



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA



TÍTULO:

**“EL SÍNDROME DEL NIDO VACÍO Y SU INFLUENCIA EN
LOS ESTADOS DEPRESIVOS DE PADRES CON HIJOS QUE
MIGRAN FUERA DEL PAÍS, EN LOS HABITANTES DEL
CANTÓN CHAGUARPAMBA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO
2014-2015”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE PSICÓLOGA
CLÍNICA**

AUTORA:

KATHERINE PAOLA CAMPOVERDE LUNA.

DIRECTORA DE TESIS

Psic. Clín. Stefanny Miroslava Arévalo Cuenca, Mg Sc.

**1859
LOJA – ECUADOR**

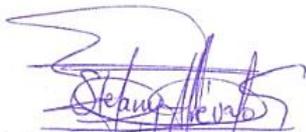
2015

CERTIFICACION

PSIC. CLIN. STEFANNY MIROSLAVA ARÉVALO CUENCA
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y monitoreado la ejecución del proyecto de tesis titulado “EL SÍNDROME DEL NIDO VACÍO Y SU INFLUENCIA EN LOS ESTADOS DEPRESIVOS DE PADRES CON HIJOS QUE MIGRAN FUERA DEL PAÍS, EN LOS HABITANTES DEL CANTÓN CHAGUARPAMBA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO 2014- 2015”, realizado por la egresada, Katherine Paola Campoverde Luna, ha sido elaborado bajo mi dirección, la misma que se encuentra dentro de los procedimientos legales que exige la institución. Por lo que autorizo su presentación ante el organismo competente para que le dé el trámite correspondiente.



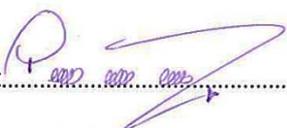
Psic. Clin. Stefany Miroszlava Arévalo Cuenca Mg. Sc
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Katherine Paola Campoverde Luna, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional De Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Katherine Paola Campoverde Luna

Firma: 

N° Cédula: 1104720675

Fecha:

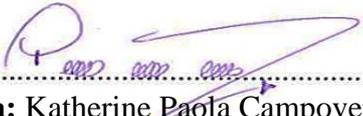
CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Katherine Paola Campoverde Luna, declaro ser la autora de la tesis titulada “**EL SINDROME DEL NIDO VACÍO Y SU INFLUENCIA EN LOS ESTADOS DEPRESIVOS DE PADRES CON HIJOS QUE MIGRAN FUERA DEL PAÍS, EN LOS HABITANTES DEL CANTÓN CHAGURPAMBA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO 2014-2015**”.

Como requisito para optar al grado de PSICÓLOGA CLÍNICA; autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestren al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital, institucional (RDI).

- Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.
- La Universidad Nacional De Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 12 días del mes de noviembre del 2015 firma el autor:


-Firma:.....
-Autora: Katherine Paola Campoverde Luna
-Cédula: 1104720675
-Dirección: Loja
-Teléfono: 2600005
-Celular: 0967395629
-Correo electrónico: katty4648_@outlook.com

Datos complementarios

-Directora de tesis: Psic. Clin. Stefany Miroslava Arévalo Cuenca
-Tribunal de grado:
Presidenta: Dra. Mayra Adelina Rivas Paladines.
Vocal: Lic. Diego Segundo Andrade Mejía
Vocal: Psic.Clin. Luis Miguel Farfán Sarmiento Mg. Sc

DEDICATORIA

A mi virgencita y a Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida. Por los triunfos y momentos difíciles que eh tenido pero me han enseñado a que en la vida nada es fácil y que si no se lucha no se sabe la a satisfacción del esfuerzo.

A mi madre por ser la persona que más ha creído en mí en momentos en los que yo misma me eh querido derrumbar, por formarme con buenos sentimientos y valores lo cual me ha ayudado a salir adelante en momentos difíciles.

A mi padre por su apoyo incondicional, por enseñarme a nunca rendirme y que si no me sacrifico, ni me esfuerzo no valorare lo que tengo.

A mis hermanos por ser mi inspiración, por quienes voy a luchar siempre para no derrumbar la imagen que tienen de mí.

Katherine Campoverde L.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar doy gracias a Dios y mi Virgencita por haberme dado fuerza y valor espiritual para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre y también de mi padre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

Agradezco especialmente a mis tíos Maritza Buele y Gumer Campoverde quienes con su ayuda, acariño y comprensión han sido parte fundamental de la culminación de mi carrera Universitaria.

A Ronald Rojas, por su apoyo y comprensión en el trascurso de toda mi vida, por compartir momentos de alegría, tristeza y demostrarme que siempre pudo contar con él.

Andreita Cuenca por ser mi mejor amiga, como mi hermana por el cariño brindado por compartir tantos sentimientos a lo largo de toda nuestra vida universitaria y estoy segura que esta amistad no terminara.

A la Psc. Clin. Stefany Arevalo Cuenca y Dra. Mayra Rivas por toda la confianza, paciencia y colaboración brindada durante la elaboración de esta investigación.

Los amigos son los hermanos que nosotros escogemos en nuestra vida, les agradezco finalmente a Geanella, Mariuxi, Yessenia, Kattylu, Jonathan y David por ser grandes amigos brindarme tantos consejos y confianza.

Katherine Campoverde L.

a) TÍTULO

“EL SÍNDROME DEL NIDO VACÍO Y SU INFLUENCIA EN LOS ESTADOS DEPRESIVOS DE PADRES CON HIJOS QUE MIGRAN FUERA DEL PAÍS, EN LOS HABITANTES DEL CANTÓN CHAGUARPAMBA PROVINCIA DE LOJA, PERIODO 2014- 2015”

b) RESÚMEN

El propósito de este estudio fue identificar como influye el síndrome del nido vacío en los estados depresivos de padres con hijos que migran fuera del país, en los habitantes del Cantón Chaguarpamba. Los factores considerados, fueron los sentimientos ante el nido vacío, depresión, ansiedad, los estilos de apego y la forma de afrontamiento. Se realizó una investigación de tipo cuanti-cualitativo y descriptivas como métodos científicos como son : método inductivo- deductivo, analítico-sintético y métodos empíricos, los que se apoyaron en el uso de técnicas como son el Test de Beck para depresión, el Test de Hamilton para ansiedad y la escala de afrontamiento de Lazarus, con el objetivo de analizar los tipos de estrategias de afrontamiento que desarrollan los padres con hijos que han migrado fuera del país ,teniendo en cuenta sus apreciaciones y percepciones. Los principales hallazgos obtenidos son que la depresión leve es la más frecuente en los habitantes del cantón Chaguarpamba con respecto al síndrome del nido vacío la cual es acompañada de una ansiedad leve que no interfiere en la vida laboral de los afectados y en cuanto a la manera de afrontamiento se utiliza la estrategia de huida y evitación que implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. En general, apunta a desconocer el problema.

Palabras claves: Migración, sentimientos, estilos de apego, afrontamiento, apreciaciones, percepciones.

a) SUMMARY

The purpose of this study was to identify how it influences the empty nest syndrome in depressive states of parents with children who migrate out of the country, talking about the people of Canton Chaguarpamba. The factors considered were the feelings about the empty nest, depression, anxiety, attachment styles and how to cope. One quantitative and qualitative research and descriptive type was carried out as scientific methods as they are: inductive deductive method, analytic-synthetic and empirical methods, which relied on the use of techniques such as the Beck test for depression, anxiety Hamilton Test and Lazarus coping scale, with the aim of analyzing the types of coping strategies developed by parents with children who have migrated abroad taking into account their appreciations and perceptions. The main findings are that mild depression is the most common inhabitants of the canton Chaguarpamba with respect to the empty nest which is accompanied by a slight anxiety that does not interfere with the working lives of those affected and as to how syndrome coping strategy of escape and avoidance involving the use of strategies such as drinking, smoking, drugs, overeating, take drugs or sleeping more than usual is used. In general, pointing to ignore the problem.

Key Words: Migration, feelings, bound styles, coping, appreciations, perceptions.

b) INTRODUCCIÓN

Existen múltiples razones por las que se puede llegar a la depresión ya sea leve moderada o grave problemas tales como violencia , maltrato , muerte de algún familiar, o partida de un miembro de la familia son situaciones estresantes para el ser humano que pueden conllevar a una depresión.

El síndrome de nido vacío en la familia es una problemática social que está presente en los ecuatorianos. A menudo hablamos del adulto joven que cambia su lugar de residencia por motivos de estudio, se casa o acepta un trabajo en otra ciudad o país. Sea cual sea la trayectoria, los padres quedan con un lugar vacío en el hogar, o como se le ha de llamar actualmente, el síndrome de “nido vacío”.

Para Peyton, (2007). El síndrome de nido vacío afecta en la estabilidad emocional de los padres provocando la aparición de síntomas neuropsicológicos como los cambios en el estado de ánimo, la capacidad de concentración y memoria, la emisión del lenguaje, los patrones de sueño- vigilia, el deseo y el disfrute sexual. El nido vacío ha sido descrito como un factor que afecta el bienestar psicológico de los padres de manera especial en la madre que causa el sentimiento de la pérdida del rol parental. Hui-Ling, (2002).

La migración condiciona cambios importantes en la vida de los migrantes y su familia afecta de diversas maneras su bienestar y salud. En la familia y en la pareja se han descrito efectos negativos como la ruptura familiar, el divorcio y daños en los vínculos entre padres e hijos provocando en muchos de los padres que cuentan con hijos fuera del país excesiva preocupación por el bienestar de su hijo.

La presente investigación comprende un marco teórico en el cual se abordan temas como; Familia: Antecedentes, definiciones clases de familia , Migración: antecedentes, definición, tipos de migración, Síndrome del “Nido vacío”: definición, síntomas , Afrontamiento: definición, estrategias de afrontamiento, Teoría de Apego: conductas de

apego , estilos de apego, Depresión, se plantearon objetivos, un general encaminado a determinar cómo influye el síndrome del nido vacío en los estados depresivos de padres con hijos que migran fuera del país, en los habitantes del cantón Chaguarpamba, y tres específicos: el primero que permitió Identificar el síndrome del nido vacío en padres con hijos que han migrado fuera del país, el segundo Analizar los tipos de estrategias de afrontamiento que desarrollan los padres en el síndrome del nido vacío. Precisar los grados de depresión en los padres con hijos que han migrado fuera del país y finalmente elaborar una propuesta de Psicoeducación con la finalidad de disminuir los episodios depresivos de padres con hijos que migran fuera del país en los habitantes del cantón Chaguarpamba.

Metodológicamente la presente investigación fue de tipo científico social, de carácter transversal y se enmarcó en el enfoque cuanti-cualitativo descriptivo, en el cual fue necesario utilizar el Método inductivo-deductivo, analítico- sintéticos y métodos empíricos, los que se apoyaron en el uso de técnicas de investigación como una encuesta estructurada, un test de Beck para medir depresión y el test de Hamilton para medir ansiedad y la escala de afrontamiento de Lazarus. La Población y Muestra que se tomó fue de 100 habitantes del cantón Chaguarpamba, distribuidos de manera aleatoria en cinco parroquias que son: Buena Vista, Sta. Rufina, El Rosario, Amarillos y en la Cabecera cantonal el barrio 10 de agosto.

Como resultados, se menciona que en los familiares de personas que han migrado a otros países es frecuente en muchos casos la depresión y la ansiedad leve, seguido por la moderada, recomendándose para ello un Plan de psicoeducación en afrontamiento del nido vacío frente a la Depresión que desencadenan los familiares.

c) REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. FAMILIA

1.1. Definición

1.1.1. SEGÚN EL INSTITUTE INTER AMERICANO DEL NIÑO

Es un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, común modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Naturalmente pasa por el nacimiento, luego crecimiento, multiplicación, decadencia y trascendencia. A este proceso se le denomina ciclo vital de vida familiar.

1.1.2. La OMS

La OMS define familia como "los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. "La familia es el grupo primario de pertenencia de los individuos.

1.2. TIPOS DE FAMILIA

1.2.1. Familia nuclear o elemental

Es la unidad familiar básica que se compone de esposo (padre), esposa (madre) e hijos. Estos últimos pueden ser la descendencia biológica de la pareja o miembros adoptados por la familia.

1.2.2. La familia extensa o consanguínea

Se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás; por ejemplo, la familia de triple generación incluye a los padres, a sus hijos casados o solteros, a los hijos políticos y a los nietos.

1.2.3. La familia monoparental

Es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Esta puede tener diversos orígenes. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de los padres, por lo general la madre; por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, la familia de madre soltera; por último da origen a una familia monoparental el fallecimiento de uno de los cónyuges.

1.2.4. La familia de madre soltera

Familia en la que la madre desde un inicio asume sola la crianza de sus hijos/as. Generalmente, es la mujer quien la mayoría de las veces asume este rol, pues el hombre se distancia y no reconoce su paternidad por diversos motivos. En este tipo de familia se debe tener presente que hay distinciones pues no es lo mismo ser madre soltera adolescente, joven o adulta.

1.2.5. La familia de padres separados

Familia en la que los padres se encuentran separados. Se niegan a vivir juntos; no son pareja pero deben seguir cumpliendo su rol de padres ante los hijos por muy distantes que estos se encuentren. Por el bien de los hijos/as se niegan a la relación de pareja pero no a la paternidad y maternidad. (Belluscio, 1993).

2. MIGRACIÓN

2.1. Concepto

Según Cartres, 2003, se denomina migración del proceso mediante el que un individuo se desplaza de una zona geográfica hacia otra. Las personas que se desplazan son llamados migrantes La migración es un proceso doloroso de abandono de su tierra natal por razones

básicamente socio-económicas que impulsan a dejar sus familiares y amigos en busca de mejores condiciones de vida para él y su familia.

Además señala que hay que diferenciar dos términos como:

Emigración, que es la salida de personas de un país, lugar o región, para establecerse en otro país, lugar o región. La emigración implica una estimación negativa del nivel de vida de una persona y de su entorno familiar y una percepción de que al establecerse en otra parte aumentarán sus perspectivas económicas, sociales o de otro tipo o, por lo menos, de que sus esperanzas de una vida mejor se harán efectivas en el futuro.

Inmigración es la llegada a un país de personas procedentes de otro país o lugar.

2.2. CLASIFICACION

2.2.1. MIGRACIONES INTERNAS

Se producen dentro del propio país de origen. El efecto que han causado estas migraciones ha sido la concentración de población en focos urbanos, ya que ha habido un desplazamiento del campo a la ciudad. La inmigración se ha ubicado de forma definitiva y los pueblos han sufrido mucha merma de población, sobre todo joven, quedando en muchos casos abandonados o con población muy envejecida. La inmigración se dirigió hacia las zonas industrializadas de la periferia. La consecuencia de este tipo de inmigración es el desequilibrio en la densidad de población. (García, 2002)

2.2.2. MIGRACIONES EXTERNAS

Se producen fuera del país de origen. Se distinguen movimientos transoceánicos, intercontinentales (los flujos intercontinentales son los que caracterizan a los movimientos migratorios de todo el mundo en la actualidad) y fronterizos. Dan lugar a problemas más intensos de adaptación y asimilación que las inmigraciones internas. El Estado invierte para prestar su poder organizador tanto en la salida de individuos como en el acceso al país de llegada, lo que da lugar a una serie de migraciones con calificativos particulares (asistida, controlada, cualificada, ilegal, protegida). Este tipo de migraciones externas de

forma voluntaria tiene como característica común la búsqueda de mejores condiciones de vida y de trabajo y, de acuerdo con el tiempo de estancia se pueden considerar inmigraciones temporales o permanentes. Migraciones intercontinentales: Este mundo de relaciones las encontramos en la convivencia de seres humanos fruto de las migraciones intercontinentales, que pertenecen a diferentes religiones, de diferentes estatus socioeconómico. (García, 2002).

2.3. CAUSAS

La Migración de miles de ecuatorianos se debe; al mal uso de los recursos que genera la economía ecuatoriana, a la incapacidad administrativa nacional, a la falta de compromiso de los políticos ecuatorianos y un alto índice de corrupción, lo que nos lleva a altas tasa de desempleo.

Las estimaciones de ecuatorianos fuera de su país varían considerablemente. Al sumar los números oficiales en los destinos principales fuera de América Latina — EE.UU., España e Italia, se obtiene la cifra aproximada de 986.000 ecuatorianos. El censo ecuatoriano realizado en el 2001, reportó que 377.908 personas habían emigrado durante los cinco años previos al censo 1996 a 2001. Sin embargo, los datos de entrada y salida de ecuatorianos sugieren que desde 1999, casi un millón de ecuatorianos dejó el país. Aunque funcionarios del gobierno ecuatoriano han estimado que alrededor de 3 millones de ciudadanos viven en el exterior, un estudio reciente hecho por las Naciones Unidas y la Universidad de estudiantes ecuatorianos graduados (FLACSO) estima que la cifra de 1,5 millones es mucho más exacta, es así que en el cantón Chaguarpamba también existen miembros de familia, que han emigrado a otros países desde hace varios años, hasta la actualidad.

Constituyen un fenómeno demográfico sumamente complejo que responde a causas diversas y muy difíciles de determinar, en especial porque debido a las migraciones irregulares o disfrazadas de actividades turísticas o de otra índole, los datos cuantitativos son difíciles de obtener, especialmente en el caso de los países sub desarrollados.

Responden a la inquietud generalizada de los seres humanos de buscar siempre un mejor lugar y calidad de vida para él y su familia. (Cartres, Stephen y Mark J. Millar, 2003)

- 2.3.1. Política.-** Se refieren a las causas derivadas de las crisis políticas que suelen presentarse en ciertos países. Muchas personas que temen a la persecución y venganza políticas abandonan un país para residenciarse en otro o, al menos, intentan abandonarlo, aunque a menudo pueden llegar inclusive a perder la vida cuando se trata de regímenes totalitarios. Cuando las personas emigran por persecuciones políticas en su propio país se habla de exiliados políticos.
- 2.3.2. Culturales.-** La base cultural de una población determinada es un factor muy 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 muy 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 pequeño.
- 2.3.3. Socioeconómicas.-** Son las causas fundamentales en cualquier proceso migratorio. De hecho, existe una relación directa entre desarrollo socioeconómico e inmigración y, por ende, entre subdesarrollo y emigración. La mayor parte de los que emigran lo hace por motivos económicos, buscando un mejor nivel de vida. La situación de hambre y miseria en muchos países subdesarrollados obliga a muchos emigrantes a arriesgar su vida (y hasta perderla en multitud de ocasiones), con tal de salir de su situación.
- 2.3.4. Familiares.-** Los vínculos familiares también resultan un factor importante en la decisión de emigrar, sobre todo, en los tiempos más recientes, en los que cualquier emigrante de algún país subdesarrollado, necesita de mucha ayuda para establecerse en otro país de mayor desarrollo económico.
- 2.3.5. Bélicas y otros conflictos internacionales.-** Constituyen una verdadera fuente de migraciones forzadas, que han dado origen a desplazamientos masivos de la población, huyendo del exterminio o de la persecución del país o ejército vencedor. Catástrofes generalizadas Los efectos de grandes terremotos, inundaciones, sequías prolongadas, ciclones, tsunamis, epidemias y otras catástrofes tanto naturales como sociales (o una combinación de ambas, que es

mucho más frecuente) han ocasionado grandes desplazamientos de seres humanos (también podríamos considerarlos como 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

2.4. CONSECUENCIAS

Cartres, Stephen y Mark J. Millar, 2003, señalan que las migraciones tienen consecuencias directas e indirectas tanto en los países o áreas de emigración como en los de inmigración y en ambos casos, pueden tener efectos tanto positivos como negativos:

2.4.1. NEGATIVOS:

Las migraciones provocan múltiples problemas de manera especial en las familias, que van desde el envejecimiento de la población (por la salida de población joven en edad de tener hijos), un decaimiento del rendimiento escolar y de la escolaridad en general (por la disminución general de la matrícula), una disminución de los ingresos públicos (por la emigración de gente trabajadora).

Los migrantes introducen una mayor diversidad política, lingüística, religiosa, llegando a formarse grupos completamente segregados y marginales. Se perjudica a la conciencia gremial de la clase trabajadora, ya que los inmigrantes suelen aceptar salarios inferiores a los de la población local.

Aumentan las necesidades de servicios, sobre todo, asistenciales y educativos.

Aumentan las importaciones de productos de los lugares de procedencia de los inmigrantes; remesas de dinero hacia los lugares de procedencia de los inmigrantes.

Disminución de los salarios en algunas ramas o sectores por la explotación laboral de los inmigrantes, al no llevar documentos de autorización de tal migración, este país puede decidir si echar al emigrante o no.

2.4.2. POSITIVOS:

Para el lugar de emigración

El alivio de algunos problemas de sobrepoblación

El logro de una mayor homogeneidad cultural o política (los más descontentos son los que primero emigran, quedando sólo los conformistas, los que suelen estar de acuerdo con su situación socioeconómica o política)

La disminución de la presión demográfica sobre los recursos

La inversión de las remesas de dinero que envían los emigrantes

La disminución del desempleo

El aumento de la productividad al disminuir la población activa en el país de emigración.

3. NIDO VACÍO

3.1. Definición

Según Sotillo 2000, considera la transición del nido vacío como el momento de mayor vulnerabilidad en la pareja ya que, al partir los hijos, surge uno de los instantes más frágiles desde el punto de vista psicológico para aquellas mujeres que han construido su proyecto vital sobre la base de una familia regular. Aunque esta transición puede afectar por igual al padre y a la madre, suele implicar más a la madre, sobre todo si esta nunca ha trabajado por fuera del hogar y el cuidado de sus hijos no era únicamente su papel central, sino exclusivo; esto como consecuencia de una educación que fue fundada en la idea de que la madre debe permanecer en el hogar y solamente cuidar de sus hijos, olvidando otras dimensiones de sus vidas.

Silvestre (1996), afirma que existe un reforzamiento de la pareja en la edad adulta, producto de la libertad que concede el alejamiento de los hijos, la renovación de su sexualidad, el aumento en la intimidad y una valoración diferente de la relación; aunque esto parece ser más satisfactorio en los hombres que en las mujeres.

Hoffman (1996) afirma que en la mayoría de los casos la transición del nido vacío resulta bien acogida por la pareja, porque es vista como un período de independencia en el cual pueden retomar actividades que fueron suspendidas por la llegada de sus hijos. De igual manera, en esta edad las parejas comienzan a convertirse en abuelos, motivo por el que cambian de rol influyendo sobre sus nietos como cuidadores, consejeros, guías, e intermediarios entre nietos e hijos.

3.2. SÍNDROME DEL NIDO VACÍO

3.2.1. Concepto

De acuerdo a Cornachione, 2006. El 'síndrome del nido vacío' se refiere a un conjunto de sentimientos de carácter negativo (tristeza, vacío, soledad, melancolía, ansiedad o irritabilidad) que experimentan los padres cuando sus hijos se marchan definitivamente de casa. El sentimiento de soledad es el más importante de todos, y puede aparecer ante la ausencia de uno o varios de sus hijos.

Según Silvestre, 1996, el 'síndrome del nido vacío' es bien conocido de manera *popular* por la población general, lo cierto es que carece de entidad diagnóstica. Es decir, sus características y síntomas no se incluyen en los principales manuales diagnósticos. Este hecho hace que los datos epidemiológicos no sean fiables, puesto que no existen criterios determinantes para establecer o no el síndrome. No obstante, los estudios apuntan a que el 'síndrome del nido vacío' es más frecuente por lo general entre las mujeres, aunque puede afectar a ambos sexos. Este hecho se debe a que a la mujer se le ha venido asignando tradicionalmente el rol de cuidadora de la familia, por lo que cuando su prole se marcha, uno de sus roles personales queda sin cubrir. No obstante, las funciones que desempeñan actualmente hombres y mujeres con respecto al cuidado de los hijos tienden a igualarse, por lo que la incidencia de este síndrome es cada vez más similar en hombres y en mujeres.

3.3. Síntomas y diagnóstico del 'síndrome del nido vacío'

El 'síndrome del nido vacío' carece de entidad clínica diagnosticable en los principales manuales médicos. No obstante, existen una serie de síntomas frecuentes que lo caracterizan y ayudan a establecer el diagnóstico de 'síndrome del nido vacío':

Sentimientos de tristeza, Sensación de soledad, vacío, Aburrimiento, Sensación de no tener nada que hacer, Llanto (o ganas de llorar) más frecuente del habitual durante un período prolongado.

Recuerdos constantes de cuando los hijos eran pequeños (hablan de ello, ponen fotos de esa época, etcétera), Sensación de pérdida de sentido de la propia vida, Sentimiento de que nunca va a ser tan feliz como cuando sus hijos estaban en casa, Quejas somáticas, Problemas para dormir.

4. DEPRESIÓN

4.1.DEFINICIÓN

De acuerdo al Dr. José Luis Esquinca Ramos, 2009. La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos como: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y b somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.

4.2.SEGÚN EL CIE 10 (Clasificación Internacional De Enfermedades)

En los episodios depresivos típicos aparece un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

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

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales. Se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más breves pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

4.2.1. F32 EPISODIOS DEPRESIVOS

En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas descritas continuación, leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) Disminución de la atención y concentración
- b) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- c) Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves)
- d) Perspectiva sombría del futuro
- e) Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones
- f) Trastornos del sueño y
- g) la pérdida del apetito.

4.2.2. F32.0 EPISODIO DEPRESIVO LEVE

Pautas para el diagnóstico

El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos unas dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

4.2.3. F32.1 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

Pautas para el diagnóstico

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

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

4.2.4. F32.2 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS

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

Pautas para el diagnóstico

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

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

Utilice esta categoría para episodios aislados de trastorno depresivo grave. Si hubieran presentado otros episodios utilice la categoría trastorno depresivo recurrente (F33).

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada melancolía depresión vital sin síntomas psicóticos.

4.2.5. F32.3 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS

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

Incluye: episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos psicosis depresiva psicógena psicosis depresiva reactiva depresión psicótica.

Diagnóstico diferencial

El estupor depresivo hay que diferenciarlo de la esquizofrenia catatónica (F20.2), del estupor dispositivo (F44.2) y de las formas orgánicas de estupor. Se debe utilizar esta categoría únicamente para los episodios aislados de depresión grave con síntomas psicóticos; para los episodios sucesivos se debe utilizar una de las subcategorías de trastorno depresivo recurrente (F33).

d) MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación se enmarca en el enfoque científico-social de características cuanti-cualitativo y descriptivas, con métodos científicos como son: método inductivo-deductivo, analítico-sintético y métodos empíricos, que se apoyaron en el uso de técnicas para la investigación del problema planteado.

Método Analítico- Sintético: A través de este método se logró hacer un análisis minucioso de los datos obtenidos en el trabajo de campo, determinar la factibilidad del objetivo general de esta investigación y su vez sintetizar los resultados.

Método Inductivo –Deductivo: Gracias a este método se logró inducir y deducir la investigación partiendo de lo general a lo particular en el diseño general y en cada una de las etapas planteadas para la consecución de los objetivos.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de habitantes del Cantón Chaguarpamba es de 8615, de los cuales se consideró una población de 100 habitantes que pertenecen a las parroquias de Buena vista, Santa Rufina, Amarillos, El Rosario, Cabecera Cantonal barrio 10 de agosto de los cuales se tomó la muestra aleatoria significativa de 20 habitantes por parroquia, para la aplicación de una encuesta semiestructurada y de esta manera identificar los habitantes que presentaron el síndrome del nido vacío.

Una vez identificados los habitantes que presentaron este síndrome se les aplicó diferentes reactivos como son el test de Beck para identificar el nivel de depresión, Test de Hamilton para ansiedad y la escala de afrontamiento de Lazarus.

Criterios de inclusión

- Padres que en la actualidad cuenten con un hijo(s) que hayan migrado fuera del país.
- Padres que enfrenten el nido vacío por migración de sus hijos(s)

- Padres que expresen estados depresivos por migración de su hijo(s).

Criterios de exclusión

- Familias que no cuenten con familiares fuera del país.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la aplicación de la presente encuesta se procedió a visitar de manera aleatoria las cinco parroquias del cantón Chaguarpamba: Buena Vista, Santa Rufina, El Rosario, Amarillos y el barrio 10 de Agosto, en un tiempo de un mes, en horarios de 10h00 a 15h00, por la realidad geográfica de los sectores, y a su vez se dialogó con los habitantes de éstos sectores, considerando a diferentes familias, a quienes se les solicitó la colaboración para que respondan la encuesta, la misma que tenía como propósito indagar la existencia de miembros de la familia que hayan emigrado fuera del país, el parentesco familiar, las relaciones afectivas, más las reacciones sentidas por los familiares frente a la migración de los hijos, padres o familiares. Frente a lo cual las personas encuestadas colaboraron y dieron su aporte abiertamente.

Posteriormente determinando la existencia de familias que cuentan con hijos que han migrado fuera del país, se procedió a indagar los estados de ánimo de las familias, principalmente a los padres, para ello se aplicó el Test de Beck, del autor Aaron Beck, el mismo que tiene como propósito medir los estados depresivos y por ende de qué manera les afecta la ausencia de sus familiares, para lo cual se procedió a solicitar de manera individual responder a este cuestionario que consta de 21 preguntas con cuatro ítems cada una. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0, 13, mínima depresión; 14,19, depresión leve; 20, 28, depresión moderada; y 63, depresión grave. Luego se aplicó la Escala de Hamilton, para determinar el grado de ansiedad de las personas evaluadas, el cual contempla catorce interrogantes y se puntúa cada una de ellas desde cero a cuatro según la intensidad del síntoma. Según las respuestas obtenidas podemos determinar si la sintomatología es compatible con la ansiedad somática o ansiedad psíquica, los niveles de ansiedad se determinan de acuerdo a las puntuaciones obtenidas de 1 a 14 ansiedad

leve, de 15 a 28 ansiedad moderada, de 29 a 42 ansiedad severa y de 43 a 56 ansiedad muy grave.

Por último se aplicó la escala modos de afrontamiento de Lazarus, esta escala nos sirvió para poder identificar las estrategias de afrontamiento que los padres utilizan cuando sus hijos se marchan fuera del hogar.

El instrumento consta de 67 índices; cada uno de los cuales se responde en función de la medida en que el sujeto respondió o actuó frente al síndrome del nido vacío como describe cada uno de ellos. Se otorgan las siguientes puntuaciones:

0 = En absoluto

1 = En alguna medida

2 = Bastante

3 = En gran medida

Para su evaluación ordinaria los 67 índices están clasificados en ocho subescalas. Las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina; este será el modo de afrontamiento que ha utilizado con mayor frecuencia.

Confrontación. Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación. Sugiere también un cierto grado de hostilidad y riesgo. Este tipo de afrontamiento incluye acción directa. Los índices que componen la subescala son: 6, 7, 17, 28, 34 y 46.

Distanciamiento. Describe los esfuerzos para separarse. También alude a la creación de un punto de vista positivo. Los índices que componen esta subescala son: 12, 13, 15, 19, 21, 32, 41 y 44.

Auto-control. Describe los esfuerzos para regular los propios sentimientos y acciones. La subescala está conformada por los índices 10, 14, 35, 37, 43, 53, 54, 57, 62 y 63.

Búsqueda de apoyo social. Describe los esfuerzos para buscar apoyo. Puede consistir en buscar consejo, asesoramiento, asistencia o información o en buscar apoyo moral, simpatía o comprensión. Esta subescala está compuesta por los índices 8, 18, 31, 42 y 45.

Aceptación de la responsabilidad. Reconocimiento de la propia función desempeñada en el problema. Esta subescala está representada por los índices 9, 25, 29 y 51.

Huida - evitación. Describe el pensamiento desiderativo. Los índices de esta escala que sugieren huida y evitación contrastan con los índices de la escala de

distanciamiento, que sugieren separación. Está compuesta por los índices 11, 16, 24, 33, 40, 47, 55, 58 y 59.

Planificación. Describe los esfuerzos deliberados y centrados en el problema para alterar la situación, unido a la aproximación analítica para resolver el problema. Los índices son: 1, 2, 6, 27, 39, 48, 49, y 52.

Reevaluación positiva. Describe los esfuerzos para crear un significado positivo y centrarse en el desarrollo personal. Los índices son: 20, 23, 30, 36, 38, 56 y 60.

Validez y utilidad: La validez de esta escala para evaluar el afrontamiento está íntimamente relacionada en primer término, con la forma en que se aplica y con las pretensiones y presunciones del examinador con respecto a los resultados obtenidos.

e) RESULTADOS

OBJETIVO UNO

Identificar el síndrome del nido vacío en padres con hijos que han migrado fuera del país.

Encuesta.

¿En la actualidad cuenta con un hijo(s) que hayan migrado fuera del país?

Hijo(s) que hayan migrado fuera del país		
	F	%
Si	100	100%
No	0	0
Total	100	100%

Fuente: Encuesta semiestructurada. Aplicada habitantes Chaguarpamba.

Elaborado: Katherine Paola Campoverde Luna

GRÁFICO N°1



Fuente: Encuesta semiestructurada. Aplicada habitantes Chaguarpamba.

Elaborado: Katherine Paola Campoverde Luna

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

La Migración de miles de ecuatorianos se debe; al mal uso de los recursos que genera la economía ecuatoriana, a la incapacidad administrativa nacional, a la falta de compromiso de los políticos ecuatorianos y un alto índice de corrupción, lo que nos lleva a altas tasa de desempleo. Esto motiva a la decisión de migrar y mejorar su nivel y calidad de vida, por lo tanto existe un alto

índice de lojanos que por falta de fuentes laborales se han visto obligados en abandonar a los padres, la familia, los hijos y sus amigos en busca de mejores oportunidades.

Por lo tanto, de acuerdo a la entrevista realizada a los habitantes de las parroquias de Buena Vista, Sta Rufina, El Rosario, Amarillos y el barrio 10 de agosto en la cabecera cantonal de Chaguarpamba, quienes frente a la pregunta de que si cuentan con hijos que han emigrado a otros países, el 100 de ellos expresan que sí.

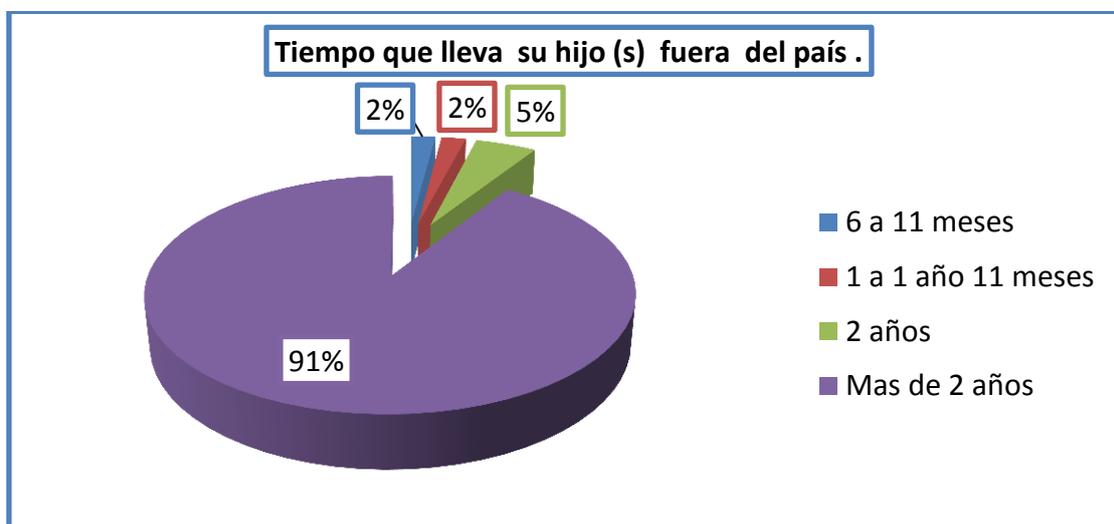
Tiempo Que Lleva Su Hijo (S) Fuera Del País

<i>Tiempo que lleva su hijo (s) fuera del país</i>		
Rangos de tiempo	F	%
6 a 11 meses	2	2%
1 a 1 año 11 meses	2	2%
2 años	5	5%
Más de 2 años	91	91%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta semiestructurada. Aplicada habitantes Chaguarpamba.

Elaborado: Katherine Paola Campoverde Luna

GRÁFICO N°2



Fuente: Encuesta semiestructurada. Aplicada habitantes Chaguarpamba.

Elaborado: Katherine Paola Campoverde Luna

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Las estimaciones de ecuatorianos fuera de su país varían considerablemente. Al sumar los números oficiales en los destinos principales fuera de América Latina — EE.UU.,

España e Italia, se obtiene la cifra aproximada de 986.000 ecuatorianos. El censo ecuatoriano realizado en el 2001, reportó que 377.908 personas habían emigrado durante los cinco años previos al censo 1996 a 2001. Sin embargo, los datos de entrada y salida de ecuatorianos sugieren que desde 1999, casi un millón de ecuatorianos dejó el país. Aunque funcionarios del gobierno ecuatoriano han estimado que alrededor de 3 millones de ciudadanos viven en el exterior, un estudio reciente hecho por las Naciones Unidas y la Universidad de estudiantes ecuatorianos graduados (FLACSO) estima que la cifra de 1,5 millones es mucho más exacta, es así que en el cantón Chaguarpamba también existen miembros de familia, que han emigrado a otros países desde hace varios años, hasta la actualidad.

Por lo tanto al indagar en las familias el tiempo que llevan sus familiares fuera del país, el 91% manifiestan que están desde hace más de dos años, el 5% aseguran que desde hace dos años, el 4% aseguran que sus familiares se encuentran fuera del país desde 6 a un año once meses.

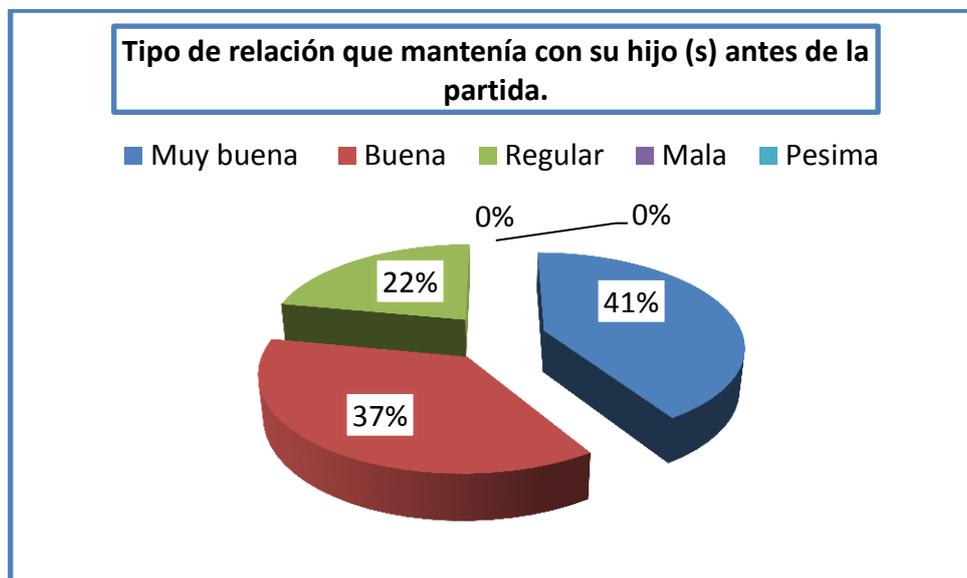
Tipo De Relación Que Mantenía Con Su Hijo (S) Antes De La Partida

<i>Tipo de relación que mantenía con su hijo (s) antes de la partida</i>		
	F.	%
Muy buena	41	47%
Buena	37	37%
Regular	22	22%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta semiestructurada. Aplicada habitantes Chaguarpamba.

Elaborado: Katherine Paola Campoverde Luna

GRAFICO N°3



Fuente: Encuesta semiestructurada. Aplicada habitantes Chaguarpamba.

Elaborado: Katherine Paola Campoverde Luna

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Como es normal, los padres aman a sus hijos y desean lo mejor para ellos. Pero muchas veces “lo mejor para ellos” entra en franco conflicto con “lo mejor para nosotros”. Muchos padres reciben el proyecto migratorio de un hijo con alegría, otros con resignación y la mayoría con un sentimiento ambiguo. Oscilan entre la alegría esperanzadora por el posible mejor futuro y la tristeza por la distancia y la pérdida del contacto permanente. Habitualmente los padres de quienes emigran se encuentran en la adultez madura, o iniciando la vejez. Es común que deseen vivir esta etapa con ciertas semejanzas a cómo la vivieron sus propios padres, o incluso previamente han construido una expectativa acerca de esta etapa que no incluía la distancia de los hijos; por lo tanto al indagar a los familiares de chaguarpambences acerca de la relación mantenían con su familiar antes de que emigrara, respondieron el 47% que mantenían una muy buena relación; sin entender porque se fueron, un 37 % fue Buena la relación, mientras que tan solo 22 habitantes que corresponden al 22 % refieren haber tenido una relación regular, por las condiciones de vida y otros aspectos que los llevaron a emigrar

Ha Presentado Sentimientos De Soledad, Abandono E Inutilidad Cree que ya yo y es tan Necesario (A) como Antes.

<i>Ha presentado sentimientos de soledad, abandono e inutilidad siente que ya no es tan necesario (a) como antes.</i>		
	F.	%
Si	32	32%
No	68	68%
Total	100	100%

Fuente: Encuesta semiestructurada. Aplicada habitantes Chaguarpamba.

Elaborado: Katherine Paola Campoverde Luna

GRÁFICONº4



Fuente: Encuesta semiestructurada. Aplicada habitantes Chaguarpamba.

Elaborado: Katherine Paola Campoverde Luna

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

La soledad surge, entonces, de la tendencia immanente de todo ser humano a compartir su existencia con otros. Si esto no se logra, surge la vivencia de estar incompleto y la desazón derivada de ello. En la soledad, el ser humano añora la fusión con otra u otras personas y desea la comunicación para la subsistencia o para lograr la intimidad. Por eso, cuando una persona busca a alguien y descubre que nadie está disponible para ella, que nadie satisface sus necesidades de cualquier naturaleza, que nadie se ocupa de ella en un sentido singular y profundo, que a nadie importa directa y verdaderamente, o que no hay nadie buscándola o esperándola, se inunda de pena y vacío. La soledad es, por consiguiente, el convencimiento apesadumbrado de estar excluido, de no tener acceso, es, pues la constatación de que no se tienen las oportunidades y las satisfacciones de las que

los demás participan. Se produce un ‘déficit relacional’ o de valor en las relaciones interpersonales que hace que la experiencia sea desagradable.

De los 100 encuestados en las diferentes parroquias del cantón Chaguarpamba, 32 personas que corresponden al 32%, expresan haber experimentado sentimientos de soledad, abandono e inutilidad, porque cree que ya no es tan necesario como antes para sus familiares emigrantes y el 68% indican estar tranquilos y toman las cosas con resignación.

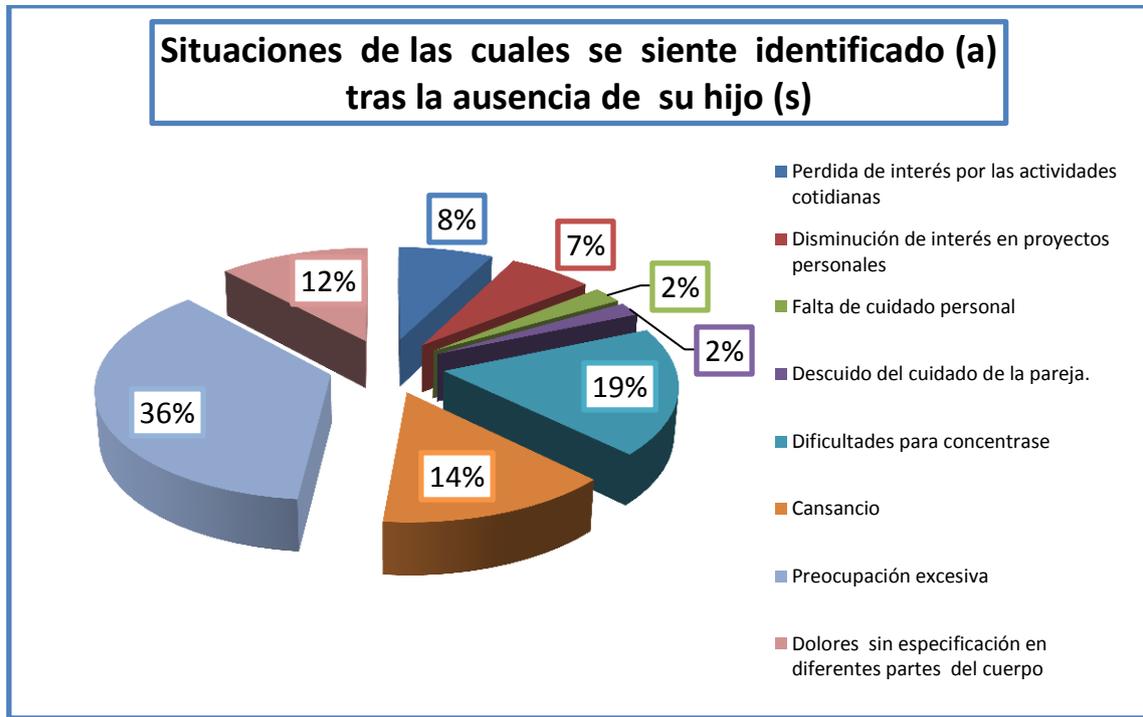
Situaciones Bio-Psicológicas de las cuales se siente identificado (a) tras la ausencia de su hijo (s)

<i>Situaciones de las cuales se siente identificado (a) tras la ausencia de su hijo (s)</i>		
	F.	%
Perdida de interés por las actividades cotidianas	19	8%
Disminución de interés en proyectos personales	17	7%
Falta de cuidado personal	6	2%
Descuido del cuidado de la pareja	5	2%
Dificultades para concentrarse	47	19%
Cansancio	36	14%
Preocupación excesiva	92	36%
Dolores sin especificación en diferentes partes del cuerpo	30	12%
TOTAL	252	100%

Fuente: Encuesta semiestructurada. Aplicada habitantes Chaguarpamba.

Elaborado: Katherine Paola Campoverde Luna

GRAFICO N°5



Fuente: Encuesta semiestructurada. Aplicada habitantes Chaguarpamba.

Elaborado: Katherine Paola Campoverde Luna

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Existe una serie de síntomas frecuentes que caracterizan y ayudan a establecer el diagnóstico de “síndrome del nido vacío”: Sentimientos de tristeza, sensación de soledad, vacío, aburrimiento, sensación de no tener nada que hacer, llanto (o ganas de llorar) más frecuente de lo habitual en un periodo prolongado, recuerdos constantes de cuando los hijos eran pequeños (Hablan de ello, ponen fotos de esa época, etc.), sensación de pérdida de sentido de la propia vida, sentimiento de que nunca va a ser tan feliz como cuando sus hijos estaban en casa, quejas somáticas, problemas para dormir, etc. Estos síntomas deben aparecer después de que uno o varios hijos abandonen el hogar, y no estar asociados a ningún otro problema emocional que pueda explicarlos mejor, como es el caso de un trastorno de estado de ánimo. (Sortillo, 2000.)

Tras la migración de su ser querido un 36% ha presentado Preocupación excesiva, un 19% dificultad para concentrarse, 14% Cansancio, 12 % dolores sin especificación, porcentajes que dan cuenta de la existencia de este síndrome.

OBJETIVO DOS.

Analizar los tipos de estrategias de afrontamiento que desarrollan los padres en el síndrome del nido vacío.

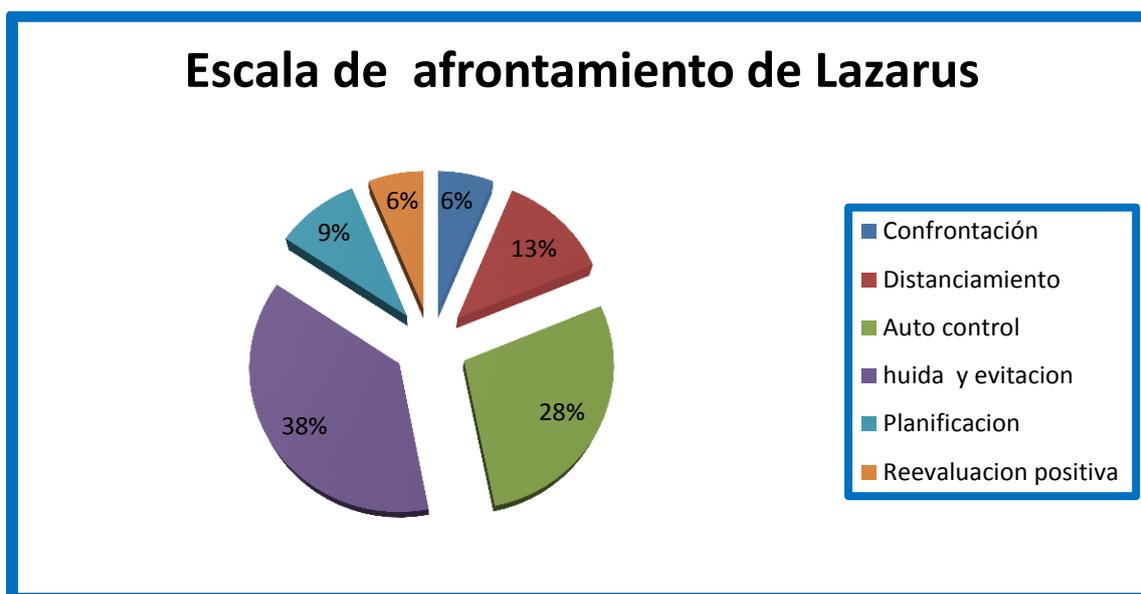
ESCALA DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS

Escala de afrontamiento de Lazarus		
	F.	%
Confrontación	2	6%
Distanciamiento	4	13%
Auto control	9	28%
Huida y evitación	12	38%
Planificación	3	9%
Reevaluación positiva	2	6%
TOTAL	32	100%

Fuente: Escala de afrontamiento de Lazarus

Autor: Folkman y Lazarus (1984).Aplicado por: Katherine Campoverde

GRÁFICO N°6



Fuente: Escala de afrontamiento de Lazarus

Autor: Folkman y Lazarus (1984). Aplicado por: Katherine Campoverde

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

El afrontamiento se conoce como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Lazarus y Folkman (1984).

Con respecto a las formas de afrontamiento se puede evidenciar que en su mayoría los encuestados utiliza la estrategia de huida y evitación que implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También la evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos.

Según la escala de Afrontamiento de Lazarus, la estrategia de huida y evitación es la más utilizada en un 38% por los padres que cuentan con sus hijos fuera del país seguida por el autocontrol en un 28% que es una estrategia positiva.

OBJETIVO TRES

Precisar los grados de depresión en los padres con hijos que han migrado fuera del país.

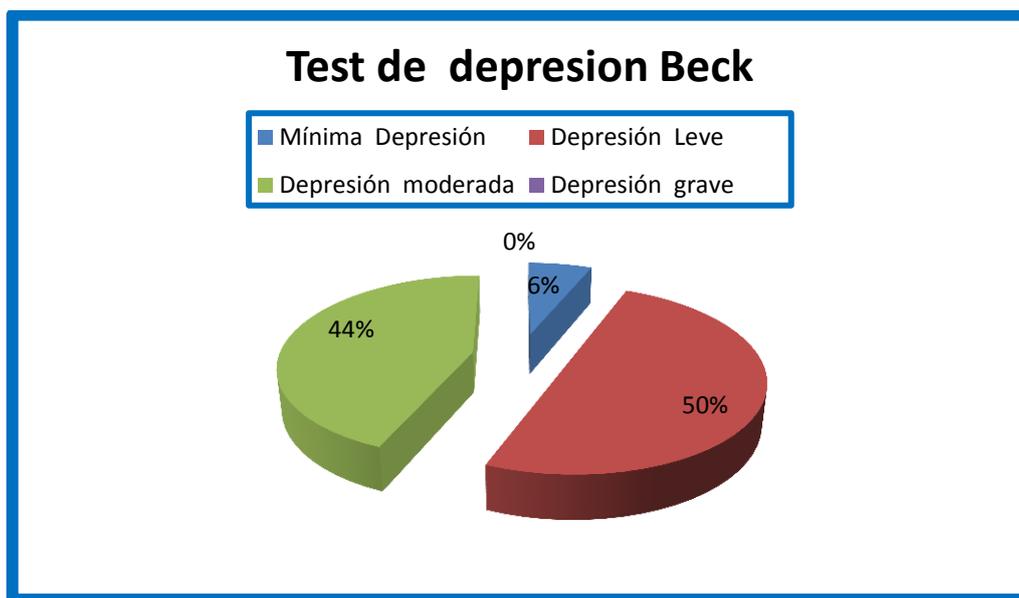
Test De Depresion De Beck

TEST DE DEPRESION DE BECK		
	F.	%
Mínima Depresión	2	6%
Depresión Leve	16	50%
Depresión moderada	14	44%
Depresión grave	0	0%
TOTAL	32	100%

Fuente: Test De Depresion De Beck

Autor: Aaron Beck. **Aplicado por:** Katherine Paola Campoverde Luna

GRÁFICO N° 7



Fuente: Test De Depresion De Beck

Autor: Aaron Beck. **Aplicado por:** Katherine Paola Campoverde Luna

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

De acuerdo al Dr. José Luis Esquinca Ramos, 2009. La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos como: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva

de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.

Con respecto al test de Beck un 50% de encuestados presenta una depresión leve, un 44 % depresión moderada y un 2% una mínima depresión.

La depresión leve y moderada se caracterizan por presentar Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad etc., estos síntomas no se presentan en gran intensidad. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. (CIE 10).

Un enfermo con un episodio depresivo leve o con un episodio depresivo moderado, suele encontrarse afectado por estos síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo como es el caso de los encuestados.

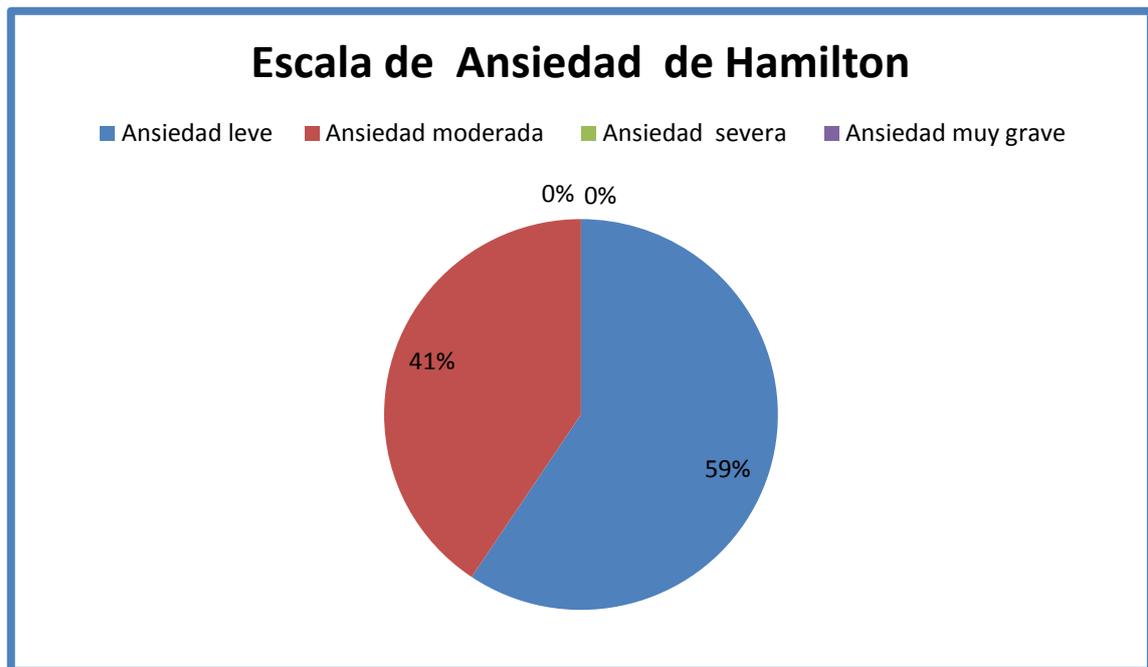
ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Escala de ansiedad de Hamilton		
	f.	%
Ansiedad leve	19	59%
Ansiedad Moderada	13	41%
Ansiedad severa	0	0%
Ansiedad muy grande	0	0%
Total	32	100%

Fuente: Test de Ansiedad Hamilton

Autor: M. Hamilton. **Aplicado por:** Katherine Paola Campoverde Luna

GRÁFICO N°8



Fuente: Test de Ansiedad Hamilton

Autor: M. Hamilton. **Aplicado por:** Katherine Paola Campoverde Luna

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

Según Spielberger 1972 la ansiedad “Es un estado emocional displacentero caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, aprensión o preocupación y por activación del sistema nervioso autónomo”. Tanto ansiedad como depresión son formas de reaccionar ante eventos externos o internos. Si un evento lo vemos como una amenaza se disparará nuestro sistema de alerta (la ansiedad), si lo interpretamos como una pérdida o un fallo, seguramente se activará nuestro sistema de conservación de energía (la depresión).

Un 59 % que equivale a 19 entrevistados presenta una Ansiedad leve , mientras que un 41% equivalente a 13 personas muestra una ansiedad moderada, la cual tiene una clara relación con la depresión, pero que esta es controlada por los pacientes y no afecta en su vida laboral.

f) DISCUSION

Frente a la investigación acerca del Síndrome del nido vacío y su influencia en los estados depresivos de padres con hijos que migran fuera del país en los habitantes del cantón Chaguarpamba, se experimenta en las familias el síndrome del nido vacío en un 32%, manifestando sentimientos frecuentes de ausencia, sentimientos de minusvalía preocupación excesiva, temor, dificultad para concentrarse, cansancio y dolores sin especificación en diferentes partes del cuerpo que son confundidos con problemas físicos desconociendo su factor psicógeno, a esto se suman depresión y ansiedad leve, seguido por la moderada, en la cual suele tener alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, pero no las dejan por completo. Las estrategias de afrontamiento se ven alteradas ya que se niegan a mantener adecuadas relaciones sociales, actuando con respuestas emocionales de huida y evitación, uso de sustancias adictivas como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos, además una cantidad considerable de examinados utilizan estrategias de autocontrol y dominio emocional.

Contrastando estos resultados, con estudios realizados por Raquel Sans y Andrés Ignacio Urrutia en los años 2000 y 2003 en Argentina, muchos argentinos emigraron a otros países. Según estimaciones, partieron alrededor de 255.000; la mayoría jóvenes que a pesar de haber alcanzado un alto nivel de escolarización no lograron insertarse en la estructura productiva local ni independizarse económicamente de sus padres. Se fueron tras un futuro mejor. En Argentina quedaron padres, hermanos, esposos, hijos, que vieron partir a sus seres queridos, esta investigación se centra en la descripción y explicación de estados emocionales relacionados con el impacto subjetivo de la partida, relaciones interpersonales con los hijos ausentes, actitudes predominantes con respecto a esta crisis accidental y estrategias y procesos de ajuste.

La información fue obtenida a través de reuniones grupales de tipo semanal con padres de jóvenes emigrados en las cuales se promovía el diálogo y la expresión de las vivencias personales, reuniones de trabajo en las que sintetizaban el material leído, intercambiaban bibliografía, leían información periodística y textos extraídos de la WEB y de entrevistas en profundidad semi-estructuradas alrededor de seis ejes temáticos: opiniones sobre la

situación de los hijos; motivos de la partida; sentimientos vividos y actuales; expectativas sobre el futuro; modos de paliar el dolor o la angustia que estaban utilizando; planes personales orientados a mejorar el estado de ánimo.

En el estudio participaron 65 adultos de 46 a 84 años con hijos en el extranjero, algunos asistentes residentes de la localidad de Alta Gracia, CÓRDOBA. Los 65 adultos consultados tienen en total 91 hijos en el exterior; 54,7% se encuentra en Europa (34% en España, una proporción algo menor en Itali, y el resto en otros países de la unión europea); el 30,76% reside en América del Norte (67,85% en Estados Unidos y los demás en Méjico y Canadá); sólo un 10% emigró a otros países latinoamericanos y 6 a Israel, India, Australia.

La mayoría de las personas que integran la muestra, no viven solas y manifiestan que pueden comunicarse con sus hijos, vía telefónica o por mail, con una frecuencia diaria, semanal o mensualmente. Más de un tercio considera que no podrá ver o encontrarse con sus hijos emigrados, generalmente por motivos económicos, y más de dos tercios piensa que sus hijos no volverán a radicarse en la Argentina.

En calidad de investigadora estoy de acuerdo con los aportes investigados por Raquel Sans y Andrés Ignacio Urrutia, quienes también demuestran los estados emocionales de las familias al referirse a que en Argentina existen familias emigrantes, porque cuando salieron de sus hogares quedaron padres, hermanos, esposos, hijos, que vieron partir a sus seres queridos presentando cambios en sus emociones y estado de ánimo pero tras los talleres grupales a los que acudían los padres lograron superar de alguna manera este síndrome, esta es la realidad actual de los habitantes del cantón Chaguarpamba de la Provincia de Loja, pero a diferencia de los participantes de la investigación de Raquel e Ignacio las familias Chaguarpambences encuestadas no aceptan y no han logrado desarrollar adecuadas estrategias de afrontamiento al nido vacío, desencadenado problemas en sus estados emocionales.

g) CONCLUSIONES

- ❖ El síndrome del nido vacío alcanza un alto porcentaje en los habitantes de las parroquias de Buena vista, Santa Rufina, Amarillos, El Rosario, barrio 10 de agosto perteneciente a la cabecera cantonal de Chaguarpamba
- ❖ Los habitantes de estas parroquias reflejan sentimientos de ausencia de sus hijo (s) con preocupación excesiva, dificultad para concentrarse, cansancio y dolores sin especificación en diferentes partes del cuerpo.
- ❖ Las familias de personas que han emigrado, tienen poca capacidad para afrontar el nido vacío por lo que han desencadenado depresión y ansiedad de tipo leve y moderada.
- ❖ Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los habitantes seleccionados del Cantón Chaguarpamba, son de huida y evitación, acompañado de consumo de sustancias tóxicas como: beber, fumar, consumir drogas y medicamentos para dormir, mientras que la estrategia de afrontamiento como el autocontrol es de menor porcentaje.

h) RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Gobierno Autónomo descentralizado del Cantón Chaguarpamba, desarrollar programas de Taller en Capacitación para padres de familia que cuenten con hijos que migren tanto a nivel provincial como internacional sobre “El síndrome del nido vacío”.
- Implementar talleres educativos en cada parroquia acerca de estrategias de afrontamiento ante la migración en padres con hijos que se encuentren en el último año de Educación secundaria.
- Se recomienda a la carrera de Psicología Clínica de Universidad Nacional de Loja enviar a los estudiantes de pregrado como parte de la vinculación con la colectividad a realizar Talleres educativos a la comunidad con temas referentes a la Depresión sus causas, consecuencias etc.
- Ejecutar la Propuesta de Psicoeducación planteada como objetivo en la presente investigación, en las parroquias de Buena Vista, Santa Rufina, El Rosario, Amarillo y el barrio 10 de agosto de la cabecera cantonal de Chaguarpamba

i) BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Bates, E. (2005). Efectos del síndrome “nido vacío” sobre la autoevaluación del bienestar físico y psicológico. Recuperado el 26 de marzo de 2008 de <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/mujer/mujer1.htm>
- Bowlby, J. (1976). El vínculo afectivo. Buenos Aires: Paidós.
- BELLUSCIO, AUGUSTO César. (1993) “Derecho de Familia”. Tomo I, Ediciones Depalma, Buenos Aires, Argentina, p.226
- BOSSERT Gustavo A. – ZANNONI Eduardo A. (1989) “Manual de Derecho de Familia” 2da.Edición Ampliada, Editorial Astrea, de Alfredo y Ricardo Depalma, Buenos Aires, p. 3
- Bulbena, A. (1998). Psicopatología de la afectividad. En: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Vallejo Ruiloba comp. Masson.
- Cartres, Stephen y Mark J. Millar, (2003) .La era de la migración: Movimientos poblacionales Internacionales en el mundo moderno, Palgrave- Macmillan, Reino Unido, p. 29
- CIMBALI, (1893) “La Nueva Fase del Derecho Civil en sus Relaciones Económicas y Sociales" Madrid, p. 38.
- Dulcey-Ruiz, E. & Uribe, V. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. Revista Latinoamericana de Psicología, pp. 34(1-2), 17-27
- Everly (1989) “Estrategias Y Estilos De Afrontamiento Del Estrés”, p. 44.
- Frydenberg y Lewis (1997). “Estrategias Y Estilos De Afrontamiento Del Estrés” p.13
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En: Fernández-Abascal, E. G., Palmero, F., Chóliz, M. & Martínez, F. (eds.). Cuaderno de prácticas de motivación y emoción. Madrid: Pirámide.
- Garrido, R. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. Revista Latinoamérica de Psicología, p. 501.

- García FJ, Muriel C, (2002). Resúmenes de ponencias y comunicaciones, III Congreso sobre inmigración en España. Universidad de Granada, Granada, España..
- Lopez J.J. (1992).Trastornos mentales y del comportamiento, CIE10 ediciones Meditor, madrid, pp 152-162..
- Montero Duhalt, Sara, (1984). “Derecho de Familia”, Editorial Porrúa, S.A. México p. 22
- Somarriva, Undurraga, Manuel, (1983). “Derecho de Familia” Tomo I, Editores, Ltda., Santiago de Chile, p. 10
- Sotillo, M. (2000). Cuando los hijos emprenden el vuelo. Recuperado el 10 de agosto de 2008 de [www. Capitlemocional.com](http://www.Capitalemocional.com)
- Spelleman, W.M, (2002) .Migración y la definición del mundo moderno, Sutton Publishing, Reino Unido.
- Krzemien, D. (2007). Estilos de personalidad y afrontamiento situacional frente al envejecimiento en la mujer. Revista Interamericana de Psicología, 41(2), pp. 139-150.
- Martin Diaz, M; Jiménez Sánchez ,M ;Fernández- Abascal ,E. “Estudio Sobre La Escala De Estilos Y Estrategias De Afrontamiento“ Recuperado; <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Everly (1989) “Estrategias Y Estilos De Afrontamiento Del Estrés” p. 44.
- Bates, E. (2005). Efectos del síndrome “nido vacío” sobre la autoevaluación del bienestar físico y psicológico. Recuperado el 26 de marzo de 2008 de <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/feli-cidad/mujer/mujer1.htm>
- Fernández-Abascal, “Estilos Vinculares Y Afrontamiento De La Pareja En La Transición Del Nido Vacío” ,1997, p. 190 recuperado; www.contextosrevista.com.co/Revista%202/A1_Estilos_vinculares.pdf
- Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. Br j Psychiatry. 1969; 3: pp.76 - 79.
- Lazarus R:S., S. Folkman (1984): Estrés y procesos cognitivos, 0. 341, p.341.

ANEXO N°1

PROPUESTA DE PSICOEDUCACION PARA FAMILIAS DE MIGRANTES Y CONTROL DE LA DEPRESIÓN Y AFRONTAR EL SÍNDROME DEL NIDO VACIO.

PRESENTACION

Según la OMS (Organización Mundial De La Salud), la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas., para el 2020 será no solo la primera causa de discapacidad en el mundo sino también una de las principales causas de morbilidad.

Existen múltiples razones por las que se puede llegar a la depresión ya sea leve moderada o grave problemas tales como violencia , maltrato , muerte de algún familiar, o partida de un miembro de la familia, son situaciones estresantes para el ser humano que pueden conllevar a una depresión. El síndrome de nido vacío en la familia es una problemática social que está presente en los ecuatorianos y que en muchos padres provoca depresión ya que no cuentan con estrategias de afrontamiento adecuados.

En Ecuador los estudios consultados no profundizan en relación con el tema del nido vacío, ni existen programas que ayuden a superar este síndrome en especial ,Loja y sus cantones no se quedan atrás en cuanto a esta problemática. Loja es una provincia meridional de la República del Ecuador ubicada en el sur de la Sierra Ecuatoriana la cual está conformada por 16 cantones entre ellos el cantón Chaguarpamba el cual se encuentra ubicado en el nor-oeste de la provincia de Loja, zona de transición entre la costa y la sierra ecuatoriana, su población estimada es de 8.615 habitantes. El cantón Chaguarpamba se divide en cinco parroquias: Chaguarpamba (cabecera cantonal), Buena Vista, El Rosario, Santa Rufina y Amarillos.

La presente propuesta tiene como finalidad ofrecer a los habitantes del cantón Chaguarpamba alternativas de formación y capacitación en estrategias de afrontamiento y control de la depresión con el fin de que logren superar la transición del Nido vacío.

JUSTIFICACIÓN

La Universidad Nacional de Loja de la Carrera de Psicología Clínica, cuya misión es de formar psicólogos clínicos con capacidad científico técnica y ética para la solución de los problemas de salud mental y la participación en la ejecución de proyectos de investigación; de participar en actividades de investigación científica y desarrollo, de ofrecer servicios especializados como parte de la vinculación con la sociedad y dando cumplimiento a su perfil profesional ,como futura psicóloga sostengo que en es de suma importancia realizar una **PROPUESTA DE PSICOEDUCACION PARA FAMILIAS DE MIGRANTES Y CONTROL DE LA DEPRESIÓN PARA AFRONTAR EL SÍNDROME DEL NIDO VACIO**, ya que en vista a la falta de oportunidades de afrontamiento por la migración de familiares a otros países, las familias se encuentran afectadas emocionalmente, es por ello que eh decidido brindar a los habitantes de las parroquias de Buena vista, Santa Rufina, el Rosario , Amarillos y la cabecera cantonal de Chaguarpamba la presente propuesta para que la pongan en práctica a través de la capacitación permanente.

OBJETIVOS

- Brindar a los habitantes del Cantón Chaguarpamba y sus parroquias, estrategias de afrontamiento viables para superar positivamente el Síndrome del nido vacío tras la migración de sus hijos.

METODOLOGIA

En primer lugar se gestionará el permiso correspondiente en el Ilustre municipio del Cantón Chaguarpamba y en las juntas parroquiales, para poder realizar talleres educativos

acerca del Síndrome del Nido vacío y su influencia en estados depresivos, utilizando las diferentes instalaciones de la institución de las diferentes parroquias.

Para la realización de este programa de Psicoeducación se hará uso de la tecnología y material didáctico para la ejecución del mismo.

Esta propuesta de Psicoeducación, se realizará en cuatro Fases, programadas a lo largo de dos días., en talleres de doble jornada.

PLANIFICACIÓN

Se cumplirán las siguientes fases:

PRIMERA FASE: Convocar a Talleres.

Esta fase se centra en la convocatoria a los habitantes del cantón Chaguarpamba para participar en los Talleres de Psicoeducación para familias de migrantes y control de la depresión para afrontar el síndrome del nido vacío, se proporcionara afiches, trípticos, hojas volantes, y además se convocara por medio de las misas dominicales para tener una mayor participación de los habitantes.

SEGUNDA FASE: Psicoeducación informativa

En esta fase se va a priorizar la transmisión de información acerca de temas como: Familia, migración, depresión, ansiedad y nido vacío, utilizando referencias teóricas que se encuentran en la revisión literaria de la investigación, como también material didáctico y juegos para poder crear un ambiente propicio dinámico en para los participantes.

TERCERA FASE: Técnicas de Afrontamiento

En esta fase vamos a dotar al paciente de técnicas para poder superar la migración de sus hijos , se realizará trabajos grupales referentes a los temas que se trataron en la fase anterior tomando en cuenta que servirán para la presente fase.

Se facilitará información a cada grupo acerca de las estrategias de afrontamiento ,las técnicas que se proporcionarán son de tipo dinámicas en donde los mismos participantes por grupos realizaran dramatizaciones para que por sí solos vayan dándose cuenta de

estrategias de afrontamiento tanto positivas como negativas y al final de cada dramatización se aportara con la respectiva explicación del mismo.

La referencia teórica es la siguiente:

AFRONTAMIENTO

El afrontamiento es descrito como “Los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus, 1986). Este es un proceso continuo, puesto que constantemente está cambiando, depende de la situación que lo desarrolle, bien sea la existencia de una enfermedad, la muerte, abandono de algún familiar, pérdida de trabajo, entre muchos otros factores e implica que las personas desarrollen acciones para enfrentar esta situación, apoyándose en aspectos internos y variables psicológicas diferentes, que llevan a convertirse a la persona en una ente activo y participativo dentro de todo el procesos de afrontamiento.

Tal proceso de afrontamiento se puede llevar a cabo por medio de dos tipos de afrontamiento: uno denominado afrontamiento activo y otro denominado afrontamiento pasivo (Carver, 1989). El primero hace referencia a aquellos esfuerzos realizados para hacer frente al problema de forma directa y comprende actividades dirigidas a la modificación minimización del impacto de la situación crítica, a la regulación de la emoción y a la interpretación positiva o búsqueda de un significado del suceso, a fin de valorarlo de tal manera que resulte menos desagradable, estas favorecen a la regulación emocional, a resolución de problemas, el autoestima, la integración social , el conocimiento, la construcción de sentido el desarrollo personal y son un indicador del grado de resiliencia que tendrán los padres ante la partida de uno o algunos de sus hijos. El afrontamiento pasivo se refiere a las formas de evitación o escape ante la situación que está presentando e implica falta de compromisos con la situación problemática.

El nido vacío tiene consecuencias negativas en los padres desde el punto de vista psicológico, cuando los hijos inician su propio vuelo para dejar el nido, surge uno de los momentos de mayor fragilidad, para presentar un cuadro depresivo, debido a que esta situación generalmente es vivida por los padres con angustia, pues sienten que ya no son tan necesarios como antes lo que genera sentimientos de inutilidad, de falta de sentido y minusvalía. Así pues, los padres tienen que enfrentarse a ellas y desarrollan diferentes estrategias de afrontamiento.

Definición

Definición según Lazarus y Folkman

Lazarus y Folkman (1984) definen al afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Estos autores entienden que el afrontamiento constituye un proceso cambiante con fines de adaptación, en el que el sujeto y el contexto interactúan de manera permanente y señalan, además, que los individuos varían sus patrones de estrategias de afrontamiento en función del tipo de problema a resolver.

Definición según Everly

El afrontamiento es definido por Everly (1989) “como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, esfuerzos que pueden ser psicológicos o conductuales”.

Estrategias de afrontamiento

(Meichenbaum y Turk, 1982; Endler y Parker, 1990; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, De Longis y Gruñe, 1986). Lazarus y Folkman (1984) propusieron ocho estrategias de afrontamiento:

Confrontación: constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.

Planificación: apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).

Aceptación de la responsabilidad: indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.

Distanciamiento: Implica los esfuerzos que realiza el individuo por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.

Autocontrol: Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.

Re evaluación positiva: supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.

Escape o evitación: A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

Búsqueda de apoyo social: Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Las dos primeras estrategias estarían ***centradas en el problema*** (en tanto resultan más instrumentales ya que modifican el problema haciéndolo menos estresante); las cinco siguientes están ***centradas en la emoción*** (ya que apuntan a la regulación de la emoción) y la última estrategia se focaliza en ***ambas áreas***. Lazarus y Folkman (1984) señalan además que algunas estrategias son más estables a través de diversas situaciones estresantes, mientras que otras se hallan más asociadas a contextos situacionales particulares. Por ejemplo, *pensar positivamente* es relativamente estable y depende sustancialmente de la personalidad; en cambio, la búsqueda de soporte social es inestable y depende principalmente del contexto social (Leibovich, Schmidt y Marro, 2002).

CUARTA FASE: Programa de cierre

En esta fase se realizará un programa especial como despedida y agradecimiento por acudir al taller de Psicoeducación, en el cual se va a realizar juegos, dinámicas y se proporcionará un almuerzo general como despedida.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Fase	Fecha	Hora	Actividad	Tiempo	Recursos	Responsable
UNO	22/11/2015	11h00a m- 12h00a m y de 19h00p m- 20h00p m	-Abrir invitación con el apoyo de informantes del lugar como: Presidente de la Junta Parroquial, sacerdote, dueños de tiendas.	2 horas	-Trípticos -Hojas volantes	La Investigadora
DOS	28 /11/2015	9H00 A 9H30	Presentación ante los miembros de la comunidad.	1 hora. 2 horas si hay discusión de temas	Infocus Diapositiva	La Investigadora Participantes
		9H30 10H00	-Dinámicas de la “Sandía gorda, gorda“	1 hora. 2 horas si hay discusión de temas	Infocus Diapositiva	La Investigadora Participantes
		10H00 A 11H00	Conferencia: La familia y la migración.	60 minutos	Infocus, Laptop, diapositiva, videos educativos.	La Investigadora
		11H00 a 11H30	Trabajo grupal: La familia y la migración., enfocado a la realidad de los habitantes del lugar.	30 minutos	Papelotes, marcadores, cinta adhesiva	La Investigadora Participantes
		11H30 11H45	Coffe break	15 minutos	café con tamal	La Investigadora Participantes
		11h45	socialización del trabajo de	30	papelotes,	La

			grupo	minutos	cinta adhesiva, registros de asistencia	Investigadora Participantes
		12h00 15h00	Almuerzo Descanso	60 minutos	Sopa Arroz relleno	La Investigadora Participantes
TRES	28/11/2015	15h00 a 15h30	Bienvenida Dinámica del “Piojo Juancho	30 minutos		La Investigadora Participantes
		15h30 a 16h30	Taller acerca de técnicas de afrontamiento.	60 minutos	Infocus, Laptop, diapositiva, videos educativos	Investigadora
		16h30 a 16h45	Preparación para la Dramatización	15 minutos	Hojas Botellas vacías	Participantes
		16h45 a 17h30	Dramatización	25 minutos	Hojas Botellas vacías	Participantes
		17h30 a 17h45	Socialización acerca de la dramatización	15 minutos	Infocus, Laptop, diapositiva, videos educativos	Investigadora Participantes
		17h45 a 18 h00	Despedida	15 minutos	Caramelos	Investigadora
Cuatro	29/11/2015	10h30 a 11h00	Bienvenida al programa especial y Dinámica de inicio “El árbol de los logros”	30 minutos		La Investigadora Participantes

		11h00 a 12h00	Demostración de talentos. Baile Canto, etc.	60 minutos	Guitarra Música Sillas	La Investigadora Participantes
		12h00 a 13h00	Almuerzo de despedida	60 minutos	Arroz con pollo. Coca- cola	La Investigadora Participantes
		13h00 a 13h30	Despedida	30 minutos		La Investigadora Participantes

ANEXO N° 2

ENCUESTA

Encuesta dirigida a padres de familia del cantón Chaguarpamba provincia de Loja.

Estimado Sr o Sra. ; En calidad de egresado de la Universidad Nacional de Loja Área de la Salud Humana carrera de Psicología Clínica me encuentro interesada en realizar mi tesis de psicología Clínica, para lo cual solicito a usted de la manera más comedida responder el presente cuestionario cuya respuesta se guardaran en absoluta confidencialidad por ser de carácter anónimo.

1. ¿En la actualidad cuenta con un hijo(s) que hayan migrado fuera del país?

Si ()

No ()

2. Marque con una X el tiempo que lleva su hijo (s) fuera del país

6 a 11 meses ()

1 a 1 año 11 meses ()

2 años ()

Más de dos años ()

3. Marque con una X el tipo de relación que mantenía con su hijo (s) antes de la partida.

➤ Muy buena ()

➤ Buena ()

➤ Regular ()

➤ Mala ()

➤ Pésima ()

Porque

.....
.....
.....
.....
.....

4. Tras la migración de su hijo (s) ha presentado sentimientos de soledad, abandono e inutilidad cree que ya no es tan necesario (a) como antes.

Si ()

No ()

Porque

.....
.....
.....

5. De la siguiente lista marque con una X las situaciones de las cuales se siente identificado (a) tras la ausencia de su hijo (s)

Perdida de interés por las actividades cotidianas ()

Disminución de interés en proyectos personales ()

Falta de cuidado personal ()

Descuido del cuidado de la pareja. ()

Dificultades para concentrarse ()

Cansancio ()

Preocupación excesiva ()

Dolores sin especificación en diferentes partes del cuerpo ()

Gracias por su colaboración

ANEXO N°3

ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Estado civil: _____

Instrucciones:

El siguiente cuestionario tiene por finalidad ayudarlo a analizar las formas o estilos principales en que usted enfrenta las situaciones problemáticas o conflictivas. Lea por favor cada uno de los ítems que se indican a continuación y escriba el número que exprese en qué medida usted actuó en cada uno de ellos.

0 En absoluto.

1 En alguna medida.

2 Bastante.

3 En gran medida.

1. Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer (próximo paso) ()
2. Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor. ()
3. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás. ()
4. Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar ()
5. Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación. ()
6. Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada. ()
7. Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión. ()
8. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema. ()
9. Me critiqué o me sermoneé a mi mismo. ()
10. No intenté quemar mis naves, así que dejé alguna posibilidad abierta. ()
11. Confié en que ocurría un milagro. ()
12. Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte). ()
13. Seguí adelante como si no hubiera pasado nada. ()
14. Intenté guardar para mí mis sentimientos. ()

15. Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno. ()
16. Dormí más de lo habitual. ()
17. Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del problema. ()
18. Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona. ()
19. Me dije a mis mismas cosas que me hicieron sentirme mejor. ()
20. Me sentí inspirado para hacer algo creativo. ()
21. Intenté olvidarme de todo. ()
22. Busqué la ayuda de un profesional. ()
23. Cambié, maduré como persona. ()
24. Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada. ()
25. Me disculpé o hice algo para compensar. ()
26. Desarrollé un plan de acción y lo seguí. ()
27. Acepté la segunda posibilidad mejor de lo que yo quería. ()
28. De algún modo expresé mis sentimientos. ()
29. Me di cuenta de que yo fui la causa del problema. ()
30. Salí de la experiencia mejor de lo que entré. ()
31. Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema. ()
32. Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones. ()
33. Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc. ()
34. Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado. ()
35. Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso. ()
36. Tuve fe en algo nuevo. ()
37. Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara. ()
38. Redescubrí lo que es importante en mi vida. ()
39. Cambié algo para que las cosas fueran bien. ()
40. Evité estar con la gente. ()
41. No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo. ()
42. Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo. ()
43. Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas. ()
44. No me tomé en serio la situación, me negué a considerarlo en serio. ()
45. Le conté a alguien cómo me sentía. ()

46. Me mantuve firme y peleé por lo que quería. ()
47. Me desquité con los demás. ()
48. Recurrí a experiencias pasadas, ya que me había encontrado antes en una situación similar. ()
49. Sabía lo que iba a hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien. ()
50. Me negué a creer lo que había ocurrido. ()
51. Me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez. ()
52. Me propuse un par de soluciones distintas al problema. ()
53. Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto. ()
54. Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con mis cosas. ()
55. Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía. ()
56. Cambié algo en mí. ()
57. Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente. ()
58. Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo. ()
59. Fantasié e imaginé el modo en que podría cambiar las cosas. ()
60. Recé. ()
61. Me preparé mentalmente para lo peor. ()
62. Repasé mentalmente lo que haría o diría. ()
63. Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo. ()
64. Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona. ()
65. Me recordé a mí mismo cuánto peor podrían ser las cosas. ()
66. Corrí o hice ejercicio. ()
67. Intenté algo distinto de todo lo anterior (por favor descríballo) ()

ANEXO N°4

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Nombres: _____ **Sexo:** _____

Edad: _____

Fecha: _____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Encierre en un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido.

1	0	No me siento Triste
	1	Me siento triste
	2	Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza
	3	Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2	0	No me siento especialmente desanimado(a) frente al futuro
	1	Me siento desanimado(a) frente al futuro
	2	Siento que no tengo nada que esperar
	3	Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3	0	No creo que sea un fracasado(a)
	1	Creo que he fracasado más que cualquier persona normal
	2	Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
	3	Creo que soy un fracaso absoluto como persona
4	0	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la solía obtener antes
	1	No disfruto de las cosas de la manera que solía hacerlo
	2	Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada
	3	Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo
5	0	No me siento especialmente culpable
	1	Me siento culpable una buena parte del tiempo
	2	Me siento bastante culpable casi siempre
	3	Me siento culpable siempre

6	0	No creo que este siendo castigado(a)
	1	Creo que puedo ser castigado(a)
	2	Espero ser castigado(a)
	3	Creo que estoy siendo castigado(a)
7	0	No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a)
	1	Me he decepcionado(a) de mí mismo(a)
	2	Estoy disgustado(a) conmigo mismo(a)
	3	Me odio
8	0	No creo ser peor que los demás
	1	Me critico por mis debilidades y errores
	2	Me culpo siempre de mis errores
	3	Me culpo por todo lo malo que me sucede
9	0	No pienso matarme
	1	Pienso en matarme, pero no lo haría
	2	Me gustaría matarme
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad
10	0	No lloro más que de costumbre
	1	Ahora lloro más de lo que sabía hacerlo
	2	Ahora lloro todo el tiempo
	3	Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera
11	0	Las cosas no me irritan más que de costumbre
	1	Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
	2	Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo
	3	Ahora me siento irritado(a) una buena parte del tiempo
12	0	No he perdido el interés por otras personas
	1	Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre
	2	He perdido casi todo el interés por otras personas
	3	He perdido todo mi interés por otras personas

13	0	Tomo decisiones casi como siempre
	1	Postergo la toma de decisiones más que de costumbre
	2	Tengo más dificultad para tomar más decisión que antes
	3	Ya no puedo tomar más decisiones
14	0	No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre
	1	Ne preocupa el hecho de parecer viejo(a) sin atractivos
	2	Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parece poco atractivo(a)
	3	Creo que me veo feo(a)
15	0	Puedo trabajar tan bien como antes
	1	Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo
	2	Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa
	3	No puedo trabajar en absoluto
16	0	Puedo dormir tan bien como siempre
	1	No duermo tan bien como solía hacerlo
	2	Me despierto unas dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
	3	Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volver a dormirme
17	0	No me canso más que de costumbre
	1	Me canso más fácilmente que de costumbre
	2	Me canso sin hacer casi nada
	3	Estoy demasiado cansado (a) para hacer algo
18	0	Mi apetito no es peor que de costumbre
	1	Mi apetito es tan bueno como solía ser
	2	Mi apetito esta mucho peor que ahora
	3	Ya no tengo apetito
19	0	No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo últimamente
	1	He rebajado más de dos quilos y medio

	2	He rebajado más de cinco kilos
	3	He rebajado más de siete kilos
20	0	No me preocupo de mi salud más que de costumbre
	1	Estoy preocupado(a) por mis problemas físicos como, por ejemplo, molestias estomacales, etc.
	2	Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa
	3	Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa
21	0	No he notado cambio alguno recientemente en mi interés por el sexo
	1	Estoy menos interesado (a) en el sexo de lo que solía estar
	2	Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo
	3	He perdido por completo el interés por el sexo.

PUNTUACIÓN TOTAL: ----- **NIVEL DE DEPRESIÓN:** -----

ANEXO N°5

Test de Hamilton (ansiedad)

Escala de Ansiedad de Hamilton		
Nombre del paciente: _____		
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____		
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.	Puntaje
	0 El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1 Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2 El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3 La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4 La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.	Puntaje
	0 El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1 El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2 El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3 La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	

	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siente alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
4 Insomnio	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5 Dificultades en la concentración	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	

y la memoria	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6 Animo deprimido	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje
	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	
	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	
7 Síntomas somáticos generales (musculares)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	
8	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales		Puntaje

Síntomas somáticos generales (sensoriales)	se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovasculares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	

	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	
	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
12 Síntomas genito urinarios	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13 Síntomas autonómicos	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	

	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
Conducta durante la entrevista	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

INDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
a. Tituló.....	1
b.Resumen.....	2
Summary.....	3
c. Introducción.....	4
d. Revisión de la Literatura.....	6

FAMILIA

1.1. DEFINICIÓN DE FAMILIA

2.1 Según el instituto inter americano del niño.....	6
2.2 OMS	6

1.2. TIPOS DE FAMILIA

2.1 Familia nuclear o elemental.....	6
2.2 La familia extensa o consanguínea.....	6
2.3 La familia monoparental.....	7
2.4 La familia de madre soltera.....	7
2.5 La familia de padres separados.....	7

2. MIGRACIÓN

2.1.Definición.....	8
2.2.CLASIFICACIÓN	
2.1 Migraciones Internas	8
2.2 Migraciones Externas	8

2.3.CAUSAS DE LA MIGRACIÓN	
2.1 Causas política.....	9
2.2 Causas culturales.....	10
2.3 Causas socioeconómicas.....	10
2.4 Causas familiares.....	10
2.5 Causas bélicas y otros conflictos internacionales.....	10
2.4.CONSECUENCIAS DE LA MIGRACIÓN	
2.1 Negativos.....	11
2.2 Positivos.....	11
3. NIDO VACÍO	12
3.1. 1.Definición.....	12
3.2. Síndrome del nido vacío.....	13
3.2.1. Concepto.....	13
3.3.Síntomas y diagnóstico del 'síndrome del nido vacío'.....	14
4. DEPRESIÓN	
4.1.DEFINICIÓN	14
4.2.CIE 10.....	15
2.1 F32 EPISODIOS DEPRESIVOS.....	15
2.2 F32.0 EPISODIO DEPRESIVO LEVE.....	15
2.3 F32.1 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO.....	16
2.4 F32.2 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS.....	16
2.5 F32.3 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS.....	17
e. Materiales y Métodos.....	18
f. Resultados	22
g. Discusión.....	34
h. Conclusiones.....	36
i. Recomendaciones.....	37
j. Bibliografía.....	38
k. Anexos.....	40
Anexo #1PROPUESTA DE PSICOEDUCACIÓN.....	40

Anexo # 2 ENCUESTA.....	49
Anexo # 3 ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTO DE LAZARUS.....	51
Anexo # 4 TEST DE BECK (DEPRESIÓN).....	54
Anexo # 5 TEST DE HAMILTON (ANSIEDAD).....	58