



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA DE LA SALUD HUMANA**  
**NIVEL DE POSTGRADO**  
**MAESTRIA DE HEBEATRIA**

**“EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA  
MIGRACIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL  
COLEGIO NACIONAL TÉCNICO  
AGROPECUARIO DE CHUNCHI”, PROVINCIA  
DE CHIMBORAZO 2008-2009**

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MAGISTER EN HEBEATRIA

**AUTOR:**

**Dr. Sergio Francisco Rosas Tapia**

**DIRECTORA:**

**Dra. Ruth Maldonado Rengel. Mg. Sc.**

**CHUNCHI - CHIMBORAZO - ECUADOR**  
**2008-2009**

## **CERTIFICACION**

Dra. Ruth Maldonado R. Mg. Sc.

Docente de la Maestría de Hebeatría, Nivel de Postgrado del Área de la Salud de la Universidad Nacional de Loja,

**CERTIFICA:**

Que el trabajo de investigación sobre “EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MIGRACIÓN EN LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL TÉCNICO AGROPECUARIO DE CHUNCHI”, PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2008-2009 de autoría del Dr. Sergio Francisco Rosas Tapia, egresado del Tercer Programa de la Maestría en Hebeatría desarrollada en la ciudad de Riobamba, modalidad semipresencial, bajo la jurisdicción del Área de la Salud, ha sido dirigida, orientada y revisada en todo su desarrollo, por lo que faculto su presentación y sustentación.

Dra. Ruth Maldonado R. Mg. Sc.

**DIRECTORA DE TESIS**

Loja, octubre del 2009.

## **AUTORÍA**

Los criterios, el análisis y procedimientos expuestos en el presente trabajo de investigación sobre “Los efectos Psicológicos de la Migración en los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, Provincia de Chimborazo 2008 – 2009 son de absoluta responsabilidad del autor.

Dr. Sergio F. Rosas T.

CI: 060101344-4

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios Creador del mundo por regalarme la vida y permitirme con este estudio contribuir a la realización de una propuesta, con el firme propósito de mejorar la calidad de vida de los/as adolescentes.

También dejo constancia de mi reconocimiento a la Dra. Ruth Maldonado Mg. Sc. Directora de mi tesis, quien ha dirigido el presente trabajo de investigación con alta calidad científica y calidez humana durante el proceso.

Agradezco a las Autoridades, Personal Docente, Administrativo y estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, por la colaboración y la apertura brindada a la realización de mi trabajo de investigación.

El Autor

Dr. Sergio Francisco Rosas Tapia.

## **DEDICATORIA**

A mi madre Carmen Tapia Guillén, que día a día me ha inculcado valores como: la responsabilidad ante la vida y a la memoria de mi Padre: Julio María Rosas Encalada.

A mi querida esposa Carmen Teresa Romero Cabrera con amor y cariño, por la paciencia que ha tenido y el apoyo incondicional que en cada momento me ha brindado, para culminar con éxito este reto.

A mis hijas/os Lucy del Rocío, María Teresa, Vanessa Elizabeth, Sergio David y Santiago Enrique Rosas Romero, que constituyen la razón de mí existir.

A mis Maestros y Maestras con consideración y aprecio por sus sabias enseñanzas, consejos y finalmente a los/as adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, por su colaboración brindada.

Sergio

## INDICE

Certificación .....	I
Agradecimiento.....	II
Dedicatoria.....	III
Autoría.....	IV
Índice.....	V

<b>CONTENIDOS</b>	<b>PÁGINAS</b>
Tema	1
Resumen	2
Summary	5
Introducción	8
Revisión de literatura	12
Materiales y Métodos	72
Resultados	78
Discusión	91
Conclusiones	107
Recomendaciones	110
Programa de Intervención	111
Bibliografía	124
Anexos	131

# **TÍTULO**

**“EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA  
MIGRACIÓN EN LOS  
ADOLESCENTES DEL COLEGIO  
NACIONAL TÉCNICO  
AGROPECUARIO DE CHUNCHI,  
PROVINCIA DE CHIMBORAZO  
2008 - 2009”**

# **1. RESUMEN**



## 1. RESUMEN

*El objetivo*, determinar los efectos psicológicos de la migración de los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2.008-2009.

*Materiales y métodos*, fue un estudio descriptivo de tipo transversal. La población de investigación fueron 196 estudiantes, siendo el 53,06% del nivel básico y el 46,94% del bachillerato. De este grupo, el 56,12% son adolescentes mayores, y los 43,88% adolescentes menores. *Los instrumentos utilizados*: una encuesta estructurada, el Test de Beck, la Escala de Lucy Raild, y la Escala de Hamilton, estos instrumentos permitieron identificar los principales efectos psicológicos como: depresión, autoestima y ansiedad respectivamente.

De *los resultados* obtenidos, se determina que el 41,33% de los padres han migrado y el 58,67% no han migrado. En relación a los efectos psicológicos se encuentra que los adolescentes manifiestan depresión grave el 2,55% y el 3,07% y manifiestan depresión moderada a grave en un 8,65% y el 9,69% los que tienen los padres emigrantes y los que no han migrado respectivamente; en cuanto a la autoestima, manifiestan en un 4,08% y en un 1,02% autoestima regular tanto los adolescentes que tienen los padres emigrantes y los que no han migrado respectivamente, en su mayoría los dos grupos manifiestan una buena autoestima; refiriéndose a la ansiedad se encuentra que con el mismo porcentaje del 8,67% los investigados manifiestan ansiedad moderada, en tanto que el 8,17% y el 10,20% de los investigados adolescentes que tienen los padres emigrantes y los que no

han migrado respectivamente indican tener ansiedad grave. En base de los resultados se elaboró una propuesta de intervención para mejorar los principales efectos psicológicos (depresión, ansiedad y baja autoestima) que manifiestan los adolescentes.

**Palabras clave:** Efectos psicológicos, migración y adolescencia.

# **SUMMARY**

## SUMMARY

The objective is to determine the psychological effects of the adolescents migration of the Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2.008-2009.

Materials and methods were a descriptive study of traverse type. The populations investigation were 196 students, being 53,06% of the basic level and 46,94% of the high school. Of this group, 56,12% are adolescent bigger, and 43,88% smaller adolescents. The instruments used: a structured survey, the Test of Beck, Lucy's Scale Raild, and the Scale of Hamilton, these instruments allowed to identify the main psychological effects as: depression, self-esteem and anxiety respectively.

Of the obtained results, determined that 41,33% of the parents has migrate and 58,67% don't have migrate. In relation to the psychological effects found that the adolescents manifest serious depression 2,55% and 3,07% and they manifest moderate depression to serious in 8,65% and 9,69% that have the emigrant parents and they that don't have migrate respectively; as for the self-esteem, they manifest in 4,08% and in 1,02% regular self-esteem so much the adolescents that have the emigrant parents and those that they don't have migrate respectively, in their majority the two groups manifest a good self-esteem; referring to the anxiety found that with the same percentage of 8,67% those investigated manifest moderate anxiety, as long as 8,17% and 10,20% of those adolescents that have the emigrant parents investigated and those that they don't have migrate respectively indicate to have serious anxiety. In base of the results an intervention proposal was

elaborated to improve the main psychological effects (depression, anxiety and low self-esteem) that the adolescents manifest.

Words key: Psychological effects, migration and adolescence.

## **2. INTRODUCCIÓN**

## 2. INTRODUCCIÓN

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

Aunque las cifras todavía no permiten hablar de grandes desplazamientos (apenas el 2% de la población mundial), indican un aumento de las migraciones).<sup>1</sup> El Ecuador, siendo un país pequeño, multiétnico, pluricultural y con diversidad de regiones, religiones, vio agudizada la crisis económica a finales de los años 90, con un deterioro de los ingresos reales, congelación de los depósitos bancarios que llevó a la crisis del sector financiero y la moratoria de la deuda externa. Lo que parece ser una de las características para la migración en nuestro cantón Chunchi, el mismo que tiene una superficie de 287 Km<sup>2</sup> y una población de 12.474 habitantes y representa el 3.1% del total de la población de Chimborazo.<sup>2</sup>

El presente trabajo investigativo “Efectos psicológicos de la migración en los adolescentes” se desarrolló en el Colegio Nacional Técnico Agropecuario Chunchi Provincia de Chimborazo, con 196 estudiantes.

El estudio investigativo fue de tipo descriptivo. La población para la investigación constituyeron 196 estudiantes, siendo 104 estudiantes del

---

<sup>1</sup> Comunicado del PARLASUR I 23 -24 de junio 2008

<sup>2</sup> Según el VI Censo de Población y V de vivienda del 25 de noviembre de 2001

nivel básico correspondiente al 53,06%, y 92 estudiantes del bachillerato con un porcentaje del 46,94%. De este grupo el 56,12% (110 estudiantes) son adolescentes mayores, y el 43,88% (86 estudiantes) adolescentes menores. Los objetivos de la investigación fueron: Conocer la población estudiantil que tienen los padres emigrantes, Determinar los efectos psicológicos de la migración en los adolescentes a través del Test de Beck (Depresión), la escala de Lucy Raild ( Autoestima) y la escala de Hamilton ( Ansiedad). Comparar los efectos psicológicos que manifiestan los adolescentes con padres emigrantes y los que viven con sus padres. Diseñar un programa de intervención para disminuir los efectos psicológicos en los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi.

La investigación tiene un marco teórico fundamento científicamente, basado en consultas bibliográficas, estructurado en tres capítulos; el primero hace referencia a la Adolescencia; el segundo se concreta al estudio de Migración y Adolescencia, y el tercer capítulo profundiza la investigación sobre los Efectos Psicológicos de la migración en los adolescentes.

En el informe se incluye la metodología de trabajo, el mismo que se concretan los métodos, materiales haciendo constar los instrumentos de trabajo utilizados: una encuesta estructurada, el Test de Beck que mide Depresión, la escala de Lucy Raild que mide Autoestima y la escala de Hamilton que mide Ansiedad, estos instrumentos permitieron identificar los principales efectos psicológicos como: depresión, autoestima y ansiedad.



De los resultados obtenidos, se determina que el 41,33% de los padres han migrado y el 58,67% no han migrado. En relación a los efectos psicológicos se encuentra que los adolescentes manifiestan depresión grave el 2,55% y el 3,07% y manifiestan depresión moderada a grave en un 8,65% y el 9,69% los que tienen los padres emigrantes y los que no han migrado respectivamente; en cuanto a la autoestima, manifiestan en un 4,08% y en un 1,02% autoestima regular tanto los adolescentes que tienen los padres emigrantes y los que no han migrado respectivamente, en su mayoría los dos grupos manifiestan una buena autoestima; refiriéndose a la ansiedad se encuentra que con el mismo porcentaje del 8,67% los investigados manifiestan ansiedad moderada, en tanto que el 8,17% y el 10,20% de los investigados adolescentes que tienen los padres emigrantes y los que no han migrado respectivamente indican tener ansiedad grave. En base de los resultados se elaboró una propuesta de intervención para mejorar los principales efectos psicológicos (depresión, ansiedad y baja autoestima) que manifiestan los adolescentes.

# **3. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **3. REVISION DE LITERATURA**

#### **CAPÍTULO I**

##### **1. ADOLESCENCIA**

- Adolescencia es un concepto moderno, fue definida como una fase específica en el ciclo de la vida humana a partir de la segunda mitad del siglo XIX, estando ligado a los cambios económicos ,culturales ,al desarrollo industrial, educacional y al papel de la mujer también al enfoque de género en correspondencia con la significación que este grupo tiene para el proceso económico-social.
- La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones .No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales ,sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social .

##### **1.1. CONCEPTO**

- La OMS define "la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 10 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años".
- Periodo de cambios profundos entre la infancia y la edad adulta. Es la fase de la vida en la que se desarrollan los caracteres sexuales

secundarios, se produce el impulso del desarrollo de la pubertad, se alcanza la fertilidad y se acompaña de grandes modificaciones psíquicas.

En el difícil tránsito de la niñez y la adultez, entre dos mundos maravillosos, en el cual, uno de ellos se recibe y en el otro se da. La adolescencia, es la desazón por cambiar del recibir al dar. Finalmente, la naturaleza es sabia y es obligatorio el tránsito, aunque la gran mayoría de los seres humanos, pasamos a la adultez, con el no querer dar.<sup>3</sup>

Fuera de las influencias sociales, culturales y étnicas la adolescencia se caracteriza:

- Crecimiento corporal debido al aumento de peso, estatura y cambio de las formas y dimensiones corporales, la mayor velocidad de crecimiento se denomina estirón puberal se presentan trastornos como son: torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, esto puede ocasionar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.
- Aumento de la masa y de la fuerza muscular, más marcada en el varón.
- Aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, maduración de los pulmones y el corazón.

---

<sup>3</sup> Cabañes José 2007

- Desarrollo sexual caracterizado por la maduración de los órganos sexuales, aparición de caracteres sexuales secundarios y se inicia la capacidad reproductiva.

Aspectos psicológicos dados fundamentalmente por:

- Búsqueda de su identidad
- Necesidad de independencia
- Tendencia grupal.
- Evolución del pensamiento concreto al abstracto.
- Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual
- Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y fluctuaciones del estado anímico
- Relación conflictiva con los padres
- Actitud social reivindicativa, se hacen más analíticos, formulan hipótesis, corrigen falsos preceptos, consideran alternativas y llegan a conclusiones propias.
- La elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño
- Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida.

Los adolescentes están expuestos a riesgos que no es más que la probabilidad de que acontezca un hecho indeseado que afecta a la salud de un individuo o de un grupo.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Donas, S. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. OPS/OMS. Representación en Caracas Venezuela

Los principales factores de riesgo son:

- Conductas de riesgo
- Familias disfuncionales
- Deserción escolar
- Accidentes
- Consumo de alcohol y drogas
- Enfermedades de transmisión sexual asociadas a prácticas de riesgo
- Embarazo
- Desigualdad de oportunidades en términos de acceso a los sistemas de salud, educación, trabajo, empleo del tiempo libre y bienestar social.
- Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras.

Existen también los factores protectores de la salud que son determinadas circunstancias, características y atributos que faciliten el logro de la salud y en el caso de los adolescentes su calidad de vida ,desarrollo y bienestar social ;se pueden clasificar en externos: una familia extensa, apoyo de un adulto significativo, integración social y laboral ;los internos son: autoestima, seguridad en sí mismo, facilidad para comunicarse, empatía.<sup>5</sup>

Los factores protectores son:

- Estructura y dinámica familiar que satisface los procesos físicos y funciones de la familia.

---

<sup>5</sup> Donas, S. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. OPS/OMS. Representación en Caracas Venezuela

- Políticas sociales con objetivos dirigidos a la atención de la niñez y la adolescencia con acciones específicas que permiten la salud integral, el desarrollo y el bienestar social.
- Desarrollo de medio ambiente saludables y seguros para ambos sexos y autocuidado de la salud reproductiva.
- Autoestima y sentido de pertenencia familiar y social.
- Posibilidades de elaborar proyectos de vida asequibles en congruencia con la escala de valores sociales morales apropiados.

Para esto es fundamental el papel de los adultos, acciones colectivas de promoción prevención de salud y abrir al adolescente un espacio como verdaderos actores sociales, creativos y de protección.

La familia ocupa un papel fundamental en la comprensión del adolescente por lo que es importante la atención integral del adolescente, no solo de las afecciones más frecuentes, sino se debe realizar una evaluación y diagnóstico familiar.<sup>6</sup>

## **1.2. CLASIFICACIÓN DE LA ADOLESCENCIA.**

### **1.2.1. Adolescencia temprana o inicial - 10 - 13 años**

En esta etapa el adolescente se ajusta a los cambios puberales, los cuales marcan el inicio de la misma. Este se encuentra ambivalente sobre separarse de sus padres o no y Prefiere socializar con "pares" del mismo

---

<sup>6</sup> Ruiz Rodríguez, G.: La familia. Concepto, funciones, estructura ,ciclo de vida familiar crisis de la familia, y apgar familiar .Rev .Cubana. Med. Gen Integral.: 58-63.

sexo. Conserva un pensamiento concreto con planes hacia el futuro vagos. En esta etapa inicia la curiosidad sexual principalmente a través, pero no exclusivamente, de la masturbación. Se centra mucho en sí mismo y explora qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad.

### **1.2.2. Adolescencia media - 14 - 16 años**

En este período, es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. Explora diferentes imágenes para expresarse y para que lo reconozcan en la sociedad, así mismo diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y el descubrir la abstracción de nuevos conceptos. El riesgo de vincularse a actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural es mayor durante esta etapa.

**1.2.3. Adolescencia final o tardía 17 – 21 años.-** (El límite superior depende del criterio de cada país para otorgar el estatus de mayoría de edad) En este grupo el adolescente es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Este establece y consolida relaciones que se basan en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de los otros. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. Define planes y metas específicas, viables y reales. Es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología.



**1.2.4.- Adulto Joven Según la OMS a este grupo pertenecen las personas entre 21 y 24 años de edad.-** Corresponde a la consolidación del rol social.<sup>7</sup>

**1.2.5.- Clasificación de la adolescencia según la OMS.-** En:

Adolescencia menor 10 a 14 años.

Adolescencia mayor 15 a 19 años.

Juventud entre los 19 a 24 años

**1.2.6.- Las etapas descritas por Bloss son:**

Latencia. Llamada así porque los intereses de niños y niñas están enfocados a actividades de juego, deportes y aprendizajes escolares, más que a temas relacionados con el sexo. Es una introducción a los cambios de la pubertad.

Preadolescencia. La maduración física de la pubertad es la línea que identifica el inicio de esta etapa, cuando se presentan los caracteres sexuales, la menarca o primera menstruación en las niñas y la espermarca o primera eyaculación en los niños.

Adolescencia temprana. El desarrollo corporal va tomando las características propias de la feminidad y la masculinidad. Los chicos y chicas se individualizan y se separan de las figuras parentales, cuestionan valores, reglas y leyes morales.

Adolescencia. En la adolescencia propiamente dicha, ocurre un cambio hacia la heterosexualidad y la renunciación final e irreversible hacia el objeto

---

<sup>7</sup> Organización Panamericana de la Salud. Salud del Adolescente OPS/OMS Washington / Últimas Normas Servicio de Salud Colombia 2005

incestuoso. Surge el sentimiento de estar enamorado y las preocupaciones por problemas políticos, filosóficos y sociales.

Adolescencia tardía. Declinación natural del torbellino provocado por las secreciones hormonales, termina el crecimiento físico y las funciones cognitivas superiores encuentran su punto de maduración.

La postadolescencia. Nos referimos a ellos/as como adultos jóvenes, los cuales logran armonizar su personalidad, y son más capaces de pensar, sentir y actuar en forma integrada, son autónomos económicamente, tiene mayores posibilidades de realizar actividades educativas por sí mismos y comparten su rol social con diversos grupos, se enamoran y son más propensos al matrimonio, a formar una pareja e incluso a permitirse la maternidad o la paternidad.<sup>8</sup>

### **1.3.- ADOLESCENCIA Y FAMILIA.**

La familia es considerada como un grupo natural que se estructura mediante una historia, se forma en el tiempo según vicisitudes y experiencias particulares de sus miembros quienes ensayan experimentan y consolidan una serie de interacciones estableciendo normas de convivencia organizado mediante la repetición y la retroalimentación de expresiones y acciones reglamentadas. La familia es vista como el resultado de conflictos de aprendizajes existenciales.<sup>9</sup>

---

<sup>8</sup> Bloss, Peter PSICOANÁLISIS DE LA ADOLESCENCIA Ed. Joaquín Mortiz Cap. 3 2008/2

<sup>9</sup> Adolescencia juventud y familia, módulo II, Universidad Nacional de Loja, mayo 2008

La familia es la institución social que recibe al ser humano desde su nacimiento y del cual emerge más tarde la adolescencia constituyéndose en la fuente de sus relaciones más duraderas y su primer sustento económico. En la familia aprenden valores, principios, normas y costumbres que afectaran toda la vida a los adolescentes.

Toda familia que vive con un o una adolescente puede considerarse una familia en crisis, ya por la presión o por el conflicto inter-generacional que en ella suceda esto es así porque mientras los adolescentes viven su crisis adolescente, los padres enfrentan la crisis de la edad media con lo que implica la tercera edad. Muchos padres retrasan el desarrollo de su hijo/a adolescente/a o por el contrario exigen comportamiento de adultos. Algunos padres de familia en la transición de la vida media, el tiempo progresa demasiado rápido mientras que el joven percibe el tiempo demasiado lento.

Tenemos cuatro patrones de distensión del tiempo

- Cuando los padres intentan retardar el ciclo de vida de sus hijos, mientras que el adolescente intenta acelerar su propio proceso.
- Una familia donde ambos padres, hijos e hijas adolescentes consiste en retardar el proceso maduracional.
- Padres e hijos intentan acelerar sus ciclos de vidas y terminan demasiado rápido con las tareas y la naturaleza de los lazo interpersonales propios de la familia nuclear.

- Los padres intentan acelerar los eventos propios del ciclo de vida y los hijos muy ansiosos a cerca de la independencia y separación retardan su propio crecimiento y desarrollo.

El primer patrón es muy común en nuestras familias donde los/as adolescentes se comportan como si tuvieran más edad, regresando tarde a la casa, teniendo relaciones afectivas con jóvenes de mayor edad.

El segundo patrón en las familias se presenta una adecuada individualización y separación del joven no es posible.

El tercer patrón los hijos establecen tareas propias de la maternidad o paternidad, por un lado los padres aceleran el tiempo de maduración de sus hijos/as y desean ser independientes.

El cuarto caso los padres aceleran el proceso para alcanzar ciertos roles maduracionales de sus hijos/as parecen estar no listos y adoptan posturas regresivas.

**Ciclo de vida Familiar y Adolescencia.**-Las familias recorren a lo largo de la vida un ciclo que comienza con el nacimiento del individuo y continúa a través de los años escolares, la adolescencia, , el matrimonio y que se reinicia nuevamente con el nacimiento de los propios hijos, la llegada del primer hijo al colegio es una etapa muy importante para la familia, porque se enfrenta por primera vez a un medio externo a sí misma, el que la pone a prueba y la evalúa a través de los profesores produciéndose tensiones que deben irse resolviendo.

Después viene la etapa de la adolescencia, donde también hay muchas tensiones que enfrentar y que coinciden con la edad media de la vida de los padres y con la jubilación de los abuelos, en este espiral continuo que es la vida de familia.<sup>10</sup>

### **Problemas emocionales de los adolescentes**

Investigaciones manifiestan que cuatro de cada diez adolescentes en algún momento se han sentido tristes, han llorado, se han alejado de todo y de todos uno de cada cinco adolescentes piensa que la vida no merece la pena vivirla. Dando lugar a un estado depresivo que no es evidente para los demás, ingestas alimenticias excesivas, somnolencia y preocupaciones excesivas, su apariencia física da signos de malestar o disconformidad emocional.<sup>11</sup>

### **Los adolescentes y los padres.**

Los adolescentes y sus padres suelen quejarse cada uno de la conducta del otro. Los padres con frecuencia sienten que han perdido cualquier tipo de control o influencia sobre sus hijos. Por su parte, los adolescentes, al mismo tiempo que desean que sus padres sean claros y les suministren una estructura y unos límites, que toman a mal cualquier restricción en sus libertades crecientes y en la capacidad para decidir sobre sí mismos.

Los desacuerdos son frecuentes, ya que la persona joven lucha por forjar una identidad independiente. Todo esto es normal, y los padres pierden el

---

<sup>10</sup> Dra. Maida Ana Margarita Departamento de Pediatría Oriente, Universidad de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna. Medwave. Año 4, No. 7, Edición Agosto 2008.

<sup>11</sup> [www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su\\_salud/jovenes](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud/jovenes)

control, sin saber dónde están sus hijos, quiénes son ellos o qué les está pasando. Por tanto, es importante que ellos permitan a sus padres conocer dónde van, aunque también es recomendable que sus padres se tomen la molestia de preguntar.

### **Problemas escolares de los adolescentes**

Los adolescentes que rechazan ir al colegio con frecuencia tienen dificultades en separarse de sus padres, y puede tener su origen en la escuela primaria y manifestarse como dolores de cabeza o estómago. Si un adolescente que no desea ir al colegio es necesario comprobar de que esté siendo acosado por alguno de sus compañeros, por si mismo es difícil hablar y el ir al colegio resulte una experiencia solitaria, miserable y amenazadora, dando lugar a problemas emocionales de ansiedad, depresión, baja autoestima, falta de confianza en sí mismo, y dificultad para hacer amigos que con frecuencia afectan el rendimiento escolar.

Es difícil concentrarse adecuadamente cuando uno está preocupado sobre sí mismo o sobre lo que ocurre en casa. La presión para hacerlo bien y para aprobar los exámenes procede de los padres o profesores, los adolescentes generalmente desean hacerlo bien y se presionan a sí mismo si se les da la oportunidad. Insistir excesivamente puede ser contraproducente.

El examen es importante, pero no se les debe permitir que dominen sus vidas o que les hagan infelices.<sup>12</sup>

#### **1.4 ADOLESCENCIA Y PUBERTAD**

La pubertad se inicia cuando la Hipófisis, que es una glándula ubicada en el cerebro, envía una señal al cuerpo para que comience a elaborar una sustancia química especial (hormona) llamada estrógeno. Es la responsable de la mayoría de los cambios: la estatura aumentará, el cuerpo se ensancha, los senos empiezan a crecer, transpira más y se produce mal olor, el cabello y la piel se vuelven más grasosos, y aparece el acné, el flujo vaginal, inicia los períodos menstruales (menarca), llamados también reglas, crecimiento más que en otra etapa de la vida, estos cambios son propios del desarrollo, y no serán las únicas en aceptar, mirar positivo, considerar lo que tienen y no lo que les hace falta. Para crecer se necesita mucha energía, por eso es muy importante tener una alimentación balanceada y sana, con proteínas (pescados, carnes rojas, queso, leche, huevos y legumbres), carbohidratos (pan, pastas, cereales), muchas frutas y verduras frescas. Realizar deporte e higiene.

Existe una "aceleración secular" del inicio de la pubertad, de modo que en los países occidentales la pubertad se ha adelantado unos 3-4 años respecto al comienzo del siglo. En nuestro país se considera normal el inicio

---

<sup>12</sup> [www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su\\_salud/jovenes](http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/su_salud/jovenes)

de la pubertad entre los ocho y los 14 años en las niñas, y entre los nueve y los 15 años en los varones y la hormona responsable es la testosterona.<sup>13</sup>

En los niños, el primer signo que indica el inicio de la pubertad es el aumento del tamaño testicular. Este, es difícil apreciar y valorar por los padres, quienes notarán más fácilmente la aparición de vello en el pubis y en la axila. Una vez iniciado el desarrollo a partir de los nueve años, puede producirse, el crecimiento de uno o de los dos pechos (ginecomastia) e incluso, presentar dolor.

Durante los dos primeros años después de haber tenido la primera regla, esta puede ser muy irregular, e incluso puede ocurrir que pasen varios meses hasta la siguiente regla o que esta ocurra antes de lo esperado. A veces el crecimiento del pecho solo se aprecie en un lado, dando molestias.

La transformación que experimenta el adolescente es comparable con la metamorfosis de la larva en mariposa, por que no se produce de improviso sino en fases.

Pubertad y adolescencia son dos términos que se confunden, es absolutamente normal, pues ambos conceptos están estrechamente unidos. Definimos la pubertad como una etapa en la que los órganos sexuales

---

<sup>13</sup> Dr. Barreda Pedro [www.pediatraldia.cl](http://www.pediatraldia.cl) 2007



primarios inician su madurez y empiezan a aparecer los secundarios. Con ella, comienza la adolescencia.<sup>14</sup>

La pubertad es el tiempo en el cual las características físicas y sexuales maduran y se presenta debido a cambios hormonales que permiten que la persona llegue a ser capaz de reproducirse. La adolescencia es el período entre la pubertad y la edad adulta.<sup>15</sup>

### **1.5 ADOLESCENCIA Y EFECTOS PSICOLÓGICOS**

La adolescencia es una época ambigua, a medias entre la infancia y la madures, en la que se definen tanto nuestro cuerpo como nuestra personalidad. Época cruzada de conflictos, puede ser también la más sugerente de la vida. Todo depende de cómo se afronten las diferentes situaciones que la vida va presentando.

Las calificaciones escolares, el propio cuerpo, la apariencia externa, la opinión de los demás sobre uno mismo, los amigos, el enamoramiento y las relaciones sexuales son temas centrales en esta época. La información que se tenga sobre ellos puede ser crucial. Ahí está el caso de muchas chicas que dejan de comer para lograr ese cuerpo "maravilloso", suponiendo que detrás de este logro vendrán muchos éxitos por sí solos. La caída que

---

<sup>14</sup> Dr. Barreda Pedro [www.pediatraldia.cl](http://www.pediatraldia.cl) 2007

<sup>15</sup> University of Maryland Medical Center (UMMC) © 2008

supone, el comprobar que no es así después de tantos sacrificios, resulta difícil de asimilar.

Cuánto dinero gastado, por parte de los padres, para comprar esa ropa carísima, que está de moda. El no poder llevar este tipo de ropa "especial" supone muchas cosas, como no pertenecer a ese grupo que uno desea, sentirse fuera, diferente, etc.

Los amigos tienen, también, una importancia especial. Muchos padres cuentan "es que le importa más la opinión de sus amigos que la nuestra". Tampoco hay que alarmarse, se trata tan sólo de un proceso de identificación e individuación, forma parte de la madurez, uno empieza a tener opiniones propias, pero no se fía demasiado y necesita el refuerzo de sus iguales.

Diferentes situaciones, en ésta época, traen de cabeza a padres y adolescentes. Sin embargo, conviene saber que la mayoría de las situaciones que se dan, no tienen mayor importancia, forman parte del proceso evolutivo, y cuando hormonas y demás elementos encuentren su sitio, todo volverá a la normalidad. Existen efectos psicológicos serios como: Ansiedad, Estrés, Agresividad, Depresión, Manías y obsesiones, Los amigos, Timidez, La familia, Educación sexual, Las drogas, Anorexia, Bulimia, Obesidad, Técnicas de estudio, Orientación laboral.<sup>16</sup>

---

<sup>16</sup> Bautista Silvia PSICÓLOGA 2005

Uno de los principales cambios que se viven en la adolescencia es la aceptación y adaptación al nuevo cuerpo, diferente al que tenía de niño o niña. Todos los cambios físicos y la rapidez con que se viven, generan sentimientos de preocupación, ansiedad, aislamiento (pasar mucho tiempo a solas encerrado/a en el cuarto), exploración constante del cuerpo, sensaciones de vergüenza e incomodidad por la creencia de las demás personas de ver cómo se luce y las bromas, burlas o chistes que reciben.

Esto hace que dedique mucho tiempo y atención a la apariencia física, probando nuevas formas de vestir, peinarse, hablar, caminar, con la intención de mostrarse más atractivo(a) y ser aceptado(a).<sup>17</sup>

La nueva apariencia no solo modifica la relación y la imagen que se tiene de uno mismo, sino que también produce cambios en las relaciones con las otras personas. Las personas adultas perciben de manera diferente, y esperan que "si tu cuerpo es de grande, actúes como grande", lo que puede causar problemas si se delegan responsabilidades para las que emocionalmente no estén preparados.

Otra situación es el distanciamiento físico entre el o la adolescente y sus padres o personas adultas cercanas, a diferencia de la época infantil en la que intercambiar besos, caricias y abrazos. Conforme va pasando el tiempo, y se logra conocer y explorar el cuerpo, las preocupaciones van disminuyendo y se va viviendo una mayor aceptación y comodidad corporal.

---

<sup>17</sup> Ayala César L. Etiquetas: Adolescencia, Sexualidad 2005

En los últimos años de la adolescencia, se experimentan sentimientos de tranquilidad con respecto al propio cuerpo, lo cual permite una integración del esquema corporal, la forma cómo viven y sienten los cambios físicos, la reacción de las personas que nos rodean ante ese nuevo cuerpo, determinando la autoestima y el auto concepto de nosotras/os mismas/os. Otro proceso propio de la etapa adolescente es la adquisición de nuevas capacidades de pensamiento, que en la infancia, se tiene un pensamiento de tipo concreto, es decir centrado en una sola cosa a la vez y basado en el aquí y en la realidad (lo que se ve).<sup>18</sup>

En cambio, en la adolescencia se adquiere una forma de pensar de tipo formal o hipotético-deductivo, con la cual se puede razonar e ir más allá de las experiencias concretas.<sup>19</sup>

De esta forma, las y los adolescentes se interesan en problemas que no tienen que ver con su realidad cercana, desarrollan su capacidad crítica, piensan en valores y consecuencias a largo plazo, disfrutan de la capacidad de reflexionar y explorar sus sentimientos y pensamientos, entre otras cosas. Todo esto les permite tener posiciones propias—las cuales defienden "a capa y espada"— y cuestionan a las personas adultas que ocupan algún lugar de autoridad, como los padres, madres o profesores.

---

<sup>18</sup> Ayala César L. Etiquetas: Adolescencia, Sexualidad 2005

<sup>19</sup> Módulo de Capacitación Para Adolescentes” Multiplicadores En Salud Costa Rica, 2005. PAIA – Programa Atención Integral a la Adolescencia Departamento de Salud de las Personas Caja Costarricense de Seguro Social 2005

Descubren que esta capacidad de reflexionar no solo sirve para contradecir, sino también les permite analizar experiencias, sacar conclusiones, y tener una conciencia más realista. Además, en la adolescencia se re-construye la identidad, es decir, se busca la respuesta a la pregunta ¿quién soy?, mirando hacia atrás (o sea hacia lo que ha sido su vida) y reflexionando sobre las nuevas experiencias adquiridas. No se vive solamente en la adolescencia, ya que la identidad no es estática, sino que a lo largo de toda la vida se continúa elaborando en ciertos momentos. Para lograr esto, se viven situaciones como: la renuncia a la dependencia de los padres, la búsqueda de la autonomía e independencia, el cuestionamiento de la autoridad de las personas adultas, el interés por tener amistades, la importancia de pertenecer a un grupo de amigos o amigas, entre otras.<sup>20</sup>

Las relaciones con las personas adultas cambian drásticamente, especialmente con los padres, generando situaciones de conflicto ante el cuestionamiento, desafío y necesidad de probar su autoridad. Sin embargo, si las personas adultas enfrentan estas experiencias con tranquilidad y facilitan la adquisición de la autonomía del o la adolescente, la transformación de estas relaciones no tiene que ser algo negativo.

Las relaciones con las personas de la misma edad (grupo de pares) se vuelven muy importantes y necesarias, ya que comprenden mejor los cambios y vivencias que se tienen; encontrando un lugar propio de su grupo

---

<sup>20</sup> Módulo de Capacitación Para Adolescentes” Multiplicadores En Salud Costa Rica, 2005. PAIA – Programa Atención Integral a la Adolescencia Departamento de Salud de las Personas Caja Costarricense de Seguro Social 2005

social; obteniendo apoyo y afecto; explora conductas y destrezas sociales; expresa sus deseos y necesidades.

Otro cambio es la construcción de proyectos de vida para el futuro, como el lugar que desea ocupar en la familia, la elección de pareja, el papel que se va a asumir en la comunidad. Al inicio de la adolescencia, se dejan llevar por influencias familiares al tratar de definir lo que quieren hacer en el futuro, o por pensamientos idealistas (por ejemplo, ser una estrella de cine).<sup>21</sup>

## **1.6. FACTORES DE RIESGO DE LA ADOLESCENCIA**

El adolescente fue y es aún ese ilustre desconocido que durante siglos las disciplinas de la salud de los adultos y de los niños, dejaron de lado a este grupo etario, se creía que no se enfermaban. Recientemente con la apertura de centros y servicios especializados en la atención de los adolescentes, se pudo detectar que sí tienen problemas, que sí se enferman, que sí consultan cuando tienen adonde recurrir.<sup>22</sup>

Dentro de la problemática que los aqueja se destacan por su frecuencia, los conflictos en el área emocional, las dificultades de estructuración armónica de la personalidad, las desavenencias con el grupo familiar, los tropiezos en el rendimiento escolar. Accidentes, conductas autodestructivas, consumo de sustancias sin prescripción médica, las conductas violentas, las crisis depresivas, el consumo de tabaco, alcohol y drogas.

---

<sup>21</sup> Ayala César L. Etiquetas: Adolescencia, Sexualidad 2005

<sup>22</sup> Prioridades de salud del adolescente Argentino, documento de las Sociedades de Pediatría, Ginecología Infanto Juvenil y de Medicina del Adolescente. 2006

La primera causa de muerte de los adolescentes y jóvenes son los accidentes. (46,9% en los varones y 23,8% en las mujeres del total de defunciones entre los 10 y 20 años de edad. Estimamos esta prevalencia de los accidentes como una consecuencia de una conducta autodestructiva: el estar distraído por distintos conflictos, una disminución en la atención por el consumo de alcohol o ciertas sustancias que producen una ligera obnubilación de la conciencia y una desinhibición psicomotriz, el no valorar la vida por estar sumergidos en un estado de ánimo de tristeza, de pesimismo.<sup>23</sup>

#### **1.6.1. FACTORES DE RIESGO EN LOS ADOLESCENTES**

1. Consumo abusivo de alcohol, ya que este puede llevar a una pérdida de la autocrítica, distorsión de la realidad, alteraciones de la conducta con desinhibición y facilitación de actos de violencia. El alcohol, al actuar sobre la voluntad debilitándola, facilita el consumo de otras sustancias.
2. Dependencia al tabaco. Es un hábito que puede crear una conducta adictiva dentro de la estructuración de la personalidad, incorporándose esta modalidad de reacción para el futuro. Es también una puerta de entrada al consumo de otras sustancias.
3. Alteraciones permanentes del humor: ansiedad, tristeza, aislamiento, mal humor, hostilidad hacia los familiares y amigos; aburrimiento permanente; violencia.

---

<sup>23</sup> Prioridades de salud del adolescente Argentino, documento de las Sociedades de Pediatría, Ginecología Infanto Juvenil y de Medicina del Adolescente. 2006

4. Alteraciones en el estilo de vida: trastornos del sueño, expectativas que van más allá de lo realizable, fatiga frecuente, falta de interés y motivación por cosas que antes interesaban.
5. Actitud tolerante hacia el consumo de tabaco, alcohol y drogas, el frecuentar amigos o compañeros que consumen dichas sustancias.
6. Disminución del rendimiento estudiantil o laboral; faltas frecuentes sin motivo, alteraciones de la conducta y sanciones disciplinarias.
7. Ausencias del hogar por más de 24 horas sin aviso previo. Fugas reiteradas.
8. Situaciones de conflicto familiar prolongados, falta de comunicación real y congruente, problemas de conducta en alguno de los hermanos.

#### **1.6 .2 FACTORES PROTECTORES EN LA ADOLESCENCIA**

Así como existen estos llamados de atención o factores de riesgo, también rodean a los/as adolescentes y jóvenes situaciones que los protegen:

1. Una relación familiar armónica, donde existan la expresión del afecto y se dispense la atención necesaria a cada uno de los miembros, a través de una comprensión y comunicación efectiva.
2. La existencia de oportunidades donde los jóvenes puedan llevar a cabo experiencias exitosas y excitantes, tanto a nivel estudiantil como laboral.
3. Estilo de vida armónico, donde exista una escala de valores, entretenimientos compartidos con la familia y los amigos, descanso suficiente, práctica de actividades físicas, y una actividad participativa en la comunidad.



4. Estructuras escolares y laborales contingentes que despierten inquietudes y desarrollen las habilidades que los jóvenes poseen.<sup>24</sup>

## CAPÍTULO II

### 1. MIGRACIÓN

Las migraciones son tan antiguas como la humanidad y aparecen en las relaciones más antiguas de casi todas las religiones y culturas que existen. En el caso de la tradición judeocristiana, la expulsión del hombre por el creador después del pecado original constituye la primera referencia a una especie de migración forzosa. Lo mismo puede decirse de la tradición islámica (la Hégira), la judía (el Éxodo o Huída de Egipto, los 40 años de la vida en el desierto del Sinaí, el establecimiento en Canaán, etc.)<sup>25</sup>

Hace mil quinientos años, en lo que actualmente conocemos como Moscú, no había un sólo ruso en Hungría no había un sólo húngaro, en Turquía no había turcos, España empezaba a ser visigoda, en América sólo vivían indígenas, en Australia sólo polinesios y melanesios, en la región de Kosovo vivían en forma minoritaria los albaneses, lo que hace todavía más complejo el término migratorio (Wikipedia nov. 2008).

La forma de migración más importante desde el siglo XIX hasta la época actual es la que se conoce como éxodo rural que es el desplazamiento masivo de habitantes desde el medio rural al urbano: millones de personas se trasladan anualmente del campo a la ciudad en todos los países del

---

<sup>24</sup> Prioridades de salud del adolescente Argentino, documento de las Sociedades de Pediatría, Ginecología Infanto Juvenil y de Medicina del Adolescente. 2006

<sup>25</sup> [Http://enciclopedia.us.es/index.php/Migraci%C3%B3n](http://enciclopedia.us.es/index.php/Migraci%C3%B3n). 10 dic. 2008

mundo (sobre todo, en los países subdesarrollados), en busca de mejores condiciones de vida y, sobre todo de mayores oportunidades de empleo.

Las migraciones han sido una necesidad para la humanidad desde cuando el ser humano se desplazaba de un lugar a otro en busca de medios de subsistencia o para eludir a enemigos humanos o naturales, recorriendo de esta forma el planeta. Históricamente, las migraciones han cambiado totalmente el aspecto de los países, influyendo en su composición racial, lingüística y cultural, así como otros cambios importantes de gran repercusión.<sup>26</sup>

## **2. MIGRACIÓN Y ADOLESCENCIA**

Los procesos migratorios, se dan en personas con escasos recursos económicos y con diferencias culturales. Globalmente, los chicos y chicas púberes afectados por procesos migratorios se ven sometidos a múltiples tensiones. Por un lado han de encontrar sentido a si mismos en esa situación de adolescencia sobrevenida impuesta. Por otro, han de resolver los conflictos de fidelidad entre lo que les rodeaba hasta ahora y lo que han descubierto, entre el mundo de sus mayores y el mundo moderno, entre lo que les gustaría ser y lo que les parece que están obligados a ser, entre lo que habían soñado encontrar y lo que realmente tienen a su alcance.<sup>27</sup>

---

<sup>26</sup> [Http://enciclopedia.us.es/index.php/Migraci%C3%B3n](http://enciclopedia.us.es/index.php/Migraci%C3%B3n). 10 dic. 2008

<sup>27</sup> Flores M. R.N., MSN. Especialista en Salud Mental / TeleMedik Julio / 2004

Viven fuertes tensiones por desunión familiar y crisis en la construcción de su identidad, así como por contradicciones entre la cultura familiar de origen y las formas culturales de su familia actual. Afecta también la socialización entre iguales y la presión de grupo propia de los adolescentes y aparecen conductas disociales por asociación con los adolescentes con dificultades sociales del barrio.

Documento del centro «La Merced» (Casa de refugiados e inmigrantes menores no acompañados. Madrid) incorporado en el texto «La relación educativa con los chicos y chicas adolescentes en pisos-residencia». Instituto Madrileño del Menor y la Familia 2005).

Los familiares de adolescentes con padres migrantes acuden a la administración de justicia para legalmente poder representarlos en escuelas, colegios y en otras entidades que exigen esa calidad. El 60 y el 70% tienen relación con niños (as) y adolescentes abandonados como consecuencia de la migración internacional de los padres.<sup>28</sup>

"Como consecuencia de la masiva migración, niños y adolescentes se quedan huérfanos de afecto, de cuidado, de protección, de atención en todo su desarrollo social".<sup>29</sup>

---

<sup>28</sup> <http://www.psicopedagogia.com/definicion/adolescencia>, 2008

<sup>29</sup> Juzgado III de la Niñez y Adolescencia Cuenca-Ecuador 2004

El artículo 22 del Código de la Niñez y Adolescencia, señala:  
"Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia.

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

Las infracciones que mas cometen los menores de edad son violaciones, robos, y en ciertos casos, hasta homicidio.<sup>30</sup>

## **2.1.- CONCEPTOS DE MIGRACIÓN.**

- Migración.- Es cuando una persona va de su país natal a otro en busca de mejores oportunidades de vida para poder progresar.<sup>31</sup>
- Migración.- Es el estado de una persona o de un pueblo según el territorio de procedencia o destino para establecerse en él de manera corta, definitiva o prolongada, por razones económicas o laborales.
- El fenómeno social que se caracteriza por desplazamientos de población motivados por factores de expulsión de fuerza de trabajo de

---

<sup>30</sup> Juzgado III de la Niñez y Adolescencia Cuenca-Ecuador 2004

<sup>31</sup> [www.definicion.org/migracion](http://www.definicion.org/migracion)

pueblos o países de origen y por factores de atracción de fuerza de trabajo de comunidades de destino.<sup>32</sup>

- Las personas que la realizan son emigrantes en su lugar de origen e inmigrantes en el lugar de destino. Se emigra a dos tipos de regiones a las que son ricas, y que dan trabajo a los emigrantes, y a los países nuevos, que dan la oportunidad de hacer negocios libremente y hacer fortuna.
- Término que se le da a los “movimientos” o desplazamientos, los cuales se dan por cambios de residencia también pueden tener relación con temas políticos laborales, económicos y sociológicos, este tipo de desplazamiento puede ser voluntario o forzado.<sup>33</sup>
- “acción y efecto de pasar de un país a otro para establecerse en él. Se usa hablando de las MIGRACIONES históricas que hicieron las razas o los pueblos enteros. Desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales.<sup>34</sup>

## **2.2.- CLASIFICACIÓN DE LAS MIGRACIONES.**

No resulta fácil establecer una clasificación de las migraciones humanas aceptadas por todos los investigadores (geógrafos, sociólogos, etnólogos, etc.) ya que presentan características muy diversas. Teniendo en cuenta la duración del fenómeno se puede hablar de migraciones temporales y

---

<sup>32</sup> Emigración provincia de Chimborazo; Red institucional de movilidad humana de Chimborazo. enero 2007

<sup>33</sup> Diccionario de computador personal 2008

<sup>34</sup> Microsoft Encarta 2008

definitivas. Mientras que atendiendo al ámbito geográfico o espacial en el que tienen lugar los desplazamientos es preciso distinguir migraciones exteriores e interiores (internacionales como intercontinentales).

Un tipo de emigración geográfica o espacial, es la emigración golondrina que tiene carácter anual, se emigra para las campañas agrícolas y se regresa todos los años.

Otra clasificación diseñada por Robert Owen (1838) Las migraciones se pueden considerar según el lugar de procedencia y según la duración del proceso migratorio. Si hay cruce de fronteras entre dos países, la migración se denomina externa o internacional e interna o nacional en caso contrario, las migraciones pueden considerarse como: Emigración. Desde el punto de vista del lugar de salida. Inmigración. En el lugar de llegada.

Se denomina balanza migratoria o saldo migratorio a la diferencia entre emigración e inmigración. Así, el saldo migratorio podrá ser positivo cuando la inmigración es mayor que la emigración y negativo en caso contrario.<sup>35</sup>

Se denominan migraciones humanas a los cambios de residencia de grupos humanos, con carácter permanente o semipermanente, motivados por razones económicas, sociales o políticas.

La inmigración es interna si las personas cambian de territorio en un mismo país, y es externa si provienen del extranjero. Mundial se impusieron restricciones de tipo informal o establecido por ley.

---

<sup>35</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Migraci%C3%B3n\\_\(demograf%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Migraci%C3%B3n_(demograf%C3%ADa))

## 2.3.- FACTORES DE LA MIGRACIÓN

Las migraciones constituyen un fenómeno demográfico complejo por causas diversas y difíciles de determinar, debido a las migraciones irregulares o disfrazadas de actividades turísticas o de otra índole.

Los principales factores de la migración son:

### FACTORES POLÍTICOS

Son a causa de las crisis políticas por temor a la persecución y venganza de ciertos países. Abandonan su país de origen, temen perder la vida cuando se trata de regímenes totalitarios. Y emigran por persecuciones políticas en su propio país y se les denomina exiliados políticos.

### FACTORES CULTURALES

La base cultural de una población determinada es factor importante a la hora de decidir a qué país o lugar se va a emigrar. La cultura (religión, idioma, tradiciones, costumbres, etc.) tiene mucho peso en esta toma de decisiones. Las posibilidades educativas son importantes a la hora de decidir las migraciones de un lugar a otro, hasta el punto de que, en el éxodo rural, este factor es a menudo determinante, ya que los que emigran del medio rural al urbano suelen ser adultos jóvenes, que son los que tienen mayores probabilidades de tener hijos pequeños.<sup>36</sup>

### FACTORES SOCIOECONÓMICAS

---

<sup>36</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Migraci%C3%B3n\\_\(demograf%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Migraci%C3%B3n_(demograf%C3%ADa))

Son factores determinantes en cualquier proceso migratorio. De hecho, existe una relación directa entre desarrollo socioeconómico e inmigración y, por ende, entre subdesarrollo y emigración. Un gran porcentaje 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, inclusive a perderla.

### **FACTORES FAMILIARES**

En la actualidad resulta un factor decisivo los vínculos familiares en la decisión de emigrar hacia diferentes destinos geográficos del planeta.

### **FACTORES BÉLICOS Y CONFLICTOS INTERNACIONALES**

Este factor origina las migraciones forzadas, que han dado origen a desplazamientos masivos de la población, huyendo del exterminio o de la persecución del país o ejército en conflicto.

### **FACTORES NATURALES**

Los terremotos, inundaciones, sequías prolongadas, ciclones, tsunamis, epidemias, y otras catástrofes tanto naturales como sociales (o una combinación de ambas, que más frecuente) han ocasionado grandes desplazamientos de seres humanos (también son consideradas migraciones forzadas) durante todas las épocas, pero que se han venido agravando en



los últimos tiempos por el crecimiento de la población y la ocupación de áreas de mayor riesgo de ocurrencia de esas catástrofes.<sup>37</sup>

## CONSECUENCIAS DE LAS MIGRACIONES

Las migraciones tienen consecuencias **directas e indirectas** tanto en los países o áreas de emigración como de inmigración, ocasionando efectos positivos como negativos:

**POSITIVOS.-** El alivio de problemas de sobrepoblación; el logro de una mayor homogeneidad cultural o política; la disminución de la presión sobre los recursos; la inversión de las remesas de dinero que envían los emigrantes; la disminución del desempleo; el aumento de la productividad y el aumento de la venta de productos en otros países.

**NEGATIVOS.-** Estas situaciones provocan múltiples problemas en el entorno, las familias, adolescentes/as, que van desde un decaimiento del rendimiento escolar, (depresión, baja autoestima y ansiedad.) Así como también el incremento de las pandillas juveniles, consumo de drogas, sin generalizar que la migración sea la única causa de estos fenómenos.

### 2.5. CAUSAS Y DIMENSIONES DE LA MIGRACIÓN A NIVEL MUNDIAL

- Desempleo.
- Subempleo y salarios bajos.
- Pobreza y marginación.
- Tradición.

---

<sup>37</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Migraci%C3%B3n\\_\(demograf%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Migraci%C3%B3n_(demograf%C3%ADa))

- Reunificación familiar.
- Catástrofes naturales.
- Empleos mal remunerados y condiciones de trabajo deplorables.
- Empleos disponibles en otros países.
- Falta de alternativas de vida<sup>38</sup>

## CAPÍTULO III

### 3. LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MIGRACIÓN

#### 3.1. GENERALIDADES.

El presente tema da cuenta de la situación que viven las personas migrantes al afrontar su vida en una nueva sociedad, las variables del choque cultural y sus consecuencias en el proceso de duelo migratorio y en el afrontamiento de su salud psicosocial. Se describen las características del movimiento migratorio y los síntomas que éste puede producir en el migrante y en su núcleo familiar.<sup>39</sup>

La depresión es uno de los más comunes y más serios problemas de la salud mental que enfrenta la gente hoy en día. Millones de personas en el mundo sobreviven en medio de la depresión. Ricos, pobres, ciudadanos, campesinos, hombres y mujeres, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo.

---

<sup>38</sup> [http://es.wikipedia.org/wiki/Migraci%C3%B3n\\_\(demograf%C3%ADa\)](http://es.wikipedia.org/wiki/Migraci%C3%B3n_(demograf%C3%ADa))

<sup>39</sup> Saramago José Prólogo del Libro "Moros en la Costa" de Juan José Téllez, 2004

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular) mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. De ahí que desde los distintos estamentos sanitarios se esté potenciando la investigación para intentar atajar este trastorno mental, cuyo índice de prevalencia, lejos de disminuir, amenaza con incrementarse a medida que transcurra el siglo XXI.

Los emigrantes ecuatorianos comparten la visión de que en España se planifica la vida social, se vive más con base en el logro y el cumplimiento de la norma. Se valoran menos los lazos familiares y la vida espiritual.

Para lo cual es necesario sensibilizar a médicos, psiquiatras, psicólogos y profesionales sanitarios en general, sobre la realidad que viven los/ las adolescentes de los emigrantes y los efectos psicológicos que esto ocasionan en su salud mental y física.<sup>40</sup>

---

<sup>40</sup> <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-328-1-historia-del-servicio-electronico-de-informacion-psicologica.html>

## **3.2 LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MIGRACIÓN**

### **1. DEPRESIÓN**

La depresión (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado"). Es un trastorno emocional que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

El término médico hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan 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 vital habitual, sea de causa conocida o desconocida.

La depresión también puede expresarse a través de afecciones de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático.

La persona aquejada de depresión puede no vivenciar tristeza, sino pérdida de interés e incapacidad para disfrutar las actividades habituales, así como una vivencia poco motivadora y más lenta del transcurso del tiempo.

### **GÉNESIS DE LA DEPRESIÓN**

Su origen es multifactorial y complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales tales como el estrés y sentimientos de decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, y el haber atravesado una experiencia cercana a la muerte.

También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la muerte de un ser querido) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) o un condicionamiento paterno educativo.

## **CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN**

### **Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante**

Los criterios que establecen tanto el DSM-IV como el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son:

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas:

- Estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días
- Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales
- Disminución o aumento del peso o del apetito
- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más; véanse los trastornos en el sueño)
- Enlentecimiento o agitación psicomotriz
- Astenia (sensación de debilidad física)
- Sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa
- Disminución de la capacidad intelectual

- Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

### **Trastorno distímico**

Los criterios para este tipo de trastorno depresivo son:

Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas:

- Variaciones del apetito (trastornos en la alimentación)

- Insomnio o hipersomnio (es decir, dificultades para descansar, ya sea porque se duerme menos de lo que se acostumbraba o porque se duerme más.
- Astenia
- Baja autoestima
- Pérdida de la capacidad de concentración
- Sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza.

Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad.

Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.

Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas (véase adicción).

Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.

Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

### **Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y ánimo depresivo)**

Por trastorno adaptativo o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

### **Trastorno depresivo no especificado**

Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella situación en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.



## Otros tipos

Duelo patológico: En el DSM-IV se contempla una situación de duelo que puede precisar tratamiento, sin cumplir los criterios de ninguno de los trastornos previos.<sup>41</sup>

### 3.1.5 FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN

Se estima que uno de cada cinco americanos estará afectado por alguna alteración en forma de depresión durante el curso de sus vidas. La depresión es una enfermedad que puede afectar a cualquiera, independientemente de la edad, raza, clase social o género, y a veces se le llama "el resfriado común" de las enfermedades mentales. Aunque hay evidencias que sugieren que la depresión ha aumentado en las últimas décadas también influyen los factores socio-económicos y culturales, ser de sexo femenino menores de 45 años.<sup>42</sup>

### 3.1.6 MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN

En muchos adolescentes, los síntomas clínicos de la depresión van apareciendo progresivamente, y muchos de estos síntomas tienden a ser personales, por lo que pueden ser ignorados. En ocasiones resulta difícil diferenciar entre las manifestaciones de la depresión y algunas características personales, y tampoco es fácil reconocer qué síntomas son causados por otra enfermedad y cuáles se deben a la depresión.

---

<sup>41</sup> Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV 1195 Masson SA <http://www.nimh.nih.gov>

<sup>42</sup> Que es la depresión. Mailxmail.com 2004

- Cambios bruscos del humor
- Baja Energía
- Disminución en el esfuerzo académico
- Alteración de las funciones somáticas
- Cambios en los patrones de sueño
- Alteraciones en el apetito y en el peso
- Incapacidad laboral
- El suicidio.<sup>43</sup>

## **EVOLUCIÓN DE LA DEPRESIÓN**

Una vez que los síntomas de depresión se tornan obvios, generalmente progresan en severidad, alcanzan su máxima profundidad y se resuelven inscribiendo la curva en forma de “U”. Durante la primera parte de la depresión el estado de ánimo del paciente fluctúa constantemente: puede variar en pocas horas, cada día, o en pocos días, desarrollando el peor período por la mañana.

Se presentan buenos y malos períodos generalmente sin una razón obvia, para las variaciones, con una lenta progresión del número de los malos, que van dominando la vida del paciente. Al promediar la mitad del acceso, el estado de ánimo se halla generalmente deprimido, con mucho menor número de fluctuaciones. El paciente alcanza el mayor grado de profundidad de la depresión permaneciendo en ese estado durante algún tiempo y, luego, comienza a ascender en la curva lentamente a medida que se va

---

<sup>43</sup> Dra. Flores Mildred R.N., MSN. Especialista en Salud Mental / TeleMedik Julio / 2004

alcanzando la recuperación, la depresión sólo se siente durante las mañanas. y después recuperará su estado emocional normal (Dr. Rozados septiembre 2008).

## **PRONÓSTICO.**

Merced a los avances de las últimas décadas, sobre todo en relación con el desarrollo del psicofarmacología, el pronóstico de la depresión mayor es uno de los mejores entre las enfermedades médicas de gravedad similar. Aproximadamente el 70 por ciento de los pacientes con depresión mayor responden al tratamiento de primera línea con mono terapia farmacológica. Del 30 por ciento restante que no responde al tratamiento inicial, un número importante responde con clases alternativas de antidepresivos.

Sin embargo, y a pesar de todos estos resultados, también es necesario señalar que existe un importante porcentaje de pacientes que no se beneficia de estos progresos. Los datos de algunos estudios señalan que un alto número de pacientes con depresión de reciente diagnóstico no recibe un tratamiento adecuado en términos de posología y duración, y que muchos casos de los considerados rebeldes son realmente casos de tratamiento inadecuado.

Estudios recientes afirman que un 15% de los pacientes con depresión evolucionan a la cronicidad. No obstante, el tratamiento con psicofármacos y/o psicoterapia, consiguen en la inmensa mayoría de los casos, aliviar parcialmente o en su totalidad los síntomas. Una vez se han superado los síntomas de la depresión convendrá seguir bajo tratamiento antidepresivo el

tiempo necesario para evitar posibles recaídas. En algunos casos, el tratamiento deberá prolongarse de por vida.

La presencia de características psicóticas en el trastorno depresivo mayor refleja una enfermedad severa y es un factor de pronóstico desalentador. Sin embargo, comúnmente se tiene éxito a corto plazo, aunque generalmente es de esperarse una recurrencia de los síntomas.

En términos generales, los síntomas de la depresión tienen una tasa más alta de recurrencia que los de la psicosis y es posible que los pacientes deban tomar medicamentos por mucho tiempo. La carga de la depresión en personas mayores es incluso más severa de lo que anteriormente se había pensado. Los pacientes ancianos no suelen recuperarse de este trastorno.

A pesar de que la depresión es un problema habitual en personas de avanzada edad, la mayoría de los pacientes no recibe tratamiento, El peor pronóstico es el de aquellos pacientes que sufren depresión doble, un trastorno depresivo grave y distimia, que es una forma de depresión poco severa aunque crónica. Son pacientes que presentan pocas remisiones mientras que el nivel medio de los síntomas es extremadamente elevado. La depresión leve también afecta al sistema inmune en pacientes de avanzada edad. Las enfermedades de la mente serán las responsables de la mayor carga económica de todos los países. La depresión moderada de los ancianos mejora con tratamiento médico.

En este sentido hay sobradas razones para sospechar que el pronóstico de la depresión varía con la edad, debido a factores como los problemas

físicos, el deterioro cognitivo o la falta de apoyo que podrían deteriorar la evolución de este trastorno mental y evitar la recurrencia.

Las complicaciones más serias son el suicidio u otros tipos de auto agresión y con hospitalización al paciente en caso de tener pensamientos suicidas.

En los pacientes adolescentes los factores de mal pronóstico permitieron identificar los individuos que experimentarían recurrencia de depresión o aparición de otra enfermedad psiquiátrica fueron: género femenino, varios episodios depresivos antes de los 18 años, historia familiar de depresión, rasgos de personalidad limítrofe y en mujeres conflictos con los padres. La contribución genética a la depresión del adolescente es del 37%. (Dr. Rozados septiembre 2008)

La depresión es una enfermedad frecuente entre los adolescentes y tiende a seguir un curso crónico con recaídas en la etapa del adulto joven. Además, con frecuencia se encuentra acompañada por otros trastornos psiquiátricos encabezado por abuso de sustancias psicoactivas.

Dada la importancia de esta enfermedad entre las personas jóvenes, resulta de vital importancia que los médicos mejoren su sensibilidad hacia el diagnóstico y motiven a los pacientes para iniciar el tratamiento respectivo.<sup>44</sup>

## **2. AUTOESTIMA**

Un aspecto muy importante de la personalidad, del logro de la identidad y de la adaptación a la sociedad, es la autoestima; es decir el grado en que

---

<sup>44</sup> Dr. Rozados septiembre 2008

los individuos tienen sentimientos positivos o negativos acerca de sí mismos y de su propio valor.

## **CONCEPTO**

- Autoestima es la capacidad que tiene la persona de valorarse, amarse, apreciarse y aceptarse a sí mismo. Es el conjunto de las actitudes del individuo hacia mismo.
- Conozco una sola definición de la felicidad: ser un buen amigo de si mismo. (P. Solignac).
- Es el amor que cada persona tiene de sí mismo.
- La autoestima, es el concepto que tenemos de nuestra valía y se basa en todos los pensamientos, sentimientos, sensaciones y experiencias que sobre nosotros mismos hemos ido recogiendo durante nuestra vida; creemos que somos listos o tontos, nos gustamos o no.

La autoestima está relacionada con muchas formas de conducta. Las personas con una autoestima elevada suelen reportar menos emociones agresivas, negativas y menos depresión que las personas con una autoestima baja.

De modo similar, las personas con una autoestima elevada pueden manejar mejor el estrés y, cuando son expuestas al mismo, experimentan menos efectos negativos en la salud.

La época importante para el desarrollo de la autoestima es la infancia intermedia. Los adolescentes comparan su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo por la manera en que alcanza los patrones sociales y las expectativas que se ha formado de sí mismo y de qué tan bien se desempeña.

## **GÉNESIS DE LA AUTOESTIMA**

El origen de la autoestima es múltiple, pero, sobre todo, lo que más influye: "es el microclima en el que individuo ha crecido y en el que vive, es decir, las relaciones con las personas más próximas a él, como familiares, padres, hermanos, amigos, compañeros, vecinos". Nos valoramos en función de como nos ven esas personas.

En el colegio la autoestima va a surgir cuando comparen nuestros logros con los de otros compañeros; en nuestra familia, de aquellos que no digan respecto a nuestro comportamiento, aquello en lo que sobresale, crecerá pensando de sí mismo que, aunque hay cosas que no se le dan bien hay otras en las que puede competir sin temor a fracasar.

## **TIPOS DE AUTOESTIMA**

### **Autoestima positiva o alta autoestima**

- Es consecuencia de un historial de competencia y merecimiento altos.
- Existe una tendencia a evitar las situaciones y conductas de baja autoestima.

- Las personas tienen una sensación permanente de valía y de capacidad positiva que les conduce a enfrentarse mejor a las pruebas y a los retos de la vida, en vez de tender a una postura defensiva.
- Se sienten más capaces y disponen de una serie de recursos internos e interpersonales.
- Sólo una grave agresión a la autoestima puede afectarles (por pérdida trabajo, divorcio.).
- Es una persona menos crítica consigo misma que una persona con autoestima baja o media.
- No necesita esforzarse por dar una imagen ideal de sí mismo/a.
- Su auto concepto es suficientemente positivo y realista.
- La persona se respeta a sí misma y a los demás.

#### **Él/la presuntuoso/a:**

- Tiene un concepto de sí mismo/a irreal basado en ideales y no en realidades objetivas.
- Despierta comentarios como "se cree mejor de lo que es" o "presume de lo que no es".
- Tiene una actitud déspota hacia los demás.

#### **Autoestima media**

- Suele ser la más frecuente teniendo en cuenta que por diferentes motivos la vida nos conduce a retos y dificultades diversos.
- Cabe la posibilidad de rechazo.



- Lo más frecuente es que uno de los dos componentes de la autoestima esté más desarrollado que el otro.
- Un momento puntual de autoestima positiva puede hacernos aumentar de forma natural nuestra o grado general de autoestima, este aumento puede ser aprovechado para abandonar posiciones más bajas.
- Debemos abandonar la idea de que sólo una autoestima alta es la fuente de satisfacción y crecimiento personal, la autoestima media también lo es.
- La autoestima tiende a ser estable, de hecho si alguna vez se ha tenido muy alta es muy difícil que se pierda y a la inversa, es casi imposible alcanzar un nivel de autoestima alto si en el pasado dicho nivel ha sido bajo.

### **Autoestima baja Defensiva - Narcisista - Seudoautoestima**

Implica grandes deficiencias en los dos componentes que la forman (competencia y merecimiento).

La persona tiende a hacerse la víctima ante sí misma y ante los demás.

El sentirse no merecedora puede llevar a este tipo de persona a mantener relaciones perjudiciales que además de reforzarla negativamente dificultan la búsqueda de fuentes de merecimiento tales como el hecho de ser valorado por los demás o saber defender los propios derechos.

Está más predispuesta al fracaso porque no ha aprendido las habilidades necesarias para alcanzar el éxito y tiende a centrarse más en los problemas que en las soluciones.

Suelen evitar las situaciones en que pueden ser consideradas personas competentes o merecedoras dado que estas implican un cambio de patrón y para ella es más fácil evitar el cambio que afrontarlo. No son capaces de mantener durante mucho tiempo un buen empleo o una relación positiva y enriquecedora.

Huyen ante cualquier posibilidad de cambio, aunque sea para mejorar; o bien lo evitan o hacen lo posible para que fracase y eso a su vez refuerza la idea que tienen de sí mismos (recordar profecía auto cumplidora).

Sus elecciones son incorrectas y los resultados que obtienen poco eficaces, llegando a ser en ciertas ocasiones contraproducentes.

El temor al fracaso les hace evitar la posibilidad de éxito: un ascenso, un nuevo trabajo, inicio de relación de pareja. Las nuevas situaciones implican el desarrollo de ciertas habilidades que no han sido aprendidas.

### **Explicación del círculo vicioso que mantiene una baja autoestima**

La persona no sabe cómo hacer frente a errores, éxitos, retos y ciertas situaciones hostiles porque ante la posibilidad de fracaso opta por evitarlas,

con lo que están impidiendo la posibilidad de aprender. Esto crea una especie de círculo vicioso, difícil de romper donde el miedo al fracaso, al rechazo y a la sensación de incompetencia se convierte en escudo de defensa y por lo tanto nunca supera su temor.

- Existe relación entre baja autoestima, propensión a tener sentimientos de inferioridad, depresión, sensación de inadecuación, dependencia de drogas, ansiedad.
- Sigue una línea de comportamiento basada en experiencias negativas pasadas que la persona tiende a evitar en vez de afrontarlas
- La evitación es un mecanismo de defensa más primitivo y más rápido pero el más perjudicial a largo plazo porque la persona no aprende las habilidades necesarias para superar estos retos.<sup>45</sup>

## **CARACTERÍSTICAS DE LA BAJA AUTOESTIMA**

- Aislamiento social
- Ansiedad y desorden emocional.
- Falta de destrezas sociales y de confianza. Depresión y/o ataques de tristeza.
- Menos conformidad social.
- Desórdenes alimenticios.
- Incapacidad para aceptar cumplidos.
- Incapacidad para ver con equidad (de ser justo contigo mismo).
- Acentuación de lo negativo.

---

<sup>45</sup> Libro Quiérete Mucho De Santandreu Raimon Gaja 2008

- Preocupación exacerbada sobre lo que otra gente pudiera pensar de ti.
- Auto-abandono.
- Tratarse mal uno mismo pero no a otras personas.
- Preocupación por el posible maltrato de terceros.
- Renuencia a participar en desafíos.
- Renuencia a confiar en la opinión propia.
- Sentimiento de desesperanza en cuanto a lo que la vida te depara.<sup>46</sup>

### **3. ANSIEDAD**

"En el caso de los trastornos de ansiedad, la respuesta de miedo funciona como un dispositivo antirrobo defectuoso, que se activa y previene de un peligro inexistente. El ser humano actual está abocado a abordar el fascinante problema de cómo controlar los aspectos perjudiciales de las respuestas de miedo (que se pueden manifestar psicopatológicamente en forma de trastornos fóbicos y de ansiedad) conservando, sus beneficios protectores".<sup>47</sup>

#### **CONCEPTO DE ANSIEDAD**

- La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático, que permite afrontar al

---

<sup>46</sup> [www.enplenitud.com](http://www.enplenitud.com) Un emprendimiento de Latin Seniors Inc

<sup>47</sup> [www.cop.es/colegiados/S-02633/ANSIEDAD.html](http://www.cop.es/colegiados/S-02633/ANSIEDAD.html) - 50k

sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva, carece de eficacia adaptativa y es necesario pensar en la presencia de patología.

- La ansiedad patológica se presenta en diferentes trastornos psiquiátricos y médicos. Cuando la ansiedad se transforma, se puede hablar de síndromes o trastornos específicos: trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia o crisis de pánico.
- Ansiedad son las reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro, que comprometen la seguridad del sujeto, son adaptativas y ejercen una función protectora de los seres humanos.
- La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

**Tiene sinónimos:**

- Nerviosismo.
- Inquietud.
- Tensión, etc

**Referencia a la experiencia de la ansiedad:**

- Angustia.
- Miedo.
- Inseguridad.

## **MIEDO**

- Es una respuesta emocional normal ante situaciones que implican peligro para el sujeto.
- Es una respuesta diferenciada ante un objeto o situación específica.
- Es un fenómeno evolutivo y transitorio.

## **FOBIA**

Es una forma especial de miedo y reacción *desproporcionada*, irracional, fuera de control voluntario del sujeto, implica respuestas de evitación de la situación u objeto fobizado y es persistente en el tiempo.

### **Datos epidemiológicos de los trastornos de ansiedad según la OMS:**

- Ansiedad generalizada: 7,9%
- Ataques de pánico: 1,1%
- Agorafobia con pánico: 1%
- Agorafobia sin pánico: 0,5%

### **Datos epidemiológicos de los trastornos de la ansiedad en España:**

- Prevalencia: 13,8%
- Ansiedad generalizada: 7,3%
- Ataques de pánico: 1%
- Agorafobia con pánico: 2%
- Agorafobia sin pánico: 0,5%
- Fobias: 1,1%
- Trastorno obsesivo compulsivo: 3%

Así, casi un 15% de la población general llega a sufrir a lo largo de su vida algún trastorno de ansiedad, que consiste en una serie de reacciones (a

nivel cognitivo, fisiológico y motor) demasiado intensas, o demasiado frecuentes, o simplemente poco ajustadas a la situación en la que se encuentra el individuo.<sup>48</sup>

La ansiedad producida por la separación de figuras paternas es una forma de reacción fóbica, siendo clasificada como trastorno por angustia de separación.

Los trastornos por ansiedad son los que se dan con más frecuencia entre la población general.

La fobia simple es probablemente el más común de los trastornos por ansiedad, en cambio, el trastorno por angustia es el más frecuente entre la población que busca tratamiento. Los trastornos por angustia, los trastornos fóbicos y los trastornos obsesivos-compulsivos son aparentemente más frecuentes entre los parientes biológicos de primer grado de las personas afectadas que entre la población general.

## **FACTORES PREDISPONENTES DE ANSIEDAD**

### **1. GENÉTICA**

Esto se deduce de los trastornos de pánico ya que la patología se observa con una incidencia aproximada de 30-40% de familiares de primer grado de sujetos afectados frente aún 2-4% de sujetos controlables, siendo mayor

---

<sup>48</sup> <http://biblioteca.consultapsi.com/> Criterios diagnósticos de la ansiedad

riesgo si ambos progenitores padecen el trastorno. En algunos tipos de fobias la incidencia familiar es del 65%.

## **2. ANSIEDAD DE SEPARACIÓN**

Esto se presenta en algunos niños y adolescentes por temor a separarse de sus progenitores (más en la madre) y puede acompañarse de preocupaciones exageradas y constantes referentes a la ausencia física, con expectativas catastróficas y trastornos de conducta (negativa a acostarse, ir al colegio, etc.). Se ha comprobado que adultos con pánico y/o agorafobia es por mayor incidencia de ansiedad durante la infancia.

## **3. PERSONALIDAD**

Las personas que se describen como preocupadas y nerviosas y que pierden el sueño ante cualquier contrariedad, aquellas personas con inadecuada capacidad de afrontamiento y baja asertividad, son las más predispuestas a desarrollar algunos trastornos de ansiedad.

## **FACTORES PSICOLÓGICOS**

Las dificultades emocionales y de la conducta constituyen un serio y difícil problema tanto para la educación y la salud mental de los adolescentes como para los padres cuyos hijos no logran en la escuela o colegio un rendimiento acorde con sus esfuerzos y expectativas.



Cada estudiante presenta características cognitivo-afectivas y conductuales distintas, y las escuelas, en general, otorgan una enseñanza destinada a los adolescentes “normales” o “promedio” que prácticamente no presentan diferencias entre sí y que no muestran alteración, desviación, déficit o lentitud en ningún aspecto de su desarrollo. Un estudiante en riesgo no significa que sea retrasado o que tenga alguna incapacidad. La designación “en riesgo” se refiere a características personales o a circunstancias del medio escolar, familiar o social que lo predisponen a experiencias negativas tales como deserción, bajo rendimiento, trastornos emocionales, alteraciones de la conducta, drogadicción, etc. Los factores de riesgo incluyen déficits cognitivos, del lenguaje, atención lábil, escasas habilidades sociales y problemas emocionales y de la conducta.<sup>49</sup>

## **TEORÍA PSICODINÁMICA**

El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual [libido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría la angustia procede de la lucha del individuo entre el rigor del superyó y de los instintos prohibidos (ello) donde los estímulos instintivos inaceptables para el sujeto desencadenarían un estado de ansiedad.

## **TEORÍAS CONDUCTISTAS**

---

<sup>49</sup> Universidad Austral de Chile Facultad de Filosofía y Humanidades © 2009

El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

## **TEORÍAS COGNITIVISTAS**

Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. Por ejemplo cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

## **FACTORES BIOLÓGICOS**

### **1. HIPÓTESIS GABAÉRICA**

El GABA es un neurotransmisor de carácter inhibitorio. Posee un receptor en la membrana neuronal asociado a los canales de cloro, de modo que al unirse el GABA junto al receptor ingresan los iones cloro produciendo así una despolarización y por tanto se inhibe la neurona. Se dice que hay una sustancia endógena que actúa como ansiógena en los enfermos, o bien la posible alteración en la configuración o funcionamiento del receptor del GABA, este último se ve apoyado por hechos que como un antagonista benzodiazepínico (flumacenil) es capaz de provocar frecuentes y graves crisis de angustia en pacientes que sufren algún trastorno de pánico pero no en controles sanos.

## **2. HIPÓTESIS NORADRENÉRGICA**

Estudios realizados en humanos ponen de manifiesto que en pacientes con trastornos de pánico, los agonistas  $\beta$ -adrenérgicos y los antagonistas  $\alpha_2$  adrenérgicos (yohimbina) pueden provocar crisis de angustia frecuente y grave. La actividad noradrenérgica está aumentada durante los trastornos de ansiedad en algunas situaciones experimentales y terapéuticas.

## **HIPÓTESIS SEROTONINÉRGICA**

Estudios demuestran que la administración experimental en humanos de agonistas serotoninérgicos tanto de tipo directo (m-clorofenilpiperacina) como indirecto (fenfluramina) puede provocar ansiedad en pacientes afectados de trastornos de este tipo. El interés de esto es que los antidepresivos serotoninérgicos tenían efectos terapéuticos en algunos trastornos de la ansiedad.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE ANSIEDAD**

### **SÍNTOMAS SUBJETIVOS, COGNITIVOS O DE PENSAMIENTO.**

- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza...
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

### **SÍNTOMAS MOTORES U OBSERVABLES.**

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

### **SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS O CORPORALES.**

1. Síntomas cardiovasculares: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
2. Síntomas respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.

3. Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
4. Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
5. síntomas neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
6. Síntomas neurovegetativos: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> <http://www.cop.es/colegiados/S-633/ANSIEDAD.html>

## **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

## **4. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **4.1 Tipo de estudio:**

La presente investigación es de tipo descriptivo y de corte transversal

### **4.2 Población de estudio**

Todos los estudiantes matriculados y asistiendo a clases del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, Provincia de Chimborazo en el período 2008-2009. Con una población de 196 estudiantes.

Se manejaron criterios de inclusión, en donde se tomaron a los estudiantes de los 8vos, 9nos y 10mos años de educación básica y 1ero, 2do y 3ero de bachillerato.

### **4.3 Procedimientos, técnicas e instrumentos.**

Se solicitó a las autoridades del Colegio permiso para realizar la investigación, como también a los estudiantes sujetos de estudio (anexo 1 consentimiento).

Los instrumentos utilizados fueron: una encuesta (anexo 2) estructurada con preguntas que describieron a la población (edad, sexo, lugar de residencia, ocupación luego de salir del colegio) y otras preguntas que integraron datos importantes para la investigación, se trabajó con todos los adolescentes que tienen padres emigrantes y padres que viven con ellos o no emigrantes.

En la investigación en primer lugar se determinó el número de adolescentes/as cuyos padres han migrado y que viven con ellos. En segundo lugar, se aplicó los Test de Beck, Escala de Lucy Reildg y Test Psicométrico de Ansiedad de Hamilton, para detectar los efectos psicológicos (depresión, baja autoestima y ansiedad).

El test de Beck ( anexo 2) para medir la depresión forma parte de la “Corporación Psicológica”, la versión original fue introducida por Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh en 1961, en 1971 fue revisado y se incorporó como parte de la Corporación de Psicología en 1978, tanto la versión original como la revisada están correlacionadas. El test de Beck consta de 21 literales que tienen igual valor y mide las actitudes características y síntomas de depresión, actitudes negativas, cambios de actitud y disturbios somáticos así como factores generales de depresión; toma aproximadamente 10 minutos responder el test y requiere que el paciente tenga quinto o sexto grado de instrucción para que pueda entender las preguntas, tiene una eficacia de 93%.

El contenido del test de Beck, es el resultado de consensos médicos con respecto a síntomas de depresión y concuerda con seis de las nueve categorías del Departamento de Salud Mundial (DSM) para el diagnóstico de depresión; se lo debe aplicar con intervalos de tiempo no menores a 6 semanas y valora además soledad, auto percepción y ansiedad.



Para medir la autoestima, se aplicó la escala Lucy Reidl (anexo 3), creada por la Dra. Lucy María Reidl mexicana, en la década de 1990 al 2000 entra en un proceso de estandarización que permite su utilización en todo el Ecuador, es abalizada por la Asociación Latinoamericana de Psicología, ha sido facilitada para estudios investigativos y científicos en Latinoamérica y gracias a adaptaciones hechas por el Dr. Carlos Dávila Acosta docente de la Universidad Central del Ecuador de la Facultad de Filosofía y Letras está acorde a nuestra realidad y se la publicó en todas las Facultades y Escuelas de Psicología del país a finales de 1990. Esta escala puede ser auto aplicado y toma un tiempo de 10 min y valora auto-concepto, y autoestima.

Finalmente para diagnosticar la ansiedad, se aplicó el (EDH) test de Hamilton (anexo 4). Es un cuestionario de 14 preguntas de respuesta múltiples para detectar la severidad de la ansiedad en los pacientes. Fue publicado originalmente en el año 1960 por Max Hamilton, y actualmente es una de las escalas más ampliamente utilizadas para evaluar la depresión y ansiedad en investigación médica. Este test ha sido aplicado en personas de tercera edad, deportistas, adolescentes/as, niños/as, etc. El cuestionario valora la severidad de los síntomas observados en depresión y ansiedad como insomnio, agitación, y pérdida de peso.

Este instrumento es utilizado en los consultorios médicos; en donde el médico puede escoger entre las respuestas para cada pregunta entrevistando al paciente y observando sus síntomas. Cada cuestión tiene entre 3 y 5 posibles respuestas las cuales incrementan con la severidad de la enfermedad. Escala heteroaplicada para la evaluación de la ansiedad de

Hamilton: Está compuesta por 14 ítems, cada uno correspondiente a un conjunto de manifestaciones de la ansiedad. El evaluador asigna una puntuación de 0 a 4 en función de la frecuencia e intensidad en lo que se presentan los síntomas

Este cuestionario ha sido validado y contrastado con otros test para evaluar su utilidad y concordancia, su correlación oscila entre 0,8 y 0,9 y tiene una sensibilidad del 85% de detección de depresión en población general y en el área clínica, este Test esta basado en los Criterios de Diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR).

Para garantizar la efectividad de los resultados se aplicaron los test de forma personalizada entre el/la adolescente y el investigador.

El Procesamiento de Datos de la información se realizó una vez aplicados los instrumentos, siguiendo el orden de las preguntas estructuradas igual en el cuestionario.

El Plan de análisis de datos, para esto los resultados se presentaron en forma de porcentajes, utilizando los programas de Word, Excel y Power Point para la elaboración de Gráficos, Tablas y Tabulación.

Para el trabajo de Campo se realizaron gestiones como: Autorización del Rector. Se aplicaron los instrumentos en cada uno de los paralelos de los 8vos, 9nos y 10mos años de educación básica y 1ero, 2do y 3eros de

bachilleratos, los resultados serán devueltos a las autoridades del Colegio para que junto al Departamento de Bienestar Estudiantil permitan a la vez poner en ejecución el programa de intervención educativa para prevenir los efectos psicológicos en los estudiantes del colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, cuyos padres hayan migrado o no.

## **5. RESULTADOS**

## 5. RESULTADOS.

**Tabla N° 1**  
**POBLACIÓN INVESTIGADA, NIVEL DE INSTRUCCION Y SEXO**

Estudiantes por años y paralelos	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Nivel Básico	68	51,91	36	55,38	104	53,06
Bachillerato	63	48,09	29	44,62	92	46,94
TOTAL	131	100%	65	100%	196	100%

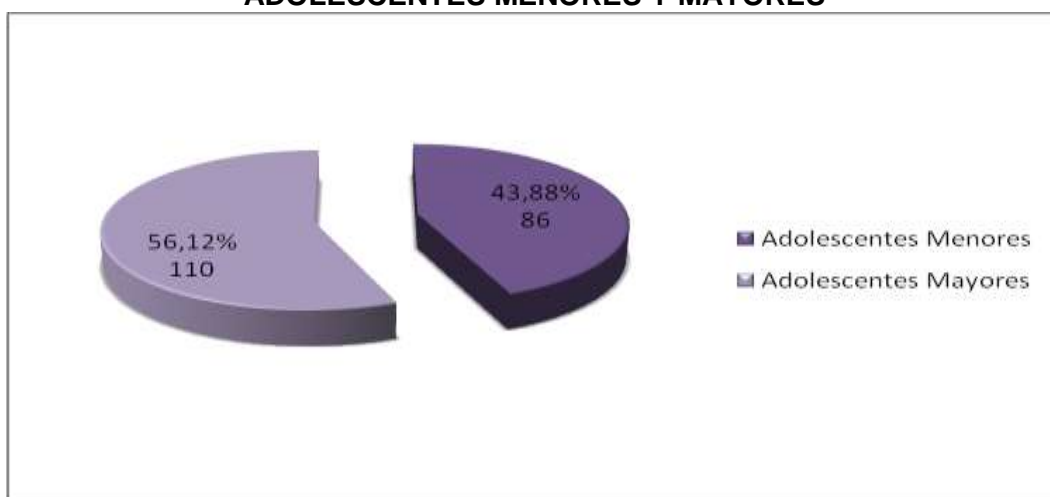
**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008- 2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

En la tabla se observa que el 53,06% pertenecen al nivel básico y el 46,94% al bachillerato. En cuanto al sexo el 66,84% (131 estudiantes) son del sexo masculino y el 33,16% del femenino.

**Grafico N° 1**

### ADOLESCENTES MENORES Y MAYORES



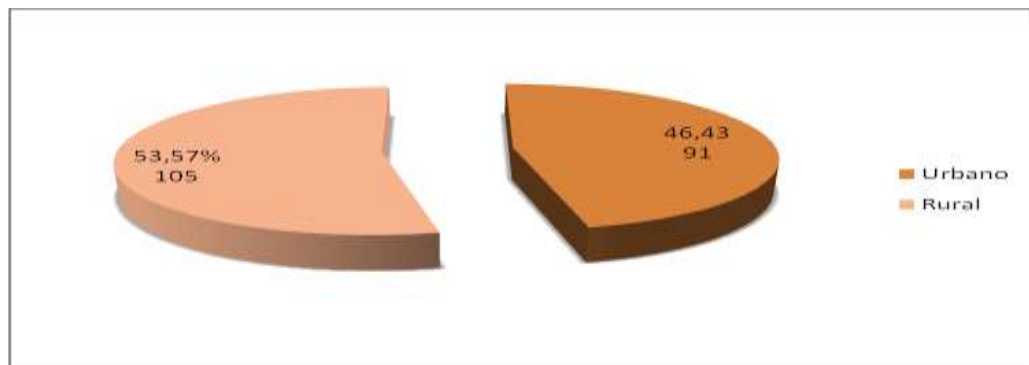
**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008- 2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

En el gráfico se observa que el 56,12% (110) son adolescentes mayores y el 43,88% (86 estudiantes) son adolescentes menores.

**Gráfico N° 2**

**LUGAR DE PROCEDENCIA**



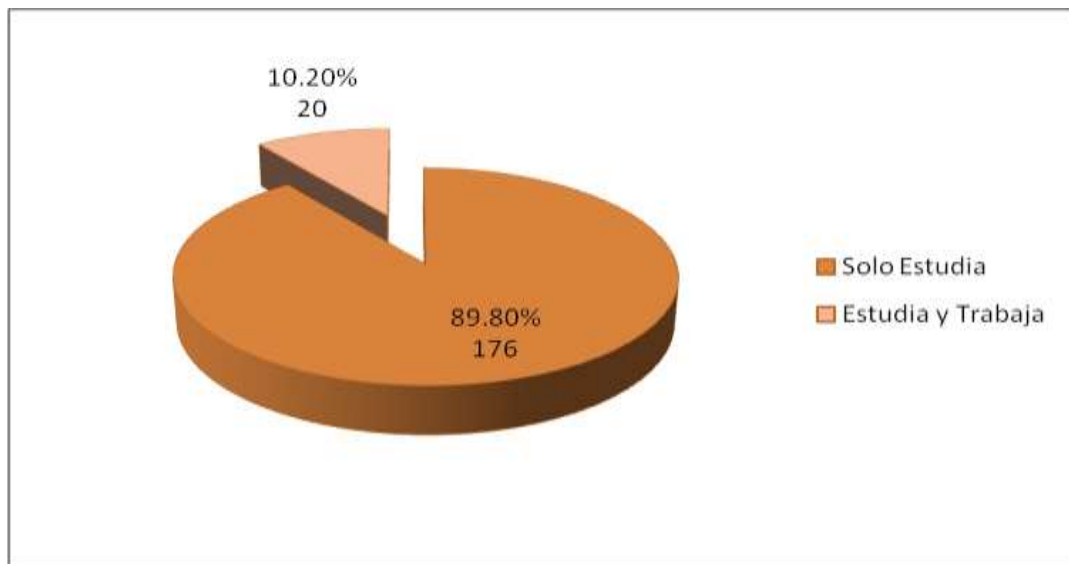
**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008- 2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

El 46,43% (91) provienen del sector urbano, mientras que el 53,57% (105) habitan en el sector rural.

**Gráfico No. 3**

**OCUPACIÓN**



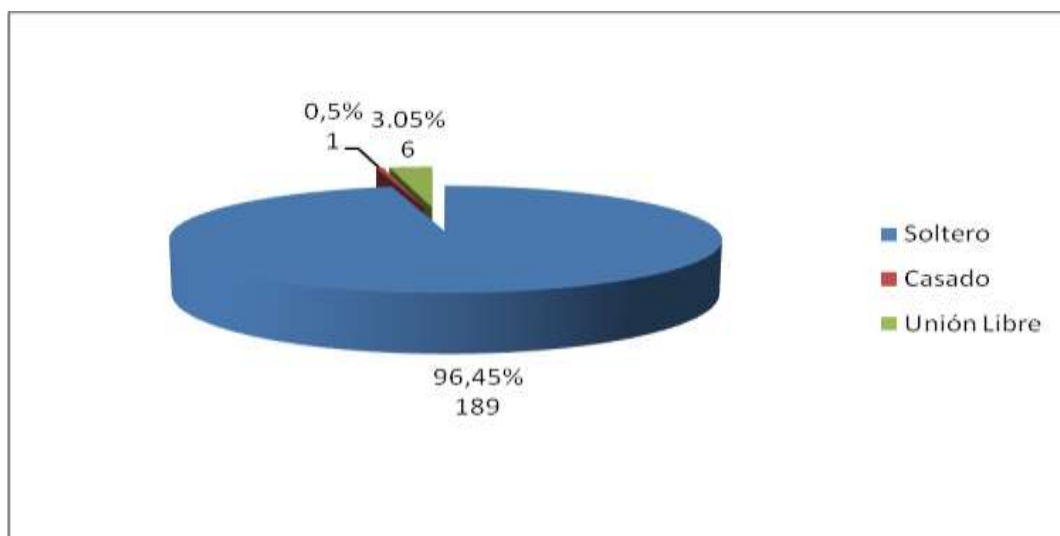
**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008- 2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

De acuerdo a la ocupación de los estudiantes encuestados, observamos que el 89,80% solo estudia en tanto que el 10,20% estudia y trabaja.

**Gráfico N° 4**

**ESTADO CIVIL**



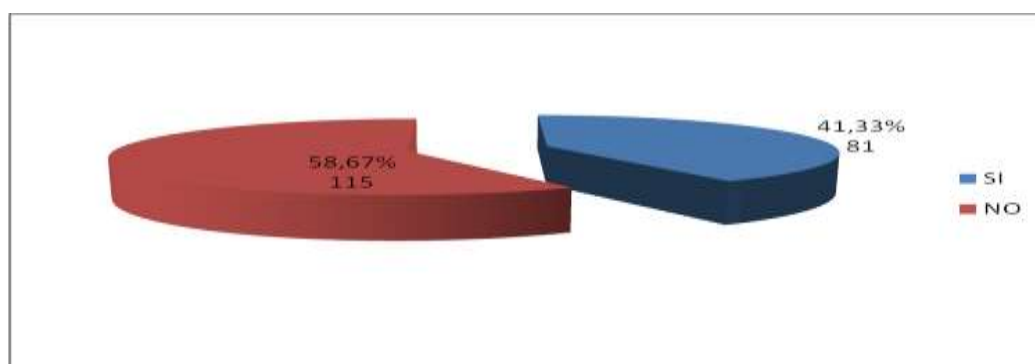
**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008- 2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

En el grafico se observa que el 96,45%(186 estudiantes) son solteros, el 0,50% casados, y un 3,05% vive en unión libre.

**Gráfico N° 5**

**NUMERO DE PADRES QUE MIGRARON**



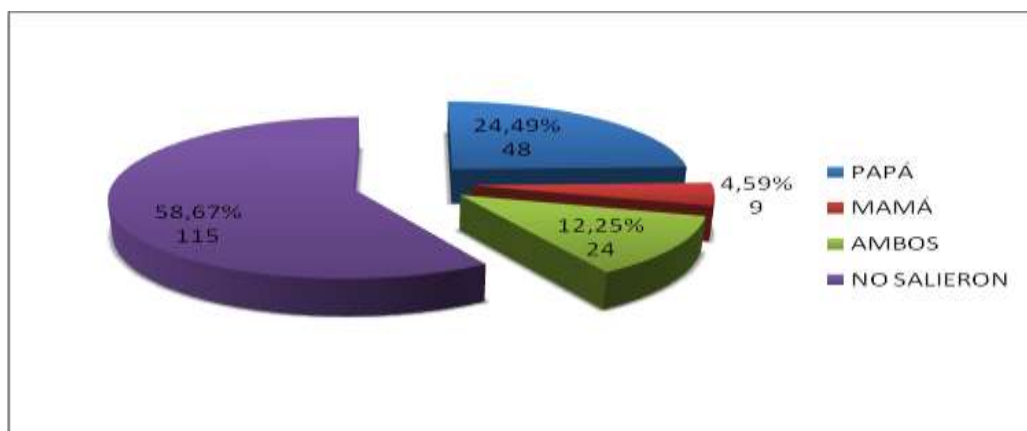
**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008-2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

De la población investigada el 58,67% (115) sus padres no han emigrado, y el 41,33% (81 casos) si han migrado.

**Gráfico N° 6**

**QUIEN DE LOS PADRES MIGRARON**



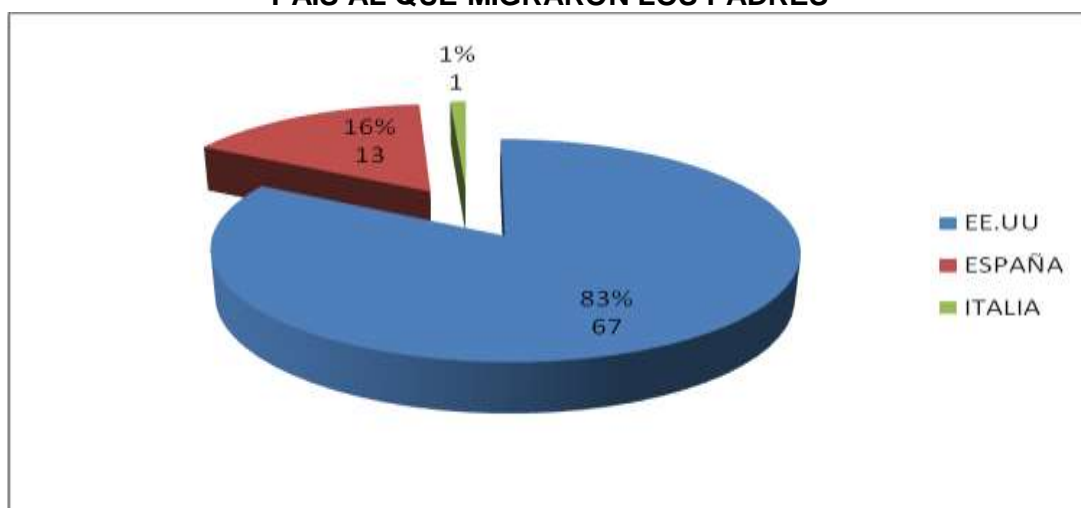
**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008-2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

En el gráfico 7 se observa que el 58,67% de los padres no han migrado, en tanto que el 24,49% el padre fue quien salió al exterior, y el 12,25% han emigrado ambos padres y el 4,59% sólo la madre.

**Gráfico N° 7**

**PAÍS AL QUE MIGRARON LOS PADRES**



**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008-2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia



De los 81 padres de familia que han salido del país se encuentra que, el 83% (67 padres) fueron a EE.UU, el 16% (13) a España y el 1% (1) a Italia.

**Tabla Nº 2**

**TIEMPO DE MIGRACIÓN DE LOS PADRES**

Años	Masculino		Femenino		Total	%
	f	%	f	%		
1 - 5 años	6	7,41	6	7,40	12	14,81
6 - 10 años	29	35,80	15	18,53	44	54,32
11 - 15 años	15	18,52	9	11,11	24	29,63
más de 15 años	0	0	1	1,23	1	1,2
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>61,73</b>	<b>31</b>	<b>38,27%</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008-2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

En relación con el tiempo de que se encuentran fuera del país se encontró que el 14,81% están entre 1 a 5 años; el 54,32% entre 6 a 10 años; el 29,63% el tiempo de residencia es de 11 a 15 años; y el 1,2% hace más de 15 años que han migrado.

**Tabla Nº 3**

**EDAD DE LOS ADOLESCENTES CUANDO MIGRARON SUS PADRES**

Edades	Masculino		femenino		Total	%
	f	%	f	%		
1 - 5 años	20	24,70	16	19,75	36	44,44
6 – 10 años	21	25,92	12	14,82	33	40,75
11 – 15 años	9	11,11	3	3,70	12	14,81
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>61.73</b>	<b>31</b>	<b>38,27</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi.2008-2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

El 44,44% (36 estudiantes) tenían de 1 a 5 años cuando sus padres emigraron; el 40,75% (33) tenían entre 6 a 10 años y el 14,81% que corresponde a 12 adolescentes responde que tenían de 11 a 15 años cuando sus padres migraron.

**Tabla Nº 4**

**ESTADO DE ÁNIMO PRESENTADO POR LOS ADOLESCENTES ANTE LA MIGRACION DE LOS PADRES**

Estado de ánimo	Cuando se fueron		Actualmente	
	f	%	f	%
Tristeza	61	75,30	3	3,70
Miedo	1	1,24	30	37,03
Soledad	8	9,88	33	40,75
Nada	11	13,58	15	18,52
TOTAL	81	100%	81	100%

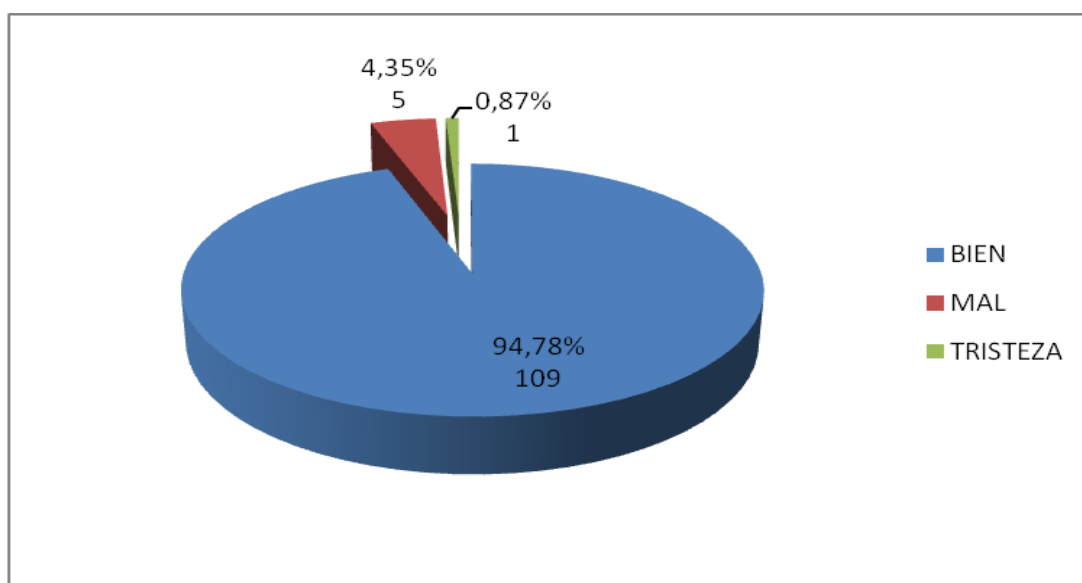
**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi. 2008-2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

El 75,35% de los adolescentes investigados manifiesta tristeza cuando sus padres se fueron; mientras que el 13,58% no sintió nada y el 9,88% sintió soledad, el 1,24% sintió miedo. Actualmente manifiestan tristeza el 3,70%, miedo el 37,03%, soledad el 40,75% y no sienten nada el 18,52%.

**Gráfico Nº 8**

**ESTADO DE ÁNIMO DE LOS ADOLESCENTES QUE VIVEN CON SUS PADRES**



**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi.2008-2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

De los 115 adolescentes que sus padres no han migrado se encuentra que el 94,78% se sienten bien de vivir con sus padres, mientras que el 4,35% se siente mal y el 0,87% presenta tristeza.

**Tabla Nº 5**

**CAUSAS DE LOS ESTADOS DE ÁNIMO QUE EXPERIMENTAN LOS ADOLESCENTES QUE SUS PADRES NO HAN MIGRADO**

Causas	Masculino	%	femenino	%	TOTAL	%
Me siento solo	2	1,74	--	--	2	1,74
Beben y salen	1	0,87	--	--	1	0,87
Falta de comunicación	8	6,95	8	6,95	16	13,91
Falta de apoyo	2	1,74	5	4,35	7	6,09
Ausencia de padres	4	3,48	--	--	4	3,48
Ausencia de hermanos	1	0,87	2	1,74	3	2,61
Separación de padres	1	0,87	--	--	1	0,87
Nada	62	53,91	19	16,52	81	70,43
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>70,43%</b>	<b>34</b>	<b>29,56%</b>	<b>115</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Encuesta aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi.2008-2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

En la tabla se observa que los adolescentes que sus padres no han migrado ante los estados de ánimo sentidos por ellos manifiesta, el 70,43% manifiesta que no siente nada, el 13,91% responde que siente la falta de comunicación, y un 6,09% les falta de apoyo de sus padres, mientras que el 3,48% siente la ausencia de sus padres; con el mismo porcentaje del 0,87% de los investigados indican que los padres beben y salen y están separados; el 1,74% indican que se sienten solos, finalmente el 2,61% se sienten así por la ausencia de sus hermanos.

**Tabla Nº 6**

**PERSONAS QUE ESTÁN AL CUIDADO DE LOS ADOLESCENTES**

Personas	Padres que no han migrado		padres emigrantes		Total	%
	f	%	f	%		
Abuelos	11	5,61	21	10,72	32	16,33
Hermanos	5	2,55	5	2,55	10	5,10
Tíos	4	2,04	6	3,06	10	5,10
Papá	3	1,53	6	3,06	9	4,59
Mamá	11	5,61	43	21,94	54	27,55
Ambos padres	80	40,82	--	--	80	40,82
Otros (amigos de la familia)	1	0,51	--	--	1	0,51
TOTAL	115	58,67%	81	41,33%	196	100%

**Fuente:** Encuesta Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008-2009

**Autor:** Dr. Sergio Rosas Tapia

En la tabla se observa que los adolescentes que tienen sus padres fuera del país como los que no han migrado, son cuidados por otras personas o familiares, es así que el 5,61% (11 estudiantes) y el 10,71 (21 casos) están bajo el cuidado de abuelos; en ambos casos con el mismo porcentaje el 5,10% los investigados están con sus hermanos, de igual manera viven con sus tíos, el 1,53% y 5,61% (están sus padres) y el 3,06 y 21,94% ( con padres migrantes) los adolescentes viven solo con su padre y solo con su

madre respectivamente; solo el 40,82% (80 adolescentes) viven con ambos padres, tan solo el 0,51% (1 caso) vive con la mama del amigo.

**Tabla Nº 7**

**NIVEL DE DEPRESIÓN**

Niveles de Depresión de los adolescentes	padres que han migrado		Padres que no migraron		Total	%
	f	%	f	%		
Margen Normal (0-9)	26	13,26	48	24,49	74	37,75
D. Leve (10-15)	19	9,69	28	14,29	47	23,98
D. Moderada (16-19)	14	7,15	14	7,15	28	14,29
D. Moderada a Grave (20-29)	17	8,68	19	9,69	36	18,37
Depresión Grave (30-36)	5	2,55	6	3,07	11	5,61
TOTAL	81	41,33%	115	58,67%	196	100%

**Fuente:** Test de Depresión de Beck aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi. 2008-2009

**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

En la tabla se observa que los niveles de Depresión si existen diferencias, se evidencia que los adolescentes cuyos padres están lejos de ellos manifiestan menores porcentajes en relación al otro grupo que tienen mayores porcentajes, siendo así que en un 14,29% (28 casos de adolescentes cuyos padres que no han migrado) a diferencia de los otros adolescentes con un 9,69% (19 casos padres emigrantes) con depresión leve; así mismo se observa que en ambos casos manifiestan con el mismo porcentaje del 7,15% depresión moderada; casi en similar porcentaje para los dos grupos respectivamente del 8,69% (17 casos de adolescentes con padres que no han migrado) y el 9,69% (19 casos) indican depresión moderada a grave; así mismo casi con similares porcentajes del 2,55% (5 casos) y el 3,07%(6 casos) respectivamente indican depresión grave.

**Tabla Nº 8**

**NIVELES DE AUTOESTIMA**

Autoestima de los adolescentes	padres que han migrado		Padres que no migraron		Total	%
	f	%	f	%		
Insuficiente (26-45)	---	---	---	---	---	---
Regular (46-60)	8	4,08	2	1,02	10	5,10
Buena (61-80)	34	17,35	31	15,82	65	33,16
Muy Buena (81-100)	28	14,28	65	33,16	93	47,45
Superior (+ de 100)	11	5,62	17	8,67	28	14,29
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>41,33%</b>	<b>115</b>	<b>58,67%</b>	<b>196</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Autoestima de Lucy Ralid aplicada a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi. 2008-2009  
**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

De acuerdo al diagnóstico de la autoestima se evidencia que los dos grupos de adolescentes investigados tienen una buena autoestima (33,16%), una muy buena autoestima (47,45%), y una autoestima superior (14,29%), lo que interesa es el nivel de autoestima regular que presentan en un bajo porcentaje como: el 4,08% tiene este nivel los adolescentes que sus padres han migrado y el 1,02% lo presentan los adolescentes que sus padres no han migrado.

**Tabla Nº 9**

**NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS ADOLESCENTES**

Nivel de Ansiedad de los adolescentes	padres que han migrado		Padres que no migraron		Total	%
	f	%	f	%		
Nada de Ansiedad (0-6)	18	9,18	30	15,31	48	24,49
Ansiedad Leve (7-13)	30	15,31	48	24,49	78	39,79
Ansiedad Moderada (14-20)	17	8,67	17	8,67	34	17,35
Ansiedad Grave (+ de 20)	16	8,17	20	10,20	36	18,37
<b>TOTAL</b>	<b>81</b>	<b>41,33%</b>	<b>115</b>	<b>58,67%</b>	<b>196</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Test de Hamilton aplicado a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi. 2008-2009  
**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

De acuerdo a los resultados del Test de Hamilton que mide Ansiedad se observa que tienen porcentajes casi similares en los dos grupos de estudio, manifiestan nada de ansiedad el 9,18% para los adolescentes con padres migrantes y el 15,31% para los adolescentes cuyos padres no han migrado; en cuanto a la ansiedad leve vemos que el 15,31% y el 24,49% manifiestan respectivamente los dos grupos, en cuanto a la ansiedad moderada lo manifiestan con el mismo porcentaje los dos grupos en un 17,35%; cabe resaltar que ante la ansiedad grave es mayor el porcentaje (10,20%, 20 casos) lo manifiestan los adolescentes que sus padres no han migrado a diferencia del 8,17 (16 casos) adolescentes con padres migrantes.

**Tabla Nº 10**

**EFFECTOS PSICOLOGICOS EN LOS ADOLESCENTES DE PADRES MIGRANTES Y NO MIGRANTES.**

Efectos	padres que han migrado		Padres que no migraron		Total	%
	f	%	f	%		
<b>Depresión Moderada</b>	14	7,15	14	7,15	28	14,29
D. Moderada a Grave	17	8,68	19	9,69	36	18,37
Depresión Grave	5	2,55	6	3,07	11	5,61
<b>Autoestima Regular</b>	8	4,08	2	1,02	10	5,10
<b>Ansiedad Moderada</b>	17	8,67	17	8,67	34	17,35
Ansiedad Grave	16	8,17	20	10,20	36	18,37
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>39,30%</b>	<b>78</b>	<b>39,80%</b>	<b>155</b>	<b>79,10</b>

**Fuente:** Resultados de los tres test aplicados a los estudiantes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi. 2008-2009  
**Investigador:** Dr. Sergio Rosas Tapia

En la tabla se encuentra un condensado de los efectos psicológicos de la migración en los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008-2009, en términos generales se observa que no existe

diferencia en porcentajes, los dos grupos de adolescentes manifiestan los mismos efectos psicológicos (depresión moderada 14,29% (28 casos), de moderada a grave 18,37% (36 casos) y grave el 5,61% (11 casos); en tanto que la ansiedad moderada el 17,35% y grave el 18,37% (36 casos), autoestima regular 5,10% (10 casos) en porcentaje bajo, que no es muy significativo.



## **6. DISCUSIÓN**

## 6. DISCUSIÓN

El hombre reacciona de una forma o de otra ante los objetos y fenómenos de la realidad, ante las cosas, ante los acontecimientos, ante las otras personas, ante sus propios actos y su personalidad. Unos fenómenos reales lo alegran, otros lo entristecen; unos le motivan admiración y hay que lo enojan, otros le provocan miedo, etc. Son distintos tipos de vivencias emocionales, distintos tipos de actitud subjetiva hacia la realidad, distintas maneras de sentir lo que actúa sobre el sujeto como efectos psicológicos. La realidad objetiva es el origen de las emociones y de los sentimientos. El sujeto tiene una actitud emocional hacia los objetos y fenómenos del mundo real y los siente de distinta manera según las relaciones objetivas particulares en que se encuentra con ellas<sup>51</sup>.

Para el presente estudio investigativo con sus resultados permite concebir que no todo objeto o fenómeno real motiva una actitud emocional hacia él, mucho de lo que se percibe es indiferente para unos y no para otros. Solamente motiva una reacción emocional aquello que de una manera directa o indirecta sirve para satisfacer las necesidades del sujeto y está ligado a las exigencias sociales.

---

<sup>51</sup> FORBES, José, Mis Sentimientos, Edit. Paulinas, Colombia, 2001, p.p. 22-27

Los efectos psicológicos traducidos en emociones además de ser espontáneas e independientes de la razón y de la voluntad, tienen otra característica peculiar, se aplaca o se alivian cuando se reconocen y se expresan, o cuando se comparten con alguien capaz de sentir las al mismo tiempo con nosotros. Por ejemplo, cuando hay una dificultad familiar como la migración, esto provoca dolor y en los adolescentes no comunican los sentimientos que surgen y si se tiene la franqueza de decirle al causante del disgusto, que está resentido por lo que los abandonan, entonces sentir un alivio, un desahogo, para referirse a la oportunidad de expresar, comunicar y compartir las emociones negativas, el desahogo, es real porque tales experiencias dan curso libre a la tensión emocional hasta que la resolvemos, o al menos hasta encontrar apoyo y comprensión para sobrellevarla. La ira no expresada, la culpa y la vergüenza incrementa la inestabilidad emocional, porque se expresan bajo la forma de compartimientos autodestructivos como la depresión, el sentimiento de inferioridad, la hipocondría, etc., los mismos que impiden las manifestaciones de afecto en la familia, rompen la comunicación, disminuye el rendimiento laboral.

Al respecto, Petrovsky (1980, p. 354), manifiesta que la aparición de determinado estado emocional y sus cambios dependen de algunos acontecimientos en la vida personal, que provocan impresiones emocionales, que despiertan unos sentimientos y debilitan otros. En el adulto influyen en el estado emocional, el trabajo, la profesión, la familia, la ideología, la responsabilidad, las exigencias sociales y su satisfacción.

Muchos efectos psicológicos se los viven en la familia, el término familia<sup>52</sup>, puede incluir muchas acepciones, por lo que es útil partir de una breve especificación de la terminología en la conceptualización y en los esquemas de análisis. Al hablar sobre familia, comúnmente se refiere a un grupo cuyos miembros, están ligados entre sí por el matrimonio o la filiación<sup>53</sup>.

Analizando de los datos obtenidos en el estudio de 196 adolescentes 86 estudiantes que corresponden al 43,88% son adolescentes menores (10 a 14 años), 110 con el 56,12% son adolescentes mayores (15 a 19 años). El 53.57% son de zona rural y el 46.43% son de zona urbana.

En cuanto a la ocupación de los adolescentes investigados, el 89,80% solo estudian, el 10,20% estudian y trabajan, analizando con los datos observados en Ecuador según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) y el Ministerio de Trabajo, 662. 665 niños y adolescentes trabajan en el país (17% de niños y adolescentes ecuatorianos<sup>54</sup> . En otros países como Argentina (Rosario) el 36,5% de los alumnos trabaja, el 62,5% está desocupado, el 29% tiene trabajos ocasionales<sup>55</sup> , al correlacionar los datos de Argentina con el presente estudio, es evidente que el porcentaje de adolescentes que trabaja es mayor, esto podría deberse a la crisis económica que en años pasados experimentó Argentina, que provocó que gran porcentaje de adolescentes tenga que abandonar sus estudios y dedicarse a trabajar, y en nuestro país también los adolescentes trabajan por

---

<sup>52</sup> INFANTE Claudia, *Bases para el estudio de la Interacción Familiar*

<sup>53</sup> Seuss Theodor 2005- 2009

<sup>54</sup> El comercio. Com . Mayo 20, 2009.

<sup>55</sup> Molina Guillermo y col. 2004

necesidad, sin embargo el actual gobierno esta poniendo todo su empeño para que los niños y adolescentes estudien por lo que esta tratando de que la educación tenga fatuidad total.

De la población investigada el 58,67% (115 adolescentes) manifiestan que sus padres no han emigrado, y el 41,33% (81 casos) si han migrado. En cuanto a la migración en la Provincia de Chimborazo, la mayoría de emigrantes viajan en busca de empleo y de acuerdo a opiniones vertidas se calcula que el 82,2% emigraron en busca de trabajo, 5,2 % por educación, 3,8% para reorganizar la familia<sup>56</sup>, también son estas las razones por las que los padre de los investigados se fueron a otros países. A nivel local, Chunchi, tiene el porcentaje de migración más alto de la provincia, siendo el único cantón con decrecimiento poblacional del 15% en el lapso de aproximadamente 20 años<sup>57</sup>. Además se observa que el 24,49% el padre fue quien salió al exterior, y el 12,25% han emigrado ambos padres y el 4,59% sólo la madre, si los padres emigran ¿como quedaría la familia? Si se considera a la familia como el más efectivo espacio, muro o puntal de contención que tiene el individuo para tolerar las exigencias provenientes del propio proceso de su desarrollo, de los otros grupos e instituciones y de la vida social en el cual se encuentra inmerso.

Al irse los padres, miembros de la familia cercamos cuidan de los chicos, en la investigación se encuentra que el 5,61% (11 estudiantes) y el 10,71 (21

---

<sup>56</sup> Diagnóstico situacional de los emigrantes en la provincia del Chimborazo, RIMHUCH, 2007

<sup>57</sup> Revista Chunchi en el Nuevo Milenio (Julio del 2002, p. 15)

casos) están bajo el cuidado de abuelos; en ambos casos con el mismo porcentaje el 5,10% los investigados están con sus hermanos, de igual manera viven con sus tíos, el 1,53%; de igual modo citemos el apoyo de una abuela en el cuidado de nietos para que la hija o hijo cumpla funciones sociales y de desarrollo personal, o cuando se precisa ayuda monetaria por situación de constricción económica. En un estudio realizado a 310 estudiantes encuestados en Chunchi (en una entrevista) revelo que el 51,4% tiene a sus padres en el exterior y que vive al cuidado de familiares o vecinos. En otros planteles el porcentaje es superior al 60%.<sup>58</sup>

Por lo que inferimos de que en el cantón, un alto porcentaje de adolescentes que tienen padres emigrantes y de los que no han migrado se encuentran al cuidado de uno de sus padres o de sus familiares cercanos, situación que se ha desestabilizado la unidad familiar y obligando a los restantes miembros del hogar y a otros familiares cercanos a asumir nuevos roles como jefes y/o jefas de familia. De esta manera, las abuelas/los o los hermanos mayores, tíos, etc. quedan al cuidado de los niños/as, de los adolescentes la familia mientras los padres se encuentran en el extranjero, lo cual genera confusión de roles y niveles altos de estrés en las personas.

Sin embargo, vale aclarar que no siempre la familia es fuente de apoyo y amortiguadora de estrés; es, a menudo, generadora de estrés en sí misma.

El estrés a nivel individual generada por la desarmonía y la falta de apoyo

---

<sup>58</sup> Encuesta realizada por el Municipio local, Instituto del Niño y la Familia (Innfa), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y Movilidad Humana de la Diócesis. El Universo octubre 2005

familiar y en el abandono (emigración), el individuo necesita y anhela el apoyo familiar, y la ausencia de este, le genera frustración y soledad.

El 83% (67 padres, migraron a Estados Unidos, 13 padres migraron a España que representa el 16 % y una a Italia que representa el 1%. Contrastando estos resultados con otro estudio se encuentra que de los 60 alumnos de la Escuela Rural Cuatro de Julio del Cantón Chunchi 40, que es el 70%, no viven con sus padres porque emigraron a Estados Unidos, España e Italia.<sup>59</sup> De igual manera según el análisis del INEC, los ecuatorianos que llegan a los países de destino, sobre todo a España, en el 2008, se concentra el 48,6% de estos, seguido de los Estados Unidos, con el 28,2%, e Italia con el 10,8%<sup>60</sup> estos datos coinciden con los datos de la investigación.

El tiempo de emigración de padres de los adolescentes encuestados manifiestan el 14.9% han migrado entre 1 y 5 años, el 54.3% entre 6 a 10 años; 24 que representa el 29.6% manifiesta que sus padres han migrado entre 11 a 15 años, y 1 que corresponde al 1.2% ha migrado más de 15 años.

Al preguntarles: cuántos años tenían cuando migraron sus padres 36 respondieron de 1 a 5 años que representa el 44.4%, 33 que corresponde al

---

<sup>59</sup> Según la revista Chunchi en el Nuevo Milenio (Julio del 2002,)

<sup>60</sup> [http://www.guayaquilcaliente.com/inmigracion/visas/inmigracion/\\_15\\_millones\\_de\\_migrantes\\_tiene\\_ecuador/](http://www.guayaquilcaliente.com/inmigracion/visas/inmigracion/_15_millones_de_migrantes_tiene_ecuador/)

40.75% entre 6 y 10 años y 12 que representa el 14.81 entre 11 y 15 años. En estudio realizado por el INNFA el 48,9% de los padres que emigraron fuera del país, hace aproximadamente 8 años, no han visitado a sus hijos ni una sola vez. Esos datos se desprenden del estudio "Mi opinión sí cuenta", efectuado por organizaciones como el Instituto de la Niñez y la Familia (INNFA) y la UNICEF sobre los efectos de la emigración paterna y materna.<sup>61</sup> Al hacer la comparación entre esta investigación y datos nacionales tenemos que un 40.75% han migrado de 6 a 10 años, en relación a los datos nacionales tenemos que un 48,9% han migrado hace 8 años por lo que se evidencia que el promedio del porcentaje tanto del estudio como los datos del Ecuador son similares.

La edad de los adolescentes cuando sus padres migraron, el 44,44% tenían de 1 año a 5 años, el 40,75% de 6 a 10 años y de 11 a 15 años el 14,81%.

El 75,35% de los adolescentes investigados manifiesta tristeza cuando sus padres se fueron; mientras que el 13,58% no sintió nada y el 9,88% sintió soledad, el 1,24% sintió miedo. Actualmente manifiestan tristeza el 3,70%, miedo el 37,03%, soledad el 40,75% y no sienten nada el 18,52%. Según la Red de Migrantes de Nicaragua<sup>62</sup> que el 77% de los niños y adolescentes cuyos padres habían migrado en busca de un empleo viven con un

---

<sup>61</sup> Jvasquez - en Diario HOY - Noticias de Ecuador 02- 2009.

<sup>62</sup> IIN-OEA (2006, b), Niños, Derechos y Migraciones. Barindelli, Reynoso, Verón. Presentado en III Conferencia de la Red Latinoamericana y Caribeña de Childwatch. Internacional, México D.F., 17 al 19 de julio de 2006.



sentimiento de tristeza, desde el momento que el padre tomó la decisión de irse hasta el día que regresa. Este dato concuerda con la presentado investigación en donde los adolescentes hijos de padres emigrantes presentan tristeza en un 75,35%, mientras que el 13,58% no sintió nada y el 9,88% sintió soledad, el 1,24% sintió miedo. Actualmente manifiestan tristeza el 3,70%, miedo el 37,03%, soledad el 40,75% y no sienten nada el 18,52%.

El grupo de adolescentes que vive con sus padres el 22,60% sienten tristeza, el 7,83% tienen ansiedad; el 8,70% manifiestan soledad. Por lo tanto vemos que hay sentimientos de ansiedad, tristeza o miedo no solo en los adolescentes que sus padres emigraron sino también en los adolescentes que sus padres no han migrado. La fundación S. M. sobre la soledad, presentó los resultados de la Encuesta de Infancia en España 2008, donde se llegó a la conclusión de que el 27% de los niños entre 6 y 14 años se sienten solos en sus hogares. La soledad es más acusada, según el estudio, entre los hijos de padres inmigrantes. En un porcentaje elevado (20%) el padre no está en casa a la hora de cenar. Por otra parte, aunque haya presencia paterna en casa, una mayoría (60%) de los niños de 6 a 11 años prefieren estar solos en su habitación, porcentaje que aumenta (75%) entre los preadolescentes<sup>63</sup>

---

<sup>63</sup> ClubParenting.com 2008

Se observa en esta investigación que los adolescentes que sus padres no han migrado ante los estados de ánimo sentidos por ellos manifiesta, el 70,43% manifiesta que no siente nada, el 13,91% responde que siente la falta de comunicación, y un 6,09% les falta de apoyo de sus padres, mientras que el 3,48% siente la ausencia de sus padres; con el mismo porcentaje del 0,87% de los investigados, indican que los padres beben y salen y están separados; el 1,74% indican que se sienten solos, finalmente el 2,61% se sienten así por la ausencia de sus hermanos. En lo que se refiere al grupo de investigados que tienen una tendencia a sentirse solos, el referente teórico enfoca que, no todas las personas logran las relaciones afectivas que desean; así, según Peplau y Perlman (1982) por soledad entendemos el deseo no conseguido de mantener relaciones interpersonales estrechas. Es una discrepancia subjetiva entre los contactos sociales deseados y los obtenidos. Es la propia persona quien decide si su nivel de contacto social es satisfactorio o no. si otra causa es la falta de comunicación, la comunicación permite el desarrollo integral de la personalidad del hombre, de ahí la necesidad de formar una cultura comunicativa en todos los ciudadanos, sobre todo en los adolescentes donde desempeña un importante papel la familia y el maestro.<sup>64</sup>

Referente a los niveles de Depresión si existen diferencias, se evidencia que los adolescentes cuyos padres están lejos de ellos manifiestan menores porcentajes en relación al otro grupo que tienen mayores porcentajes, se

---

<sup>64</sup> Leiva Luis 2009

observa que en ambos casos manifiestan con el mismo porcentaje del 7,15% con depresión moderada; casi en similar porcentaje para los dos grupos respectivamente del 8,69% (17 casos de adolescentes con padres que no han migrado) y el 9,69% (19 casos) indican depresión moderada a grave; así mismo casi con similares porcentajes del 2,55% (5 casos) y el 3,07% (6 casos) respectivamente indican depresión grave. Sin olvidar lo que dice Arminda Aberastury (el "Síndrome Normal de la Adolescencia") en esta edad producto de su ciclo evolutivo el adolescente experimenta depresiones y microdepresiones por los cambios que en él se suscitan, como son el duelo por su cuerpo de niño y por sus padres de niño, estas microdepresiones lo preparan para los conflictos y situaciones que le tocarán vivir en el futuro.

Al comparar esta investigación con otra investigación sobre la epidemiología de la depresión en adolescentes guatemaltecos hecha por Berganza y Aguilar dio como resultado que un 35% de ellos presentaba depresión. Entre ellos, 20.9% eran varones y 48.8% eran mujeres<sup>65</sup>. Los que acusan depresión leve dice (Herbert A. Carroll (2000, p. 362), tienen incapacidad para concentrarse, desaliento y fatiga, es incapaz de continuar sus actividades habituales, esta cansado y torpe, no duerme bien, pierde el apetito, es pesimista acerca de su futuro, su conducta suele ser mal comprendida por los familiares. Es tan honda su desesperanza que piensan en la muerte.

---

<sup>65</sup> Herrmannsdörfer Martha 2006.

El deprimido agudo, se diferencia del anterior, solamente en grado. Su torpeza se acentúa, le cuesta trabajo hablar, duerme muy poco y apenas come, suele estar preocupado por su cuerpo y su función, casi siempre se les presenta delirios, alucinaciones, a veces planean con todo cuidado el suicidio.

La depresión en grado severo, es la forma mas extrema de reacción depresiva, el individuo, ni come, ni habla, yace inerte, carece de iniciativa, ni con halagos ni amenazas se logra nada de él; totalmente desanimado, sintiéndose sin ningún valor, se niega así mismo, todo lo que puede negarse, conservando apenas la vida. “La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en su clasificación de enfermedades mentales DSM-IV-R considera que para realizar el diagnóstico de un Trastorno Depresivo Mayor se requieren cinco o más de los siguientes síntomas, los que deben estar presentes por al menos dos semanas de duración y que ello representa un cambio en el funcionamiento habitual del sujeto, animo deprimido la mayor parte del día durante todos los días, marcada reducción del placer o el interés en todas o la mayoría de las actividades diarias, disminución de peso sin someterse a dieta o ganancia de peso (del orden de un 5%), insomnio o hipersomnia diarias, agitación psíquica y motora o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía diariamente, sentimientos de culpa inapropiados, que pueden conducir a delirios de culpa, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse e indecisión la mayor parte del día, pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio. Estos síntomas no deben ser ocasionados por una

enfermedad física o por abuso de sustancias. Es de suma importancia el reconocimiento de la depresión en el adolescente, pues son más proclives a realizar intentos de suicidio que los adultos en condiciones similares.

Refiriéndose a la autoestima se evidencia que los dos grupos de adolescentes investigados tienen una buena autoestima (33,16%), una muy buena autoestima (47,45%), y una autoestima superior (14,29%).

Los datos revelan porcentajes de autoestima, similares en ambos grupos de estudio, en padres migrantes y no migrantes, en términos generales los adolescentes sujetos de investigación si tienen buena autoestima, situación que podría explicarse, por el apoyo emocional de personas que están a cargo del cuidado de los adolescentes y posiblemente por el soporte de amigos, lo que les ayuda a mantener niveles aceptables de autoestima pese a la situación de alejamiento de sus padres. Contrastando esto con una investigación de 301 adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 18, cursantes de la Tercera Etapa de Escuela Básica y Media Diversificada en el Estado Carabobo, Venezuela, Se encontró que el grupo estudiado tiene un nivel de autoestima alto (77% del total)<sup>66</sup>.

De acuerdo a los resultados del Test de Hamilton que mide Ansiedad se observa en esta investigación que tienen porcentajes casi similares en los dos grupos de estudio, en cuanto a la ansiedad moderada lo manifiestan con

---

<sup>66</sup> Navarro María 2007.

el mismo porcentaje los dos grupos en un 17,35%; cabe resaltar que ante la ansiedad grave es mayor el porcentaje (10,20%, 20 casos) lo manifiestan los adolescentes que sus padres no han migrado a diferencia del 8,17 (16 casos) adolescentes con padres emigrantes

La ansiedad es una de las emociones, convive con el ser humano y es parte integrante de nosotros mismos, se expresa de diferentes maneras y en múltiples situaciones; de las normales o fisiológicas a las anormales y patológicas (neurosis y trastornos de ansiedad). La línea divisoria en algunos casos es sutil, y con frecuencia se entremezclan términos fronterizos. Tensión, angustia y crisis de pánico, temores y fobia, pequeñas manías, supersticiones y obsesiones coadyuvan en el mantenimiento de la ansiedad.

Podemos considerar a la ansiedad y a la angustia como términos intercambiables. Angustia deriva del latín "Angor" y expresa angostura o estrechez. También estado de desasosiego y agitación del ánimo e intranquilidad con padecimiento intenso e interno.

"El individuo que padece de ansiedad está inquieto, con disminución de la concentración, apático en sus distracciones o aficiones favoritas, con alteración del apetito y del sueño, entre los síntomas característicos tenemos: a) físicos: Palpitaciones, opresión sobre el corazón, temblores, dificultad respiratoria, nudo en la garganta, inquietud motriz, alteraciones del sueño, de la emisión de orina. b) psicológicos: Inquietud por lo que pueda

pasar, desasosiego, inseguridad, perplejidad, presentimientos y temores. c) conductuales: Estado de alerta, hipervigilia, dificultad para la acción, bloqueo afectivo. d) intelectuales: Pensamiento de preocupación negativos, dificultad para la concentración, trastornos de la memoria. e) Asertivos: Descenso de las habilidades sociales, bloqueo en la relación humana, no saber que decir ante ciertas personas, no saber que hacer ante ciertas situaciones, etc.<sup>67</sup> ".

En definitiva la ansiedad es la aprensión que experimenta una persona cuando su personalidad es amenazada. Puede ser constructiva o destructiva, dependiendo del grado de aprensión y de la magnitud de la amenaza. La ansiedad normal, es una reacción proporcionada a la amenaza. Estimula al individuo a hallar el modo de afrontar con éxito la situación desagradable. Es un estímulo para el desarrollo personal; no existe nadie que no tenga algo de ansiedad. La ansiedad en exceso es perturbadora y genera inestabilidad.

Para concluir los efectos psicológicos de la migración en los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, 2008-2009, en términos generales se observa que no existe diferencia en porcentajes, los dos grupos de adolescentes manifiestan casi similares porcentajes de los efectos psicológicos (depresión moderada 14,29% (28 casos), de moderada a grave 18,37% (36 casos) y grave el 5,61% (11 casos); en tanto que la

---

<sup>67</sup> *Ibidem.*

ansiedad moderada el 17,35% y grave el 18,37% (36 casos), autoestima regular 5,10% (10 casos) en porcentaje bajo, que no es muy significativo.



## **7. CONCLUSIONES**

## 7. CONCLUSIONES

Se llegó a las siguientes conclusiones:

1. Que los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi, en lo que se refiere al primer objetivo: De la población investigada el 58,67% (115 padres) no han emigrado, a diferencia del 41,33% (81 padres) si han migrado.
2. En cuanto a los efectos psicológicos:
  - ☞ Los niveles de depresión se evidencia porcentajes casi iguales, tanto en los adolescentes cuyos padres han migrado, manifiestan menores porcentajes en relación al grupo de adolescentes con padres que no han migrado tienen mayores porcentajes.
  - ☞ De acuerdo al diagnóstico de la autoestima se evidencia que los dos grupos de adolescentes investigados tienen una buena autoestima.
  - ☞ De acuerdo a los resultados del Test de Hamilton que mide Ansiedad se observa que tienen porcentajes casi similares en los dos grupos de estudio: ansiedad moderada lo manifiestan con el mismo porcentaje los dos grupos en un 17,35%; ansiedad grave el mayor porcentaje (10,20%, 20 casos) lo manifiestan los adolescentes que sus padres no han migrado a diferencia del 8,17 (16 casos) adolescentes con padres emigrantes.
3. Al compara los efectos psicológicos de la migración en los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi,

en términos generales se observa que no existe diferencia en porcentajes, los dos grupos de adolescentes manifiestan los mismos efectos psicológicos (depresión moderada 14,29% (28 casos), de moderada a grave 18,37% (36 casos) y grave el 5,61% (11 casos); en tanto que la ansiedad moderada el 17,35% y grave el 18,37% (36 casos), autoestima regular 5,10% (10 casos) en porcentaje bajo, que no es muy significativo.

## **8. RECOMENDACIONES**

## 8. RECOMENDACIONES:

Se presenta alternativas a partir de las conclusiones trabajo de investigación realizado.

- Que futuros profesionales continúen realizando investigaciones sobre esta problemática, permitiendo detectar tempranamente los factores familiares de riesgo que conllevan a conductas de riesgo más específicas como las ludopatías y sus consecuencias en el normal desarrollo de los estudiantes.
- Socializar los resultados de la investigación con autoridades, docentes, padres de familia y estudiantes y luego a través del Departamento de Bienestar Estudiantil y Comité de Padres de Familia, planificar las acciones de prevención.
- Promover acciones a través de la ejecución de la “Propuesta de Intervención educativa para suscitar el bienestar familiar” con la finalidad de prevenir conductas de riesgo.

## **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: PROGRAMA EDUCATIVO “POR UNA FAMILIA SALUDABLE”**

### **1.-INTRODUCCIÓN**

La adolescencia es una etapa crítica, donde los cambios biológicos, emocionales y psicológicos pasan por tres duelos fundamentales, duelo por el cuerpo infantil perdido, duelo por el rol y la identidad infantil y el duelo por los padres de la infancia, (Aberasturi Arminda) pues presionan a los jóvenes a adquirir conductas no saludables como consumo de sustancias adictivas, la imitación y el deseo de ser como los demás tiene un peso muy importante en la consolidación de hábitos los mismos que comienzan por inercia, sin una reflexión previa, dentro de un entorno que lo favorece para evitar situaciones negativas (miedo, fobia, angustia, estrés, tristeza, melancolía, etc.) O para obtener sensaciones positivas (euforia, sentirse a gusto con sus pares, autoestima elevada, etc.)

Uno de los efectos psicológicos detectados es la depresión considerada como una enfermedad psiquiátrica con más riesgos de suicidios entre un 10 y un 15% y la mayoría de las revisiones indican que en una proporción del 70%, los intentos de suicidio se presentan por depresión, cabe mencionar que en la institución existió dos casos de suicidio adolescente en el año 2007. (Documentos del DOBE año 2007.)

Según la OMS, la depresión va aumentando en los adolescentes y trabajadores jóvenes. Asimismo sostiene que “la depresión, la ansiedad, la baja autoestima y los cambios de humor serán la causa principal de la baja productividad en el mundo en desarrollo a partir del año 2020” (CNN en español.com, mayo 1998). Esto indicaría que la población infantil y joven se vea afectada por esta patología. A pesar de la alta prevalencia de la depresión solo el 1,5% de la población consultan a un servicio de salud.

La ausencia de calidez familiar, la falta de comunicación de los adolescentes con los padres y la disolución familiar hacen que sea limitado la resolución de problemas y a la vez puedan crear un ambiente, donde a los adolescentes le falta el soporte necesario para contrarrestar los efectos psicológicos estresantes y/o depresión.

Es a partir de aquí que surge la inquietud de aportar conceptos básicos a través de un taller para sensibilizar y capacitar a la pedagogía educativa (profesores, padres de familia, alumnos, comunidad, autoridades) y así brindar herramientas básicas para la prevención del avance de estos estados anímicos “depresión, baja auto estima y ansiedad” dirigido a la Institución en donde presto mis servicios como medico.

Otra de las manifestaciones psicológicas es la ansiedad, es la más común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción

emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales. (Caro Ledis 2008)

Tiene numerosos sinónimos: nerviosismo, inquietud, tensión, angustia. Miedo, inseguridad.

La autoestima está relacionada con muchas formas de conducta. Las personas con una autoestima elevada suelen reportar menos emociones agresivas, negativas y menos depresión que las personas con una autoestima baja. De modo similar, las personas con una autoestima elevada pueden manejar mejor el estrés y, cuando son expuestas al mismo, experimentan menos efectos negativos en la salud.

La época importante para el desarrollo de la autoestima es la infancia intermedia. Los adolescentes comparan su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo por la manera en que alcanza los patrones sociales y las expectativas que se ha formado de sí mismo y de qué tan bien se desempeña.

Se ha visto la necesidad de elaborar un programa educativo, destinado a una familia emocionalmente saludable dirigida a los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi Provincia del Chimborazo 2009. Con esta propuesta se aspira facilitar que los/as adolescentes padres de familia y el equipo de profesionales del DOBE, los tutores guías, autoridades y comunidad en general, cuenten con herramientas (conocimientos, desarrollo de habilidades y competencias)



para mejorar la calidad de relaciones afectivas de padres a hijos, estudiantes y docentes, autoridades y comunidad en general.

## **2. - OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GENERAL**

- ☞ Diseñar, ejecutar y evaluar una propuesta de intervención dirigida a disminuir los efectos psicológicos de los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

1. Elaborar el programa para intervenir a través de talleres dirigido a prevenir los efectos psicológicos,
2. Ejecutar la propuesta de intervención a través de talleres “Sanando mis Heridas” y “Venciendo mis temores” dirigida a los adolescentes de la institución.
3. Evaluar la propuesta de Intervención.

## **3.- JUSTIFICACIÓN**

Los efectos psicológicos van cada día en aumento en los sentimientos de los adolescentes, por lo que se hace necesario diseñar, ejecutar y evaluar talleres educativos.

Los efectos psicológicos “depresión, ansiedad, baja autoestima que se producido no solo por el fenómeno migratorio es uno de los problemas de trascendencia y de actualidad, en el mundo, en nuestro país, provincia y cantón, que teniendo un origen económico, tiene además consecuencias

sociales y psicológicas, especialmente en el grupo de los adolescentes, lo cual resulta de prioridad, conocerlas, para plantear alternativas favorables y disminuir sus impactos.

Al ser parte del Departamento de Orientación Vocacional, considero que es la oportunidad de realizar propuesta de intervención educativo dirigido a los adolescentes del Colegio Nacional Técnico Agropecuario de Chunchi Provincia del Chimborazo.

A parte que es una necesidad implementar este tipo de Talleres, hay predisposición de las autoridades para coadyuvar en la ejecución, toda vez que el mismo beneficiará a la comunidad educativa; por eso se justifica el presente programa de intervención.

#### **4.- CONTENIDOS**

##### **4.1 Sanando mis heridas**

- Recuerdos de mi infancia.
- Identificación del agresor.
- Perdonar para sentirme mejor.

##### **4.2 Venciendo mis temores**

- La importancia de la comunicación.
- Como nos comunicamos.

- Factores que influyen en la comunicación.
- Medios masivos.
- La familia como nexo fundamental de la sociedad

## **5 METODOLOGÍA DE TRABAJO**

1. Presentación teórica del taller.
2. Sensibilización que favorezca el análisis de las diversas concepciones a cerca de las temáticas presentadas.
3. Motivación (dinámica.)
4. Lluvia de ideas.
5. Construcción de conocimiento.
6. Trabajo en equipo con consignas
7. Cierre y evaluación.

A través del video para cada taller se sensibilizó a los adolescentes y familiares de la importancia que tiene la comunicación y el afecto familiar en la formación integral de la personalidad de los adolescentes Fortaleciendo mi autoestima, venciendo mis temores, atrévete a controlar tus emociones, la adolescencia tiempo de compartir.

Esta propuesta de intervención educativa afectiva familiar tiene como finalidad analizar el rol que tiene la familia en el desarrollo integral de los adolescentes en la consolidación de una sociedad más justa y solidaria.

## **1. MATRIZ DE ACTIVIDADES**

**TALLER UNO**

**TEMA: CONSTRUCCIÓN DE LA VIDA FAMILIAR**

**CONTENIDOS:** La tarea de ser padres y madres, altamente efectivos.  
Educar a los/as hijos/as

**PERIODO:** 90 minutos

**OBJETIVO:** Analizar los modelos de manejo familiar, basados en el dominio y la coerción que predominan socialmente y que sirven como semillero de malas relaciones familiares

ACTIVIDADES		MATERIALES
DE LAS FACILITADORAS	PARTICIPANTES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Socializar los objetivos y las actividades.</li> <li>- Dividir el grupo grande en pequeños grupos de 3 personas para trabajar las temáticas</li> <li>- Dos grupos de tres personas leerán: documento previsto.</li> <li>- Otro grupo leerá y analizarla lectura: El síndrome de la cantaleta.</li> <li>- Sociodrama: Como las familias educan a sus hijos. Cuatro grupos de tres personas entre estudiantes y padres dramatizarán</li> <li>- Desarrollo de plenaria: participación de cada grupo.</li> <li>- Reforzar los comentarios realizados por los estudiantes y padres de familia.</li> <li>- Cierre de las actividades y evaluar las actividades cumplidas.</li> </ul>	<p>Dr. Sergio Rosas Tapia. Equipo multidisciplinario del DOBE. Padres de familia, estudiantes, autoridades, coordinadores/as y secretarios relatores de cada grupo. Que tendrá seis personas y se formaran cinco grupos</p>	<p>Papelotes, marcadores gruesos, tarjetas, Equipo de sonido para CDS, Cinta adhesiva Hojas impresas con las lecturas para cada grupo Hojas impresas con las preguntas de análisis</p>

## TALLER DOS

### TEMA: CONVIVENCIA FAMILIAR Y MANEJO DE CONFLICTOS

#### CONTENIDOS:

- ☞ Estrategias de solución del conflicto,
- ☞ Convivencia familiar y tolerancia, las familias que aprenden,
- ☞ Del maltrato al buen trato, los caminos del cambio.
- ☞ El arte de relacionarse con los otros

**PERIODO:** 120 minutos

**OBJETIVO:** Desarrollar habilidades del buen trato necesarias para la formación efectiva de hijos o estudiantes.

Comprender que el buen trato si es posible como un estilo de vida y que el maltrato merece ser desechado de los espacios de la vida familiar y el ambiente escolar.

ACTIVIDADES		MATERIALES
METODOLOGIA	PARTICIPANTES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación y bienvenida a los participantes.</li> <li>- Técnica de trabajo: Participar y hacer preguntas con libertad.</li> <li>- Presentación de testimonios sobre “Experiencias de Conflictos vividos en familia”. Como lo afrontaron.</li> <li>- Análisis del tema por grupos. Sacar conclusiones y recomendaciones.</li> <li>- Analizar la guía de auto evaluación, analizar las actitudes familiares “cierra ostras” (trabajo grupal)</li> <li>- Realizar ejercicio que ejemplifique la lectura</li> </ul>	Dr. Sergio Rosas Tapia. Equipo multidisciplinario del DOBE. Padres de familia, estudiantes, autoridades, coordinadores/as y secretarios relatores de cada grupo.	Papelotes, marcadores gruesos, Radio toca CDS, Cinta adhesiva Hojas impresas con las lecturas para cada grupo.

**TALLER TRES**

**TEMA: LA COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA**

**CONTENIDOS:** Comunicación: una introducción del escuchar activo, principios y técnicas, Técnicas de Comunicación.

**PERIODO:** 120 minutos

**OBJETIVO:** Analizar la comunicación común en el momento de crisis en las relaciones familiares, destacando las ventajas y desventajas de tal comunicación.  
 Emplear el concepto de “escuchar activo” como una alternativa a la comunicación defensiva.  
 Experimentar el cambio que ocurre cuando alguien.  
 Distinguir entre el escuchar falso y el escuchar activo.  
 Manejar la técnica de comunicación que permita confrontar sin ofender.

ACTIVIDADES -METODOLOGÍA	PARTICIPANTES	MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación y bienvenida a los participantes al taller.</li> <li>- Indicar la dinámica de trabajo: interactuar y hacer preguntas con libertad.</li> <li>- Realizar lecturas seleccionadas referente al tema</li> <li>- Seleccionar dos voluntarios del grupo para representar como es la comunicación común en un conflicto. Luego por separado presentarles los casos. Dramatizar el contenido. Sacar conclusiones.</li> <li>- Dividir a los participantes en dos grupos para trabajar Los obstáculos que impiden la comunicación y pasos del escuchar activo. Luego realizar las reflexiones.</li> <li>- Para la tercera actividad, repartir las copias de la hoja “El mensaje Yo: Expresarme sin ofender” luego discutir el mensaje y su efecto cuando lo usamos en un conflicto. Hacer el ejercicio en parejas.</li> <li>- Realizar la plenaria para discutir el ejercicio y concluir</li> </ul>	Dr. Sergio Rosas Tapia. Equipo multidisciplinario del DOBE. Padres de familia, estudiantes, autoridades, coordinadores/as y secretarios relatores de cada grupo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hojas de papel periódico, marcadores.</li> <li>- Hojas impresas con los casos y las reflexiones y principios básicos.</li> <li>- Copias sobre Los obstáculos que impiden la comunicación y pasos del escuchar activo.</li> </ul>

**TALLER CUATRO**

**TEMA: LA ADOLESCENCIA Y LA AUTOESTIMA**

**CONTENIDOS:**

- ☞ Así soy yo, Cómo me veo, Cómo fortalecer mi autoestima.
- ☞ “Así soy yo” escribir que actitudes van a desarrollar para crecer en la vida como una gran persona de tal manera que cambie aquellas cualidades negativas. Aplicar en cualquier sitio acciones para fortalecer el auto concepto positivo

**PERIODO:** 120 minutos

- OBJETIVO:**
- Identificar las cualidades positivas de si mismo y conductas que quisiera cambiar.
  - Lograr que los adolescentes aprendan a tratarse y reconozcan sus cualidades personales.
  - Concienciar en las estudiantes las fortalezas personales y como ponerlos a prueba en todas las actividades diarias.

ACTIVIDADES - METODOLOGIA	PARTICIPANTES	MATERIALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presentación y bienvenida a los participantes al taller.</li> <li>- Ejercicio de reconocimiento de lo positivo y lo negativo, que a veces no lo descubrimos.</li> <li>- Para descubrir las cualidades positivas y las que quisiera cambiar, el facilitador repartirá 5 hojas de trabajo “Así soy yo”.</li> <li>- Lluvia de ideas: los participantes dictarán las cualidades positivas que cada uno, las cosas que quisiera cambiar.</li> <li>- Formar grupos de trabajo</li> <li>- Para trabajar la aceptación de su imagen, presentar la caja de sorpresa (en el fondo esta un espejo), a todo el grupo y mantener en secreto de lo que contiene, indicar que cada uno va a mirar individualmente, pedir que se observen detenidamente su rostro.</li> <li>- Entregar una hoja de papel para que se dibuje.</li> <li>- Para la tercera actividad: Interiorizar la definición de autoestima. Conocer como se desarrolla el concepto positivo de si mismo,</li> <li>- Establecer los factores que influyen en la estructuración de una adecuada autoestima.</li> <li>- Determinar estrategias para establecer una buena autoestima y aceptación de la imagen corporal</li> </ul>	<p>Dr. Sergio Rosas Tapia. Equipo multidisciplinario del DOBE. Padres de familia, estudiantes, autoridades, coordinadores/as y secretarios relatores de cada grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 hojas de trabajo “Así soy Yo”</li> <li>- 1 hoja de trabajo para los facilitadores.</li> <li>- Una caja sorpresa de 35 x 35 por lado.</li> <li>Hojas de motivación impresas</li> </ul>



## ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LOS TALLERES

Fecha: \_\_\_\_\_

Colegio: \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Facilitador: \_\_\_\_\_

Actividad realizada: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué le parecieron los Talleres?

- a) Excelente
- b) Muy Bueno.
- c) Bueno.
- d) Regular.
- e) Malo.

2. ¿Cree que los Talleres han ayudado a mejorar algunos aspectos de su vida?

- a) Si
- b) No

POR QUÉ: \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo le pareció la metodología utilizada en los Talleres?

- a) Excelente
- b) Muy Bueno.
- c) Bueno.
- d) Regular.
- e) Malo,

4. ¿Qué sugerencias nos daría para nuevos Talleres?

---

---

---

## **9. BIBLIOGRAFÍA**

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Adolescencia juventud y familia, módulo II, Universidad Nacional de Loja, mayo 2008.
2. Anglada R. Psicología de la educación para padres y profesionales. 2008
3. Arteta y Oleas, Anuarios Estadísticos de Migración del INEC. 2006
4. Ayala C. Etiquetas: Adolescencia, Sexualidad 2005
5. Bautista Silvia, Psicóloga 2005
6. Benjet y cols., 2004
7. Berumen M. Barbosa Biblioteca virtual eumed. Net, disponible en la web 2003 en la siguiente dirección: <http://www.eumed.net/cursecon/libreria/2004/mebb2/14.htm>
8. Bevcar I. Los que estudian y trabajan 28 de octubre del 2004 Weblog.com.ar.
9. Blog Para bebés. Com disponible en la web el 17 de septiembre de 2008 en la siguiente dirección: <http://blog.parabebes.com/los-ninos-en-espana-se-sienten-solos.html>
10. Bloss, Peter psicoanálisis de la adolescencia Ed. Joaquín Mortiz Cap. 3 2008/2
11. Borrero A. Estudio sobre Remesas de Divisas que ingresan en el Ecuador. Cuenca. Ecuador.
12. Cabañes J. Ginecología de la Adolescencia Ginecólogo. Badajoz 2007
13. Calvo Mackenna. Medwave. Año 4, No. 7, Edición Agosto 2008
14. Caro. L. No se deje dominar por la ansiedad mal de los tiempos modernos 20 de febrero de 2009. El universal Cartagena vida Sana.
15. Censo de población y vivienda – INEC. Elaboración: SIJOVEN-SIISE. Año: 2001
16. CEPAL disponible en la web el 9 de marzo 2006 en la siguiente dirección <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4089.pdf>.
17. CEPAL migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América Latina y el Caribe 2006.

18. CEPAL, 2002.
19. Comité de Jóvenes UNI-Américas con la colaboración especial de FAECYS – Arg.
20. Comunicado del PARLASUR I 23 -24 de junio 2008
21. Consejo Nacional de La Raza (NCLR) Sol Carreras 2006.
22. Copyright 2008: [www.enplenitud.com](http://www.enplenitud.com) Un emprendimiento de Latin Seniors Inc
23. Diario El mercurio de Cuenca 2004
24. Diario Hoy 2007. Población rural en peligro de extinguirse.
25. Diccionario Enciclopedia Salvat 2008
26. Diccionario Enciclopedia Salvat 2008
27. Diccionario Wikipedia disponible en web 15 de junio 2009 en la siguientedirección:  
[http://es.wikipedia.org/wiki/Migraci%C3%B3n\\_\(demograf%C3%ADa](http://es.wikipedia.org/wiki/Migraci%C3%B3n_(demograf%C3%ADa)
28. División de Población de las Naciones Unidas, UNFPA 2006. Donas, S. Adolescencia y juventud ¿Un problema para quién? Representación en San José, Costa Rica 2006
29. Donas, S. Marco epidemiológico conceptual de la salud integral del adolescente. OPS/OMS. Representación en Caracas Venezuela) 2008.
30. Dpto. de Orientación Vocacional Colegio Técnico Agropecuario Chunchi, 2007.
31. Dr. Barreda Pedro [www.pediatraldia.cl](http://www.pediatraldia.cl) 2007
32. Dra. Flores Mildred R.N., MSN. Especialista en Salud Mental / TeleMedik Julio / 2004
33. Dra. Maida Ana Margarita Departamento de Pediatría Oriente, Universidad de Chile, Hospital Luis Calvo Mackenna. Medwave. Año 4, No. 7, Edición Agosto 2008.
34. El comercio. com. Mayo 20, 2009
35. Emigración provincia de Chimborazo; Red institucional de movilidad humana de Chimborazo. enero 2007

36. Enciclopedia Libre Universal en Español. Migración marzo 2008. Disponible en la siguiente dirección <http://enciclopedia.us.es/index.php/Migraci%C3%B3n>.
37. Encuesta realizada por el Municipio Chunchi local, Instituto del Niño y la Familia (Innfa), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef y Movilidad Humana de la Diócesis. El Universo octubre 2005
38. E-psicometria@on medic.com, 2005
39. Eutimia.com (salud mental) 2008
40. Flores M. R.N., MSN. Especialista en Salud Mental / TeleMedik Julio / 2004
41. Fuente: elaboración de CONAPO con base en CELADE, Base de datos Investigación de la Migración Internacional de Latinoamérica, 2007
42. Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 2008
43. Funes J. Psicología Social de la Universidad Ramon Llull – julio 2006
44. Gabriela E. Czernik, Dra. Mirian F. Dabski, Dr. Javier D. Canteros, Dra. Lila M. Almirón, Revista de Posgrado de la V la Cátedra de Medicina - N° 162 –Octubre 2006)
45. Gaviño.M. Monografías .com Migración de los ecuatorianos hacia EEUU y Europa disponible en la web 2001 en la siguiente dirección: <http://www.monografias.com/trabajos23/migracionecuatorianos/migracion-ecuatorianos.shtml>.
46. Guillermo Molina, Ana Tosi ,María Alejandra Battaglia Revista Contextos 2004.)
47. <http://biblioteca.consultapsi.com/> Criterios diagnósticos de la ansiedad
48. <http://enciclopedia.us.es/index.php/Migraci%C3%B3n>. 10 dic. 2008
49. <http://www.monografias.com/trabajos11/trastans/trastans.shtml> / 4 de Julio de 2007
50. <http://www.psicopedagogia.com/definicion/adolescencia>, 2008
51. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-328-1-historia-del-servicio-electronico-de-informacion-psicologica.html>
52. ILDIS-FES y SJM. 2003

53. IMILA y CELADE, Boletín Demográfico No. 65, 2000.
54. Instituto Nacional de Estadística (INE), Alcaide Carmen, (31/05/2007)
55. Instituto nacional de migración: <http://www.inami.gob.mx/>, 2008
56. Juzgado III de la Niñez y Adolescencia Cuenca-Ecuador 2004
57. Koan Psicólogos.com Escala de ansiedad de Hamilton disponible en la Web el 2002 en la siguiente dirección <http://www.koanpsicologos.com/test-psicologia/ansiedad.php>.
58. La Juventud en Ecuador y El Guasmo Sur: Realidades y Situación Actual Guayaquil – Ecuador marzo 2006.
59. Leiva Manuel 2009, La Comunicación Familia-Adolescente-Escuela. Una Necesidad Actual.
60. Santandreu Raimon 2008 Libro. Quiérete mucho.Lloriet R. latino/la paz pág.9 noviembre 2008.
61. Maida A. Departamento de Pediatría Oriente, Universidad de Chile, Hospital Luis
62. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV 1195 Masson SA <http://www.nimh.nih.gov> 2007
63. Martínez P. Revista » Psicología Clínica / Psicoterapia » influencia de la ansiedad de separación en adolescentes con problemas de dependencia disponible en la web en la siguiente dirección <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-369-1-influencia-de-la-ansiedad-de-separacion-en-adolescentes-con-.html>, 2007
64. Mendoza H. Presentado en III Conferencia de la Red Latinoamericana y Caribeña de Childwatch. Internacional, México D.F., 17 al 19 de julio de 2006. Municipio del distrito metropolitano Quito – Ecuador secretaria de desarrollo social 2006.
65. Módulo de Capacitación Para Adolescentes” Multiplicadores En Salud Costa Rica, 2005. PAIA – Programa Atención Integral a la Adolescencia Departamento de Salud de las Personas Caja Costarricense de Seguro Social 2005

66. Mortiz J. Bloss, Peter Psicoanálisis de la Adolescencia Ed. J Cap. 3 2008/2
67. Movilidad Humana Pastoral de Loja, 2002.
68. Ochoa, 1998; Pinos y Ochoa, 1999
69. Organización Panamericana de la Salud .Salud del Adolescente .OPS/OMS Washington. 2004
70. Pereda C. I Ángel de Prada. Dpto. 13.- 13.- Movilidad Humana. Pastoral de Loja, 2002.
71. Plan de Desarrollo del cantón Chunchi. 2002
72. Población Reference Bureau, Inc., Guía Rápida de Población, segunda edición, Washington, D.C.1991.
73. Porras Raúl. Monografías. com Trastornos de la ansiedad disponible en la web en 2007 en la siguiente dirección <http://www.monografias.com/trabajos11/trastans/trastans.shtml>
74. Prioridades de salud del adolescente Argentino, documento de las Sociedades de Pediatría, Ginecología Infanto Juvenil y de Medicina del Adolescente. 2006
75. Psicopedagogía.com (López Jaime) 2007.
76. Rea N. /Juzgado II de la Niñez Diario Mercurio de Cuenca 2004
77. Reynoso B. IIN-OEA (2006, b), Niños, Derechos y Migraciones.
78. RIMHUCH- Red de Inmigrantes y Movilidad Humana de Chimborazo, encuesta emigración en Chimborazo, julio 2007
79. Rozados, disponible en la Web en septiembre 2008 en la siguiente dirección [http://www.depresion.psicomag.com/test\\_beck.php](http://www.depresion.psicomag.com/test_beck.php)
80. Rozo Jairo. 2008 Revista electrónica psicológica científica disponible en la web en la siguiente dirección Ruiz G. La familia. Concepto, funciones, estructura ,ciclo de vida familiar, crisis de la familia y apgar familiar. Rev. Cubana Med. Gen Integral.58-63. 2006
81. Saramago José, Prólogo del Libro "Moros en la Costa" de Juan José Téllez, 2004.
82. Serrate Claudia 2008. La migración y sus efectos culturales en Bolivia

83. Seuss Theodor 2005- 2009
84. SIISE 4.0, 2001
85. Tamagno C, PhD. IEP-INMIGRA Panama Hat “2005
86. Tasas de prevalencia (Virues, 2005)
87. Tercer Estudio de Maltrato Infantil en Chile. Unicef 2006
88. Test de Hamilton disponible en la web el 2007 en la siguiente dirección: <http://www.eutimia.com/tests/hars.htm>
89. Universidad Austral de Chile Facultad de Filosofía y Humanidades © 2009.
90. University of Maryland Medical Center UMMC © 2008
91. <http://www.articuloz.com/comunicaciones-articulos/la-comunicacion-vista-desde-la-cultura-396774.html> 2008
92. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-328-1-historia-del-servicio-electronico-de-informacion-psicologica.html>.



# **ANEXOS**

## ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
NIVEL DE POSTGRADO  
MAESTRÍA DE HEBEATRÍA**

Provincia \_\_\_\_\_

Cantón: \_\_\_\_\_ Parroquia: \_\_\_\_\_

Lugar/Localidad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

INSTRUCCIONES: Este consentimiento informado debe ser leído y firmado por todos/as los/as adolescentes, a quienes se les aplicara la encuesta sobre los efectos psicológicos de la migración en los adolescentes, antes de ejecutar la respectiva encuesta.

Firma (opcional).....Fecha:.....

En caso que el estudiante no firme, integrar el nombre completo y firma de un testigo.....

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

.....

Si la persona no acepta participar, por favor explique por qué:

.....

## Anexo 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
NIVEL DE POSTGRADO  
MAESTRÍA DE HEBEATRÍA**

**COLEGIO NACIONAL TÉCNICO AGROPECUARIO DE CHUNCHI  
PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2008 – 2009**

Las respuestas emitidas en el presente cuestionario se mantendrán en absoluta reserva y serán utilizadas como un instrumento que nos permitirá determinar la incidencia de la Migración de sus padres y sus consecuencias, razón por la cual solicitamos contestar con sinceridad.

Fecha.....

Nombre:.....edad:.....

Curso:.....paralelo:.....

Sexo:      f ( )    m ( )

Lugar de procedencia: urbano ( )    rural ( )

Ocupación: solo estudia ( )    estudia y trabaja ( )

Estado civil: soltero ( )    casado ( )    unión libre ( )

1.- ¿Tiene a sus Padres en el exterior?

Si ( )                                  No ( )

2.- ¿A quién tiene en el exterior?

Papá ( )                                  Mamá ( )                                  Ambos ( )

Otra familia significativa para

Usted.....

3.- ¿En qué país se encuentra?

Papá.....Mamá.....

4.- ¿Hace cuantos años salieron del País?

Papá..... Mamá.....

5.- ¿Qué edad usted tenía cuando sus padres

fueron?.....

6.- ¿Qué sintió cuando ellos migraron?

Tristeza ( ) Ansiedad ( ) Depresión ( ) Miedo ( ) Soledad ( )

Nada ( )

7.- ¿Actualmente como se siente Ud. si sus padres aun están lejos?

.....

8.- ¿Si sus padres viven con Ud. como se siente vivir con ellos?

Bien ( ) Mal ( ) ¿Por que? .....

9.- Si sus padres están junto a Ud. siente que ellos:

Lo protegen. Si ( ) No ( ) Lo comprenden Si ( ) No ( )

Lo castigan y lo humillan Si ( ) No ( ).

Siente que Ud. no les importa a ellos Si ( ) No ( )

10.- ¿Aún estando con sus padres Ud. siente tristeza ( ) Ansiedad ( )

Soledad ( ) ¿Por qué?.....

11.- ¿Quiénes son las personas que están a su cuidado?

Abuelos ( ) Hermanos ( ) Tíos ( ) Primos ( ) Otros.....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO 2**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
 ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
 NIVEL DE POSTGRADO  
 MAESTRÍA DE HEBEATRÍA  
 “EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA EMIGRACIÓN EN LOS  
 ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL TÉCNICO  
 AGROPECUARIO DE CHUNCHI PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2008 –  
 2009”**

Apellidos y Nombres:.....

Año o curso.....Paralelo.....Fecha..... Edad.....

Sexo: M.....F.....

Lugar de procedencia.....Ocupación:.....

Estado Civil.....

**TEST DE DEPRESIÓN****AUTOR: Beck**

Lea con cuidado las expresiones agrupadas bajo cada letra de la A hasta la U.

Elija en cada grupo la que mejor describa su estado de ánimo en que se encuentra hoy, es decir, en este preciso momento. Encierre en círculo el número de expresión que haya elegido en cada grupo. Si dos o más expresiones en un grupo describen el modo en que se siente con la misma precisión, márkelas también. Asegúrese de leer cuidadosamente todas las expresiones en cada grupo antes de decidir.

**A. Tristeza**

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste
- 2<sup>a</sup> Estoy triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 2b Me siento tan triste e infeliz que me resulta doloroso
- 3 Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo

**B. Pesimismo**

- 0 No soy particularmente pesimista ni estoy desalentado respecto del futuro
- 1 Me siento desalentado respecto del futuro
- 2<sup>a</sup> Siento que no tengo por delante que me espere
- 2b Siento que jamás podré superar mis problemas
- 3 Siento que el futuro no tiene sentido y que las cosas no van a mejorar

**C. Sensación de fracaso**

- 0. No siento que yo sea un fracaso
- 1. Siento que he fracasado más que la mayoría de la gente
- 2<sup>a</sup>. Siento que he logrado muy poco que sea de valor o que signifique algo
- 2b. Cuando miro hacia atrás, veo que mi vida es una serie de fracasos
- 3. Me siento un fracaso como persona (como padre, marido, como hijo)

**D. Insatisfacción**

- 0 No me siento particularmente insatisfecho
- 1 Me aburro la mayor parte del tiempo
- 2<sup>a</sup> No disfruto de las cosas igual que antes
- 2b Ya no tengo satisfacción de nada
- 3 Estoy insatisfecho de todo

**E. Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento mal o poco importante buena parte del tiempo
- 2<sup>a</sup> Me siento bastante culpable
- 2b Ahora me siento mal o poco importante prácticamente todo el tiempo
- 3 Me siento como si fuera muy mala persona o alguien sin valor ninguno

**F. Expectativa de castigo**

- 0 No siento que esté siendo castigado
- 1 Tengo la sensación de que algo malo me puede ocurrir
- 2<sup>a</sup> Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado
- 2b Siento que merezco ser castigado
- 3 Quiero ser castigado

**G. Desagrado por sí mismo**

- 0 No me siento decepcionado de mí mismo
- 1<sup>a</sup> Me siento decepcionado de mí mismo
- 1b No me gusto
- 2 Siento desagrado por mí mismo
- 3 Me detesto

**H. Autoacusación**

- 0 No resiento que sea peor que las demás personas
- 1 Me critico por mi debilidad por mis errores
- 2 Me culpo por mis faltas
- 3 Me culpo por todo lo malo que ocurre

**I. Ideas suicidas**

- 0 No tengo la menor intención de auto dañarme
- 1 Pienso en hacerme daño, pero no lo haré
- 2<sup>a</sup> Siento que mejor sería estar muerto
- 2b Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
- 3<sup>a</sup> Tengo planes precisos acerca de suicidarme
- 3b Me mataría si pudiera hacerlo

**J. Llorar**

- 0 No lloro más de lo vital
- 1 Ahora lloro más que antes
- 2 Ahora lloro todo el tiempo, no puedo evitarlo
- 3 Antes podía llorar, pero ahora no puedo aunque quiera

**K. Irritabilidad**

- 0 No estoy ahora más irritado que habitualmente
- 1 Me molesto o me irrito con más facilidad que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Ya no me irrito de ninguna manera por cosas que antes me irritaban

**L. Insociabilidad**

- 0 No he perdido interés en las demás personas
- 1 Ahora me intereso menos por los demás que antes
- 2 He perdido casi todo el interés que sentía por los demás
- 3 He perdido todo interés por los demás y no me preocupan en lo absoluto

**M Indecisión**

- 0 Tomo decisiones igual que antes
- 1 Trato de posponer el momento de tomar decisiones
- 2 Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
- 3 Ya no puedo tomar ninguna clase de decisiones

**N Cambio de la imagen corporal**

- 0 No resiento peor que antes
- 1 Me preocupa verme de más edad o con menos atractivos
- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y que me quitan lo atractivo.
- 3 Siento que mi aspecto es feo o que resulta repulsivo mirarme

**O Lentitud en el trabajo**

- 0 Trabajo tan bien como antes
- 1<sup>a</sup> Necesito un esfuerzo extra para ponerme a realizar un trabajo o tarea
- 1<sup>b</sup> No trabajo también como antes
- 2 Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- 3 No puedo hacer ninguna clase de trabajo

**P. Insomnio**

- 0 Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1 Me despierto más cansado por la mañana ahora que antes.
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me resulta difícil volver a dormir.
- 3 Me despierto temprano todos los días y no puedo dormir más de cinco horas.

**Q. Fatiga**

- 0 No me canso más que antes
- 1 Me canso con más facilidad que antes

- 2 Me canso aunque no haga nada
- 3 Me canso demasiado aunque no haga nada

**R. Anorexia**

- 0 Mi apetito no se ha deteriorado
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2 Mi apetito es ahora mucho menor
- 3 Ya no tengo apetito

**S. Pérdida de peso**

- 0 No he perdido peso últimamente, o muy poco
- 1 He perdido más de dos kilos y medio
- 2 He perdido más de cinco kilos
- 3 He perdido más de siete kilos y medio

**T. Preocupación por la salud**

- 0 Mi salud no me preocupa más de lo habitual
- 1 Me preocupan mis dolores y molestias, o mi ardor de estómago o mi estreñimiento
- 2 Estoy tan preocupado por cómo me siento o por lo que siento, que me resulta difícil pensar en otra cosa.
- 3 Estoy completamente absorbido por lo que siento

**U. Pérdida del lívido**

- 0 No he advertido ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido por completo el interés por el sexo

PUNTAJE.....  
 Diagnóstico:.....

**INTERPRETACIÓN:**

- 0-9= MARGEN NORMAL
- 10-15= DEPRESIÓN LEVE
- 16-19= DEPRESIÓN LEVE A MODERADA
- 20-29= DEPRESIÓN MODERADA A GRAVE
- 30-63= DEPRESIÓN GRAVE



**Anexo 3**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
 ÁREA DE LA SALUD HUMANA  
 NIVEL DE POSTGRADO  
 MAESTRÍA DE HEBEATRÍA  
 “EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MIGRACIÓN EN LOS  
 ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL TÉCNICO  
 AGROPECUARIO DE CHUNCHI” PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2008 -  
 2009**

**AUTORA:** Lucy Reidl Test de AUTOESTIMA. **ADAPTACIÓN:** Dr. Carlos Dávila Acosta (con permiso).

Nombre de la Institución:.....

Apellidos y Nombres:.....

**INSTRUCCIONES:**

Lea atentamente cada PREGUNTA y luego conteste con absoluta sinceridad, en la hoja de respuestas, de la siguiente manera: marque con una “X” según sea su criterio:

S= SIEMPRE:

CF= CON FRECUENCIA;

AV= AVECES,

RV= RARA VEZ;

N= NUNCA.

**CUESTIONARIO**

1. Lo mejor que tengo son mis nombres
2. Me considero una persona con muchas cualidades
3. Por lo general si tengo algo que decir lo digo
4. Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo
5. Me siento seguro de lo que pienso
6. El contenido de mi pensamiento me pertenece
7. En realidad siento que no me gusto a mí mismo
8. Me siento culpable de cosas que hice hace tiempo
9. Creo que la gente tiene buena opinión de mí
10. Soy feliz
11. Me siento satisfecho de lo que hago
12. Considero que la gente me hace caso
13. Me siento tranquilo en un ambiente desconocido
14. Hay muchas cosas de mí que cambiaría

15. Me cuesta trabajo hablar delante de la gente
16. Me considero una persona permanentemente triste
17. Es muy difícil ser uno mismo
18. Considero que le caigo bien a la gente
19. La vida que vivo es la que quiero vivir
20. Si se pudiera volver al pasado y vivir de nuevo yo sería distinto (a)
21. Por lo general la gente me hace caso cuando le aconsejo
22. Mi espacio lo respeto y me hago respetar
23. Debe haber alguien que me diga que debo hacer
24. Yo deseo ser otro tipo de persona
25. Me siento seguro de mí mismo

### HOJA DE RESPUESTAS

Nº	S	CF	AV	RV	N	PJ
01						
02						
03						
04	05	06			05	06 07
					05	
06						
07						
08						
09						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
PUNTAJE						

En las preguntas 1, 2,3,5,6,9,10,11,12,13,18,19,21,22,25

Siempre ( S) = 5

Con frecuencia (CF)= 4

A veces (AV) = 3

Rara vez (RV)= 2

Nunca (N) = 1

En el resto de preguntas: 4,7,8,14,15,16,17,20,23,24 la calificación es la siguiente:

Siempre ( S) = 1

Con frecuencia (CF)= 2

A veces (AV) = 3

Rara vez (RV)= 4

Nunca (N) = 5

### **RANGOS DE CALIFICACIÓN**

Se suma el total de la puntuación de todas las preguntas y se asigna el nivel de autoestima según la siguiente escala:

RANGOS:	PUNTAJE
Muy insuficiente:	0-25
Insuficiente:	26-45
Regular:	46-60
Buena:	61-80
Muy Buena:	81-100
Superior autoestima:	101 o más

## Anexo 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**NIVEL DE POSTGRADO**  
**MAESTRÍA DE HEBEATRÍA**  
**TEMA: “EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MIGRACIÓN EN LOS**  
**ADOLESCENTES DEL COLEGIO NACIONAL TÉCNICO**  
**AGROPECUARIO DE CHUNCHI, PROVINCIA DE CHIMBORAZO 2008 –**  
**2009**  
**Test Hamilton para la Ansiedad**

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

ITEMS		0	1	2	3	4	Puntaje
1	<b>Estado ansioso:</b> Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.						
2	<b>Tensión:</b> Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.						
3	<b>Miedos:</b> A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.						
4	<b>Insomnio:</b> Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.						
5	<b>Funciones Intelectuales (Cognitivas):</b> Dificultad de concentración. Falta de memoria.						
6	<b>Estado de ánimo depresivo:</b> Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.						
7	<b>Síntomas somáticos musculares:</b> Dolores musculares. Rigidez muscular.						

	Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.						
8	<b>Síntomas somáticos generales:</b> Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).						
9	<b>Síntomas cardiovasculares:</b> Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).						
10	<b>Síntomas respiratorios:</b> Opresión pre torácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).						
11	<b>Síntomas gastrointestinales:</b> Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.						
12	<b>Síntomas genitourinarios:</b> Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.						
13	<b>Síntomas del sistema nervioso autónomo:</b> Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.						

14	<b>Conducta en el transcurso del test:</b> Tendencia abatimiento Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tics, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.						
	<b>PUNTAJE TOTAL</b>						

### PUNTUACIÓN DEL TEST DE HAMILTON

0. Ausente
1. Intensidad leve
2. Intensidad moderada
3. Intensidad grave
4. Muy grave (totalmente incapacitada).

### CALIFICACIÓN DEL TEST DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

Puntaje	Nivel	N° de personas	%
0 – 6	Nada		
7 – 13	Leve		
14 – 20	Moderada		
+ de 20	Grave		

Nota: Si el puntaje es igual o mayor a 18 es aconsejable que consultar con el especialista en Salud Mental (Psiquiatra o Psicólogo) para que le realice una evaluación diagnóstica ya que puede estar padeciendo de un trastorno de ansiedad.

