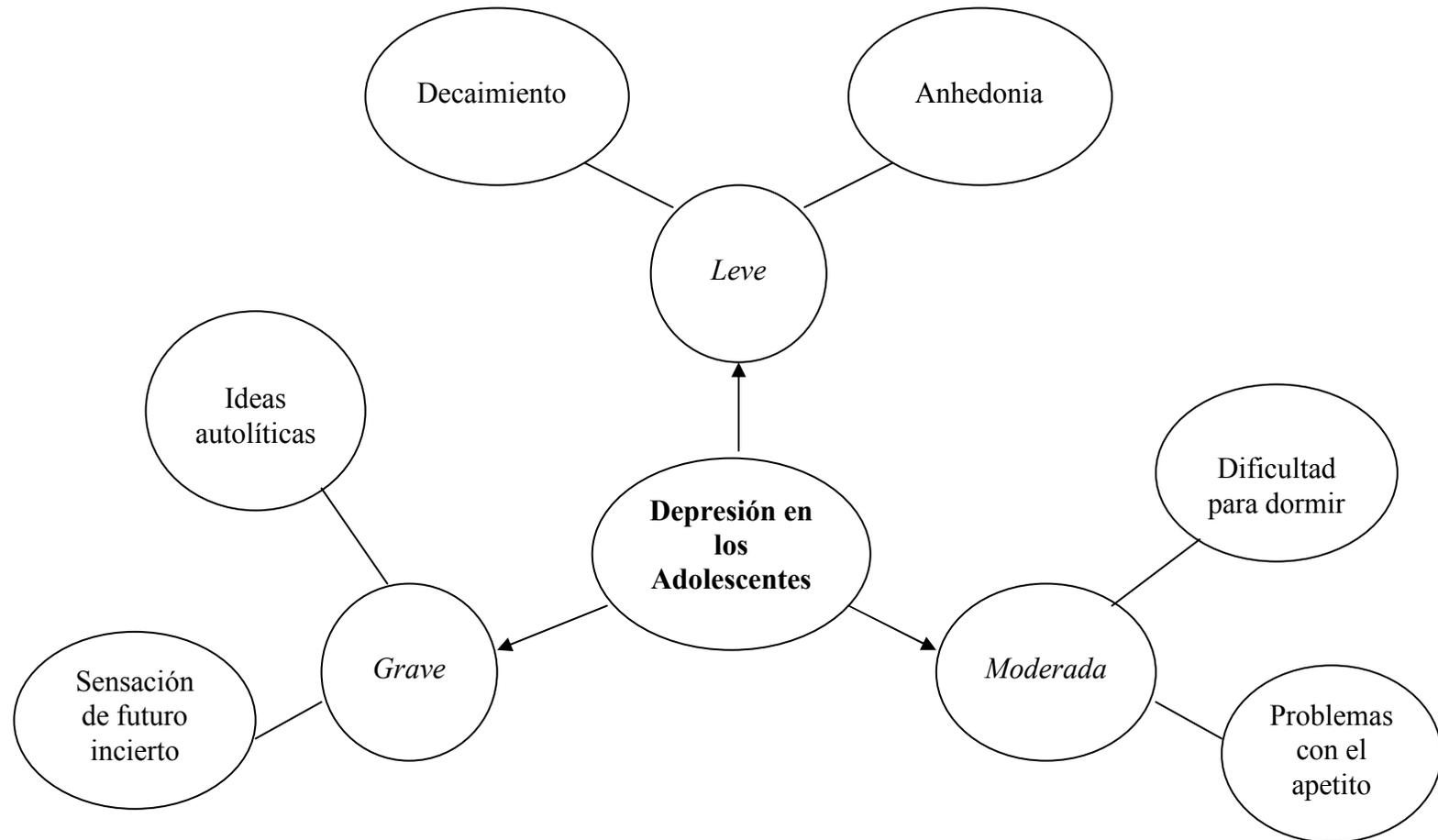
Gráfico N° 2



Elaborado por la Investigadora.

2.5. CONSTELACIÓN DE IDEAS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Gráfico N° 3



Elaborado por la Investigadora.

2.6. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.6.1. Variable independiente

- **Sociedad**

Según, Durkheim (2005), la sociedad es un conjunto de individuos que comparten una cultura con sus conductas y fines, y que interactúan entre sí para formar una comunidad.

Para el autor mencionado anteriormente, las sociedades humanas son formadas por entidades poblacionales cuyos habitantes y su entorno se interrelacionan en un proyecto común que les otorga una entidad de pertenencia. Este concepto también implica que el grupo comparte lazos ideológicos, económicos y políticos. Sin embargo, al momento de analizar una sociedad, se tienen en cuenta factores como el grado de desarrollo, la tecnología alcanzada y la calidad de vida. La sociedad en un sentido amplio, es un conjunto de individuos, pueblos, naciones, etc.

Para la Psicología Social, en un sentido estricto, cuando se habla de sociedad, se hace referencia a un conjunto de personas que poseen una misma cultura, tradiciones, y se ubican en un espacio y tiempo determinados. Todo hombre está inmerso en la sociedad que lo rodea, lo cual influye en su formación como persona. Todo grupo social adopta una forma de organización social con el fin de resolver más eficazmente los problemas de la subsistencia y para ordenar la convivencia. Así también, la naturaleza humana desempeña un papel en la conformación de la vida social, mientras que la estructura social a su vez, con sus hábitos, normas y costumbres también ejerce una influencia en las personas.

Además, la Psicología Social, menciona que los seres humanos tienen la capacidad de trascender los condicionamientos sociales y lograr su identidad y puede llegar a participar activamente, recreando nuevas formas de organización más adecuada de acuerdo a las necesidades de cada época.

- **Inequidad social**

Weber (1924), indicó que la inequidad social es el trato desigual de un individuo hacia otro a su posición social, económica, religiosa, sexo, raza, entre otros. No obtiene relevancia social hasta que no se hallan principios o derechos fundamentales a la igualdad. Las minorías sociales son las que más sufren.

Para este pensador alemán antes mencionado, las grandes entidades o grupos usan el discrimen para mantener control de los pequeños grupos.

Según, Omar Pacco (2006), llamamos inequidad social a las diferencias que consideramos injustificadas e injustas. Por inequidad se entienden las diferencias sistemáticas que son innecesarias y evitables dentro del marco social.

Este autor, menciona que la inequidad social es la causa principal de la pobreza, en la heterogénea distribución de los ingresos y de las oportunidades para accederlas. Su problema central es el desempleo y la ignorancia. Su abordaje implica crear fuentes de ingresos sostenibles para las poblaciones pobres, e instruirlos para escalar en cualquier actividad económica o apropiarse de nuevas tecnologías.

Desde el punto de vista de la Psicología Social, no es tarea sencilla concebir la salud de personas carenciadas, con difícil acceso a la alimentación, al trabajo, a la vivienda, a la educación, a los mismos servicios de salud. La inequidad en estos aspectos sólo trae consigo violencia.

Para Adams (2004), en su teoría psicológica, indica que cuando en una relación de cualquier tipo percibimos una inequidad, aparece un estado de tensión; ambas personas experimentan un estado de molestia o de tensión, no solo afectiva sino también cognitiva. Ese estado de tensión es proporcional a la magnitud de la inequidad. Cuanto más alta es la inequidad más alta es la tensión.

- **Causas socioeconómicas**

Para Agustín, R. (2008), las causas socioeconómicas de la migración son los factores fundamentales en cualquier proceso que implique el éxodo de seres humanos. De hecho, existe una relación directa entre desarrollo socioeconómico e inmigración y, por ende, entre subdesarrollo y emigración.

Según el autor antes mencionado, la mayor parte de los que emigran lo hacen por motivos económicos, buscando un mejor nivel de vida. La situación de hambre y miseria en muchos países subdesarrollados obliga a muchos emigrantes a arriesgar su vida (y hasta perderla en multitud de ocasiones), con tal de salir de su situación.

Para Emma Saad (2003), entre las causas socioeconómicas que llevan a una persona a emigrar están: políticas gubernamentales sin visión de Estado con escasa o ninguna asignación para salud, educación y vivienda, pago de la deuda externa, congelamiento de depósitos bancarios y devaluación monetaria, desempleo abierto y disfrazado frente a una masa medianamente formada que oferta su trabajo por un salario que no cubre el costo de sus necesidades básicas, aumento del índice de inflación y pobreza, crisis de valores entre las personas que hacen de directivos y trabajadores, indisciplina en instituciones militares, silencio cómplice en las instituciones seculares y otras situaciones que contribuyen a agravar una gran problemática de un país.

Emma Saad (2003), indicó que las causas socioeconómicas de la emigración tienen un fuerte impacto en los adolescentes, puesto que este fenómeno socioeconómico se ha incrementado de forma vertiginosa.

Para esta autora, es importante el estudio de las consecuencias que estos factores socioeconómicos tienen a nivel psíquico y que se presentan notablemente en los miembros de las familias de emigrantes.

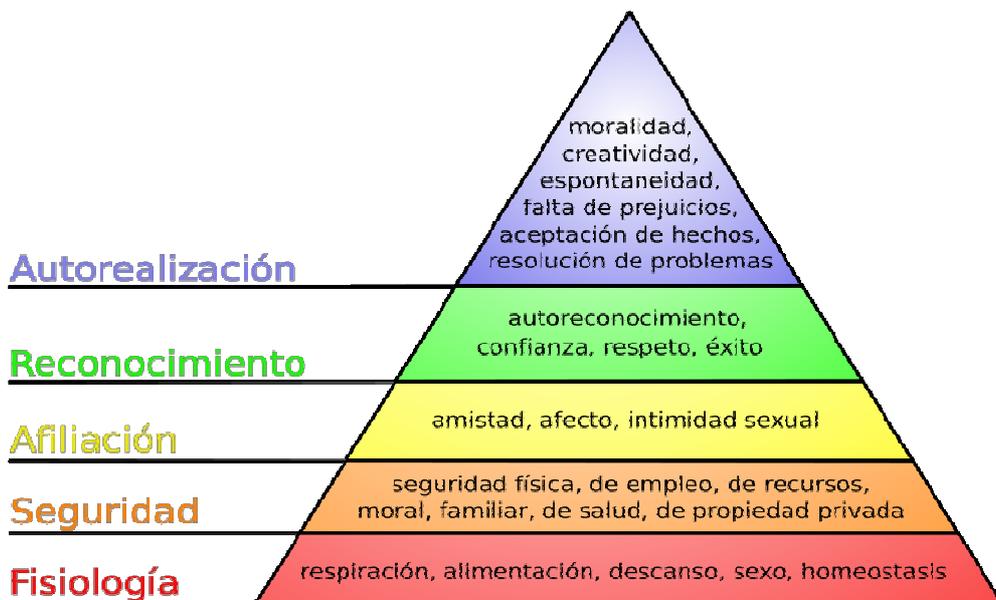
- **Pobreza**

Manuel, F. (2006). Menciona que la pobreza es una realidad que todos enfrentamos, que muchos vivimos, pero que resulta sumamente arduo definir y medir. La noción de pobreza expresa situaciones de carencia de recursos económicos o de condiciones de vida que la sociedad considera básicos de acuerdo con normas sociales de referencia, que reflejan derechos sociales mínimos y objetivos públicos.

Para el autor citado anteriormente, estas normas se expresan tanto en términos absolutos como relativos, y son variables en el tiempo y de los diferentes espacios nacionales.

Abraham Maslow (1943), a su vez, establece una jerarquía de necesidades humanas, en donde una vez satisfechas las necesidades básicas, se desarrollan otras necesidades y deseos superiores.

Gráfico N° 4



Fuente: Abraham Maslow (1943).

Maslow, además, comentó que cuando hablamos de pobreza se nos viene a la mente que es una posición social dependiendo del dinero que poseamos pero hay que entender que esa pobreza también podría depender de las necesidades que satisfacemos. Por lo tanto, podemos entender que la pobreza perjudica el desarrollo adecuado de estas etapas. Es importante que el ser humano satisfaga las tres primeras necesidades de la pirámide como son: necesidades fisiológicas, de seguridad y afiliación, ya que estas son la base para la cobertura de nuevas necesidades y deseos superiores; si estas primeras no son adecuadamente cubiertas, en su momento, es imposible que se trate de suplir las necesidades de reconocimiento y autorrealización.

Para David Tarazona (2003), desde sus inicios, la psicología se ha preocupado por los problemas sociales en la medida que influyen en el desarrollo humano. Al nacer una persona lo hace en un medio social que le brinda experiencias tempranas, comunes a su grupo de pertenencia, las cuales van a depender de las prácticas de socialización y crianza. Este aprendizaje social va a influir durante todo el proceso evolutivo de la persona, incluyendo la configuración de su personalidad. Es por ello que para este autor la pobreza influye significativamente en el desarrollo psicosocial de un individuo y su entorno familiar.

Según, Emma Saad (2003), las familias nucleares, también llamadas tradicionales, se pueden disolver o desestructurar por las llamadas “crisis de desajuste o desgracias inesperadas”. Estas crisis corresponden a la presencia de eventos traumáticos, pobreza, imprevistos que afectan súbitamente al sistema familiar.

María Gessen (2010), indicó que la pobreza tiene implicaciones psicológicas que no siempre se toman en cuenta en los análisis socioeconómicos; ser pobre representa no sólo la tragedia del hambre y la desnutrición, o la falta de bienes y servicios primarios o la carencia de sustento, si no que conlleva alteraciones importantes en la conducta humana. Los seres humanos conformamos nuestra forma de ser, nuestras actitudes ante la vida, nuestro comportamiento y nuestra personalidad en base a parámetros biológicos, genéticos, sociales y psicológicos.

- **Migración de los padres**

Arias, F. (2009), indicó que hoy en día la migración de miles de seres humanos es un objeto de estudio fundamental, puesto que este suceso conlleva muchos desequilibrios emocionales en los emigrantes y sus familias. La migración de los padres de familia tiene varias respuestas en los hijos adolescentes, puesto que esto conduce a muchos conflictos.

Según, Carrera (2000), la ausencia de uno o ambos padres marca la evolución de la familia en el aspecto afectivo, educativo y económico, ya que, la ausencia del padre/madre supone que el adolescente tiene que asumir nuevos y distintos papeles, lo que origina un estrés añadido que no se encuentra en otras familias. Esta situación puede facilitar la aparición de enfermedades psicosociales y condicionar un incremento del uso de los servicios de salud.

Para este autor, muchos trabajos han estudiado el impacto que sufren los hijos de padres migrantes en términos de desarrollo emocional, conductas, probabilidad de enfermedades psiquiátricas, identidad sexual, actitudes futuras hacia el matrimonio e intensidad de las transiciones psicosociales. Estos y otros estudios indican, en resumen, que los hijos con padres migrantes tienen una mayor probabilidad de obtener peores resultados en una amplia gama de facetas (conductas antisociales, rendimientos en test de lenguaje, coordinación visual, motora, etc.) que los niños que viven con sus padres.

Carrera (2000), indicó que desde un punto de vista demográfico, los hijos con padres migrantes tienden estadísticamente a ser más pobres, a abandonar el colegio prematuramente, a estar desempleados y a involucrarse en actividades delictivas con más frecuencia que aquellos adolescentes que, en la constitución de su vida familiar, conviven con sus progenitores. Para este autor, dentro de las consecuencias de la migración tenemos: sentimientos de abandono, apatía hacia la escuela, deserción escolar, depresión, roles no definidos dentro del hogar, inseguridad, baja autoestima, entre otros.

2.6.2. Variable dependiente

- **Salud mental**

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2007), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Barrantes (2009), manifestó que la salud mental es algo que todos queremos para nosotros mismos, conozcamos su nombre o no. Cuando hablamos de felicidad, paz mental, gozo o satisfacción, usualmente estamos hablando de salud mental.

Para la autora antes citada, la salud mental está relacionada con la vida diaria de cada persona. Significa la forma de relacionarse con sus familias, con sus compañeros, en sus comunidades, en la escuela, en el trabajo, en los juegos. Está relacionada con la forma en que cada persona armoniza sus deseos, ambiciones, habilidades, ideales, sentimientos y conciencia, con el fin de satisfacer las demandas de la vida.

Según la Federación Mundial para la Salud Mental (1999), la salud mental tiene que ver con cómo nos sentimos con nosotros mismos, cómo nos sentimos con los demás y en qué forma respondemos a las demandas de la vida. No existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está. En verdad, existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que se la posee.

Por otra parte, tampoco la ausencia de uno de esos atributos puede admitirse como prueba de “enfermedad” mental. Más aún, nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena” salud mental.

- **Psicología clínica**

Feldman, R. (1998), indicó que la Psicología Clínica es el campo que dirige el estudio, diagnóstico, tratamiento de problemas o trastornos psicológicos o conducta anormal. Se dedica al bienestar humano y se enfatiza en la búsqueda del conocimiento.

Para el autor anteriormente mencionado, también es la rama de la psicología que versa sobre el estudio, diagnóstico y tratamiento del comportamiento anormal.

Luján M. (2010), refiere, en este sentido; que la Corriente Sistémica concibe a la Psicología Clínica como el estudio de los problemas en el contexto específico en el que se suscitan, ya sean en el sistema familiar, escolar o social; por lo cual, hay que estudiar el problema en el contexto en el que ocurre, con todos los miembros de ese sistema.

Según Eiguer (1999), la Corriente Sistémica enfoca a la familia como un grupo de crecimiento y desarrollo, pero así también como generadora de estancamiento y patologías en algunos casos. Este autor, hace referencia al estudio de la migración desde el punto de vista de la Psicología Clínica; es por ello que refiere que muchas son las razones por las cuales los miembros de una familia pueden emigrar. En algunos casos, las migraciones se producen a partir de situaciones traumáticas. En cambio en otros, lo que predomina son los deseos de progreso.

Para el autor antes citado, el fenómeno migratorio ha sido enfocado por la Psicología Clínica desde el punto de vista de los motivos manifiestos y latentes que impulsan a las personas, las familias o los grupos a migrar, y de las consecuencias que dicha migración tiene para los sujetos y sus familias. Muchos señalan que la migración implica un trabajo psíquico de envergadura, que algunas familias logran realizar y otras no.

- **Personalidad**

A continuación citamos el estudio de la personalidad, en cuanto constituye un factor predisponente para el entendimiento de los trastornos del estado de ánimo que constituye la variable dependiente.

Según Gutiérrez, Ana (2006), la personalidad es un conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes, hábitos y la conducta de cada individuo hacen que una persona sea diferente a las demás. La manera en que cada ser pensante actúa sobre situaciones diversas, nos dice algo sobre la personalidad de cada persona; en otras palabras, es el modo habitual por el cual cada ser piensa, habla, siente y lleva a cabo alguna acción para satisfacer sus necesidades en su medio físico y social.

Para Allport, la personalidad es la organización dinámica en el interior del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su ajuste característico a su ambiente. Este autor indica que el individuo no nace con una personalidad determinada, sino con cierta dotación que condicionará, en parte, el desarrollo posterior. La personalidad se conquista, se hace, se construye. Así, las condiciones heredadas se complementan y transforman a través de la experiencia, el aprendizaje, la educación, el trabajo, la fuerza de voluntad, la convivencia y el cultivo de la persona.

Muñoz, Ana (2005), refiere que la personalidad está formada por una serie de características que utilizamos para describirnos y que se encuentran integradas mediante lo que llamamos el yo o "sí mismo" formando una unidad coherente. Entre estas características se encuentra lo que en psicología se denominan rasgos (como agresividad, sumisión, sociabilidad, sensibilidad...); conjuntos de rasgos (como extroversión o introversión), y otros aspectos que las personas utilizan para describirse, como sus deseos, motivaciones, emociones, sentimientos y mecanismos para afrontar la vida. Es decir, la personalidad es la forma en que pensamos, sentimos, nos comportamos e interpretamos la realidad.

- **Personalidad Depresiva**

Según Oldham y Morris (1995), el trastorno depresivo de la personalidad se caracteriza por un patrón de comportamiento depresivo crónico que manifiesta algunos de los siguientes síntomas:

- Estado de ánimo caracterizado por abatimiento, tristeza, desánimo, desilusión e infelicidad.
- Autoconcepto basado en creencias de inadecuación, inutilidad y baja autoestima.
- Autocrítica y menosprecio.
- Preocupaciones.
- Lleva la contraria, critica y juzga a los demás.
- Pesimismo.
- Culpabilidad y remordimiento.

La personalidad depresiva se caracteriza por la incapacidad para relajarse y disfrutar, la seriedad y la carencia de sentido del humor.

Para los autores antes mencionados, los individuos con personalidad depresiva físicamente reflejan su estado de ánimo, presentando una postura hundida, voz hueca, expresión facial deprimida y retardo psicomotor. Sus expectativas para el futuro son negativas y no creen que las cosas puedan mejorar. La personalidad depresiva tiene un elevado riesgo de sufrir de Trastorno Depresivo o Distímico.

- **Trastorno Bipolar**

Según Rocío Álvarez (2008), este trastorno es un padecimiento que se presenta más frecuentemente de lo que pensamos y que compromete seriamente la vida emocional del individuo que lo presenta.

Para esta autora, los síntomas pasan años desapercibidos, y el paciente se da cuenta de que algo le pasa, que su vida es fásica, inestable y que atraviesa por períodos en que no es él mismo, o ella misma. Pero se dan cuenta que con los años su estado empeora y deteriora su vida funcional. Muchos de los individuos que lo padecen detectan, o sospechan que su enfermedad se oculta tras una

depresión que no es normal, o una distimia, muchas veces mezclados con estados disfóricos extraños y que necesitan acudir a varios médicos porque los tratamientos no los ayudan o los empeoran en su problema. Hay quienes reportan épocas de desequilibrios emocionales, que van de estados depresivos a estados disfóricos o exaltados sin tener ningún factor desencadenante, o el mismo es muy leve como para provocar tal estado. La tendencia general y patognomónica del estado bipolar es la tendencia a que estas crisis o episodios, tienden en la vida, a ser más frecuentes y graves, es decir a cronificarse.

Rocío Álvarez (2008), indica que entre las complicaciones que se van presentando más frecuentemente es la tendencia al abuso de sustancias, alcohol, a estados obsesivos graves, a deterioro del pensamiento y hasta síntomas psicóticos, por lo que muchos de éstos pacientes reciben diagnósticos errados. Sin embargo y en algunos casos el debut de la enfermedad es dramático con una mixtura de síntomas que confunden al terapeuta más experto, éstos debuts se dan en niños o jóvenes, y hay que tener muy en cuenta que esta enfermedad se presenta en un alto índice a edades tempranas, un 20-40% de adultos con diagnóstico de Trastorno Bipolar refieren haber presentado sus síntomas desde la infancia.

Para la autora antes citada, la prevalencia según uno de los últimos estudios (Lewinsohn) ratifica cifras que otros autores estiman, y sitúan el problema entre un 1 a un 6% de la población Americana. El trastorno Bipolar se complica por su no reconocimiento del problema, la justificación de los estados emocionales cambiantes, el abuso de sustancias, tratamientos mal impartidos, comorbilidad psiquiátrica o médica, ansiedad, fallas neurocognitivas, y la ideación de muerte o riesgo suicida. La vida emocional y la personalidad del paciente se ven seriamente comprometidos en una enfermedad bipolar por la inestabilidad afectiva.

- **Estado anímico**

Según Aguilar Camén, Héctor (2004), el estado de ánimo es una emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad. Es un estado emocional prolongado que influye sobre la totalidad de la personalidad y de las funciones vitales.

Robert Thayer (2000), refiere que el estado de ánimo es un estado emocional que permanece durante un período relativamente largo. Se diferencian de las emociones en que son menos específicos, menos intensos, más duraderos y menos dados a ser activados por un determinado estímulo o evento.

Este autor, indica que los estados de ánimo suelen tener una determinada valencia, o lo que es lo mismo, se suele hablar de buen y de mal estado de ánimo. A diferencia de las emociones, como el miedo o la sorpresa, un estado de ánimo puede durar horas o días. Por otra parte, también se diferencia del temperamento o la personalidad, los cuales generalmente no suelen tener un componente temporal, si no que son actitudes permanentes en el tiempo. No obstante, determinados tipos de personalidades, como el optimismo o la neurosis pueden predisponer al sujeto a unos determinados estados de ánimo. Ciertas alteraciones del estado de ánimo como la depresión o el trastorno bipolar forman una clase de patologías denominadas trastornos del estado de ánimo.

Alfonso Aguiló (2003), indicó que dentro del estado de ánimo podemos ver ciertos desórdenes que se encuentran entre los trastornos más frecuentes observados, tanto en la práctica psiquiátrica como en el ejercicio cotidiano del médico general. Las variaciones del estado de ánimo, patológicos en calidad y en intensidad, pueden ser desde la depresión profunda hasta la ilación maníaca, la distimia depresiva, siendo mucho más frecuente que el estado anímico expansivo y eufórico de la manía.

- **Depresión en los adolescentes**

La Organización Mundial de la Salud OMS (2010), manifiesta que la depresión es una enfermedad que altera de forma intensa los sentimientos y los pensamientos. La forma más frecuente de manifestarse es como tristeza, decaimiento, sensación de ser incapaz de afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras.

El DSM IV-TR, refiere que el síntoma más característico de la depresión es la tristeza. La depresión puede ser:

- Leve: Se caracteriza por la presencia de decaimiento, anhedonia.
- Moderada: Caracterizada por la dificultad para dormir y problemas con el apetito.
- Grave: Sensación de futuro incierto e ideas autolíticas.

A lo largo de la vida podemos experimentar tristeza o desgano, especialmente cuando sufrimos una pérdida importante. Sin embargo, la tristeza y desgano en la depresión son inapropiados o excesivamente intensos y prolongados. El llanto no suele aliviar la tristeza en una persona deprimida, y en ocasiones le es imposible llorar, por estar el paciente vacío de emociones. Otros síntomas que pueden aparecer son:

- Pérdida de energía con sensación de agotamiento incluso tras el descanso.
- Enlentecimiento mental y dificultad para prestar atención, con falta de memoria. En los ancianos, puede provocar un estado de confusión llegando a aparentar una demencia.
- Ansiedad con irritabilidad o agitación.
- Cambios en el sueño con somnolencia, o más frecuentemente, insomnio.
- Disminución de peso por pérdida de apetito, o aumento del mismo por sensación de vacío causada por la ansiedad.

Para el DSM IV-TR, con frecuencia, las personas con depresión se quejan de

síntomas como dolor de cabeza o de otras zonas, problemas digestivos o sexuales. Es muy frecuente la inapetencia sexual, que puede dificultar las relaciones de pareja. Todos estos síntomas causan sentimientos de inutilidad y culpa. El paciente, que no comprende lo que le pasa, se siente responsable de lo que le ocurre. La vida pasa a verse como desagradable, vacía y carente de interés.

Muchos pacientes ven la muerte como un alivio de su sufrimiento y piensan con frecuencia en ella y, en algunos casos, en el suicidio. Estas ideas no son propias de la forma de pensar del paciente, sino que se deben al trastorno que produce la depresión y desaparecen cuando el tratamiento funciona. Por ello, no se deben tomar decisiones importantes mientras no mejore la depresión. (ibid).

Según Chisvert, Laura (2002), la depresión en los adolescentes hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que puede disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad habitual.

Según Oldham y Morris (1995), el tipo de personalidad más vulnerable para presentar depresión es la Personalidad Dependiente. Este tipo de personalidad se caracteriza por:

- Incapacidad de tomar decisiones por sí solo.
- Temor al rechazo.
- Dificultad para iniciar o emprender actividades por su cuenta.
- Se siente desamparado cuando está solo.
- Sufre excesivamente cuando hay conflictos a nivel afectivo.
- Vive con miedo al abandono.

Para Martín C. (2006), la migración tiene una influencia muy grande en la depresión de los adolescentes, puesto que ellos atraviesan por una etapa en donde existen profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales. La

migración de los padres para los adolescentes genera una desestructuración de lo cotidiano, inseguridad, ansiedad, frustración, depresión, etc.

Para la autora antes mencionada, entre los factores de riesgo de la depresión podemos encontrar:

- Desorganización familiar a causa de la migración.
- Los hijos se quedan al cuidado de otras personas.
- Roles no establecidos por los nuevos cuidadores de los adolescentes.
- Los adolescentes no logran manejar la usencia de los padres.
- Soledad.

Dentro de las consecuencias de la depresión tenemos:

- Bajo rendimiento académico.
- Agresividad.
- Ansiedad.
- Irritabilidad.
- Culpa.
- Suicidio.

La emigración impacta la estructura, dinámica y funciones familiares; implica redistribución y resignificación de roles y funciones; complejiza la dinámica en cuanto al miembro ausente (la distancia física no es necesariamente afectiva); reta al proceso de socialización y al ciclo vital familiar. Es por ello que el adolescente que atraviesa por el proceso migratorio es eje de la desintegración y la reintegración de sus procesos vitales y tiene un condicionamiento histórico concreto. (ibid).

2.7. Fundamentación Legal

El trabajo de investigación se sustentará en el Proyecto de Ley Orgánica de Protección Integral a las y los ecuatorianos en el Exterior que dice:

- Artículo 4.- Protección a las familias.-

El Estado ecuatoriano garantizará, mediante acciones afirmativas y políticas de estado, la protección y asistencia integral de las familias de las y los ecuatorianos en el exterior, sea que estas se encuentren en territorio nacional o en el exterior.

Los objetivos principales de estas medidas serán la protección y asistencia en los ámbitos psicológico, pedagógico y deportivo, así como la prevención en temas de salud pública, tales como el uso de drogas y alcohol, y educación sexual, con especial atención a niñas, niños y adolescentes.

2.8. HIPÓTESIS

2.8.1. Hipótesis general

- La migración de los padres de familia causa niveles de depresión leve en los adolescentes.

2.9. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

2.9.1. Variable independiente

- Migración de los padres de familia.

2.9.2. Variable dependiente

- Depresión leve en los adolescentes.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

La investigadora en el presente trabajo acogió el enfoque: crítico-propositivo de carácter cuanti-cualitativo. Cuantitativo porque se recabó información que fue sometida a análisis porcentual. Cualitativo porque estos resultados pasaron a la criticidad con soporte del Marco Teórico.

3.2. MODALIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. Investigación conjunta

Porque el trabajo de grado tuvo información secundaria sobre el tema de investigación obtenida a través de libros, textos, módulos, periódicos, revistas, Internet, así como de documentos válidos y confiables a manera de información primaria.

3.2.2. Investigación de campo

Porque la investigadora acudió a recabar información en el lugar donde se produjeron los hechos, en este caso en el bachillerato de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”; para así poder actuar en el contexto y transformar una realidad.

3.2.3. Proyecto de intervención social o proyecto factible

Porque la investigadora no se conformó con la observación pasiva de los fenómenos educativos; sino que además, realizó una propuesta de solución al problema investigado.

3.3. TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3.1. Asociación de variables

La investigación se llevó a nivel de Asociación de Variables porque permitió estructurar predicciones a través de la medición de relaciones entre variables. Además se pudo medir el grado de relación entre variables y a partir de ello, se determinó tendencias o modelos de comportamiento mayoritario.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo a ser investigado lo constituyeron 200 estudiantes de Primero, Segundo y Tercer Año de Bachillerato de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, a los cuales se les realizó una encuesta previa para determinar el porcentaje de adolescentes con padres migrantes y con los cuales se procedió a trabajar. Por lo tanto, siendo la población 80 estudiantes, no hubo necesidad de aplicar muestreo.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Cuadro N° 2

3.5.1. Variable independiente: Migración de los padres

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Es un fenómeno social emergente con notable impacto en el ámbito sanitario; en donde los padres salen de su contexto regular a otro país en búsqueda de mayores oportunidades de vida para su familia.	<ul style="list-style-type: none"> - Uno o ambos padres han emigrado. - Cambio de roles. - Tiempo de migración. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de abandono. - No se preocupan por sus hijos. - Los hijos se quedan al cuidado de otras personas. - Inseguridad. - Los hijos no logran manejar la ausencia. - Falta de responsabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué factores le llevaron a abandonar el país? - ¿Cuáles son las ventajas y desventajas de la migración? - ¿Qué daños ha ocasionado en su familia su salida del país? 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Encuesta. <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario. • Historia Clínica.

Elaborado por la Investigadora.

Cuadro N° 3

3.5.2. Variable dependiente: Depresión en los adolescentes

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión Leve. - Depresión Moderada. - Depresión Grave. 	<ul style="list-style-type: none"> - Decaimiento. - Anhedonia. - Dificultades para dormir. - Problemas con el apetito. - Ideas autolíticas. - Sensación de futuro incierto. 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Humor deprimido? - ¿Culpa? - ¿Ideas suicidas? - ¿Insomnio? - Trabajo y actividades. - ¿Inhibición? - ¿Agitación motora y psíquica? - ¿Ansiedad Somática? - ¿Síntomas somáticos? - ¿Hipocondría? - ¿Pérdida de peso? - ¿Insight? 	<ul style="list-style-type: none"> - Observación. - Encuesta. <ul style="list-style-type: none"> • Test de Hamilton para Depresión.

Elaborado por la Investigadora.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.6.1. Observación

Para obtener en forma metódica y establecer relaciones entre los hechos, destacar características, identificar hechos y fenómenos.

3.6.2. Encuesta

Por ser una técnica que permite recoger información de manera simultánea. Se utilizó un cuestionario, realizado por la Psicóloga del Plantel, dirigida a los estudiantes de Bachillerato para separar a hijos de padres migrantes. Anexo 1.

Así también se utilizó la Historia Clínica para recoger datos sobre la psicoanamnesis normal y patológica de los estudiantes. Anexo 2.

Finalmente se aplicó el reactivo psicológico, en este caso el Test de Hamilton, para medir el grado de depresión de los adolescentes. Anexo 3.

3.6.3. Historia Clínica

La misma que contiene datos de identificación, motivo de consulta, historia de la enfermedad, psicoanamnesis personal normal y patológica, psicoanamnesis sociofamiliar normal y patológica, evaluación psicológica de funciones, diagnóstico presuntivo, reactivos psicológicos, diagnóstico definitivo, conclusiones y recomendaciones.

3.6.4. Test de Hamilton

Cuyo objetivo consiste en obtener una medida del estado depresivo.

3.6.5. Validez y confiabilidad

La validez de los instrumentos vino dada mediante la aplicación de una prueba piloto.

3.7. PLAN PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

A fin de recolectar la información necesaria para esta investigación, fue preciso realizar una prueba piloto para dar confiabilidad a los instrumentos aplicados. Además, se llevó a cabo una reunión previa con el grupo investigado para la aplicación definitiva de los mismos.

Finalmente, se procedió a la aplicación de dichos instrumentos en las instalaciones de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”.

3.8. PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Con la finalidad de procesar la información recogida; se realizó una revisión crítica de los resultados obtenidos; es decir, se hizo una limpieza de información defectuosa, contradictoria, incompleta y no pertinente.

Cabe indicar que hubo una repetición de la recolección, en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.

Posteriormente, se procedió a la tabulación y elaboración de cuadros y gráficos según las variables; así como también el respectivo estudio en términos de porcentaje.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CUANTI-CUALITATIVA

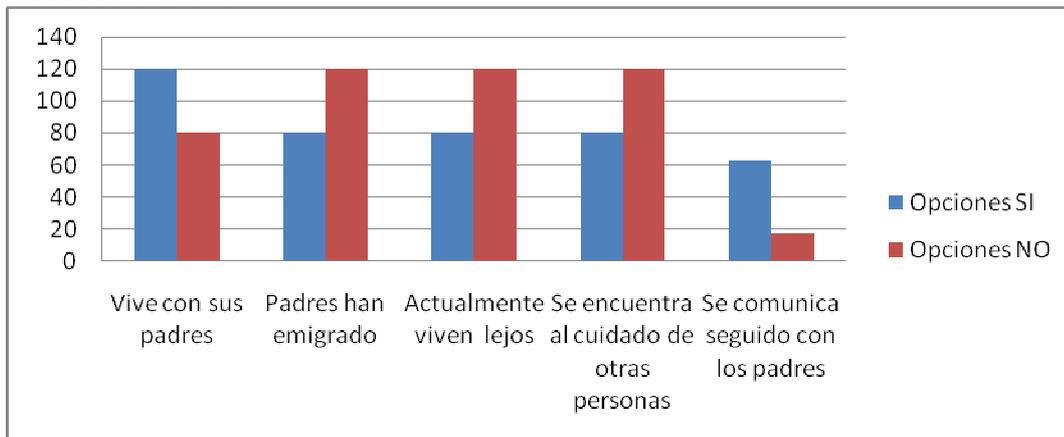
A continuación se presenta el análisis de la encuesta para identificar a los hijos de padres migrantes; realizada a 200 estudiantes de Bachillerato de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, la misma que arroja los siguientes resultados.

CUADRO No. 4

Pregunta	Opciones	
	SI	NO
1.- ¿El alumno vive con sus padres?	120	80
2.- ¿Sus padres han emigrado a otro país?	80	120
3.- ¿Actualmente, sus padres viven lejos?	80	120
4.- ¿Se encuentra al cuidado de otras personas?	80	120
5.- Si es así, se comunica seguido con su/sus padres que están en el exterior?	63	17

Fuente: Ficha de entrevista a los estudiantes de Bachillerato.
Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 5



Elaborado por la Investigadora.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta; podemos encontrar que de los 200 estudiantes de Bachillerato, 80 pertenecen a hijos de padres migrantes.

Por otra parte, a continuación se presenta un análisis del Test de Hamilton aplicado a los 80 estudiantes que corresponden a hijos de padres migrantes de Bachillerato de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, la misma que arrojó los siguientes resultados:

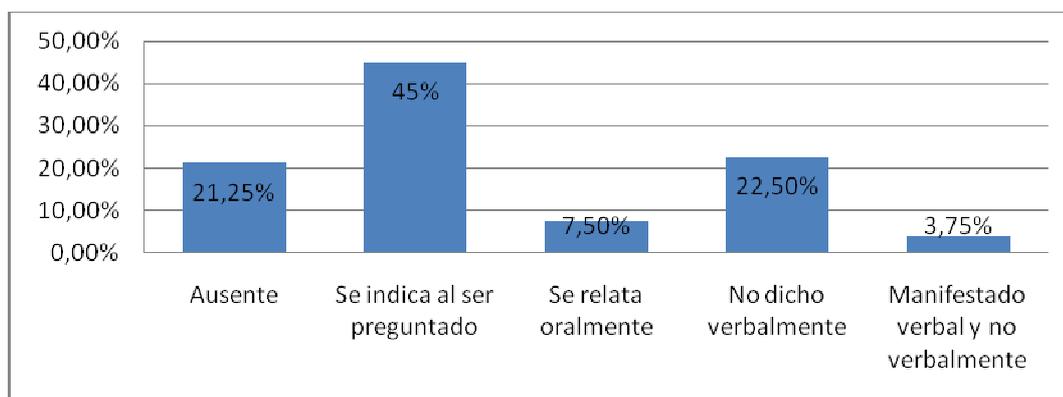
CUADRO No. 5

Pregunta 1.- Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad).

Opciones					
Ausente	Sensaciones que se indican al ser preguntado	Sensaciones que se relatan oral y de forma espontánea	Sensaciones no comunicadas verbalmente	Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal espontáneamente	Total:
17 21.25%	36 45%	6 7.5%	18 22.5%	3 3.75%	80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).
Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 6



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

A la inquietud expresada en la interrogante, se puede observar que un 78.75% de los estudiantes encuestados refiere tener un humor deprimido; sin embargo un 21.25% no presenta tristeza, depresión, desamparo e inutilidad.

Interpretación.

Los resultados en este ítem demuestran que la mayoría los adolescentes tienen sensaciones de tristeza, depresión, desamparo e inutilidad con respecto a la ausencia de sus padres; independientemente si estas son manifestadas verbal y no verbalmente.

CUADRO No. 6

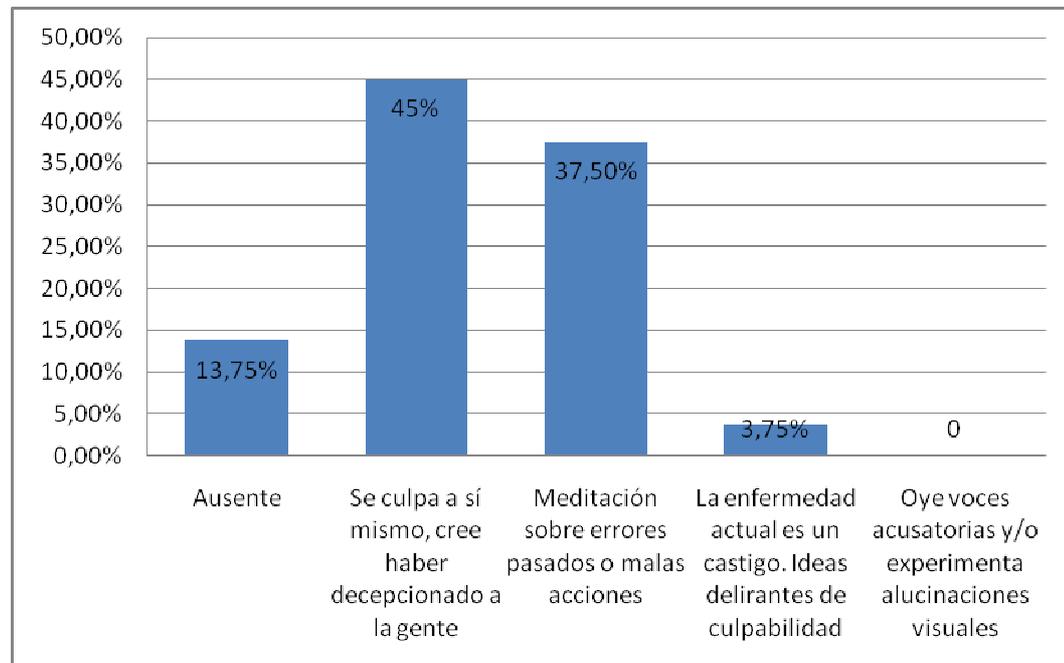
Pregunta 2.- Sensación de culpabilidad.

Opciones					
Ausente	Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones	La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad	Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras	
11 13.75%	36 45%	30 37.5%	3 3.75%	0	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 7



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

En el gráfico anterior, se puede observar que el 86.25% de los adolescentes encuestados se culpa a sí mismo, medita sobre errores pasados o malas acciones. Sin embargo, un 13.75% no tienen sensación de culpabilidad.

Interpretación.

Los resultados obtenidos en este ítem, denotan que un significativo porcentaje de los estudiantes encuestados tienen sentimientos de culpabilidad; lo que demuestra que se culpan a sí mismos de la emigración de sus padres.

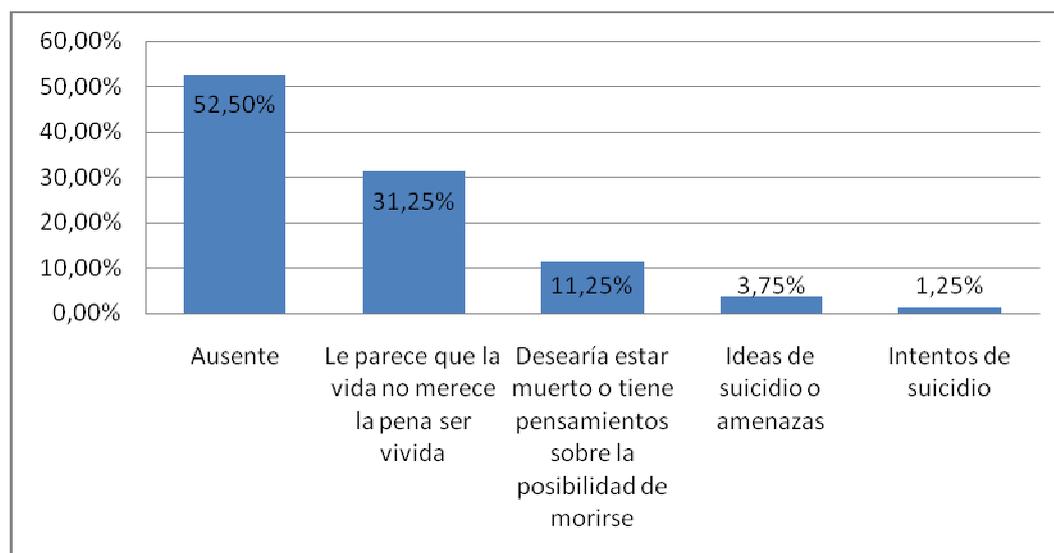
CUADRO No. 7

Pregunta 3.- Suicidio.

Opciones					
Ausente	Le parece que la vida no merece la pena ser vivida	Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	Ideas de suicidio o amenazas	Intentos de suicidio	
42 52.5%	25 31.25%	9 11.25%	3 3.75%	1 1.25%	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).
Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 8



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

En el cuadro anterior se puede observar que el 52.5% de los adolescentes hijos de padres migrantes no ha tenido pensamientos ni intentos suicidas. Por otra parte, el 15% tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse; así como también amenazas o ideas autolíticas. Además el 1.25% de los estudiantes, ha tenido intentos de suicidio.

Interpretación.

Los resultados revelan que los adolescentes encuestados, ante la ausencia de sus padres, atraviesan por una situación de riesgo, en donde la vida de estos estudiantes se ve amenazada debido a la tendencia de suicidio que ellos presentan.

CUADRO No. 8

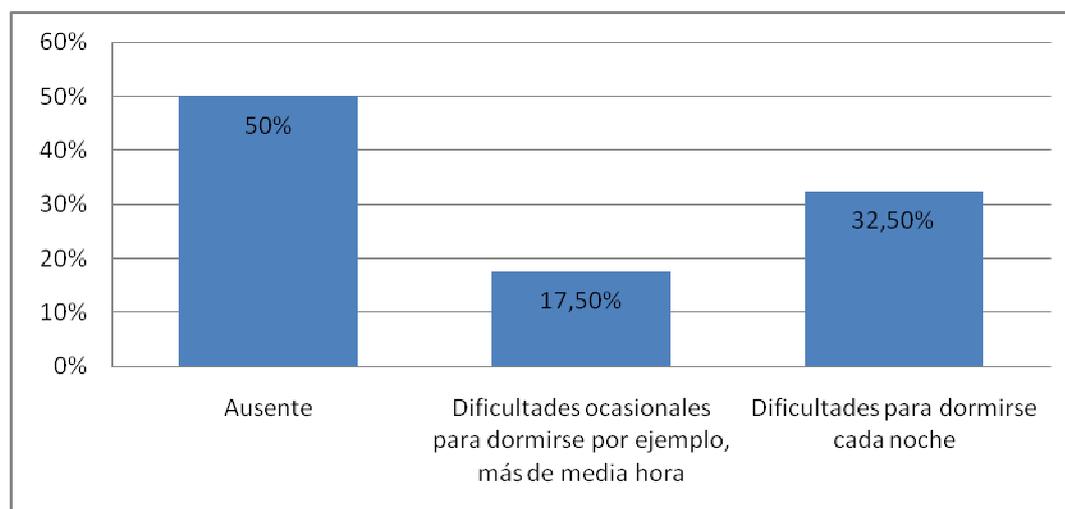
Pregunta 4.- Insomnio precoz.

Opciones			
Ausente	Dificultades ocasionales para dormirse por ejemplo, más de media hora	Dificultades para dormirse cada noche	Total:
40 50%	14 17.5%	26 32.5%	80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 9



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

El 50% de los entrevistados reveló que no tiene dificultades para dormir. Sin embargo, el 50% restante indicó la presencia de un insomnio precoz.

Interpretación.

Con respecto al gráfico, los resultados demuestran que la mitad de los adolescentes encuestados tiene dificultades para iniciar o mantener el sueño, esto indicaría que hay pensamientos que los perturban con respecto a la migración de sus padres; lo cual estaría ocasionando la presencia de síntomas de un insomnio precoz.

CUADRO No. 9

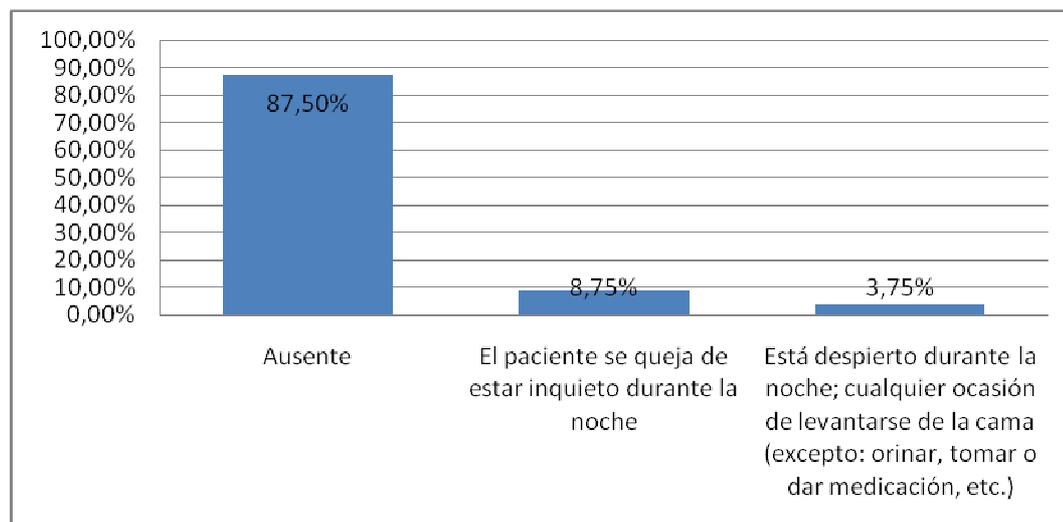
Pregunta 5.- Insomnio medio.

Opciones			
Ausente	El paciente se queja de estar inquieto durante la noche	Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto: orinar, tomar o dar medicación, etc.)	
70 87.5%	7 8.75%	3 3.75%	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 10



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

Con respecto a los resultados obtenidos en el cuadro anterior, se puede notar que un 87.5% de los encuestados no presenta insomnio medio. Por otra parte, un 12.5% se queja de estar inquieto al momento de dormir, lo cual los mantiene despiertos durante la noche.

Interpretación.

De acuerdo a los resultados del gráfico anterior, se puede notar que la mayoría de los adolescentes hijos de padres migrantes no presentan un insomnio medio. Sin embargo hay quienes sí presentan estos síntomas.

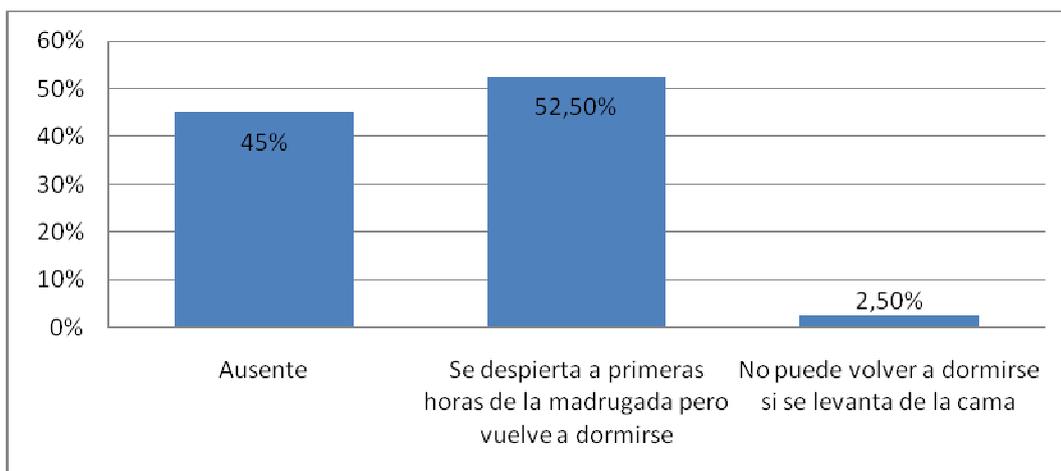
CUADRO No. 10

Pregunta 6.- Insomnio tardío.

Opciones			
Ausente	Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse	No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	
36 45%	42 52.5%	2 2.5%	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).
Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 11



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

De acuerdo a los resultados adquiridos, se puede mencionar que un 52.5% de la población encuestada se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse, en cambio, un 2.5% no puede volver a dormirse si se levanta de la cama. Finalmente, el 45% no presenta síntomas de un insomnio tardío.

Interpretación.

Con respecto a la información obtenida, se puede acotar que la mayoría de los adolescentes hijos de padres migrantes presenta los primeros síntomas de un insomnio tardío; esto indica que tienen dificultades relacionadas con este ítem.

CUADRO No. 11

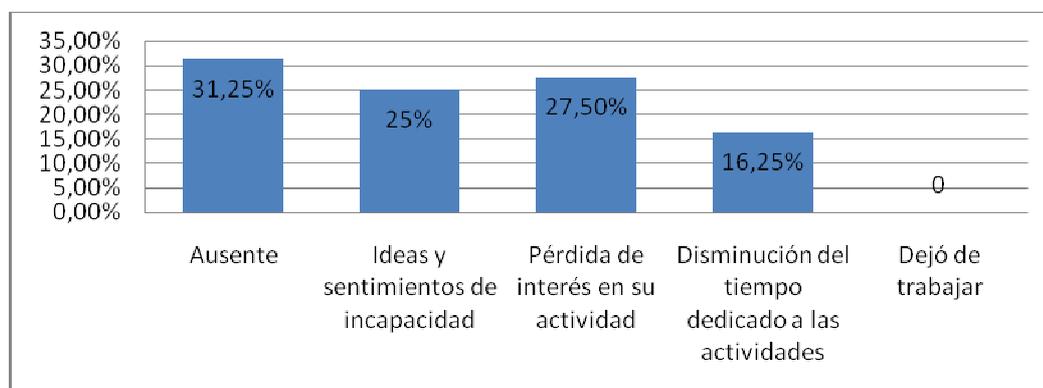
Pregunta 7.- Trabajo y actividades.

Opciones					
Ausente	Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones	Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el paciente o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación	Disminución del tiempo dedicado a las actividades o descenso en la productividad	Dejó de trabajar por la presente enfermedad	
25 31.25%	20 25%	22 27.5%	13 16.25%	0	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 12



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

En base a los resultados obtenidos en este ítem, se puede mencionar que un 52.5% de los encuestados presentan ideas y sentimientos de incapacidad; así como también una pérdida del interés en las actividades. Por otra parte, el 31.25% manifestó no presentar problemas con relación a este ítem y, el 16.25% refiere haber disminuido el tiempo que dedicaba a sus actividades.

Interpretación.

Se puede observar que aquellos adolescentes que tienen ideas y sentimientos de incapacidad, presentan una pérdida de interés en las actividades que antes solían realizarlas con agrado. Por otra parte, esto repercute en un descenso de la productividad y posiblemente en su rendimiento académico.

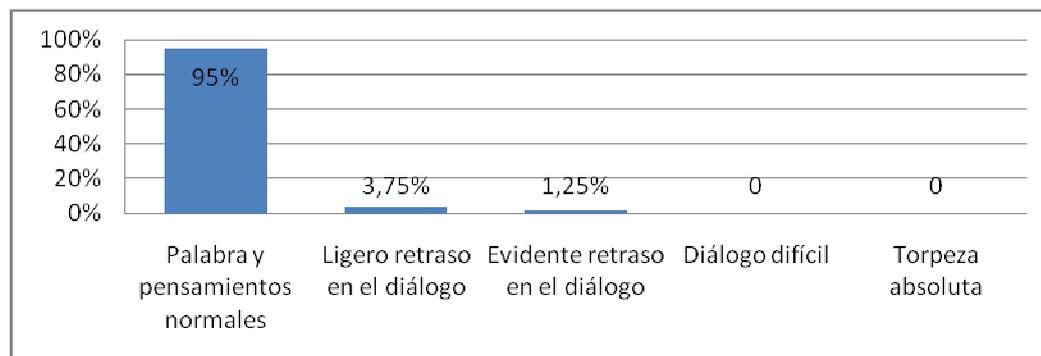
CUADRO No. 12

Pregunta 8.- Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida).

Opciones					
Palabra y pensamientos normales	Ligero retraso en el diálogo	Evidente retraso en el diálogo	Diálogo difícil	Torpeza absoluta	
76 95%	3 3.75%	1 1.25%	0	0	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).
Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 13



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

Se puede indicar que de acuerdo a la encuesta realizada a los adolescentes, el 95% presentan palabras y pensamientos normales. Por otra parte, el 3.75% tiene un ligero retraso en el diálogo, mientras que el 1.25% de los adolescentes presenta un evidente retraso del mismo.

Interpretación.

Con respecto al gráfico se puede observar que la mayoría de los estudiantes hijos de padres migrantes no presenta inhibición, esto significa que no hay lentitud de pensamiento y palabra; esto nos permite evidenciar que no hay un empeoramiento de la concentración ni una actividad motora disminuida o que se de a lugar una depresión grave que altere la conciencia.

CUADRO No. 13

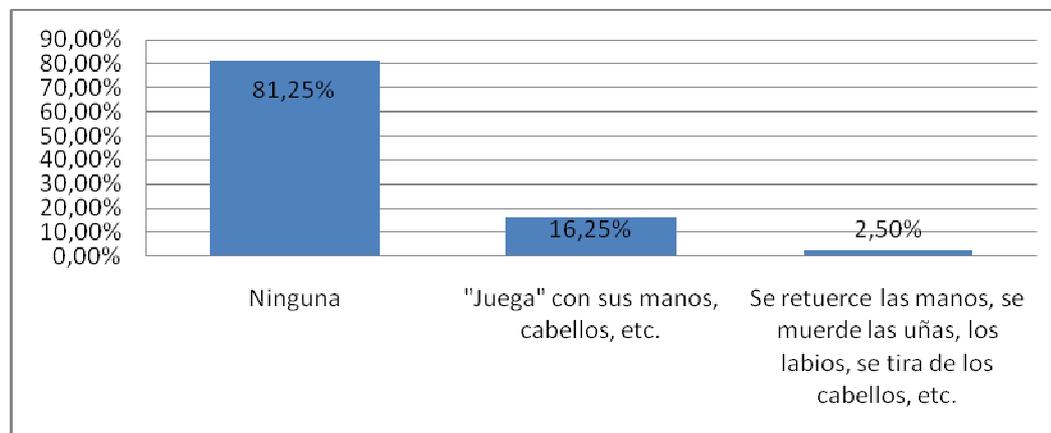
Pregunta 9.- Agitación.

Opciones			
Ninguna	"Juega" con sus manos, cabellos, etc.	Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.	
65 81.25%	13 16.25%	2 2.5%	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 14



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

Ante la inquietud expresada en la interrogante, se puede notar que un significativo 81.25% de la población encuestada no presenta ninguna agitación motriz. En cambio, en un 18.75% de los adolescentes se puede evidenciar los indicadores de una agitación motora.

Interpretación.

Los resultados recolectados en el ítem anterior indican que la mayoría de los encuestados no registran la presencia de agitación motriz, sin embargo, hay quienes lo presentan, esto indica que en dichos estudiantes hay la presencia de un factor ansiógeno.

CUADRO No. 14

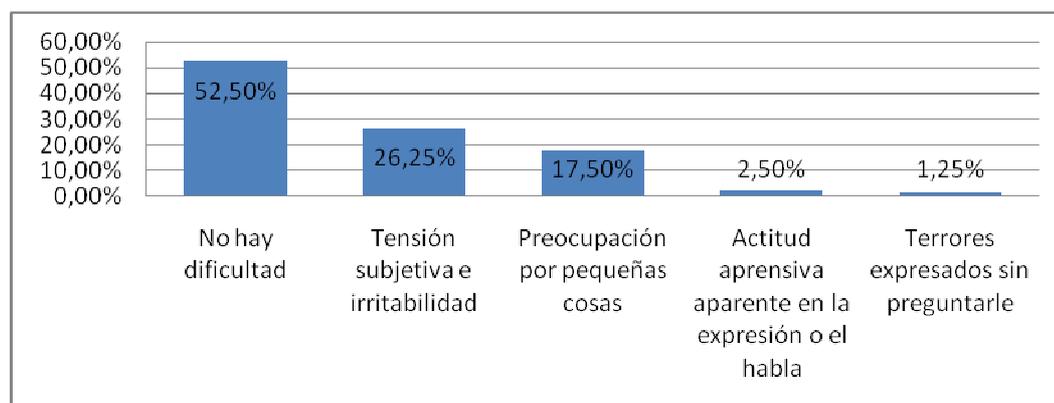
Pregunta 10.- Ansiedad psíquica.

Opciones					
No hay dificultad	Tensión subjetiva e irritabilidad	Preocupación por pequeñas cosas	Actitud aprensiva aparente en la expresión o el habla	Terrores expresados sin preguntarle	Total:
42 52.5%	21 26.25%	14 17.5%	2 2.5%	1 1.25%	80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 15



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

En cuanto a los resultados obtenidos en el ítem anterior, se puede observar que un 52.5% de la población encuestada no presenta signos de ansiedad psíquica, en cambio un notable 47.5% presenta preocupación y tensión.

Interpretación.

Se puede manifestar que muchos de los adolescentes encuestados tienen una actitud aprensiva, se encuentran irritables; así como también expresan terrores en cuanto a la migración de sus padres. Esto indica que dichos estudiantes presentan ansiedad psíquica de leve a moderada.

CUADRO No. 15

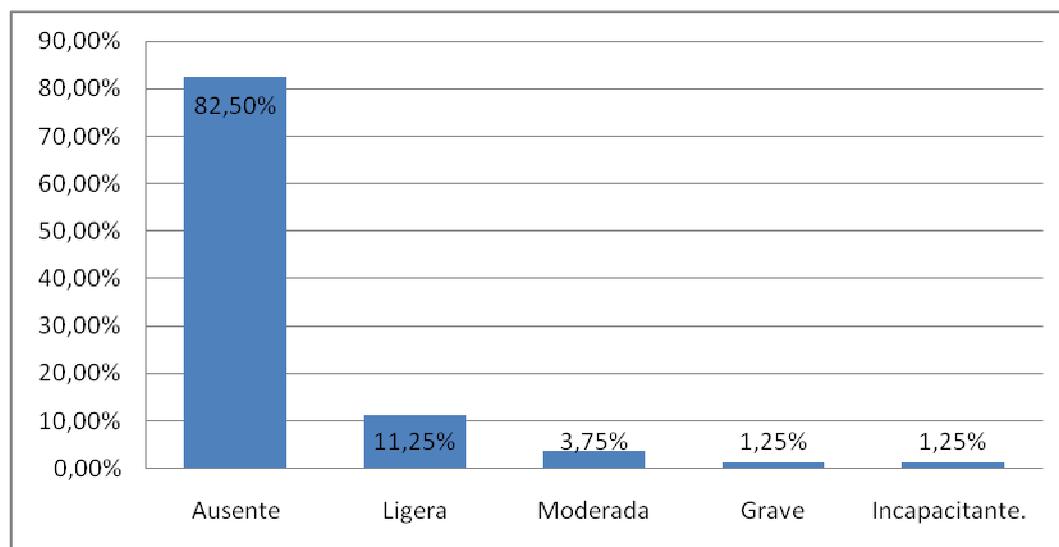
Pregunta 11.- Ansiedad somática.

Opciones					
Ausente	Ligera	Moderada	Grave	Incapacitante. Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad	
66 82.5%	9 11.25%	3 3.75%	1 1.25%	1 1.25%	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 16



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este ítem, se puede mencionar que un significativo 82.5% de los estudiantes encuestados no presentan síntomas de ansiedad somática; sin embargo, el 17.5% tienen signos de ansiedad ya sea esta leve, moderada, grave o incapacitante.

Interpretación.

Con respecto al gráfico se puede observar que la mayoría de los encuestados no registran ansiedad somática, sin embargo hay quienes presentan signos y síntomas de ansiedad somática de intensidad leve a moderada; esto indica que en dichos estudiantes existe la presencia de factores ansiógenos relacionados con la migración de sus padres.

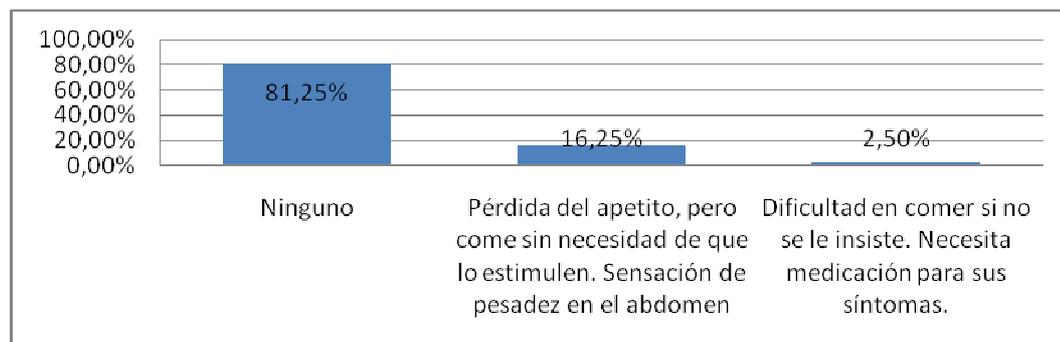
CUADRO No. 16

Pregunta 12.- Síntomas somáticos gastrointestinales.

Opciones			
Ninguno	Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	
65 81.25%	13 16.25%	2 2.5%	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).
Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 17



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

En cuanto a los resultados obtenidos en la encuesta, cabe mencionar que el 81.25% de los adolescentes indica la ausencia de síntomas somáticos gastrointestinales. Sin embargo, el 18.75% ya presenta dichos síntomas.

Interpretación.

Con respecto al gráfico se puede referir que predomina en la mayoría de los adolescentes la ausencia de síntomas somáticos, sin embargo hay estudiantes que registran pérdida de apetito, sensación de pesadez abdominal y medicación; así como también dificultades para alimentarse, lo que significa que estos estudiantes ante la ausencia de sus progenitores presentan serios síntomas somáticos gastrointestinales.

CUADRO No. 17

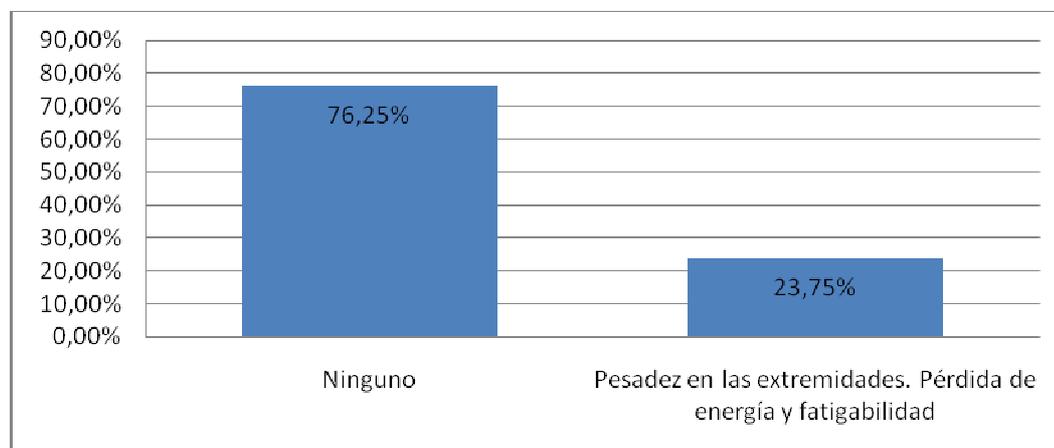
Pregunta 13.- Síntomas somáticos generales.

Opciones		
Ninguno	Pesadez en las extremidades. Pérdida de energía y fatigabilidad	
61 76.25%	19 23.75%	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 18



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

En cuanto a los resultados se puede observar que el 76.25% de los adolescentes encuestados no presentan síntomas somáticos generales. En cambio el 23.75% sí lo presentan.

Interpretación.

Con respecto al gráfico se puede mencionar que en la mayoría de los estudiantes encuestados predomina la ausencia de síntomas somáticos generales, sin embargo hay quienes presentan pesadez en las extremidades, lo cual les ocasiona pérdida de energía y fatigabilidad.

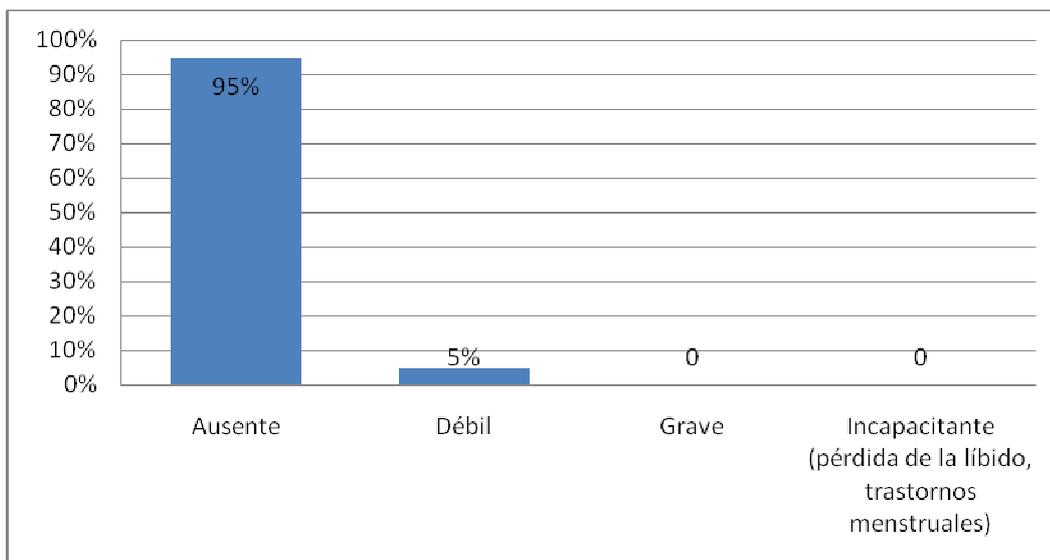
CUADRO No. 18

Pregunta 14.- Síntomas genitales.

Opciones				
Ausente	Débil	Grave	Incapacitante (pérdida de la libido, trastornos menstruales)	
76 95%	4 5%	0	0	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).
Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 19



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

Conforme a los resultados obtenidos en este ítem, se puede mencionar que el 95% de los encuestados no presentan síntomas genitales, en cambio el 5% refiere tener la presencia de ligeros síntomas.

Interpretación.

Con respecto al gráfico se puede indicar que la mayoría de los adolescentes no presentan síntomas genitales ante la migración de sus padres, lo que indica que no presentan pérdida de libido ni trastornos menstruales.

CUADRO No. 19

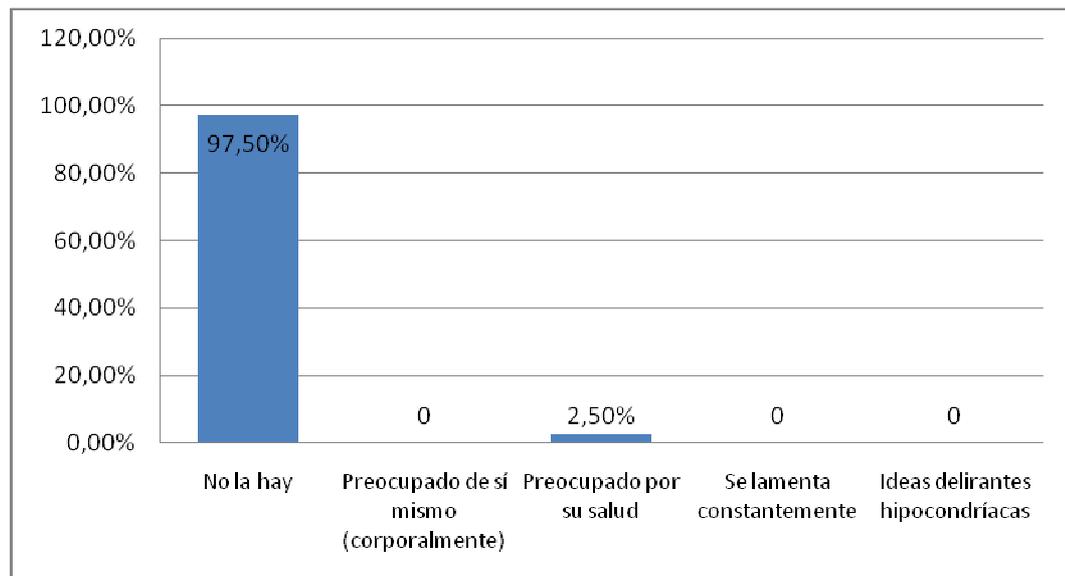
Pregunta 15.- Hipocondría.

Opciones					
No la hay	Preocupado de sí mismo (corporalmente)	Preocupado por su salud	Se lamenta constantemente	Ideas delirantes hipocondríacas	
78 97.5%	0	2 2.5%	0	0	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 20



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

Con respecto a los resultados obtenidos en la encuesta, cabe mencionar que el 97.5% de los adolescentes no presentan hipocondría. Sin embargo, el 2.5% manifiesta encontrarse preocupados por su salud.

Interpretación.

Los resultados indican que la mayoría de los adolescentes encuestados no se encuentran preocupados corporalmente; así como también, no se lamentan ni tienen ideas delirantes hipocondríacas ante la ausencia de sus padres.

CUADRO No. 20

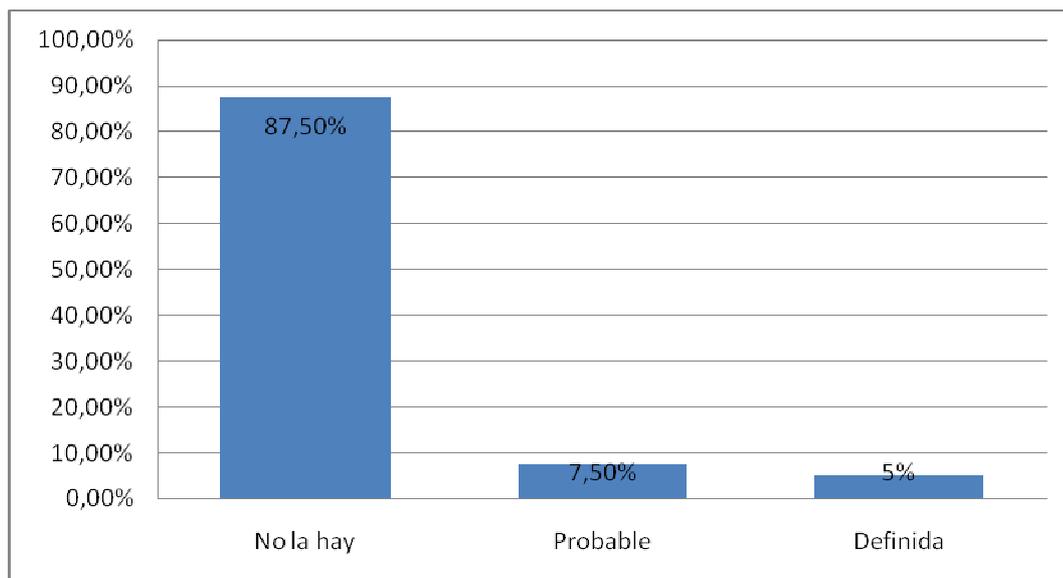
Pregunta 16.- Pérdida de peso.

Opciones			
No la hay	Probable	Definida	Total:
70 87.5%	6 7.5%	4 5%	80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 21



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede observar que el 87.5% de los estudiantes no registran pérdida de peso. Por el contrario, el 12.5% sí presenta este problema.

Interpretación.

Con respecto al gráfico se puede indicar que existen adolescentes que ante la migración de sus padres registran pérdida de peso de manera probable y definida, a pesar del gran número de estudiantes que no lo indican.

CUADRO No. 21

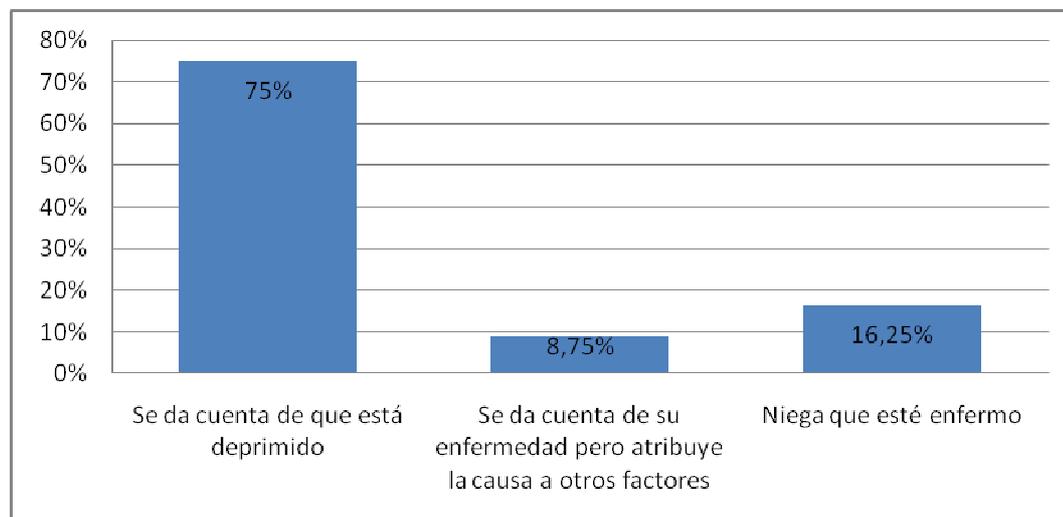
Pregunta 17.- Insight.

Opciones			
Se da cuenta de que está deprimido y enfermo	Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.	Niega que esté enfermo	
60 75%	7 8.75%	13 16.25%	Total: 80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).

Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 22



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

Conforme a los resultados obtenidos en este ítem, se puede observar que el 75% de los adolescentes encuestados reconoce estar deprimido, en cambio, el 16.25% niega encontrarse enfermo. Sin embargo, el 8.75% atribuye su estado de ánimo a otros factores que no tienen que ver con la migración de sus padres.

Interpretación.

De acuerdo al gráfico, se puede mencionar que la mayoría de los adolescentes encuestados son conscientes de que se encuentran deprimidos y enfermos; lo cual indica que estos estudiantes atribuyen la presencia de estos signos y síntomas a la ausencia de sus progenitores.

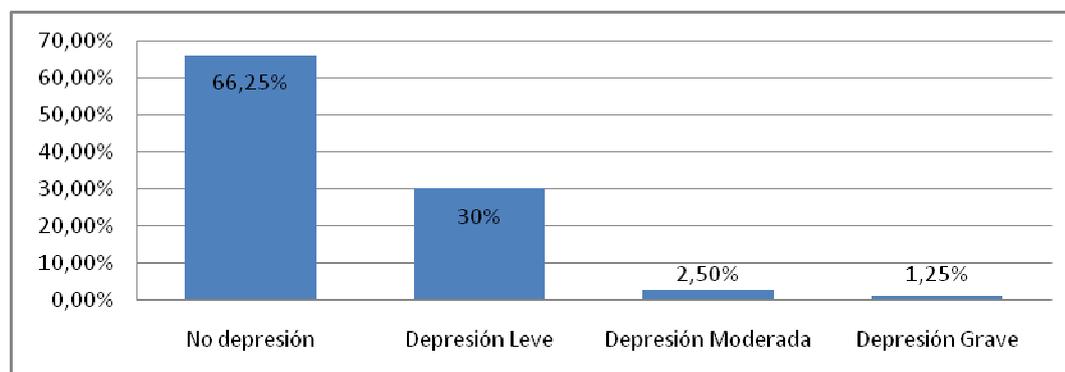
A continuación se presenta el resultado final de la encuesta dirigida a los 80 estudiantes de Bachillerato para identificar los niveles de depresión que ellos presentan a causa de la migración de sus padres.

CUADRO No. 22

Niveles de depresión				
No depresión	Depresión Leve	Depresión Moderada	Depresión Grave	
53	24	2	1	Total:
66.25%	30%	2.5%	1.25%	80

Fuente: Encuesta dirigida a los estudiantes (Test de Hamilton).
Elaborado por la Investigadora.

GRÁFICO No. 23



Elaborado por la Investigadora. (2010).

Análisis.

Conforme a los resultados obtenidos en cuanto a los niveles de depresión se puede observar que el 66.25% de los adolescentes encuestados no presentan ningún tipo de depresión. Por el contrario, el 30% de los estudiantes objeto de estudio registran la presencia de depresión leve. También, el 2.5% presenta depresión moderada y finalmente el 1.25% depresión grave.

Interpretación.

De acuerdo al gráfico anterior, se puede mencionar que es necesario un trabajo minucioso con aquellos adolescentes que registran la presencia de depresión leve, moderada y grave.

4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS

- **Hipótesis**

La migración de los padres de familia causa niveles de depresión leve en los adolescentes.

Se comprueba la hipótesis ya que según el Cuadro No. 4 del Anexo 1 existe un porcentaje significativo de adolescentes con padres migrantes; y a su vez en el Cuadro No. 22 del Anexo 3 se detecta en los adolescentes la presencia de una depresión leve.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Se concluye con respecto al Cuadro No. 4 que existen 80 estudiantes que tienen padres migrantes y según el Cuadro No. 22, los mismos presentan niveles de depresión leve.
- Con respecto al Cuadro No. 7, el 5% de los adolescentes revelaron la presencia de ideas, amenazas e intentos de suicidio.
- De acuerdo al Cuadro No. 11, el 68.75% de los estudiantes con padres migrantes presentan una pérdida del interés en sus actividades académicas o recreativas.
- Según el Cuadro No. 21, se concluye que existe un gran porcentaje de hijos de padres migrantes que poseen un grado de insight con un 75%; lo cual facilita la orientación psicológica que a futuro se pretenda dar.
- Se detectó como resultado final del Test de Hamilton una depresión leve con el 30%; por lo tanto se concluye que es necesaria la orientación psicológica; con un enfoque Cognitivo-Conductual, dirigida a disminuir los niveles de depresión que presentan los adolescentes encuestados.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda poner en marcha un plan de acción dirigido, principalmente, al trabajo con los adolescentes, hijos de migrantes para prevenir y disminuir los niveles de depresión que presentan.

- Que los adolescentes que registraron la presencia de ideas, amenazas en intentos suicidas reciban atención profesional inmediata.
- Que se establezca un plan de actividades recreativas para aquellos estudiantes que presentan anhedonia.
- De acuerdo al gran porcentaje de estudiantes que poseen insight; se recomienda dar orientación psicológica Cognitivo-Conductual.
- Es recomendable enfocar el trabajo con los adolescentes con padres migrantes mediante la Terapia para la depresión de Beck.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1. DATOS INFORMATIVOS

Nombre: Aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual de Beck para disminuir los niveles de depresión en los adolescentes con padres migrantes.

Participantes: Dirigida a estudiantes con depresión.
Docentes.
Investigadora.

Tiempo: 3 meses.

Institución ejecutora: Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”.

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La población del Ecuador tiene 1 millón 571 mil 450 emigrantes; lo cual indica que la emigración en nuestro país marca cambios importantes no sólo en la economía, sino también en la cultura de las familias afectadas y sus comunidades.

Por lo tanto, en nuestro país se puede evidenciar el drama humano y un sinnúmero de problemáticas que se generan alrededor de este tema. En donde la familia se concibe como un sujeto protagonista del proceso migratorio, además de convertirse en la expresión de fenómenos psicológicos. Este es un problema social que debe ser tomado en cuenta, ya que los desórdenes mentales que afectan a las familias de los emigrantes son varias, repercutiendo significativamente en el adecuado desarrollo de los hijos.

Según Hernández y Poot (2001), en la mayor parte de las familias se considera que se debería fomentar el desarrollo armónico de los hijos, pero el problema aparece en el momento en que este proceso se ve amenazado por la emigración de uno o ambos padres.

Aguilera, Carreño y Juárez, (2004), refieren que hay varios estudios internacionales, los cuales reportan que en los hijos de padres emigrantes se han observado problemas conductuales durante la niñez, conflictos de identidad y constantes cambios de humor durante la adolescencia.

Para los autores mencionados, el problema de la ausencia de los padres da como resultado adolescentes con niveles de depresión, para los cuales se debe destinar un trabajo centrado en el abordaje de los síntomas depresivos y otras consecuencias del fenómeno migratorio.

Desde el punto de vista clínico, un adolescente perturbado está persistentemente incapacitado para atender un ambiente escolar razonable. Su conducta lo puede llevar a que viole los derechos y el crecimiento de los demás, manifestar retraimiento social, ira, miedo, baja autoestima, derrota y depresión. (ibid).

La migración reestructura de manera significativa las relaciones familiares: ocasiona cambios de roles, implica la presencia de problemas académicos o de conducta en los hijos que se quedan al cuidado de otras personas cuando los padres emigran, o que se presente dificultades y tensiones en las relaciones de pareja, cuestiones que incluso la reunificación familiar no resolverá por si sola.

Es necesario que se procure trabajar con los hijos de padres migrantes porque es fundamental que superen la crisis que supone para ellos la ausencia de sus progenitores, ya que este proceso modifica la dinámica familiar produciendo una desestructuración en el sistema.

6.3. JUSTIFICACIÓN

Los hijos de padres migrantes constituyen una población vulnerable y en riesgo; es por ello que necesitan una oportuna intervención debido a que presentan desórdenes que los conducen a la depresión.

Es importante que nos enfoquemos en mejorar la calidad de vida de estos adolescentes ya que este es un problema de interés colectivo.

Por lo tanto, el objetivo de la terapia cognitiva para la depresión es eliminar los síntomas depresivos y prevenir las recaídas.

Desde el modelo cognitivo, esto se consigue, ayudándole al paciente a identificar y modificar las cogniciones desadaptativas que le producen emociones y conductas contraproducentes.

La forma más poderosa de modificar esas cogniciones es su contrastación con la realidad empírica, con esta finalidad se utilizan técnicas cognitivas y conductuales. La prevención de recaídas se considera desde los primeros momentos de la terapia, también se le prepara al paciente para que espere fluctuaciones en sus síntomas y para que no se desanime por ello.

Una vez superados los síntomas depresivos, se tratarán los esquemas básicos que le predisponen al paciente a la depresión, para prevenir depresiones futuras.

Es por ello que la presente propuesta es factible ya que cuenta con los elementos humanos, autoridades y estudiantes; lo cual indica que este trabajo beneficiará al grupo humano antes mencionado.

Por lo tanto, esta propuesta es original dentro del contexto ya que cuenta con la voluntad y la predisposición de la Investigadora.

6.4. OBJETIVOS

6.4.1. Objetivo general

- Aplicar la Terapia Cognitivo-Conductual de Beck para disminuir los niveles de depresión y prevenir las recaídas en los adolescentes con padres migrantes de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”, de la ciudad de Ambato, durante el período 2010-2011.

6.4.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación terapéutica con los adolescentes.
- Comprender las quejas de los adolescentes y transformarlas en síntomas-objetivo.
- Explicar en qué consiste el modelo cognitivo de la depresión.
- Demostrar a los estudiantes cómo influyen las cogniciones en las emociones.
- Aplicar técnicas conductuales y cognitivas.

6.5. FUNDAMENTACIÓN

El trabajo se enfocará en la aplicación de la Terapia Cognitiva (C.T) de A.T. Beck (1979); la misma que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de las depresiones unipolares no psicóticas, sobretodo la depresión neurótica o distimia.

Blackburn y Cottraux, (1988), han resumido una serie de estudios comparativos entre la C.T y los antidepresivos en el tratamiento de la depresión no psicótica. Las conclusiones generales demuestran la superioridad de la C.T sobre los antidepresivos. La combinación de C.T y antidepresivos no parece ser superior al empleo de C.T sola.

Básicamente el modelo formulado por Beck (1979), parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (p.e pérdidas).

Los significados personales (supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (p.e amor, aprobación, competencia personal, etc.) y a su relación con ellas (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de sí mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva).

Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (p.e evitación, descenso de la actividad...), siendo el resultado de esta interacción el "cuadro depresivo".

Beck (1979) identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

1. **Inferencia arbitraria:** Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.
2. **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación ("visión túnel") y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
3. **Sobregeneralización:** Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre sí.

4. **Maximización y minimización:** Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.
5. **Personalización:** Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes al mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.
6. **Pensamiento dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (p.e "incapaz frente a capaz").

Igualmente, Beck (1976) ha especificado alguno de los Supuestos Personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la depresión:

1. Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.
2. Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
3. Si cometo un error, significa que soy un inepto.
4. No puedo vivir sin ti.
5. Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
6. Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí.

6.6. METODOLOGÍA.

La Terapia Cognitiva para la depresión de Beck comprende las siguientes fases:

- Sesión 1:
 - Establecer la relación terapéutica.
 - Inspirar confianza en el paciente.
 - Destacar y mantener una actitud de trabajo en equipo.

Comprender las quejas del paciente y transformar en síntomas-objetivo.

- Explicación que todos los síntomas que tiene el paciente son propios de la depresión, haciendo un repaso de los síntomas efectivos, motivacionales, fisiológicos, vegetativos, conductuales y cognitivos típicos de ese trastorno.
- Indagar cuáles son los síntomas particulares que le aquejan y su grado de intensidad.
- Planteamiento de la terapia.

• Sesión 2:

Explicar en qué consiste el modelo cognitivo de la depresión.

- Explicación de los fundamentos teóricos de la Terapia Cognitiva de Beck, en base a la información que dé el paciente.

Demostrar al paciente cómo influyen las cogniciones en las emociones.

- Descripción de la relación entre los pensamientos y emociones.
- Indagar la historia del paciente: antecedentes, factores predisponentes y desencadenantes.

• Sesión 3:

Aplicar técnicas conductuales y cognitivas.

- Lista de actividades potencialmente agradables: Se puede incluir las que le gustaban antes.
- Lista de actividades de dominio: Cosas que le gustaría hacer pero que, actualmente, no puede hacer por encontrarse deprimido.
- Programa semanal de actividades y evaluarlas entre 0 y 5 en “dominio” o “agrado”.
- Asignación de tareas agradables: dividiendo una tarea compleja (que él considera imposible llevar a cabo) en pequeños pasos practicando mediante juego de roles.
- Práctica cognitiva: pedir al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Esto le obliga a prestar atención a los detalles esenciales de dicha actividad, contrarresta su tendencia a divagar y facilita la realización al programarla paso a paso.

Tras explicar al paciente el fundamento teórico y mostrarle una actitud empática, se podrá empezar a explorar cómo ve sus problemas y cuáles son las causas de estos.

- Sesión 4:
 - Detectar pensamientos automáticos.
 - Comprobar cómo los P.A. influyen en las emociones.
 - Entrenamiento en observación y registro de cogniciones mediante:
 - Análisis de autorregistros.
 - Imágenes inducidas (sólo en depresiones moderadas).
 - Registrar pensamientos automáticos.
- Sesión 5:
 - Traducir o reducir el pensamiento a su esencia.
 - Clasificar las cogniciones en función de sus:
 - Contenidos o temas (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro).
 - Distorsiones: sobregeneralización, pensamiento dicotómico, etc.
 - Someter los pensamientos automáticos a prueba de realidad:
 - Examinar su validez o su tipo de distorsión.
 - Buscar evidencias a favor y en contra.
 - Búsqueda de interpretaciones alternativas.

Tratamiento del paciente con ideas o planes suicidas.

- Indagar si tiene este tipo de ideas.
- Empatía. Pedir al paciente que aplaze la decisión un tiempo.
- Preguntarle:
 - Cuáles son sus razones para vivir (pasadas, presentes y futuras).
 - Cuáles son las ventajas e inconvenientes de morir (para sí mismo y para sus allegados).
 - De qué quiere huir.
 - Qué formas alternativas de huir podría encontrar (que no sea morir).
 - Procurar apoyo social, colaboración de familiares y amigos.

6.7. PLAN DE ACCIÓN

CUADRO No. 23

ETAPA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Reunión previa con las autoridades y maestros del Plantel Educativo.	Reconocer la importancia de la aplicación de Terapia a los estudiantes con padres migrantes, los cuales presentan niveles de depresión.	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de la influencia de la migración de los padres en el aspecto emocional de los hijos. - Información sobre la terapia a ejecutarse; así como también la duración de la misma. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de Profesores del Plantel. - Recursos Humanos. - Material de Oficina. 	Investigadora.	01 de Abril.
Entrevista con los estudiantes.	Informar sobre el trabajo a realizarse; así como la importancia que tiene la Terapia que aplicará.	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista inicial con los estudiantes que presentan depresión. - Establecimiento de normas y objetivos de la Terapia. - Comprometimiento del paciente 	<ul style="list-style-type: none"> - Departamento de Psicología. - Recursos Humanos. - Material de Oficina. 	Investigadora.	Del 04 al 15 de Abril.

		frente al proceso terapéutico.			
Elaboración del Plan Terapéutico.	Promover alternativas para afrontar frustraciones y revisar apuntes de terapia.	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de los episodios generadores de frustración en los adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Departamento de Psicología. - Recursos Humanos. - Material de Oficina. 	Investigadora.	Del 15 al 30 de Abril.
Aplicación de la Terapia.	Disminuir los niveles de depresión y prevenir recaídas.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de técnicas conductuales y cognitivas. - Detección de pensamientos automáticos. - Aplicación de tratamiento a pacientes con ideas o planes suicidas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Departamento de Psicología. - Recursos Humanos. - Material de Oficina. - Historia Clínica para la Terapia Cognitiva. - Autorregistro. 	Investigadora.	02 de Mayo al 19 de Agosto.
Control de los	Registrar los cambios que presenta el paciente frente a la	- Control de resultados mediante la aplicación de Reactivo	- Departamento de Psicología.	Investigadora.	Del 19 al 31

síntomas.	terapia.	Psicológico.	<ul style="list-style-type: none"> - Recursos Humanos. - Material de Oficina. - Inventario de Depresión de Beck. 		de Agosto.
Recolección de la información y evaluación de resultados.	Verificar los beneficios y cambios positivos que han presentado los pacientes ya finalizada la terapia.	- Registro de los resultados finales que ha arrojado el Test aplicado a los estudiantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Departamento de Psicología. - Recursos Humanos. - Material de Oficina. - Inventario de Depresión de Beck. 	Investigadora.	05 al 09 de Septiembre.
Alta Terapéutica.	Darle a conocer al paciente sus logros y avances.	- Finalización del Proceso Terapéutico.	- Recursos Humanos	Investigadora	12 de Septiembre.

Elaborado por la Investigadora.

6.8. ADMINISTRACIÓN

CUADRO No. 24

LUGAR A REALIZARSE	ACTIVIDADES	RECURSOS	INSTRUMENTOS	MATERIALES	TIEMPO	COSTO
Instalaciones de la Comunidad Educativa Juan León Mera “La Salle”.	Aplicación de Terapia Cognitivo Conductual de Beck para disminuir los niveles de depresión en los adolescentes hijos de padres migrantes y prevenir recaídas.	<ul style="list-style-type: none">• Humanos<ul style="list-style-type: none">- Autoridades del Plantel.- Psicóloga Clínica.- Estudiantes.	<ul style="list-style-type: none">• Historia Clínica para la Terapia Cognitiva.• Inventario de Depresión de Beck.• Autorregistro.	<ul style="list-style-type: none">• De escritorio	Intervención psicoterapéutica de 5 meses; correspondientes a 45 minutos por semana.	600,00 USD

Elaborado por la Investigadora.

6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

La evaluación de esta propuesta de trabajo se la llevará a cabo durante los tres meses posteriores a la aplicación de la terapia con los hijos de padres migrantes. Además, se realizará la respectiva reaplicación del Test de Hamilton, el cual indicará si los niveles de depresión han disminuido notoriamente.

Posteriormente, se realizará una evaluación de los resultados de la terapia por parte del Terapeuta y finalmente se procederá a un diálogo con los docentes para determinar si la terapia ha sido beneficiosa en los estudiantes, así como para conocer si ha mejorado el rendimiento académico de los mismos.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- AGUILAR, Jorge. (2008). *Centro Regional de Investigación en Psicología*, Volumen 2, Número 1, Pág. 51-62.
- AGUILERA, Rosa María. (2005). *Salud Mental e intervenciones psicológicas con migrantes, refugiados y minorías*. Universidad Cristiana Latinoamericana.
- AGUSTÍN, R. (2008). *Causas socioeconómicas de la migración*. España.
- BECK, Aaron. (2000). *Terapia Cognitiva*. Edit. Gedisa. Barcelona, España.
- CHISVERT, Laura. (2002). *Depresión en los Adolescentes*. Barcelona, España.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. (2008).
- FUNES, Jaume. (2008). *Migración y adolescencia*.
- GUIMÓN, José. (2003). *Salud Mental*. Ginebra.
- HAMILTON, M. (1960). *Escala de Hamilton para la Depresión*.
- IGLICKA, Krystyna. (2008). *Migraciones del Centro para las Relaciones Internacionales*. Varsovia.
- JEMINI Pandya. (2009). *Impacto psicosocial de la migración*.
- MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. (2007). Edit. Masson. Madrid, España.
- MASLOW, Abraham. (1943). *Jerarquía de las Necesidades Humanas*.
- MOREIRA, María Elena. (2006). *Consecuencias de la migración*. Ministerio de Relaciones Exteriores del Ecuador.
- OLDHAM y MORRIS. (1995). *Autorretrato de la Personalidad*. Edit. Tikal. Girona, España.
- ROMERO-OCHOA. (2007). *La Migración en América Latina*. México.
- SAAD, Emma. (2003). *Factores socioeconómicos y sus consecuencias a nivel psíquico*. Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce”. Guayaquil, Ecuador.
- SÁNCHEZ, Jeannette. (2010). *La Migración Ecuatoriana*,

- TORRES, Ruth. (2006). *Salud Mental y Migración*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

OTRAS REFERENCIAS:

- <http://www.ecuadormigrante.org/institucionesproyectos.rimyca.html>
- <http://www.diariodelhenares.com/fundación-soros.html>
- <http://www.mtin.es/extranjeros.html>
- <http://www.iom.int/migración.html>
- <http://www.hoy.com.ec/noticias-ecuador/la-generación-perdida.html>

ANEXOS

ANEXO 1

Ficha para identificar a hijos de padres migrantes

COMUNIDAD EDUCATIVA “JUAN LEÓN MERA “LA SALLE” DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN Y BIENESTAR ESTUDIANTIL D.O.B.E		
Curso: Especialidad:	Fecha de Aplicación: Encuesta realizada por:	
SEÑOR (ITA) ESTUDIANTE: Con fines de recolectar y actualizar datos personales, los mismos que servirán para la ficha acumulativa estudiantil, es necesario que nos proporcione lo solicitado para lo cual requerimos de su sinceridad para que conteste SI o NO a las siguientes preguntas:		
1. ¿El alumno vive con sus padres?	SI	NO
2. ¿Sus padres han emigrado a otro país?	SI	NO
3. ¿Actualmente sus padres viven lejos?	SI	NO
4. ¿Se encuentra al cuidado de otras personas?	SI	NO
5. Si es así; se comunica seguido con su/sus padres que están en el exterior?	SI	NO
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN		

ANEXO 2

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

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Género:

Estado Civil:

Religión:

Instrucción:

Ocupación:

Dirección Domiciliaria:

Teléfono:

Fecha de Entrevista:

Nº de Historia Clínica:

II. MOTIVO DE CONSULTA

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

IV. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL Y PATOLÓGICA

Prenatal: _____

Natal: _____

Infancia: _____

Adolescencia: _____

V. PSICOANAMNESIS SOCIOFAMILIAR NORMAL Y PATOLÓGICA

VI. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE FUNCIONES

Área cognitiva

Área afectiva

Área somática

Área interpersonal

Área conductual

VII. DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

VIII. REACTIVOS PSICOLÓGICOS

IX. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

X. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

FIRMA

ANEXO 3

Escala de Hamilton para la Depresión

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad o meditación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida. 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4).
4. Insomnio precoz	0. Ausente. 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora. 2. Dificultades para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. Ausente. 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche. 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.).
6. Insomnio tardío	0. Ausente. 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse. 2. No puede volver a dormirse si se levanta

	de la cama.
7. Trabajo y actividades	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionada con su actividad, trabajo o aficiones.</p> <p>2. Pérdida de interés en su actividad o aficiones, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad.</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida).	<p>0. Palabra o pensamiento normales.</p> <p>1. Ligeramente retrasado en el diálogo.</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo.</p> <p>3. Diálogo difícil.</p> <p>4. Torpeza absoluta.</p>
9. Agitación.	<p>0. Ninguna.</p> <p>1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc.</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.</p>
10. Ansiedad psíquica.	<p>0. No hay dificultad.</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad.</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas.</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle.</p>
11. Ansiedad somática.	<p>0. Ausente.</p> <p>1. Ligera.</p> <p>2. Moderada.</p> <p>3. Grave.</p> <p>4. Incapacitante.</p> <p>Signos fisiológicos de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retorcijones. • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalgias. • Respiratorios. Hiperventilación, suspiros. • Frecuencia urinaria. • Sudoración.
12. Síntomas somáticos gastrointestinales.	<p>0. Ninguno.</p> <p>1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.</p>

13. Síntomas somáticos generales.	0. Ninguno. 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2.
14. Síntomas genitales.	0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido. • Trastornos menstruales.
15. Hipocondría.	0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente, solicita ayuda, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas.
16. Pérdida de peso (completar A o B).	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación). 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo). B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes). 0. Pérdida de peso inferior a 500g en una semana. 1. Pérdida de peso de más de 500g en una semana. 2. Pérdida de peso de más de 1kg en una semana (por término medio).
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad).	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo.