PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA

EXPERIENCIAS DE VIDA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES VENEZOLANOS DE 10 A 17 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE LA FUNDACIÓN "CHAMOS VENEZOLANOS". QUITO 2019

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA

AUTORA: MARÍA ISABEL JARAMILLO MONCAYO, MD.

DIRECTOR ACADÉMICO: Dr. Freddy Carrión

DIRECTOR METODOLÓGICO: Dr. Alexis Rivas, PhD

Quito, 2019

DEDICATORIA

A mi hija, Amelia,

por enseñarme el verdadero significado de la vida.

A mi esposo, Xavi,

por acompañarme siempre de la mano.

A ustedes que son mi motor y por quienes hoy estoy aquí, este logro es de los tres.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Dios por guiarme durante este camino que se llama vida y bendecirme en cada paso, por su amor y misericordia infinitas para conmigo.

A mi esposo por ser un apoyo incondicional en todo momento, por confiar en mí, darme el aliento que en ocasiones necesitaba, por toda la paciencia y por todo el amor expresado en cada acción, Xavi, la gratitud y el amor que siento merecen más que estas palabras.

A mi pequeña Amelia, baby boo por ser mi fortaleza, mi acompañante y soportar vaivenes durante la realización de este trabajo.

A mi familia, especialmente a mi Mami y mi Abu Betsy, por enseñarme sobre el amor, el trabajo, la dedicación, la superación y demostrarte con cada una de sus acciones que el éxito y la felicidad son posibles. A mis suegros, quienes siempre estuvieron pendientes de mi familia.

A mis profesores de aula y de hospitales, gracias por los conocimientos impartidos, gracias por guiarme durante este camino. Especialmente deseo agradecer al Doctor Freddy Carrión y al Doctor Alexis Rivas por el apoyo, paciencia y altruismo mientras compartían conmigo sus conocimientos.

Agradezco a la Fundación “Chamos Venezolanos en Ecuador” por abrirme las puertas, especialmente al Doctor David Sucre, por su interés en este trabajo y su apoyo desinteresado.

A mis compañeros y amigos de la vida y de la carrera, por estar siempre presentes, pendientes, apoyándome y dándome aliento, especialmente a Gise, Silvy y Ale, Polly, Kary, Glen, July, Gabyta Bo, Gabyta O y Carol.

Índice de contenidos

DEDICATORIA ***1***

AGRADECIMIENTOS ***2***

Índice de Tablas ***5***

Índice de Figuras ***6***

GLOSARIO **7**

RESUMEN ***9***

ABSTRACT ***11***

Capítulo I ***13***

INTRODUCCIÓN **13**

Capítulo II ***15***

MARCO TEÓRICO **15**

2.1. Trastorno de depresión y ansiedad 15

2.1.1. Depresión 15

2.1.2. Trastornos de Ansiedad 20

2.2. Migración 25

2.3. Demografía y tendencias migratorias 27

2.3.1. Migración Venezolana a Ecuador 28

2.4. La migración y su relación con la salud mental 30

2.4.1. Estrés aculturativo y redes de apoyo 31

2.4.2. Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en migrantes 32

Capítulo III ***35***

METODOLOGÍA **35**

3.1. Justificación 35

3.2. Problema de Investigación 37

3.3. Objetivos 37

3.3.1. Objetivo General 37

3.3.2. Objetivos Específicos 37

3.4. Hipótesis 38

3.5. Estrategia y Metodología 38
3.5.1. Tipo de Estudio 38
3.5.2. Muestra 38
3.5.3. Perfil de la Fundación Chamos Venezolanos 39
3.5.4. Criterios de selección 39
3.5.5. Procedimiento general de recolección de información 40
3.5.6. Investigación Cuantitativa 40
5.5.7. Investigación Cualitativa 45
5.5.8. Aspectos Bioéticos 48

Capítulo IV 49

RESULTADOS 49

4.1. Análisis Cuantitativo 49
4.1.1. Resultados Univariados 49
4.1.2. Resultados Bivariados 52
4.2. Análisis Cualitativo 55
4.2.1. Perfil de los informantes 55
4.2.2. Definición de categorías y subcategorías utilizadas para la integración de información ... 57
4.2.3. Experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos con trastornos de ansiedad y depresión. 58
4.2.3.1. *"Salir de mi país fue lo más triste que me ha pasado en la vida, extraño mi familia".* 59
*4.2.3.2. "*En Venezuela todo era un caos, no había que comer, moría del hambre*".* 62
*4.2.3.3. "*Venir fue mucho estrés, un cambio de vida total, uno se paraba en Venezuela a estudiar, aquí uno se para es a trabajar*".* 66
4.2.3.4. "Aquí no estudio, trabajo vendiendo chupetes en la calle, en el semáforo". 69
4.2.3.4. "Nos juzgan sin saber la gotera de cada quien en su casa". 72
4.2.4. Limitantes de información 75

Capítulo V 77

DISCUSIÓN 77

CONCLUSIONES 81

RECOMENDACIONES 83

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS 85

ANEXOS 90

Índice de Tablas

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la depresión infantil 19

Tabla 2. Clasificación de trastornos de ansiedad 24

Tabla 3. Variables Cuantitativas 43

Tabla 4. Variables Cualitativas 47

Tabla 5. Variables sociodemográficas (I) 50

Tabla 6. Características Sociodemográficas (II). Tipología Familiar 50

Tabla 7. Características Sociodemográficas (III). Escolarización 51

Tabla 8. Características socioeconómicas 51

Tabla 9. Distribución de trastornos de ansiedad y depresión 52

Tabla 10. Depresión y relación con variables sociodemográficas y económicas 53

Tabla 11.Ansiedad y relación con variables sociodemográficas y económicas 54

Tabla 12. Perfil de Informantes. Entrevistas semiestructuradas e historias de vida 55

Tabla 13. Indicadores cualitativos. Definición de subcategorías 58

Índice de Figuras

Figura 1. Indicadores cualitativos. Categorías y subcategorías 57

Figura 2. Depresión: Tristeza, soledad, aislamiento 59

Figura 3. Factores que inciden sobre depresión 62

Figura 4. Ansiedad: Irritabilidad, agresividad, angustia/miedo 64

Figura 5 Factores que inciden sobre el trastorno de ansiedad 66

Figura 6. Evento vital negativo: migración, experiencia de viaje 67

Figura 7. Desencadenantes de evento vital negativo (migración) 69

Figura 8. Redes de Apoyo: Escolarización, familia/amistad, religión, comunidad, acción colectiva. 70

Figura 9. Estrés aculturativo: Problemas económicos, dificultades en el idioma, discriminación. 73

Figura 10. Desencadenantes de estrés aculturativo. 75

GLOSARIO

Términos usados por los informantes en las entrevistas semiestructuradas e historias de vida

AMA: Madre.

APA: Padre.

CONCHALE: Termino coloquial venezolano que expresa admiración, sorpresa, enojo o tristeza.

COMPUT: Computadora portátil

CHAMO: Niño, niña, chico o chica.

ESTRENAR: Término usado para referirse a la adquisición de una nueva muda de ropa para lucirla en una fecha importante.

ECHAR LOS PERROS: Persona con intención amorosa que realiza actividades y propósitos para agradar o conquistar a otra persona.

ECHAR PICHÓN: Término optimista. Tirar para adelante, mirar hacia adelante, salir adelante, hacer cualquier esfuerzo para conseguir algo.

FINA/O: Excelente, bonito/a, buena/bueno

FLOJO: Vago

GARZÓN: Mesero, salonero.

HACER PROPÓSITO: Término usado para referirse a la solicitud de deseos y buenas intenciones en fin de año, para el año venidero

JUZGAR SIN SABER LA GOTERA DE CADA QUIEN EN SU CASA: Refrán que expresa que no debe juzgarse a otra persona o situación sin antes conocer todo acerca de esta.

RASPADO: Término empleado para referirse a una materia de estudio de la escuela o colegio en la que presenta dificultades.

METRAS: Juego tradicional venezolano que se realiza en la calle con canicas.

MURO DE LOS MÁS PORTADOS DEL AÑO: Reconocimiento académico por buen rendimiento escolar al finalizar el periodo escolar.

SACA LA PIEDRA: Causar molestia, enojo ante cierta situación.

PARKOUR: Deporte de origen francés cuyo objetivo es el traslado de un punto a otro, superando obstáculos del entorno de la manera más sencilla, rápida y eficiente posible, usando únicamente el cuerpo de la persona.

PTJ: Policía técnico judicial de Venezuela.

RASPADO: Se refiere a dificultades académicas en una o varias materias.

TROCHA: Sendero o camino ilegal usado por criminales para tráfico de drogas o contrabando, que se usa por migrantes venezolanos para pasar la frontera de Venezuela a Colombia, ya que el camino regular se encuentra cerrado.

RESUMEN

La niñez y la adolescencia son etapas trascendentales para la vida adulta. Durante este periodo ciertos acontecimientos pueden marcar positiva o negativamente la salud mental y emocional del individuo. Cualquier evento vital negativo o intenso puede detonar cierta patología mental como depresión y ansiedad, con características específicas dependiendo de la edad y periodo de desarrollo evolutivo. Dentro de este contexto la migración bajo cualquier condición supone un acontecimiento estresor, que de no contenerse y tratarse con adecuadas redes de apoyo, podría propender al desarrollo de enfermedades mentales. Es de vital importancia con la crisis humanitaria que vive Venezuela, dar especial atención a la población infantojuvenil para asegurarles un mejor futuro; de aquí deriva la idea del presente estudio, que tiene como finalidad determinar las experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes migrantes con trastornos de ansiedad o depresión.

Objetivo: Conocer y analizar las experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años con depresión y/o ansiedad de la Fundación "Chamos Venezolanos".

Metodología: Se estudiaron 36 individuos de 10 a 17 años de la Fundación "Chamos Venezolanos", entre los cuales se determinó la presencia de ansiedad o depresión aplicando los test de Spielberg y Beck-2 respectivamente. Posteriormente se realizó un estudio etnográfico con 26 entrevistas semiestructuradas y 9 historias de vida para conocer y analizar las experiencias de vida de estos pacientes, mediante creación de categorías y subcategorías para su análisis y comprensión.

Resultados: El 27,8% de la población presenta depresión y el 58,3% ansiedad. El 89% de los participantes no estudia actualmente y de estos el 95,2% presenta ansiedad ($p< 0,05$). El sexo femenino es factor de riesgo para depresión, *OR* de 0,158 ± 0,32 ($p < 0,05$). Dentro del proceso migratorio, la escolarización es la principal red de apoyo ausente, el estrés aculturativo dado principalmente por discriminación, la situación de calle, las deficiencias económicas y el acceso a una mejor alimentación y seguridad es lo más característico de esta población.

Conclusiones: La población infantojuvenil migrante es especialmente vulnerable a padecer trastornos de ansiedad y depresión. El acceso universal a la escolarización formal es mandatorio en esta población para una adecuada inclusión social, disminución del estrés aculturativo y disminución de enfermedades mentales.

Palabras clave: Historias de vida, depresión, ansiedad, migración, niños, niñas, adolescentes.

ABSTRACT

Childhood and adolescence are transcendental stages for adult life. During this period certain events can positively or negatively mark the mental and emotional health of an individual. Any negative or intense vital event can trigger a certain mental pathology such as depression and anxiety, with specific characteristics depending on the age and period of evolutionary development. Migration under any condition implies a stressful event, which, if not contained and treated with adequate support networks, could lead to the development of mental illness. It is vitally important with the humanitarian crisis in Venezuela, to give special attention to children and youth population to ensure a better future. From this derives this study, which aims to determine the life experiences of migrant children and adolescents with anxiety or depression disorders.

Objective: Know and analyze the life experiences of Venezuelan migrant children and adolescents from 10 to 17 years old with depression and/or anxiety of the "Chamos Venezolanos" Foundation.

Methodology: 36 individuals from 10 to 17 years old from the "Chamos Venezolanos" Foundation were studied, among which the presence of anxiety or depression was determined by applying the Spielberg and Beck-2 tests respectively. Subsequently, an ethnographic study was conducted with 26 semi-structured interviews and 9 life stories to learn and analyze the life experiences of these patients, by creating categories and subcategories for analysis and understanding.

Results: A 27.8% of the population presented depression and 58.3% anxiety. 89% of the participants are not currently studying and of these 95.2% have anxiety ($p < 0.05$). Female gender is a risk factor for depression, *OR* of 0.158 ± 0.32 ($p < 0.05$). Within the migration process, schooling is the main support network that is absent, acculturative stress mainly due to discrimination, street conditions, economic deficiencies and access to better food and safety is characteristic of this population.

Conclusions: Children and adolescent migrant population is vulnerable to suffer anxiety and depression disorders. Universal access to formal schooling is mandatory in this population for adequate social inclusion and to reduce acculturative stress and mental diseases.

Keywords: Life stories, depression, anxiety, migration, children, adolescents.

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad y depresión son patologías mentales comunes en la población infantojuvenil. Los trastornos de ansiedad mayoritariamente en niños y de depresión en adolescentes.

La depresión es un trastorno caracterizado por tristeza, sensación de culpa y cansancio, autoestima baja, alteraciones del sueño o apetito, falta de concentración y pérdida de interés. (National Institute of Mental Health, 2018)

La ansiedad en cambio en una sensación excesiva de angustia que provoca distorsión de situaciones de peligro y de defensa.(Gómez, et al., 2008)

En la población pediátrica los trastornos mentales afectan al 10-20% de la población, a nivel mundial la depresión es la novena causa de enfermedad y discapacidad y la ansiedad es la octava causa en la población mencionada.(OMS Organización Mundial de la Salud, 2018b).

El desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión se encuentra vinculado a diversos factores y acontecimientos adversos, la migración forzada es considerada una de estas circunstancias. En la población tan vulnerable como lo es la niñez y adolescencia, en quienes cualquier factor estresor marca su salud mental y emocional afectando al futuro adulto, es vital un diagnóstico oportuno y el tratamiento debe ser integral.

Actualmente la migración en la población venezolana es considerada una diáspora, debido a la severa crisis humanitaria y la situación política y económica que atraviesa Venezuela que ha obligado a que millones de personas abandonen el país en busca de aliviar sus circunstancias y conseguir mejores oportunidades. Los venezolanos que han salido de su país han tomado diversos destinos sea a países vecinos por la situación geográfica de proximidad, a otros países más lejanos del mismo continente y hasta Europa. Los datos de la población venezolana que ha abandonado el país no son exactos según

diversas fuentes, sin embargo en Ecuador día a día se ve un incremento de esta población, sin discrepar edad o sexo. En el Ecuador, a lo largo de toda Latinoamérica, en otros países de América e incluso en otros continentes no existen adecuadas estrategias de afrontamiento y contención para una adecuada adaptación, inclusión e inserción del migrante, siendo el pueblo venezolano en Ecuador proclive a enfermedades de salud mental especialmente la población más vulnerable como lo son niños y adolescentes.

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

2.1. Trastorno de depresión y ansiedad

Múltiples factores determinan la salud mental de una persona en un momento dado. En los niños y adolescentes a mayor exposición a factores de riesgo, mayor será la potencial secuela en su salud mental. Existen múltiples factores desencadenantes o gatillo para causar alteraciones en la salud mental, de todos los primordiales se consideran la calidad de su vida en el hogar y sus relaciones sociales.(Gómez-Restrepo et al., 2016)

Algunos niños y adolescentes tiene mucho más riesgo de sufrir patologías mentales debido a sus condiciones de vida, la discriminación o exclusión, falta de acceso a servicios o redes de apoyo de calidad. En estos últimos tiempos se ha visto que entornos humanitarios frágiles, enfermedades crónicas, minorías étnicas o antecedentes sexuales u otros grupos discriminados hace de esta población etaria vulnerable en todo su entorno biopsicosocial y especialmente propensa a alteraciones de la salud mental.(Creswell, Waite, & Cooper, 2014)

La población con afecciones de salud mental y más aún en estado de exclusión social, discriminación, estigmatización conlleva a un círculo vicioso de enfermedad y a una constante violación de sus derechos humanos.

2.1.1. Depresión

2.1.1.1.Definición

La depresión es un trastorno evidenciado por cambios en la conducta, se caracteriza por tristeza, pérdida de interés, dificultades de comunicación, sensación de culpa, sensación de cansancio, pobre autoestima, trastornos del sueño o apetito y falta de concentración. En los niños este trastorno puede pasar desapercibido por dos causas, la primera porque no se considera que la infancia y adolescencia, etapas del desarrollo que por excelencia se caracterizan por alegría y despreocupación, se puedan ver afectadas por depresión; y la

segunda por la sutileza de los síntomas depresivos que se presentan a estas edades. (Ezpeleta & Toro, 2014; National Institute of Mental Health, 2018), esta puede ser leve a grave y en los casos severos se relaciona con suicidio (OMS, 2018a).

Actualmente la depresión puede presentarse como depresión mayor (anteriormente conocida como enfermedad unipolar) o como trastorno depresivo persistente o trastorno distímico. A diferencia de la depresión mayor que se manifiesta con los síntomas antes mencionados con duración de al menos dos semanas, el trastorno distímico es un cuadro largo, fluctuante e insidioso con duración de por lo menos un año en niños y adolescentes. (Ezpeleta & Toro, 2014)

2.1.1.2.Epidemiología

De acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud la depresión afecta a más de 300 millones de personas a nivel mundial. Este trastorno es la novena causa de enfermedad y discapacidad. De las personas con depresión, más del 90% no reciben tratamiento debido a un diagnóstico y evaluación clínica errados, falta de recursos y personal sanitario poco capacitado, además de estigmatización de los trastornos mentales. (OMS Organización Mundial de la Salud, 2018a, 2018b)

Existen múltiples estudios acerca del diagnóstico, tratamiento y epidemiología de la depresión en adultos, sin embargo en los niños, niñas y adolescentes hay datos escasos y variables debido a que es una población bastante heterogénea, además de la dificultad diagnóstica en esta edad. Además la epidemiología de la depresión en la infancia y adolescencia muestra datos diversos que dificultan su interpretación debido a los diversos métodos de estudios. (Zuckerbrot, et al., 2018)

Según diversos estudios realizados en población estadounidense, española y australiana la prevalencia de depresión va de 0.5 - 2% en niños y niñas de 9 -11 años hasta el 5 - 8% en adolescentes hasta 18 años, valor que puede llegar al 12 % en preadolescentes si se toman en cuenta los casos subclínicos y hasta 19% en estudios europeos. La incidencia va desde el 5% en niños al 20% en adolescentes. En relación al sexo en la infancia la prevalencia de la depresión es parecida en niños y niñas, con ligero predominio en varones; y, en la

adolescencia hay mayor depresión en el sexo femenino con una razón 2:1 mujer: hombre.(Balazs et al., 2012; Beardslee, Gladstone, & O'Connor, 2012; Costello, 2003; Fonseca-Pedrero, et al., 2011; Lawrence et al., 2015; SNS, 2018).

2.1.1.3.Etiología y factores de riesgo

Al hablar de depresión es difícil hablar o aislar una sola causa, diversos estudios y textos sugieren la interacción de múltiples factores coadyuvantes y factores de riesgo en el desarrollo de depresión. De los factores coadyuvantes más estudiados están los genéticos y neurobiológicos, e incluso actualmente se menciona el rol de las citoquinas en este trastorno.

A. Factores genéticos (30-40%): Pese a los años de estudio, no hay nada concreto al respecto. Según Quintero se sugiere alteraciones cromosómicas como intervenciones del brazo corto del cromosoma 11 (población Amish), brazo largo de cromosoma X (Xq 27-28), cromosoma 21, cromosoma 18 y cromosoma 16. También se sugiere la relación entre gemelos monocigotos y depresión hasta 79% y en gemelos dicigotos 19%, estos valores incrementan con el paso de la edad especialmente en gemelas mujeres. Sin embargo Starr y colaboradores han precisado la alteración de un alelo corto del gen 5-HTTLPR, el cual transporta serotonina, y su propensión a desarrollar mayor estrés ante situaciones negativas y a síntomas depresivos. (Gómez et al., 2008; Starr, et al., 2014)

B. Factores neurobiológicos (30-40%): En los pacientes con depresión hay una alteración en el eje hipotálamo – hipófisis – glándula suprarrenal, se inhiben la producción de hormona adrenocorticotropa, tiroxina y adrenalina y aumenta la secreción de cortisol viéndose afectada la actividad emocional de las personas con desregulación de la alegría, ira y miedo afectándose las reacciones de acercamiento, huida o ataque ante un estímulo externo. (Gotlib, et al., 2010; Halser, 2010)

C. Factores de riesgo (60-70%): *Edad*. En la población infantojuvenil se consideran dos etapas de la vida importantes para el desarrollo de depresión, la etapa preescolar por el desarrollo de lenguaje, cognición y comportamiento y la adolescencia por los cambios

conductuales y físicos que conlleva. En estas etapas la población es vulnerable ante cualquier estímulo a desarrollar inseguridad e inquietud, siendo proclives a presentar depresión. (Bufferd, Dougherty, Carlson, Rose, & Klein, 2013) *Género.* Está probado de acuerdo con diversos estudios que los trastornos depresivos se presentan más en las mujeres. *Otros.* Problemas de salud crónicos, abuso infantil, problemas de convivencia, uso de drogas, estrés escolar, conflictos familiares y hábitos de crianza, acontecimientos negativos, antecedentes de depresión en familia directa, temperamento negativo o tranquilo, autoestima afectada, procesos cognitivos inadecuados.(Ezpeleta & Toro, 2014; Gómez-Restrepo et al., 2016)

2.1.1.4.Cuadro clínico y criterios diagnósticos

Los síntomas y signos de depresión son menos específicos en la infancia y adolescencia en relación a la edad adulta. La clínica de un niño y/o adolescente puede ser tan sutil produciendo subdiagnósticos, diagnósticos erróneos o estigmatización en algunos casos. Conforme la persona crece, desde la adolescencia los síntomas de depresión se asocian más a los de un adulto.

En términos generales, la depresión puede presentarse con alteraciones somáticas, cambios en el comportamiento individual con acciones de protesta y problemas de adaptación con el entorno.

En los niños preescolares y escolares se puede presentar enlentecimiento psicomotor, pérdida de interés por actividades habituales, irritabilidad, molestias somáticas persistentes, inestabilidad psicomotriz con agitación, problemas de atención y concentración. En los preadolescentes y adolescentes, sumado a lo antes expuesto se puede presentar alteraciones del sueño, de alimentación (como pica, conductas bulímicas o anoréxicas), ansiedad, sentimientos de culpa, humor depresivo e ideas de muerte o suicidio. (Gómez et al., 2008; Zuckerbrot et al., 2018)

Se expone a continuación las manifestaciones clínicas de la depresión en niños:

Tabla 1. Manifestaciones clínicas de la depresión infantil

Manifestación clínica	Característica	Como manifiestan padres o cuidadores
Alteraciones del comportamiento, irritabilidad	Reactividad excesiva, actitud oposicionista. Cambio del comportamiento habitual	-Es malgenio, siempre dice no, no se le puede decir nada. -No es como antes, lo desconocemos, cambio su actitud repentinamente
Somatización	Quejas de dolencias facticias, fingidas	-Le duele el estómago o la cabeza para justificarse y no hacer algo
Pérdida de interés	Pasividad y aburrimiento ante actividades habituales como pasatiempos o deportes, quemeimportismo	-No tiene ganas de hacer nada, nada le importa
Alteración de autoestima	Miedo al fracaso y al qué dirán, temor a los defectos, sensación de inferioridad e inutilidad, inconformismo	-Tiene miedo a decir lo que piensa, no le gusta nada de lo que hace, escribe o dibuja, desconfía de el mismo
Alteración en la capacidad de concentración y atención	Realizar trabajos resulta difícil, pérdida de la facultad para concentrarse, pensar y memorizar. Se pueden presentar dos polos opuestos éxito o fracaso escolar	-Es perezoso, todo le resulta difícil, no se concentra, no entiende nada, está distraído, no se esfuerza, no termina las tareas por más que pasa en eso
Alteraciones del sueño	Presencia de pesadillas, insomnio	-No quiere acostarse a dormir, no obedece
Dificultades con la alimentación	Trastorno de la conducta alimentaria con restricción, conducta bulímica o pica	-No se alimenta como antes, ha cambiado sus hábitos alimenticios
Ansiedad	Signos de ansiedad como pesadillas, miedo, somatización	-Tiene miedo a que algo malo le pase a él, tiene miedo a que algo nos pase a nosotros (los padres)
Humor depresivo, sentimiento de culpa	Sentimientos de desesperanza, sensación de tropiezo y vergüenza	-Esta triste y llora por todo, se recrimina a sí mismo, siente que todo es su culpa, se avergüenza de sus actos, dice que es malo, dice que no lo queremos
Alteración psicomotriz	Inestabilidad psicomotora con agitación o inhibición motriz, inexpresividad facial, lentitud, retraimiento	-Le da rabia cualquier cosa y pelea, no está quieto, es lento, es demasiado tranquilo, muy pasivo, es impávido, no ríe.

Ideas suicidas o de muerte	En niños pequeños es poco común, aparece más hacia edades escolares y adolescentes. En menores se puede hallar cartas a los padres sobre estas ideas	-Llora y dice que prefiere estar muerto

Realizado por la autora, adaptado de Gómez Restrepo(Gómez et al., 2008)

El diagnóstico de depresión en pacientes pediátricos, especialmente en aquellos que se encuentran en la etapa escolar y preescolar en quiénes han habido cambios de comportamiento y otros síntomas relacionados, es importante escuchar la expresión de los padres ante estos comportamientos, por ejemplo "no reconocemos a nuestro hijo" "Se ríe poco y es indiferente", "está molesto, irritado por todo", etc… Adicionalmente se debe realizar una adecuada entrevista clínica con personal médico calificado usando lenguaje verbal y no verbal para establecer el diagnóstico y se pueden usar test como instrumentos adicionales. (SNS, 2018)

La Academia Americana de Psiquiatría de acuerdo con la quinta edición del Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales establece criterios para el diagnóstico de depresión y trastorno distímico. Para las dos patologías los criterios son iguales a la población adulta exceptuando por aspectos puntuales. Para las dos patologías el estado de ánimo depresivo del adulto puede ser estado de ánimo irritable para niños y adolescentes. Específicamente para depresión en el criterio de alimentación y cambios de peso para niños se considera criterio el fracaso a lograr un aumento de peso. Y para trastorno distímico la duración del cuadro debe ser de al menos un año de duración. (APA, 2016)

2.1.2. Trastornos de Ansiedad

2.1.2.1.Definición

Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes son un grupo heterogéneo de patologías y fobias que se caracterizan por una sensación de angustia excesiva, con distorsión de situaciones de peligro y de defensa. Este trastorno donde la ansiedad es colosal, puede cursar con síntomas somáticos y alteración cognitiva marcada por un estado de preocupación inmensurable e incontrolable. (Ezpeleta & Toro, 2014)

Durante el desarrollo del ser humano es normal presentar en ciertas etapas de la vida ansiedad, como por ejemplo, entre los 12-18 meses por separación o los temores a rayos y relámpagos entre los 2 a 4 años, esta ansiedad a pesar de ser tremendamente angustiante es transitoria, pero en circunstancias específicas puede volverse patológica. Para el personal de salud esta diferenciación entre ansiedad patológica y normal puede ser difícil de identificar.(Beesdo, et al., 2011)

2.1.2.2.Epidemiología

Los trastornos mentales afectan al 10-20% de la población infantojuvenil. Mundialmente la ansiedad es la octava causa de enfermedad y discapacidad.(OMS Organización Mundial de la Salud, 2018b). Esta patología representa el trastorno de salud mental más frecuente en los niños y adolescentes y se presenta en el 9-32% de dicha población. Los trastornos de ansiedad se manifiestan solos o asociados a depresión y alteraciones de comportamiento. Del abanico de trastornos de ansiedad en la población pediátrica, la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada son los trastornos más comunes. La importancia del diagnóstico en estas patologías de manera temprana, es vital ya que tienen un impacto negativo en el desenvolvimiento social y familiar del individuo, en el rendimiento educativo y en la adultez.(Creswell et al., 2014).

El trastorno de ansiedad generalizada según diversos estudios a nivel mundial se presenta del 0,4% al 3.6% en población adulta, y en niños y adolescentes va de 0.9 hasta 6.1% si se toman en cuenta los casos subdiagnosticados o no diagnosticados por falta de personal capacitado y la dificultad que presenta en la infancia para ser identificado. El trastorno de ansiedad por separación se presenta del 3-5% en la población en general con una mayor prevalencia entre los 7-9 años. De acuerdo con la Academia Americana de Psiquiatría en conjunto los dos trastornos de ansiedad tienen una prevalencia del 5-15% en niños de 6-12 años y del 8-18% en adolescentes de 13-18 años.(APA, 2016; Stein, et al., 2017)

2.1.2.3.Etiología y factores de riesgo

En la actualidad, no está bien establecida la etiología de los trastornos de ansiedad. Sin embargo existen algunas teorías y factores causales o de riesgo.

Dentro de las teorías, encontramos a Freud quien propone que la ansiedad es la expresión de angustia y el uso de mecanismos contra fóbicos ante situaciones de huida o angustia; Spitz relaciona la aparición de ansiedad ante el desequilibrio o ruptura del causal normal de tres etapas importantes en la vida de un niño, la primera cuando es un bebé lleno de experiencias y hallazgos desconocidos, la siguiente en el segundo trimestre de vida cuando el lactante menor reacciona con miedo ante estímulos externos que han causado experiencias desagradables y la tercera alrededor de los 8 meses cuando el niño es capaz de diferenciar a un extraño de su madre o cuidador; Diatkine refiere que los niños occidentales son más propensos a sufrir ansiedad porque son intrínsecamente más temerosos debido a costumbres como asustar al niño por diversión o por amenaza para realizar diversas actividades como comer o asearse. (Gómez et al., 2008)

De acuerdo con Schienle y colaboradores, en el trastorno de ansiedad generalizada la amígdala cerebral presenta mayor actividad ante la presencia de caras amenazantes debido a una mayor actividad en la corteza prefrontal ventromedial probablemente por alteraciones neuronales ante situaciones de miedo.(Schienle, et al., 2011)

Dentro de los factores de riesgo o causales se pueden englobar estos en: biológicos, psicológicos, ambientales. De manera general se han descrito varios factores como bajo nivel socioeconómico, educación incompleta, antecedentes familiares de ansiedad (familia en primer grado) o presencia de psicopatología en los padres, personalidad introvertida, alteraciones de comportamiento, padres autoritarios, apego inseguro o excesivo, infancia con experiencias desagradables o eventos traumáticos. (Zarafshan, Mohammadi, & Salmanian, 2015)

A. Factores biológicos: Se considera que la herencia es responsable de muchos casos de ansiedad, especialmente en los casos de ansiedad generalizada y por separación, llegando en ciertos estudios hasta el 70%. La presencia en familias de un endofenotipo de ansiedad como intermediario para la expresión de este trastorno es otro factor genético-biológico, y

se describe además predisposición a trastornos de ansiedad en personas con temperamento difícil o con afectividad negativa, es decir la transmisión de rasgos de ansiedad en el temperamento. (Ezpeleta & Toro, 2014; Kampman, Viikki, & Leinonen, 2017; Ramsawh, Chavira, & Stein, 2010)

B. Factores psicológicos: La percepción de no poder controlar una situación específica, la atribución propia excesiva de ciertos fracasos o la atención desmesurada de acciones propias hacen de un individuo psicológicamente sensible a la ansiedad. En la población pediátrica esto puede llevar a ansiedad patológica.(Ezpeleta & Toro, 2014)

C. Factores ambientales: Las experiencias negativas en la etapa infantil, el rechazo por pares, la presión social o familiar, las expectativas de éxito en un niño o adolescente, los problemas escolares o familiares favorecen el desarrollo de trastornos de ansiedad. Los acontecimientos vitales o estresantes como pérdida o separación de un pariente o mascota, divorcio de padres, enfermedades graves, cambio de domicilio (sea país, ciudad o barrio), abandono del hogar, inicio o ruptura de relaciones amorosas son estresores bien descritos.(Ezpeleta & Toro, 2014)

2.1.2.4.Cuadro clínico y criterios diagnósticos

Existen algunos trastornos de ansiedad y la clínica dependerá de cada uno de estos, sin embargo, la mayoría se presentan con síntomas somáticos, motores o cognitivos afectando la esfera individual e interpersonal del niño o adolescente, con manifestaciones en el desempeño escolar y en la interacción con el medio.

En los niños se puede presentar como inconformidad, incomodidad, inhibición conductual o angustia intensa. En los adolescentes es más frecuente la somatización para evitar situaciones que provoquen ansiedad y perturbación de relaciones sociales. De acuerdo con grupos etarios, en niños hasta 5 años es más frecuente la ansiedad generalizada, en niños de 5 a 12 años se presenta ansiedad generalizada, por separación y fobias y en los adolescentes a partir de 12 años se presenta ansiedad generalizada y fobia social. (Ezpeleta & Toro, 2014)

Como se mencionó anteriormente, los trastornos de ansiedad generalizada y de ansiedad por separación son las patologías más comunes en los pacientes pediátricos, pero es importante resumir todas las patologías que se engloban bajo el apartado de ansiedad como se describe en la tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de trastornos de ansiedad

Trastorno	Definición	Características en la población pediátrica
Trastorno de Ansiedad por Separación	Miedo desmedido a la separación de una figura de apego o del hogar.	Ansiedad excesiva ante situaciones de separación de la figura de apego que es quien cuida y da afecto. Situaciones reales como ir la escuela, ficticias como secuestros o daño de la figura de apego (que la madre muera). ** Hasta los 5 años la ansiedad por separación es propia de la etapa evolutiva Presenta pesadillas, preocupación por el bienestar de la figura de apego, miedo a la obscuridad, ladrones, accidentes
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Ansiedad excesiva indiscriminada, incontrolable y repetitiva ante un sinnúmero de situaciones o amenazas que no suceden por su poca probabilidad de ocurrir o por que la persona evita	El síntoma principal es la preocupación desmedida, se acompaña de síntomas somáticos como cognitivos. Se presenta con preocupación de su desempeño en escuela y deportes, inseguridad, responsabilidad excesiva, complacencia excesiva, perfeccionismo
Fobias específicas	Temor intenso o ansiedad a una situación u objeto específicos	-Fobia animal (insectos, perros) -Fobia entorno natural (alturas, tormenta) -Fobia situacional (aviones, ascensores) -Fobia sangre-inyecciones-daño (procedimientos médicos, sangre, agujas) - Otras fobias (ruidos fuertes, disfraces) Se presenta con miedo excesivo hasta la pérdida de control sobre la conducta, y síntomas somáticos como taquicardia o desmayo
Trastorno de Ansiedad Social (fobia social)	Temor excesivo a la crítica o evaluación negativa ante una situación social	Miedo desproporcionado ante situaciones del entorno social, preocupación por escrutinio negativo de parte de otros, se puede acompañar de síntomas somáticos como taquicardia, sudoración, aerofagia, constipación, estreñimiento.
Agorafobia	Miedo excesivo e irracional a encontrarse en lugares o situaciones de los cuales no se puede escapar como aviones, bus, centros comerciales, etc.	Miedo que conlleva a la evitación o huida de situaciones que causan malestar, busca de compañía para soportar lugares / situaciones amenazantes, limita actividades diarias

Trastorno de estrés postraumático	Ansiedad excesiva y repetitiva posterior a exposición real o amenazante a la vida (física, sexual u otra) hacia la persona mismo o hacia un familiar	Dependerá mucho de la edad y la capacidad para expresarse verbalmente, en niños pequeños se presenta con alteraciones de comportamiento con retraimiento, pérdida de habilidades previamente adquiridas, dependencia exagerada hacia una figura de apego. Los niños a partir de 8-9 años verbalizan sus vivencias. Se acompaña de trastornos alimenticios, de sueño, de autoestima, susto, vergüenza, irritabilidad

Realizado por la autora tomado de Academia Americana de Psiquiatría y de Psicopatología del desarrollo(APA, 2016; Ezpeleta & Toro, 2014)

Para el diagnóstico la mejor herramienta es una adecuada entrevista médica que incluya a los padres o cuidadores. Además se disponen de múltiples herramientas tipo test para determinar la existencia o no de un trastorno de ansiedad específico.

La Academia Americana de Psiquiatra, en su última actualización DSM-5, describe dentro de los trastornos de ansiedad la ansiedad generalizada, fobia social, trastornos de pánico, la agorafobia, la ansiedad por separación, fobias específicas y el mutismo de tipo selectivo.

En la población menor de 18 años se requiere al menos 6 meses con síntomas para establecer un diagnóstico. Además existen algunas adaptaciones a los criterios diagnósticos clásicos del adulto.(APA, 2016)

2.2. Migración

2.2.1. Definición e introducción

El desarrollo de la humanidad a lo largo de la historia, ha sido en gran parte gracias al desplazamiento del ser humano y a su capacidad para adaptarse a circunstancias ajenas a las habituales.

Se entiende por migración al desplazamiento de una o varias personas desde su lugar de origen o residencia habitual a otro lugar para permanecer por tiempo indefinido con la intención de solventar ciertas necesidades y conseguir una mejora. Los movimientos

migratorios son desplazamientos masivos de población desde una región o país hacia otro o varios países. (Giménez, 2003)

Existen múltiples clasificaciones, de acuerdo a límites geográficos, edad de migración, tiempo, grado de libertad y otras. Por ejemplo por edad se habla de migración infantil, del adulto y del anciano, por el grado de libertad en voluntaria o forzosa; la más usada es aquella que cataloga a los migrantes como voluntarios o forzados (abarca desterrados y refugiados). Sin embargo, para Audebert (2010), en su libro sobre migración en un mundo globalizado, se enfoca a la migración como diáspora, circulación migratoria y transnacionalismo. Esta última "clasificación" podría ayudar a encasillar los movimientos poblacionales actuales en diferentes territorios del mundo de manera independiente a la causa.(Audebert, 2010; Micolta, 2005)

La migración es un fenómeno humano, económico y social desplegado en todos los continentes del mundo. Este fenómeno conocido desde los inicios de la historia, en los últimos tiempos se ha visto acelerado debido a una interacción global y procesos macro y micro de cultura, economía y política. Las principales causas de migración son la mala distribución de las riquezas, las desigualdades de poder, las necesidades de mano de obra, los canales informales de asistencia entre el lugar de origen y el sitio de destino.(Giddens & Sutton, 2014)

En la actualidad el concepto de migración ha ido modificándose para abarcar todos los procesos que este acto conlleva, desde la década pasada se habla de migración bajo el término de movilidad humana.

La movilidad humana involucra todos los procesos que una persona, familia o grupo humano experimentan o efectúan, ejerciendo su libre derecho de circulación, para instaurarse de manera transitoria o permanente en un lugar distinto al de nacimiento o al de residencia habitual implicando cruce de límites geográficos o políticos dentro de un mismo país o región o hacia el exterior. La movilidad humana no discrimina etnia, género, edad o condición de movilidad (refugiados, emigrantes, inmigrantes, personas retornadas, desplazados, asilados, apátridas, tráfico ilícito de migrantes, personas víctimas de trata). (Red Binacional Colombo-Ecuatoriana de Lucha Contra la Trata de Personas, 2011) Por

tanto el término de movilidad humana tiene como fin integrar en un solo concepto todas las formas de tráfico de personas tomando en consideración que para cada situación de movilidad los factores desencadenantes, sean estos sociales, culturales, políticos, económicos u otros, son de características diferentes en cada caso.

La movilidad humana por definición, al cumplir con la característica del derecho a la libre circulación de una persona, de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos es entonces un derecho amparado. Sin embargo cada país puede acoger medidas o políticas según sus intereses económicos, políticos o de seguridad frente a los estados de movilidad de una persona, de acuerdo con el Derecho Internacional, siempre que no se vulneren las obligaciones de protección a la persona en esta situación. (OIM, 2012) Es por esto que ningún Estado puede desestimar el ejercicio de políticas de movilidad humana tomando medidas integrales y oportunas cumpliendo los derechos en estado de movilidad, garantizando la calidad migratoria de cada individuo, mucho más si se trata de una generación vulnerable como lo es la niñez y la adolescencia.

2.3. Demografía y tendencias migratorias

Debido a la heterogeneidad de la migración es difícil establecer cifras estadísticas de un proceso migratorio determinado. Para la Organización de la Naciones Unidas y la Organización Mundial de Migraciones, a nivel mundial muchas personas viven en un país o ciudad distinta del lugar de nacimiento. En el 2012, 214 millones de personas residían en un país distinto al de origen. Para el 2017 la población migrante alcanzó los 258 millones de personas, y se estima que para el 2050 esta cifra puede superar los 400 millones. La proporción de migrantes internacionales entre la población mundial es de 2,4% para el 2017, ligeramente superior al 2000 con 1,8%.(Giddens & Sutton, 2014; Naciones Unidas, 2018)

De los 258 millones de migrantes, el 48% está conformado por mujeres (124 millones) y el 15% por niños (36 millones); el 53% constituye migrantes trabajadores (150 millones) y el 2% son migrantes por estudios (4,8 millones); de todos los migrantes apenas 9,8% está

registrado en condición de refugiados, sobre situaciones de legalidad o ilegalidad los datos no son concretos.

En cuanto a la distribución a nivel mundial, Asia acoge el 31%, Europa el 30%, las Américas el 26%, África acoge el 10% y Oceanía el 3% de la población migrante. (Naciones Unidas, 2018)

Valorar los datos migratorios en América y concretamente en América Latina es una difícil tarea debido a las falencias en los registros y censos poblacionales, en la última década solo Chile realizo un censo "reciente" en el 2017, en el caso de Ecuador el último censo poblacional es del 2010.

En las Américas en general la migración es más de tipo extra regional, la mayor tendencia migratoria es de México y Centro América hacia Estados Unidos.

En América del Sur, la migración tiene más bien una tendencia subregional (entre países de la misma subregión). En la subregión se ha intensificado el movimiento migratorio de venezolanos con varios países como receptores, esta emigración es la de mayor flujo desde hace más de una década en toda la región. (Naciones Unidas, 2019)

2.3.1. Migración Venezolana a Ecuador

De acuerdo al instituto Nacional de Estadísticas, el Ecuador con 66.288 personas de 70 países, es el país de América Latina y el Caribe con el mayor número de inmigrantes reconocidos. En cuanto a los solicitantes de refugio, el 58.11% son de nacionalidad colombiana, 38.50% de nacionalidad Venezolana y el porcentaje restante de otros países. (INEC, 2018)

En el Ecuador, de acuerdo con cifras del Ministerio de Interior, durante el primer semestre del 2018 las poblaciones con mayor registro de ingreso al país fueron Colombia con 167.142 personas, Estados Unidos con 187.705 personas y Venezuela con 453.930 personas; en este mismo período hubo un saldo migratorio de 71.302 venezolanos (453.930 ingresos y 382.628 salidas) en contraparte con el saldo registrado durante el año 2016 de

23.673 venezolanos. Este alarmante triple incremento en un lapso de 2 años llevo a la Organización Internacional para la Migración a caracterizar el perfil poblacional de venezolanos en Ecuador (situación laboral, económica, condiciones de vida y rutas migratorias). Para el análisis se entrevistaron 2320 personas venezolanas solo con mayoría de edad en Huaquillas, Rumichaca y Quito, de estos el 60% eran hombres, el 67% de los encuestados era soltero y el 31% casado o en unión libre. De la población entrevistada el 80% refirió viajar en grupo (37% parental y 44% no parental). En cuanto al nivel de educación alrededor del 40% poseía estudios secundarios y el 24-37% estudios universitarios (valor en Rumichaca, Huaquillas y Quito respectivamente). Al investigar sobre el estatus migratorio se evidenció que visa de tránsito tenían el 18% (Quito) - 91% (Huaquillas) y la población restante visa UNASUR de residencia o residencia temporal, de turista o ningún estatus migratorio (este último llego hasta el 44% en la ciudad de Quito). En cuanto a la ruta migratoria cabe mencionar que del 9-47% de encuestados permanecieron por 10 o más días en otro sitio distinto a Ecuador antes de llegar al país sea o no este su destino final. En cuanto a los hijos, el 56% de la población entrevistada tiene hijos, pero solo el 21% (Huaquillas) y el 20% (Rumichaca) viajó con uno de sus hijos, mientras los otros se quedaron en el país de origen o ya estaban en el lugar de destino, denotando así la desintegración familiar.(OIM, 2018)

De acuerdo con la ACNUR- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ecuador es el tercer país de toda América que ha recibido mayor número de emigrantes venezolanos con más de 250.000 personas registradas, Perú y Colombia registran más ciudadanos venezolanos que Ecuador.(HRW, 2018) Estos datos son similares a los obtenidos por la cancillería de la república, quienes reportan que al país han ingresado un millón de venezolanos y que el 20% (200.000) se han quedado.(Universo, 2019)

No existen datos oficiales hasta la actualidad de la población venezolana infantil y adolescente en Ecuador, se estima que en el 2018 de la totalidad de población venezolana (2000) que ingresaba al país, cerca el 20% eran niños, niñas y adolescentes (420), sin embargo no existe un registro público oficial al respecto y tampoco se conoce si todos ellos se quedaban en Ecuador o estaban de paso hacia Perú u otro país.(El telégrafo, 2018)

2.4. La migración y su relación con la salud mental

La migración y todo su proceso causan efectos en el individuo que emigra, en el lugar de origen o de emigración y en el nuevo sitio de acogida. Para el lugar de origen la migración significa modernización o progreso ante la posibilidad de conseguir mejores oportunidades laborales y de ingresos, para el lugar de acogida implica generación de nuevas fuentes de empleo, aumento de productividad y diversificación de culturas; y para el emigrante representa nuevas aspiraciones como mejorar la calidad de vida y nuevas oportunidades como estudios, conocer nuevos lugares y estabilidad económica. (Giddens & Sutton, 2014; Giménez, 2003)

En términos de salud mental la migración es un factor de riesgo para desencadenar cualquier patología mental en un individuo, más aún si el inmigrante es vulnerable o si el entorno de acogida es hostil.

Este proceso de movilización no implica únicamente el acto de trasladarse de un territorio a otro, implica una sin número de situaciones que ponen al individuo que decide migrar en situación de fragilidad antes durante y después del proceso. La decisión de partir en ninguna situación va a ser fácil, el acto de migrar en sí es arduo y más aún si no se realiza en condiciones adecuadas. Durante la experiencia migratoria la persona que migra se ve inmersa en diferentes condiciones sociales, económicas y ambientales difíciles, el asentamiento requiere de integración a la nueva sociedad y cultura lo que implica una dura transformación personal. Es así que la migración supone un escenario de estrés para el individuo, que puede afectar la salud mental del individuo negativamente si no se ofrecen los recursos de afrontamiento óptimos. Dentro del proceso migratorio se presentan comúnmente dos condiciones que son el duelo migratorio y estrés aculturativo.

El duelo migratorio no es una enfermedad, pero si los síntomas de este perduran con el tiempo, o el individuo que lo padece no tienes redes de apoyo puede que se transforme en un trastorno afectivo migratorio. El duelo migratorio es parcial, recurrente, múltiple y está atado a vivencias infantiles. Es una situación compleja en la que el individuo se ve

desarraigado de su cultura, su lengua, su familia, haciéndole propenso a situaciones de xenofobia, racismo, estancamiento laboral o profesional, desescolarización, limitado acceso a salud, exclusión social, pobreza.(Achotegui, 2012)

El proceso de aculturación implica algunos desafíos para los individuos migrantes en el nuevo país, lo que hace de la población infantil sumamente vulnerable ante el cambio global que implica el proceso migratorio.

Estos estresores son conocidos bajo el denominador común de estrés aculturativo (acculturative stress), e incluyen problemas económicos, laborales o desempleo, dificultades con el idioma, xenofobia o cualquier tipo de discriminación, falta de apoyo familiar, falta de escolarización, entre otros (Caplan, 2007). Por lo tanto el estrés aculturativo es un conjunto de respuestas emocionales y afectivas ante nuevas experiencias derivadas del contacto intercultural de un individuo en situación de migración en un lugar nuevo.(Sam & Berry, 2010)

Por lo tanto la migración es un acontecimiento vital o estresor y se presenta de manera intrínseca a esta, se presenta con duelo migratorio y estrés aculturativo, que si no se contienen con adecuadas redes de apoyo pueden conllevar a enfermedades de las esferas psíquica y emocional, siendo así factores detonantes de trastornos de ansiedad y depresión en población migrante, que se acentúan especialmente cuando los afectados son niños y adolescentes por encontrarse en períodos cruciales del desarrollo de todos los aspectos de un individuo (Achotegui, 2005, 2016; P. Ruiz, Maggi, & Yusim, 2011)

2.4.1. Estrés aculturativo y redes de apoyo

Una red de apoyo es aquella que brinda una relación de intercambio individual y social partiendo de principios psicológicos, mediante cualquier acción, comunicación o conducta para afrontar situaciones problemáticas sean individuales o grupales, cuyo único fin es el de proteger o ayudar a quién o quienes lo necesitan. (Sánchez, 2004)

Las redes de apoyo, son fundamentales en el entorno de vulnerabilidad social y pobreza como es la migración y todo lo que esta acarrea, un migrante se acoge a un cambio de vida de trecientos sesenta grados, deja familia, hogar, estudios, trabajo, cultura atrás para

aventurarse en un lugar nuevo y desconocido, donde deberá empezar desde cero, lo que para muchos casos es someterse a situaciones de pobreza extrema. (Ávila & Madariaga, 2010) De estas necesidades surgen mecanismos de afrontamiento y protección como el pertenecer a círculos de acción colectiva (por ejemplo fundación de ayuda social) a una secta religiosa, acudir periódicamente a estudiar, tener un trabajo formal, grupos culturales de apoyo y otros, todos estos considerados pilares fundamentales que inciden en la salud – enfermedad y en el proceso de aculturación, y son una necesidad vital en aquellos individuos más frágiles y expuestos a situaciones que generen estrés aculturativo, como lo son los niños, niñas y adolescentes.

Ante la falta de redes de apoyo, la población migrante es considerablemente frágil. Los individuos en general así como la población infantil que no cuentan con escolarización o una situación laboral favorable, tienen mayor estrés aculturativo y presentan, por lo tanto, riesgo elevado de padecer patologías de la esfera psíquica, como ansiedad y depresión. Al contar con este tipo de apoyo, considerado como factores protectores para disminuir el estrés aculturativo, el proceso de adaptación migratoria es más llevadero.(Corao & Mila, 2016)

2.4.2. Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en migrantes

En el actual siglo XXI la migración ha marcado una tendencia mundial. La principal causa de migración son los problemas políticos, sociales y económicos que enfrenta cada país desde donde la gente decide migrar. Las consecuencias migratorias abarcan al ser humano en todos sus ámbitos biopsicosociales, cabe recalcar que todas las enfermedades y su impacto son igual de importantes, sin embargo esta investigación se centra en el aérea psicológica y emocional del individuo migrante, ya que las enfermedades de salud mental según la Organización Mundial de Salud acarrea costos elevados a los servicios de salud y al ser situaciones incapacitantes también generan costos a la sociedad y al crecimiento económico de una población.

La mayoría de estudios a nivel mundial sobre migración y trastornos de ansiedad o depresión son en población adulta. Otras limitaciones para la investigación de estas

patologías en población migrante son, que la muestra estudiada no es representativa de la población migrante debido a la composición de la misma, limitaciones culturales o de idioma al momento de realizar las investigaciones u otras.

No se cuenta actualmente con datos globales sobre trastornos de salud mental y migración. Para Navarro en su estudio sobre depresión y ansiedad en inmigrantes en Granada de los 51 participantes, la edad promedio de migrantes fue de 27.2 año, el 53% presentó trastornos de ansiedad y el 11% de depresión. (Navarro & Rodríguez, 2003). Otro estudio en 27 pacientes con una edad promedio de 32 años presentó el 51% ansiedad y el 40,7% depresión (Barro, et al., 2004). Según Urzúa y colaboradores en su investigación sobre salud mental y estrés aculturativo en migrantes colombianos y peruanos residentes en Chile, en el 2016, estudio que comprendió a 431 migrantes adultos (18-65 años) de los cuales el 22% de población colombiana y el 14% de población peruana presento síntomas ansiosos depresivos.(Urzúa, et. al., 2016)

En cuanto a los trastornos de salud mental en población infantojuvenil, solo se han realizado diversos estudios en población joven. Por ejemplo Hovey y King (1996) en un estudio realizado en 70 jóvenes migrantes residentes en el sur de California encontró que la cuarta parte presentó niveles críticos de depresión e ideación suicida correlacionados con estrés aculturativo. (Hovey & King, 1996) Hilario y colaboradores en su revisión sobre salud mental y jóvenes migrantes incluyeron 14 estudios sobre migración y salud mental en pacientes de 10-19 años de diferentes lugares como Hong Kong, China, Etiopia, Filipinas y el Caribe, quienes presentaron altas tasas de estrés mental, problemas emocionales y de comportamiento, depresión y ansiedad. (Hilario, Oliffe, Wong, Browne, & Johnson, 2015).

La población venezolana actualmente debido a la crisis humanitaria de su país, ha migrado en grandes cantidades y hasta la fecha no existen estudios concretos sobre el estado de salud mental en esta población. Según un reportaje en Perú, en el hospital Víctor Larco Herrera, la directora general de la institución refiere que 5-6 venezolanos por día

reciben atención médica y acuden con problemas de depresión, ansiedad e intento de suicidio.(Agencia Peruana de noticias, 2018)

En el Ecuador, pese a ser uno de los países con mayor recepción de ciudadanos venezolanos, no existen datos sobre trastornos de salud mental en esta población. Sin embargo en la búsqueda de datos similares en el contexto de migración y depresión o ansiedad en el país, se puede mencionar el trabajo de Mora (2016) quién estudió la prevalencia de depresión en estudiantes de bachillerato con padres migrantes, encontrando esta elevada en un 31% de casos y asociada al sexo femenino con una relación de 2,1 veces más en mujeres.(Mora, 2016). Por otro lado, Jeréz (2009) en su investigación sobre depresión y desempeño académico en adolescentes de padres migrantes encontró que de la población estudiada con depresión el 47% tenían padres migrantes con una relación de 2,34 veces más en mujeres, datos similares a los obtenidos en un estudio similar por Albuja (2005) en niños entre 9-12 años hijos de migrantes quienes presentaron depresión en un 36% (Albuja, 2009; Jérez, 2009). Estos datos exponen la depresión en la población infantojuvenil con antecedentes de migración de familia directa (padres), más no a la depresión o ansiedad en la población migrante y tampoco son estudios cualitativos.

Capítulo III

METODOLOGÍA

3.1. Justificación

La niñez y la adolescencia son un período crítico para el desarrollo y perfeccionamiento de habilidades individuales, sociales y emocionales del ser humano (OMS Organización Mundial de la Salud, 2018b), durante este periodo diversos factores de riesgo, eventos vitales negativos y acontecimientos intensos pueden ser los detonantes de ciertas patologías mentales como depresión y ansiedad, con características específicas que dependen del periodo de desarrollo evolutivo y la edad, de allí se deriva que el pediatra, por su cercanía al niño o adolescente y a su entorno socio familiar, posee el privilegio de poder detectar de manera temprana este tipo de trastornos.(Pacheco & Chaskel, 2016)

Según Laws y Mann (2004), la investigación en la infancia se realiza consultando a personas adultas que acompañan al infante o adolescente como madre, padre, docente, cuidador u otro. Sin embargo, si queremos realizar investigar y generar conocimientos basados en un enfoque inclusivo, debemos utilizar una metodología que investiga directamente "con la infancia y la adolescencia", reconociendo a las niñas, niños y adolescentes como entes sociales con voz y voto propios y con facultad de reflexionar sobre sus vivencias.(Laws & Mann, 2004)

Considerando a la migración en muchos casos como un evento vital negativo e intenso, se puede identificar a esta como causa y efecto en los trastornos de salud mental, más aún en grupos vulnerables como es la población pediátrica.

En los últimos años Venezuela atraviesa dificultades económicas y políticas, debido a lo cual, se ha observado una crisis humanitaria y migratoria importante hacia varios países, especialmente a Latinoamérica. Muchos venezolanos afectados por esta migración forzosa

son aún más proclives a padecer problemas relacionados en todo el ámbito biopsicosocial y de salud mental.

La población infantojuvenil ha sido relegada de la investigación y más aún en el campo de la salud mental, no existe suficiente información. Los estudios realizados en población pediátrica no siempre consultan a las niñas, niños y adolescentes directamente sobre su sentir e interpretación respecto a las circunstancias que están viviendo y sobre las cuales se están investigando. Existen diversos estudios, con muestras pequeñas o con población migrante adulta o joven pero no infantil y menos aún en una población migratoria tan grande como lo es la de Venezuela actualmente. No se han encontrado estudios que manifiesten la expresión de los sentimientos de las personas migrantes y sus vivencias hasta la actualidad en Ecuador.

Por estas razones se considera necesario realizar el presente estudio, para poder indagar la situación actual de esta población tan vulnerable, solventar el vacío de información al respecto y obtener datos confiables y actualizados. Además se espera con la investigación entender a la población infantojuvenil en cuanto su pensar y sentir, para ver y tratar a estos pacientes como un todo y promover programas de atención médica, prevenir que las personas migrantes desarrollen este tipo de patologías y aquellas que la padecen puedan acceder a servicios de apoyo independientemente de su estatus migratorio, y a tratamiento adecuado y oportuno a través del médico pediatra. Además de dar la pauta inicial sobre la necesidad de generar estrategias de afrontamiento para el duelo migratorio y estrés aculturativo por parte de organismos gubernamentales ante la realidad de una población inmigrante creciente.

3.2. Problema de Investigación

La depresión y ansiedad constituyen un grupo de trastornos psiquiátricos que se presentan por diversas causas y a consecuencia de eventos vitales negativos o acontecimientos negativos como lo es una migración forzosa. Tomando en cuenta esta premisa es relevante y primordial construir un estudio en Ecuador sobre el impacto de la migración en estas patologías mentales, ya que en la actualidad no existen datos sobre el porcentaje de depresión y ansiedad que sirvan para registrar estadísticas y para que a futuro se establezcan acciones frente la población pediátrica afectada es necesario investigar al respecto.

3.2.1. Pregunta de Investigación

¿Cuáles son las experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años con trastorno de depresión y/o ansiedad de la Fundación "Chamos Venezolanos"?

3.3. Objetivos

3.3.1. Objetivo General

Conocer y analizar las experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años con trastorno de depresión y/o ansiedad de la Fundación "Chamos Venezolanos".

3.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad en niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años de la Fundación "Chamos

Venezolanos", así como las características sociodemográficas y socioeconómicas en la población estudiada

- Conocer el efecto del estrés aculturativo y su relación con depresión y trastornos de ansiedad en niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años de la Fundación "Chamos Venezolanos"

- Caracterizar los trastornos de depresión y ansiedad mediante historias de vida y experiencias en niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años de la Fundación "Chamos Venezolanos"

3.4. Hipótesis

Mediante esta investigación se generará información sobre trastornos de salud mental como son ansiedad y depresión desde una perspectiva cultural y vivencial, a través de las experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años de la fundación "Chamos Venezolanos".

3.5. Estrategia y Metodología

3.5.1. Tipo de Estudio

Para alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo de investigación, el estudio constará de dos segmentos:

1.- Estudio cuantitativo descriptivo transversal

2.- Estudio cualitativo etnográfico mediante historias de vida

3.5.2. Muestra

La población del presente estudio incluyó niños, niñas y adolescentes que se encontraron en la Fundación "Chamos Venezolanos". Al ser una población flotante debido a la situación

migratoria y en algunos casos con estadía temporal, se identificó a 40 niños. Se excluyeron 4 individuos, 3 por ser de nacionalidad distinta a la venezolana (2 Costarricenses y 1 Ecuatoriana) y 1 adolescente porque manifestó su negación a participar en el estudio. Quedando una muestra de 36 participantes. En cada segmento de la investigación, tanto cualitativa como cuantitativa se detalla la población estudiada.

3.5.3. Perfil de la Fundación Chamos Venezolanos

La Fundación Chamos Venezolanos en Ecuador, es una asociación civil fundada en el año 2016. Se encuentra ubicada en la calle Fernández de Recalde N23-275 y Avenida la Gasca (sector la Gasca) en el Distrito Metropolitano de Quito, en la provincia de Pichincha.

La misión de la Fundación es identificar a grupos vulnerables de migrantes e impulsar su buen vivir e integración en los países latinoamericanos que los acogen, procurando la integración de las diferentes áreas del acontecer social, educativo, laboral y recreativa. El financiamiento de la fundación es mediante donaciones.

La Fundación cuenta con distintos programas, como *acobija y abriga un migrante*, *Chamos kids*, *mercado nutricional*, *tradiciones venezolanas e intercambios culturales*, *GAI (grupos de apoyo inmediato)* y *chamo voluntario*.

El programa *Chamos Kids* busca cubrir necesidades de niños, adolescentes y mujeres embarazadas en vulnerabilidad social y migratoria. A su vez *Chamos Kids* tiene dos aristas, la primera es "aulas móviles" que funciona en la sede los días martes y jueves y recibe de 30-60 niños y adolescentes y la segunda "círculos de lectura" que fue recientemente inaugurado. Uno de los propósitos finales de estos programas es la inclusión y escolarización formal de los niños adolescentes procedentes de Venezuela donde todos se encontraban en estado de regularidad escolar y aquí en la ciudad de Quito se encuentran desescolarizados.

3.5.4. Criterios de selección

3.5.4.1. Criterios de inclusión

- Niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años de la Fundación "Chamos Venezolanos" que firmen el consentimiento y asentimiento informado para participar en la presente investigación.

- Niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años de la Fundación "Chamos Venezolanos" que deseen participar en la presente investigación.

3.5.4.2. Criterios de exclusión

- Niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años de la Fundación "Chamos Venezolanos" que no firmen el consentimiento y asentimiento informado, o que no deseen participar en la presente investigación.

- Niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de la Fundación "Chamos Venezolanos" que tengan menos de 10 años o más de 17 años.

3.5.5. Procedimiento general de recolección de información

Se realizó un primer encuentro con los participantes para el registro, según los criterios de inclusión y exclusión; a continuación, posteriormente se dio una explicación a los participantes y a sus representantes sobre la investigación y se les proporcionó un asentimiento informado más consentimiento informado a los padres o representantes legales. Posteriormente se aplicaron los instrumentos determinados para establecer quiénes presentan ansiedad o depresión; y, en función de ello, se seleccionaron participantes estratégicos para la entrevista semiestructurada. En base a los resultados de las entrevistas se construyeron las historias de vida.

3.5.6. Investigación Cuantitativa

3.5.6.1.Muestra

La muestra para el presente trabajo cuantitativo incluyó 36 niños, niñas y adolescentes que se encontraron en la Fundación "Chamos Venezolanos" al momento del estudio.

3.5.6.2.Instrumentos

Primero se aplicó una encuesta corta de perfil poblacional para obtener datos sociodemográficos y económicos, esta consta de preguntas cerradas y su duración fue de 5-10 minutos.

La presencia de depresión y ansiedad se determinó en la población total de los niños, niñas y adolescentes de la fundación "Chamos Venezolanos" a quienes se les aplicó 2 test para determinar trastornos de ansiedad y depresión. Los test aplicados tienen adecuada validez y confiabilidad, y son fáciles de aplicar.

Para estudiar la presencia de depresión se usó el **Inventario de Depresión de Beck para niños y adolescentes -2 (BYI- 2)** por parte de la investigadora. Este inventario es la adaptación española de la escala estadounidense Beck Youth Inventories-Second Edition (Beck, et al., 2005). En cuanto a la evidencia de confiabilidad, en diversos estudios se obtienen datos de consistencia interna, fiabilidad test-retest, error estándar de medida en valores satisfactorios. La consistencia interna oscila entre .86 y .96 dependiendo de la edad, el error estándar varió de 2.12-3.37 dependiendo de igual manera de la edad. En una población similar en adolescente mexicanos en un estudio de validación demostró entre población con y sin trastorno depresivo una sensibilidad de 0.92 y una especificidad de 0.59.(Beltran, Freyre, & Hernández, 2012; Bose-deakins & Floyd, 2004; Comunity-University-Partnership, 2011)

El test de Beck es aplicable a niños desde los 7 años hasta los 18 años debido a su facilidad de compresión lectora. La duración del test es de 5-10 minutos. Este consta de 20 afirmaciones expresadas en primera persona sobre sentimientos, conductas relacionadas a trastorno emocional, y pensamientos. Cada ítem valorado responde a una escala en la que se puntúa de 0-3. Para el análisis se puede obtener una puntuación de 0-60 puntos con el siguiente corte: para depresión severa de 25-60, depresión moderada 16-24, depresión leve de 10-15 y sin depresión de 0-9.

Para estudiar los trastornos de ansiedad se utilizó el **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberg** por parte de la investigadora. El instrumento posee una alta consistencia interna, obteniendo valores alpha de Cronbach superiores a 0,80 para el factor ausencia de Estado de Ansiedad y Rasgo de Ansiedad en niños y niñas. (Castrillón & Borrero, 2005; Psychountaki et al., 2003; Ruiz et al., 2013) La escala de ansiedad estado y rasgo española (STAIC) es una adaptación ampliamente utilizada en población infantojuvenil. Es un test con alta sensibilidad, de fácil aplicabilidad y duración corta (15 minutos aproximadamente), sus resultados se encuentran enmarcados en si el individuo presenta rasgo de ansiedad o estado ansioso por la situación de migración que se encuentra viviendo. (Vera, et al., 2007)

El cuestionario consta de dos sub escalas compuestas de 20 ítems cada una de ellas, las cuales evalúan la ansiedad como estado (STAI-S) y ansiedad como rasgo (STAI-R). Cada una al igual que el cuestionario original responde con una escala graduada de 1 a 3, donde 1 equivale a nada, 2 algo y 3 bastante, cada subescala puede obtener un puntaje de 20-60. Su análisis se realiza mediante la aplicación de baremos y se utilizó el puntaje S y percentil para determinar si prevaleció la ansiedad como estado o como rasgo o no hubo ansiedad. (Spielberger et al., 2016)

3.5.6.3.Procesamiento de información y análisis de datos

Los resultados positivos se relacionaron con aspectos de los participantes como edad, sexo, tipología familiar y aspectos socioeconómicos.

Se realizó con el programa estadístico SPSS versión 25, obteniendo un análisis descriptivo de los trastornos de ansiedad y depresión y con los distintos factores considerados. El análisis de los resultados se realizó mediante medias y frecuencias en las variables cuantitativas y porcentajes en las variables cualitativas; y, para establecer relaciones se calculó OR con un intervalo de confianza de 95% y margen de error del 5%, dado por un valor de p menor a 0.05 y con medidas de significancia estadística mediante Chi cuadrado.

3.5.6.4.Operacionalización de variables

Tabla 3. Variables Cuantitativas (parte 1)

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL		ESCALA	INDICADOR
		Categoría	Tipo Variable		
EDAD	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la evaluación	Cuantitativa	Continua	1: 10 años 2: 11 años 3: 12 años 4: 13 años 5: 14 años 6: 15 años 7: 16 años 8: 17 años	Medidas de tendencia central y dispersión
GENERO	Características que describen a un individuo y que permiten la identidad sexual	Cualitativa	Nominal	Femenino Masculino	Porcentaje Frecuencia
TIEMPO DE ESTADÍA EN ECUADOR	Tiempo de permanencia en Ecuador.	Cuantitativa	Continua	1: Menos de 3 meses 2: 3-5 meses 3: 6-12 meses 4: Más de 12 meses	Porcentaje Frecuencia
TIPOLOGIA FAMILIAR (En Venezuela y Ecuador)	Tipo de Miembros de una familia que viven bajo el mismo techo	Cualitativa	Nominal	1: Nuclear 2: Monoparental (Madre) 3: Monoparental (Padre) 4: Extensa 5: Monoparental extensa	Porcentaje Frecuencia

				6: No parental	
INGRESO ECONÓMICO MENSUAL FAMILIAR (Venezuela)	Medida total económica y sociológica en relación a otras personas, conocido como salario mínimo	Cualitativa	Ordinal	1: Menor a salario mínimo 2: Mayor o igual a salario mínimo 3: No sabe	Porcentaje Frecuencia

Elaborado por la autora

Tabla 3. Variables Cuantitativas (parte 2)

VARIABLE	**DEFINICIÓN CONCEPTUAL**	**DEFINICION OPERACIONAL**		**ESCALA**	**INDICADOR**
		Categoría	**Tipo Variable**		
INGRESO ECONÓMICO MENSUAL FAMILIAR (Ecuador)	Medida total económica y sociológica en relación a otras personas, medida en salario mínimo	Cualitativa	Ordinal	1: Menor a Remuneración básica unificada 2: Mayor o igual a Remuneración básica unificada 3: No sabe	Porcentaje Frecuencia
ESCOLARIZACIÓN (En Venezuela y Ecuador)	Acceso a un centro educativo para recibir enseñanza obligatoria	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No	Porcentaje Frecuencia
DEPRESION (test de Beck)	Enfermedad o trastorno mental con síntomas afectivos cognitivos, volitivos y somático.	Cualitativa	Ordinal	1: depresión ausente (0-9) 2: depresión leve (10-15) 3: depresión moderada (16-24) 4: depresión severa (25-60)	Porcentaje Frecuencia
ANSIEDAD (test de Spielberg)	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una alteración emocional	Cualitativa	Ordinal	1: Ansiedad estado 2: Ansiedad rasgo 3: Sin Ansiedad	Porcentaje Frecuencia

Elaborado por la autora

5.5.7. Investigación Cualitativa

5.5.7.1.Muestra

La ejecución en el estudio cualitativo se hizo mediante la selección de informantes estratégicos que presenten ansiedad y/o depresión cumpliendo criterios de pluralidad y diversidad, a quiénes se les realizó una entrevista semiestructurada, con un total de 26 individuos, cumpliendo el criterio de saturación de información. Según los resultados se eligió 9 participantes para la elaboración de las historias de vida y se obtuvo toda la información necesaria sobre las características socioeconómicas y de vida más relevantes en los individuos migrantes con ansiedad y/o depresión.

Se define diversidad como variedad o diferencia, término que consecuentemente nos transmite al contexto también de pluralidad. La diversidad orientada desde el punto de vista de derechos humanos incluye de manera participativa a todas las personas sin renunciar a su identidad, género, edad, o modo de vida. Se incluirá de manera indistinta pero equitativamente a niños, niñas y adolescentes de todas las regiones venezolanas de donde provengan.(Garrido, 2008)

5.5.7.2.Instrumentos

Se utilizó la etnografía como método de investigación, esta se fundamenta en la descripción minuciosa de una cultura viva mediante observación personal. Realizar un análisis etnográfico mejora la compresión y evidencia del fenómeno estudiado, basándose en la relevancia de las perspectivas de los participantes, conformando diferentes líneas de análisis, además los datos son obtenidos de diferentes fuentes minimizando que los resultados puedan depender de un solo método o un solo informante.(Hammersley & Atkinson, 2009; Miller, 2016; Sandoval, 1996)

En la investigación hubo interacción entre la investigadora y los participantes para adquirir conocimientos y profundizar en la realidad y vivencias de cada participante, mejorar su comprensión, llegar a conclusiones mediante el diálogo; la investigación

cualitativa admite un mejor estudio del individuo al valorar su realidad humana, sus sentimientos, creencias, prejuicios, percepciones, elementos irreducibles a categorías de análisis; aborda lo que el participante quiere expresar a través de acciones, lenguaje verbal y no verbal, nos permite crear patrones para una adecuada comprensión desde un individuo al colectivo.(Sandoval, 1996)

Este método de estudio es flexible y se realizó mediante entrevistas directas a profundidad con los participantes en su propio entorno para conocer la dinámica de sus trastornos y opiniones acerca de la problemática que enfrentan. La entrevista, técnica de recolección recogida de datos verbales mediante preguntas o conversación dirigida, (Miller, 2016) fue abierta y semiestructurada, empezó con una pregunta amplia, generadora de información, evitando el sesgo de información y se fue ahondado según el participante lo permitió.

Posterior a las entrevistas semiestructuradas, se eligieron participantes estratégicos para construir la historia de vida, este instrumento cualitativo es una descripción en profundidad de la vida de un individuo relatada al investigador. El énfasis en usar este método es recaudar información para un acercamiento colectivo a la realidad.

5.5.7.3.Procesamiento y análisis de información

La información se procesó primero con la organización textual de los datos obtenidos y luego se categorizó y reagrupo para interrelacionar la información y hacer categorías axiales o de segundo orden y conceptualizar los datos. Posteriormente se interpretó mediante patrones y temas, con análisis de causas y elaboración de constructos. (Sandoval, 2002)

La información de las historias de vida se procesó en el programa para análisis cualitativo ATLAS.ti versión 7.5.4, donde se organizó y concentró datos. Posteriormente se interpretaron aquellos elementos con mejor relación a los resultados y se categorizaron las respuestas para resaltar similitudes y agrupar ideas para establecer una realidad colectiva y obtener conclusiones fiables.

5.5.7.4.Operacionalazición de variables

Tabla 4. Variables Cualitativas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	INSTRUMENTO
DEPRESIÓN	Trastorno evidenciado por cambios en la conducta, se caracteriza por tristeza, pérdida de interés, dificultades de comunicación, sensación de culpa, sensación de cansancio, pobre autoestima, trastornos del sueño o apetito y falta de concentración.(OMS, 2018a)	Dificultad para interactuar, anhedonia, tristeza, poco interes, satisfacción con la vida, soledad, aislamiento	Entrevista semiestructurada Historia de Vida
ANSIEDAD	Trastorno caracterizado por sensación de angustia excesiva, con distorsión de la percepción de situaciones de peligro y de defensa.(Gómez et al., 2008)	Cambios en el comportamiento, irritabilidad, impaciencia, malestar, angustia, miedo	Entrevista semiestructurada Historia de Vida
EVENTO VITAL NEGATIVO (MIGRACION)	Experiencia desagradable o acontecimiento intenso, dado por el desplazamiento de una o varias personas desde su lugar de residencia a otro lugar para permanecer por tiempo indefinido con la intención de suplir una o varias necesidades y conseguir una mejora.(Giménez, 2003; Zarafshan et al., 2015)	Migración Experiencia del viaje	Entrevista semiestructurada Historia de Vida
REDES DE APOYO	Relaciones personales, familiares, comunitarias e institucionales que cada persona tiene, con el fin de ayudar al bienestar personal (Rivera, Obregón, Cervantes, & Martínez, 2014)	Acude a la escuela, con qué miembros de la familia cuenta en Ecuador, tiene amigos en Ecuador, pertenecen a alguna fundación	Entrevista semiestructurada Historia de Vida
ESTRÉS ACULTURATIVO	Conjunto de respuestas emocionales y afectivas ante nuevas experiencias derivadas del contacto intercultural de un individuo en situación de migración en un lugar nuevo.(Sam & Berry, 2010)	Bienestar psicológico. Problemas económicos, dificultades con el idioma, discriminación	Entrevista semiestructurada Historia de Vida

Elaborado por la autora

5.5.8. Aspectos Bioéticos

El propósito principal del estudio es comprender las causas, efectos y evolución del problema a investigar, mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas y obtener un enfoque lo más real posible del problema de salud investigado, adquiriendo nuevos conocimientos sin vulnerar los derechos e intereses de los participantes

El presente estudio no contempla procedimientos de riesgo para los participantes así como tampoco ninguna actividad que ponga en peligro su integridad física o psicológica. Tampoco atenta contra la moral, intimidad y dignidad de los participantes.

El trabajo involucra niños, niñas y adolescentes de 10-17 años, quienes al ser menores de edad, deberán tener un consentimiento informado autorizado por el representante legal y un asentimiento informando según corresponda para poder participar.

Toda la información obtenida será confidencial y únicamente para uso en la realización del trabajo de titulación.

La investigadora se compromete a velar por la confidencialidad de los participantes, considerando lo mejor para su bienestar y derechos. Además protegerá su integridad, el derecho a la autodeterminación y la confidencialidad de la información personal de los participantes.

El estudio será enviado al Comité de Ética de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador para su respectiva revisión y aprobación.

No existe riesgo de posible daño al medio ambiente, ni tampoco riesgo para los participantes en comparación con los beneficios para ellos y otros grupos afectados por la enfermedad que se investiga.

El grupo participante podrá beneficiarse de los conocimientos e intervenciones derivadas de la investigación.

Capítulo IV

RESULTADOS

4.1. Análisis Cuantitativo

4.1.1. Resultados Univariados

4.1.1.1. Resultados de variables sociodemográficas y económicas

Al analizar las características sociodemográficas y económicas se encontró que del total de participantes el 61,1% (n=22) fueron de sexo masculino y el 38,9% restante (n=14) de sexo femenino. La mayoría de niños, niñas y adolescentes tiene 11 años, con un 27,8% (n=10), seguido de aquellos con 13 y 14 años con un 16,7% (n=6) para grupo etario, se obtuvieron solamente 2 participantes de 15 años y 2 participantes de 16 años, ocupando cada uno el 5,6% del total de sujetos estudiados, el 2,8% (n=1) tuvo 17 años. El promedio de edad fue de 12,5 años. Se agrupó a los sujetos de estudio en Pre- Adolescentes (10-12 años), Adolescentes Tempranos (12—14años), Adolescentes Intermedios (14-16 años) y Adolescentes Tardíos (17-19 años). *(Ver tabla 5).*

Respecto al tiempo de estadía en Ecuador, el 50% (n=18) ha permanecido por un período de 6-12 meses, con un promedio de estancia de 7 meses, un período mínimo de 1 mes y un máximo de 24 meses (2 años). El 8,3% (n=3) lleva menos de 3 meses en Ecuador y el 13,9% (n=5) más de 1 año. *(Ver tabla 5).*

Tabla 5. Variables sociodemográficas (I)

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	14	38,9
Masculino	22	61,1
Edad		
Pre adolescentes	14	38,9
Adolescentes tempranos	11	30,6
Adolescentes intermedios	10	27,8
Adolescentes tardíos	1	2,8
Tiempo de estadía		
Menos de 3 meses	3	8,3
3- 5 meses	10	27,8
6-12 meses	18	50
Más de 12 meses	5	13,9

Fuente: Datos de la investigación, 2019
Autor: Md. Isabel Jaramillo

En cuanto a la tipología familiar, se investigó como era ésta en Venezuela y como es en Ecuador para analizar las consecuencias del proceso migratorio y su impacto en la desintegración familiar. En Venezuela el 52,8% (n=19) pertenecía a familia nuclear en contraposición con el 33,3% (n=12) correspondiente a Ecuador. Las familias monoparentales con madre representaron el 30,6% en Venezuela y el 22,2% en Ecuador, No hubo diferencias de porcentaje de familias monoparentales con padre como progenitor en los dos países con un 6,1%. En Venezuela el 8,3% de participantes tenía familia no parental y el 2,8% familia extensa. En Ecuador se encontró familia extensa pero monoparental, no nuclear, con un 33,3%. *(Ver tabla 6).*

Tabla 6. Características Sociodemográficas (II). Tipología Familiar

Tipología Familiar					
Venezuela			**Ecuador**		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Nuclear	19	52,8	Nuclear	12	33,3
Monoparental (Madre)	11	30,6	Monoparental (Madre)	8	22,2
Monoparental (Padre)	2	5,6	Monoparental (Padre)	2	5,6
No parental	3	8,3	No parental	2	5,6
Extensa	1	2,8	Extensa	0	-
Monoparental extensa	0	-	Monoparental extensa	12	33,3

Fuente: Datos de la investigación, 2019
Autor: Md. Isabel Jaramillo

Al investigar respecto a escolarización de los participantes tanto en su país de origen como en el actual, se obtuvo que en Venezuela el 97,2% de niños, niñas y adolescentes se encontraba estudiando y en Ecuador por el contrario, cerca del 89% de participantes no se encuentra estudiando en un ente regular, solo el 11,1% (n=4) acude formalmente a un instituto escolar. *(Ver tabla 7)*

Tabla 7. Características Sociodemográficas (III). Escolarización

Escolarización					
Venezuela			**Ecuador**		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	35	97,2	**Si**	4	11,1
No	1	2,8	**No**	32	88,9

Fuente: Datos de la investigación, 2019
Autor: Md. Isabel Jaramillo

Por último, se analizó los ingresos económicos en los dos países y si estos eran menores, iguales o mayores a los establecidos como mínimos por la Ley de cada país. En Venezuela el 63,9% (n=23) de las familias de los niños, niñas y adolescentes percibía menos del salario mínimo, el 25% recibía igual o más del salario mínimo y el 11,1% de participantes desconocía esta información. En Ecuador el 86,1% (n=31) recibe menos del salario básico unificado. *(Ver tabla 8)*

Tabla 8. Características socioeconómicas

Ingreso económico mensual familiar					
Venezuela			**Ecuador**		
	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Menor a salario mínimo	23	63,9	**Menor a salario básico unificado**	31	86,1
Mayor o igual a salario mínimo	9	25	**Mayor o igual a salario básico unificado**	5	13,9
No sabe	4	11,1	**No sabe**	0	-

Fuente: Datos de la investigación, 2019
Autor: Md. Isabel Jaramillo

4.1.1.2. Resultados de variables depresión y ansiedad

Para analizar la presencia de depresión, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck para niños y adolescentes -2 (BYI- 2). En el 72,2% (n=26) de participantes no se encontró depresión. El 27,8% restante presento depresión en distinto grado, depresión severa el 2,8%, moderada el 8,3% y el 16,7% depresión leve. *(Ver tabla 9)*

De los niños, niñas y adolescentes el 58,3% (n=21) presento trastorno de ansiedad (estado de ansiedad) y el 22,2% no presentó el trastorno, el porcentaje restante 19,4% presento ansiedad como rasgo. *(Ver tabla 9)*

Tabla 9. Distribución de trastornos de ansiedad y depresión

Variable	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Depresión		
Ausente	26	72,2
Leve	6	16,7
Moderada	3	8,3
Severa	1	2,8
Ansiedad		
Ausente	8	22,2
Estado	21	58,3
Rasgo	7	19,4

Fuente: Datos de la investigación, 2019
Autor: Md. Isabel Jaramillo

4.1.2. Resultados Bivariados

Para evaluar la asociación entre características sociodemográficas y económicas con la presencia de ansiedad y depresión, se utilizó la prueba de asociación Chi Cuadrado y Odds de Ratio, según sea el caso.

Se analizó qué factores inciden en la presencia de depresión. No se encontró a la edad como factor de riesgo para presentar depresión ($p > 0,05$). El sexo masculino es un factor protector para presentar depresión y el sexo femenino un factor de riesgo con una *OR* de 0,158 ± 0,32 – 0,787 con un intervalo de confianza del 95% ($p < 0,05$). El Tiempo de estadía, la tipología familiar en Ecuador y Venezuela así como los ingresos económicos en ambos países no mostraron asociación significativamente estadística con la presencia de depresión (p >0,05). *(Ver tabla 10)*

Tabla 10. Depresión y relación con variables sociodemográficas y económicas

	Depresión presente N (%)	Depresión ausente N (%)	X^2	Valor de *p*
Edad				
Pre- Adolescente	3 (30%)	11 (42,3%)	4,131	0,248
Adolescente Temprano	2 (20%)	9 (34,6%)		
Adolescente Intermedio	4 (40%)	6 (23,1%)		
Adolescente Tardío	1 (10%)	0 (-)		
Sexo				
Femenino	7 (70%)	7 (26,9%)	5,639	***0,018***
Masculino	3 (30%)	19 (73,1%)		
Tiempo de Estadía en Ecuador				
Menos de 3 meses	2 (20%)	1 (3,8%)	4,209	0,240
3- 5 meses	3 (30%)	7 (26,9%)		
6-12 meses	5 (50%)	13 (50%)		
Más de 12 meses	0 (-)	5 (19,2%)		
Tipología Familiar en Venezuela				
Nuclear	4 (40%)	15 (57,7%)	4,248	0,373
Monoparental (Madre)	4 (40%)	7 (26,9%)		
Monoparental (Padre)	0 (-)	2 (7,7%)		
Extensa	0 (-)	1 (3,8%)		
No parental	2 (20%)	1 (3,8%)		
Tipología Familiar en Ecuador				
Nuclear	2 (20%)	10 (38,5%)	8,792	0,067
Monoparental (Madre)	1 (10%	7 (26,9%)		
Monoparental (Padre)	2 (20%)	0 (-)		
Monoparental extensa	5 (50%)	7 (26,9%)		
No parental	0 (-)	2 (7,7%)		
Ingresos Económicos en Venezuela				
Menor a salario mínimo	9 (90%)	14 (53,8%)	4,262	0,119
Mayor o igual a salario mínimo	1 (10%)	8 (30,8%)		
No sabe	0 (-)	4 (15,4%)		
Ingresos Económicos en Ecuador				
Menor a salario básico unificado	10 (100%)	21 (80,8%)	2,233	0,135
Mayor o igual a salario básico unificado	0 (-)	5 (19,2%)		
No sabe	0 (-)	0 (-)		
Escolarización en Venezuela				
Si	10 (100%)	25 (96,2%)	0,396	0,529
No	0 (-)	1 (3,8%)		
Escolarización en Ecuador				
Si	0 (-)	4 (15,4%)	1,731	0,188
No	10 (100%)	22 (84,6%)		

Fuente: Datos de la investigación, 2019
Autor: Md. Isabel Jaramillo

Al observar el comportamiento de las variables sociodemográficas y económicas que influyen en la presentación de ansiedad se encontraron los siguientes resultados: En relación a la edad, sexo, tiempo de estadía y la conformación familiar en Venezuela y Ecuador no hubo asociación significativa estadísticamente con la presencia de ansiedad de los niños, niñas y adolescentes ($p > 0,05$). En el análisis de la ansiedad y su dependencia de los ingresos económicos familiares, pese a que en Venezuela el 63,9% y en Ecuador el

86,1% de la población estudiada perciben ingresos económicos por debajo del rubro establecido por ley, no se halló asociación (p > 0,05). En cuanto a lo que a escolarización respecta, el no encontrarse estudiando en el Ecuador (cerca del 89% de la población investigada no acude a un sistema formal de educación y del total de la población que no estudia el 95,2% presenta ansiedad como estado) se asocia a la presencia de ansiedad, hallazgo estadísticamente significativo (p < 0,05). *(Ver tabla 11)*

Tabla 11.Ansiedad y relación con variables sociodemográficas y económicas

	Ansiedad Estado N (%)	**Ansiedad Rasgo N (%)**	**Sin Ansiedad N (%)**	**X^2**	**Valor de *p***
Edad					
Pre- Adolescente	10 (47,6%)	2 (28,,6%)	2 (25%)	2,893	0,822
Adolescente Temprano	5 (23,8%)	3 (42,9%)	3 (37,5%)		
Adolescente Intermedio	5 (23,8%)	2 (28,6%)	3 (37,5%)		
Adolescente Tardío	1 (4,8%)	0 (-)	0 (-)		
Sexo					
Femenino	7 (33,3%)	4 (57,1%)	3 (37,5%)	1,261	0,532
Masculino	14 (66,7%)	3 (42,9%)	5 (62,5%)		
Tiempo de Estadía en Ecuador					
Menos de 3 meses	3 (14,3%)	0 (-)	0 (-)	7,674	0,263
3- 5 meses	5 (23,8%)	3 (42,9%)	2 (25%)		
6-12 meses	11 (52,4%)	4 (57,1%)	3 (37,5%)		
Más de 12 meses	2 (9,5%)	0 (-)	3 (37,5%)		
Tipología Familiar en Venezuela					
Nuclear	10 (47,6%)	6 (85,7%)	3 (37,5%)	7,486	0,485
Monoparental (Madre)	6 (28,6%)	1 (14,3%)	4 (50%)		
Monoparental (Padre)	1 (4,8%)	0 (-)	1 (12,5%)		
Extensa	1 (4,8%)	0 (-)	0 (-)		
No parental	3 (14,3%)	0 (-)	0 (-)		
Tipología Familiar en Ecuador					
Nuclear	5 (23,8%)	15 (71,4%)	2 (25%)	7,518	0,482
Monoparental (Madre)	5 (23,8%)	1 (14,3%)	2 (25%)		
Monoparental (Padre)	2 (9,5%)	0 (-)	0 (-)		
Monoparental extensa	8 (38,1%)	1 (14,3%)	3 (37,5%)		
No parental	1 (4,8%)	0 (-)	1 (12,5%)		
Ingresos Económicos en Venezuela					
Menor a salario mínimo	17 (81%)	3 (42,9%)	3 (37,5%)	7,343	0,119
Mayor o igual a salario mínimo	2 (9,5%)	3 (42,9%)	4 (50%)		
No sabe	2 (9,5%)	1 (14,3%)	1 (12,5%)		
Ingresos Económicos en Ecuador					
Menor a salario básico unificado	19 (90,5%)	5 (71,4%)	7 (87,5%)	1,609	0,447
Mayor o igual a salario básico unificado	2 (9,5%)	2 (28,6%)	1 (12,5%)		
No sabe	0 (-)	0 (-)			
Escolarización en Venezuela					
Si	20 (95,2%)	7 (100%)	8 (100%)	0,735	0,693
No	1 (4,8%)	0 (-)	0 (-)		
Escolarización en Ecuador					
Si	1 (4,8%)	0 (-)	3 (37,5%)	7,373	**0,025**
No	20 (95,2%)	7 (100%)	5 (62,5%)		

Fuente: Datos de la investigación, 2019
Autor: Md. Isabel Jaramillo

4.2. Análisis Cualitativo

Para el análisis cualitativo se usó la etnografía como método de investigación. Se realizó un total de 26 entrevistas semiestructuradas hasta saturar información y poder escoger informantes estratégicos para realizar 9 historias de vida. Adicionalmente se tomó información de 5 entrevistas aleatorias a personal de la fundación (maestros, pediatras, psicólogos) y del diario de campo realizado por la investigadora.

4.2.1. Perfil de los informantes

Tabla 12. Perfil de Informantes. Entrevistas semiestructuradas e historias de vida (parte 1)

N°	Informante	Tiempo en Ecuador	Perfil
1	H11DMAE	**5 meses**	Paciente de 11 años procedente de Portuguesa, padres separados. Presenta depresión moderada y estado de ansiedad.
2	M14DSAE	**1 mes**	Paciente de 14 años procedente de Portuguesa, padres divorciados. Presenta depresión severa y estado de ansiedad.
3	M14DLAE	**7 meses**	Paciente de 14 años procedente de Mérida, padres separados. Presenta depresión leve y estado de ansiedad.
4	M12DLAE	**8 meses**	Paciente de 12 años procedente de Carabobo. Presenta depresión leve y estado de ansiedad.
5	H10DMAE	**1 mes**	Paciente de 10 años procedente de Distrito Capital. Presenta depresión moderada y estado de ansiedad.
6	M11DLAE	**6 meses**	Paciente de 11 años procedente de Sucre. Padres separados. Presenta depresión leve y estado de ansiedad.
7	H14SDAE	**2 años**	Paciente de 14 años procedente de Portuguesa. Vive con su madre. Presenta estado de ansiedad, no depresión.
8	H14SDAE	**6 meses**	Paciente de 14 años procedente de Carabobo. Viene con su abuela desde el nacimiento. Presenta estado de ansiedad, no tiene depresión.
9	M17DMAE	**6 meses**	Paciente de 17 años procedente de Portuguesa. Vive con su cónyuge y su madre. Presenta depresión moderada y estado de ansiedad. Embarazo 8 meses.
10	M16DLSA	**5 meses**	Paciente de 16 años procedente de Portuguesa. Vive con su madre, dos hermanos, y 13 personas sin relación parental. Presenta depresión leve.
11	M11SDSA	**1 año**	Paciente de 11 años procedente de Carabobo. Vive con su padre y madre. No presenta trastorno de ansiedad ni depresión.
12	M10SDAE	**1 mes**	Paciente de 10 años procedente de Carabobo. Vive con su madre, tíos, primos y amigos. Presenta estado de ansiedad, no depresión.
13	H11SDSA	**1 año**	Paciente de 11 años procedente de Miranda. Vive con su madre. No presenta ansiedad ni depresión.
14	H12SDSA	**6 meses**	Paciente de 12 años procedente de Zulia. Vive con su madre. No presenta ningún trastorno de ansiedad o depresión.
15	H15SDAE	**8 meses**	Paciente de 15 años procedente de Táchira. Vive con su madre, su padre se encuentra en Perú. Presenta estado de ansiedad, no presenta depresión.
16	M11SDAR	**5 meses**	Paciente de 11 años procedente de Zulia. Vive con su padre y madre. No presenta depresión, presenta ansiedad rasgo.

Fuente: Datos de la investigación, 2019
Autor: Md. Isabel Jaramillo

Tabla 12. Perfil de Informantes. Entrevistas semiestructuradas e historias de vida (parte 2)

N°	**Informante**	**Tiempo en Ecuador**	**Perfil**
17	M11SDAE	**7 meses**	Paciente de 11 años procedente de Lara. Vive con su madre, tíos, una prima y dos amigos de la familia. No presenta depresión, tiene estado de ansiedad.
18	H14SDAR	**7 meses**	Paciente de 14 años procedente de Miranda. Vive con su madre y 2 tíos. Presenta ansiedad rasgo, no depresión.
19	H11SDAR	**8 meses**	Paciente de 11 años procedente de Táchira. Vive con sus padres. No presenta depresión, posee rango de ansiedad.
20	H11SDAE	**3 meses**	Paciente de 11 años procedente de Sucre. Vive con su madre y su padre. Presenta estado de ansiedad, no depresión.
21	H13SDAR	**5 meses**	Paciente de 13 años procedente de Distrito Capital. Vive con su madre y una tía. Presenta rasgo de ansiedad, no presenta depresión.
22	M14SDSA	**7 meses**	Paciente de 14 años procedente de Mérida. Vive con su madre. No presenta trastorno de ansiedad o depresión.
23	H11SDAE	**7 meses**	Paciente de 11 años procedente de Sucre. Vive con su madre y unos tíos. No presenta depresión, presenta estado de ansiedad.
24	M12SDSA	**8 meses**	Paciente de 12 años procedente de Táchira. Vive con madre, padre y hermano menor. No presenta depresión ni ansiedad
25	M11SDSA	**6 meses**	Paciente de 11 años procedente de Sucre. Vive con su padre. No presenta ni ansiedad ni depresión
26	H12SDAE	**7 meses**	Paciente de 12 años procedente de Miranda. Vive con sus padres. No presenta depresión, si tiene estado de ansiedad.

Fuente: Datos de la investigación, 2019
Autor: Md. Isabel Jaramillo

4.2.2. *Definición de categorías y subcategorías utilizadas para la integración de información*

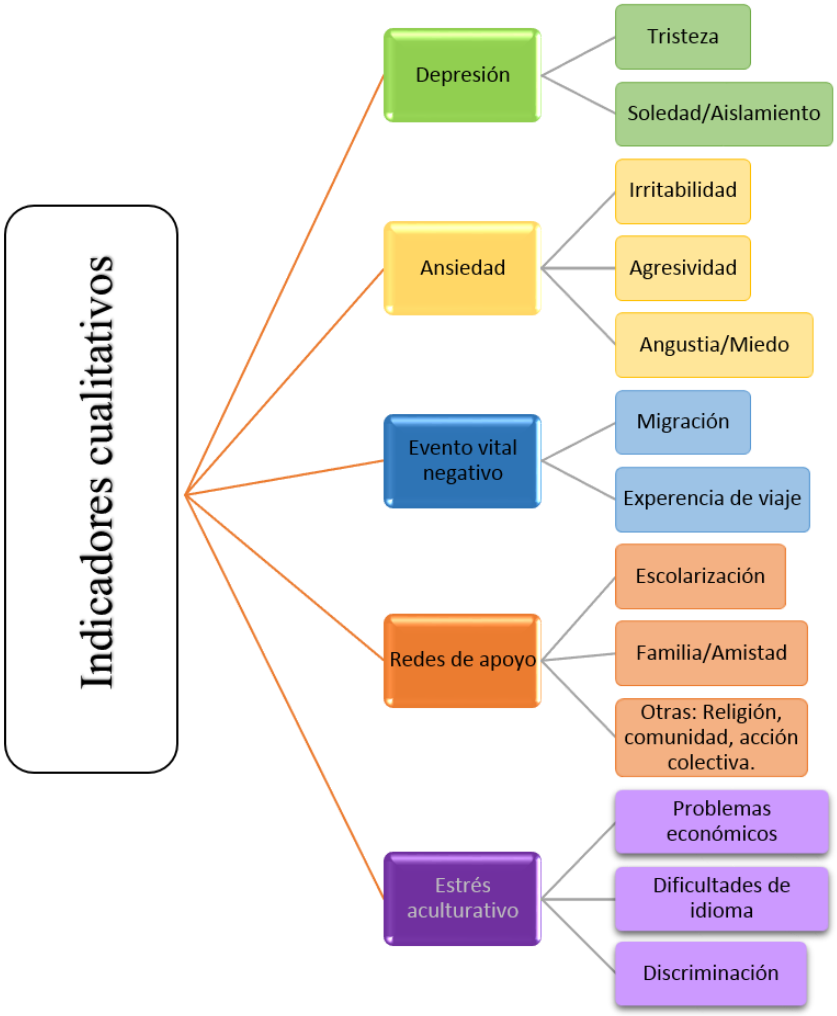


Figura 1. Indicadores cualitativos. Categorías y subcategorías (Realizado por la autora)

Tabla 13. Indicadores cualitativos. Definición de subcategorías

N°	Subcategorías	Definición conceptual
1	Tristeza	Afectación del estado de ánimo debido a un suceso desfavorable manifestado por tendencia al llanto, anhedonia, pérdida de interés, estado de ánimo pesimista, insatisfacción.
2	Soledad/Aislamiento	Sentimiento de tristeza que provoca carencia de compañía y pérdida de contacto con otros individuos, de manera voluntaria o involuntaria.
3	Irritabilidad	Respuesta negativa y exagerada ante cierta situación que enfrentan en la vida.
4	Agresividad	Respuesta disfuncional ante la situación de vida que enfrentan, comportamiento perturbador que puede causar daño.
5	Angustia/miedo	Sensación de intranquilidad intensa causada por un peligro real o no, por una amenaza o por algo desagradable.
6	Migración	Desplazamiento de país o residencia de origen a un lugar completamente nuevo para establecerse definitiva o temporalmente e iniciar una nueva experiencia de vida.
7	Experiencia de viaje	Anécdotas y vivencias de viaje para cambio de residencia dentro del contexto migratorio.
8	Escolarización	Práctica educativa formal e institucionalizada.
9	Familia/Amistad	Existencia de relación o separación con progenitores, amigos y familiares dentro la nueva experiencia de vida, en Ecuador.
10	Otras: Religión, comunidad, acción colectiva	Prácticas sociales, comunitarias o religiosas cuyo único fin es hacer comunidad y dar soporte emocional y psicosocial.
11	Problemas económicos	Situación económica problemática que impide el acceso adecuado a educación, vivienda, salud y servicios básicos, como desempleo o remuneración económica por debajo del salario básico unificado.
12	Dificultades de idioma	Presencia de barreras, obstáculos o dificultades para comunicarse por variaciones en el idioma y términos puntuales diferentes entre Ecuador y Venezuela.
13	Discriminación	Trato diferente que causa malestar e incomodidad a la persona que lo recibe por diferencias de raza, nacionalidad y otras.

4.2.3. Experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos con trastornos de ansiedad y depresión.

A través de la etnografía, a continuación se presenta la información más reveladora e indicativa de las categorías y subcategorías seleccionadas en la presente investigación, con el fin de identificar patrones conductuales relacionados con la experiencia de vida en el contexto migratorio de niños, niñas y adolescentes, así como de sus cuidadores. Se presenta, como se mencionó anteriormente, la información obtenida de 26 entrevistas semiestructuras y 9 historias de vida de informantes que han sido diagnosticados con trastorno de ansiedad o depresión, además de 5 entrevistas aleatorias a cuidadores y colaboradores de la Fundación “Chamos venezolanos en Ecuador” sujeta al estudio.

4.2.3.1. *“Salir de mi país fue lo más triste que me ha pasado en la vida, extraño mi familia”.*

Depresión: tristeza, soledad, aislamiento

La depresión, un trastorno psiquiátrico, se caracteriza por cambios de conducta, sentimientos de tristeza y culpa, acompañada de pérdida de interés, dificultades de comunicación, sensación de cansancio e invalidez, aislamiento, soledad y pobre autoestima (OMS, 2018a). En pediatría los síntomas del trastorno depresivo pueden ser muy versátiles, inespecíficos, etéreos o somatizados.



Figura 2. Depresión: Tristeza, soledad, aislamiento. Elaborado: WordSalad Autor: Md. Isabel Jaramillo

La figura 2 muestra como en distintas palabras se encuentran signos de tristeza, melancolía, soledad y depresión, como: extraño, lloro, lágrimas, ofensas, solo/a, miedo, vacío, peor, duro, triste, aíslan, desanimado, entristece, arrepiento. Además se evidencia palabras con un significado importante como amigos, mamá, abuela, familia, comer, comida, quiero y vida, tras estas palabras hay un gran significado de aquello que es lo que más afecta a los niños, niñas ya adolescentes que padecen trastornos depresivos y al mismo tiempo el rol sustancial que juegan como factores protectores. Estos términos de familia, vida y amigos trasmiten lo que más les aflige, aquello que les causa sensación de soledad o aislamiento y en algunos casos también aquello que da calma a los informantes, esto es significativo ya que los niños a menor edad transmiten de diversas maneras sus sentimientos negativos o depresivos, muchos usan mecanismos protectores y expresan de manera contraria o referida sus sentimientos a lo que comúnmente haría una persona adulta o con una personalidad totalmente formada. Un niño que sabe que para vivir necesita comer y dormir, teniendo que dormir en la calle mientras este junto a sus padres no refería quizás como esto lo afecta, más si podrá referir lo bien que se siente tener comida, es decir que generan ideas paralelas para evitar la negación, aun cuando se encuentren cursando una patología psicoafectiva.

En los siguientes fragmentos de los relatos de los niños, niñas y adolescentes podemos apreciar más elementos relacionados a esta categoría y sus subcategorías:

→ *"En Venezuela todo era un caos, no había que comer, moría del hambre, no había luz, no había aire acondicionado, no había nada, todo era caro… Me siento solo… Me tratan mal, me hacen chistes malos, ridículos, se burlan de mi acento o me dicen ofensas sobre mi país"* (Testimonio de niño de 10 años, presenta depresión moderada y estado de ansiedad)

→ *"Mi mamá era mi mejor amiga, ya no porque me obligo a venir, todo cambió cuando vinimos… ahora me arrepiento de estar aquí, es triste y me siento sola, no tengo a mi*

abuela, ni mis hermanos, ni mis amigas, no tengo nada" (Testimonio de adolescente mujer de 14 años con depresión leve y estado de ansiedad)

→ *"Vivir aquí no me gusta…. paso solo todo el día… mi mamá me deja comida, esa es la mejor parte, aquí puedo comer pizza, croquetas, pollo"* (Testimonio de niño de 10 años, presenta depresión moderada y estado de ansiedad)

→ *"Cuando recuerdo Venezuela, extraño todo, mis hermanos, mi familia, mi país porque yo nací ahí, yo me crie ahí. Es triste recordar… Aquí siempre tenemos comida y estamos más seguros, más tranquilos"* (Testimonio de adolescente varón de 14 años con trastorno de ansiedad)

Los relatos expresan vivencias actuales y que es lo que más puede llevar a la sensación de tristeza, soledad y desencadenar trastorno depresivo. Muchos informantes demuestran que lo más importante es un adecuado círculo social y familiar para disminuir aquellos sentimientos negativos, de desesperanza y de aislamiento. Al parecer lo que más condiciona preocupación y ha mejorado en Ecuador es el acceso a comida, muchos niños, niñas y adolescentes añoran su país en casi su totalidad y demuestran que estar lejos de su territorio natal es una experiencia en definitiva deprimente, sin embargo el hecho de tener comida y a su red familiar cerca, es un factor protector, el tener comida disminuye la negación del duelo migratorio y mejora su aceptación.

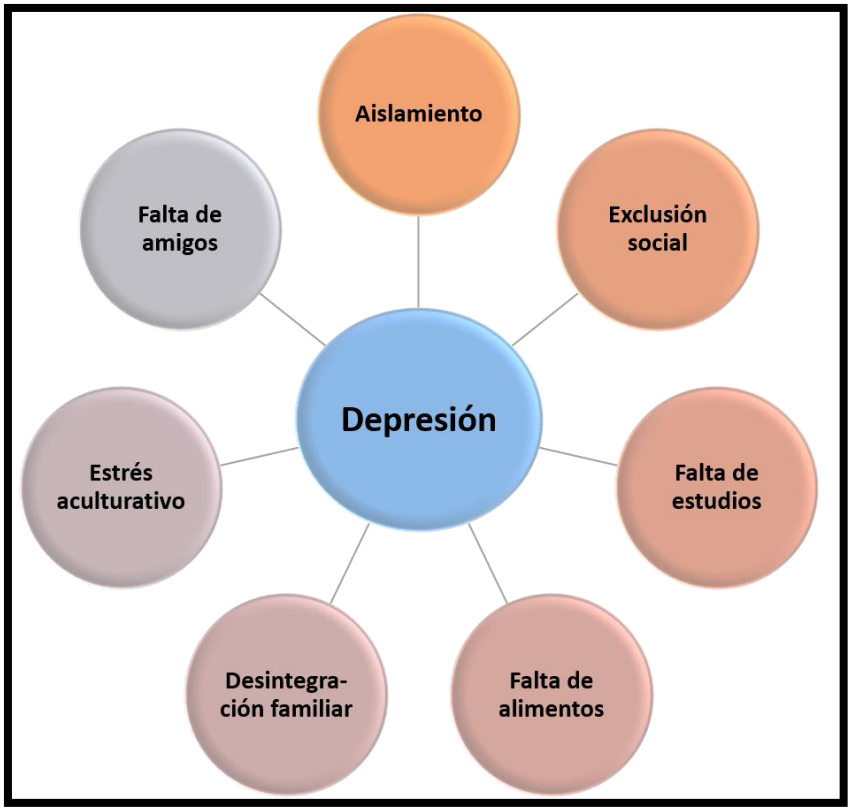


Figura 3. Factores que inciden sobre depresión. Elaborado por la autora.

Existen ciertos detonantes intrínsecos y extrínsecos del trastorno depresivo, de acuerdo con el modelo de enfermedad – salud de Browne (Giddens, 2004) en el caso de la población en situación de movilidad humana, los problemas de convivencia, estrés aculturativo, la migración per sé cómo acontecimiento negativo, los conflictos o abandono familiar, la falta de alimentación, de vivienda adecuada, el aislamiento social y la exclusión son factores cardinales en el desarrollo de depresión. (Figura 3)

4.2.3.2. **"En Venezuela todo era un caos, no había que comer, moría del hambre".**

Ansiedad: Irritabilidad, agresividad, angustia/miedo

El trastorno de ansiedad en la población pediátrica engloba un subgrupo de patologías y fobias, las más comunes son la ansiedad por separación y la ansiedad generalizada, si bien en éstas, así como en las otras patologías que abarca el trastorno de ansiedad, la etiología o

factor desencadenante son diferentes, la clínica es muy similar, y es que estos trastornos se caracterizan por una sensación de angustia excesiva que puede desencadenar alteraciones somáticas y cognitivas dependiendo del nivel de ansiedad que posea el individuo afectado.

Existen múltiples factores que actúan como gatillo en el padecimiento de los trastornos de ansiedad, en la población infanto-juvenil factores como bajo nivel socioeconómico, personalidad introvertida, alteraciones de comportamiento, padres autoritarios, apego inseguro o excesivo, experiencias desagradables o eventos traumáticos. Los niños pueden expresar la ansiedad como trastorno ante ciertas situaciones de diversas maneras, como con irritabilidad, agresividad, sensación de miedo, angustia o preocupación excesiva ante el desempeño escolar o deportivo, inseguridad o sentido de responsabilidad y perfeccionismo excesivos.

Como se puede observar en la siguiente nube de palabras (figura 4), las palabras centrales son primero en torno al estudio como estudiar, estudio, colegio y después en relación a la alimentación como comida y comer. Existen otras palabras que también denotan importancia como son Venezuela, trabajar, futuro, e inseguridad. Todo esto nos traduce que aquellas situaciones vivenciales de inseguridad, la falta de alimentos y el pasar de ser estudiante a ser nada y en ocasiones tener que trabajar, son el gatillo para padecer ansiedad y el hecho de migrar si bien mejora algunas de estas influencias materiales, como lo es el acceso a la comida, no modifica a todas, y el no tener acceso a la educación es un factor crucial que incide en el desarrollo de esta psicopatología.



Figura 4. Ansiedad: Irritabilidad, agresividad, angustia/miedo. Elaborado: WordSalad Autor: Md. Isabel Jaramillo

En el análisis de las historias de vida de los niños, niñas y adolescentes de la presente investigación, se hace notorio que el estudio y la falta de comida son los detonantes más importantes en los trastornos de ansiedad, además coinciden vivencias de inseguridad en Venezuela lo que causa angustia y miedo excesivos, como se muestra en los siguientes relatos:

→ *"Mi ciudad era un poco peligrosa, ahora las cosas son peor chama, mucha delincuencia porque no hay comida, no hay trabajo, no hay agua, no hay medicina"* (Testimonio de adolescente mujer de 12 años, con depresión leve y estado de ansiedad)

→ *"Quiero estudiar para ser un gran deportista de un club importante, pero ni loco regreso a Venezuela, aquí puedo comer bien"* (Testimonio de niño de 10 años con depresión moderada y estado de ansiedad)

→ *"Aquí en Quito siempre tenemos comida y estamos más seguros, más tranquilos, en Venezuela hacia mucha inseguridad en las calles, no había como salir"* (Testimonio de adolescente varón de 14 años con estado de ansiedad)

→ *"Si no ingreso a estudiar, estoy decidido a volver, el estudio es lo más importante en una persona y sin eso no voy a ningún lado, yo no quiero eso para mi futuro, quiero ser bombero, echarle pichón"* (Testimonio de adolescente varón de 14 años con trastorno de ansiedad)

→ *"Espero pronto poder volver a estudiar, me vine faltando 3 meses para acabar Quinto. Siento que no graduarme, tener que dejar mis estudios y ponerme a trabajar ha sido un fracaso en mi vida"* (Testimonio de adolescente de 17 años mujer con depresión moderada y estado de ansiedad)

Se resumen aquellos factores que inciden en la presencia de los trastornos de ansiedad en el siguiente gráfico (figura 5 - modelo sistémico de salud enfermedad de Giddens, 2004):

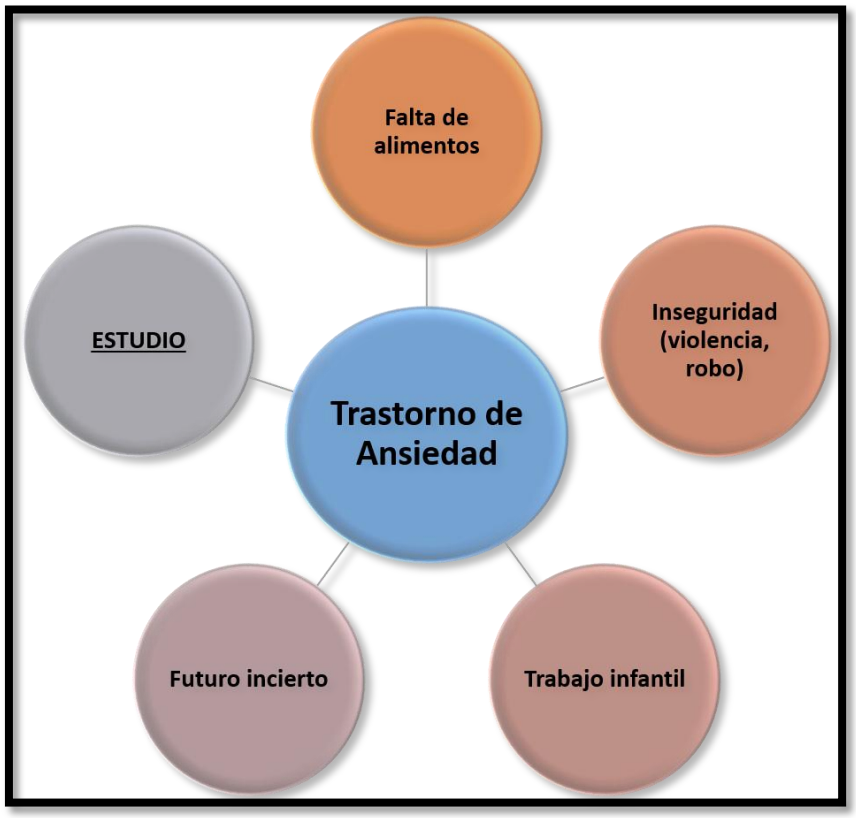


Figura 5 Factores que inciden sobre el trastorno de ansiedad. Elaborado por la autora

4.2.3.3. **"Venir fue mucho estrés, un cambio de vida total, uno se paraba en Venezuela a estudiar, aquí uno se para es a trabajar".**

Evento vital negativo: Migración, experiencia de viaje

La migración puede abarcarse desde diversos enfoques para determinar si esta experiencia ha sido gratificante o todo lo contrario. Existen ciertas circunstancias que pueden hacer de la experiencia del viaje un acontecimiento desagradable, como por ejemplo falta de comida durante el viaje, esfuerzo físico para movilizarse extenuante, malos tratos por los lugares que el migrante va recorriendo, el tiempo de viaje, delincuencia, entre otros. También la experiencia migratoria se verá afectada por factores que influyen desde el

origen de la causa migratoria sea esta social, económica u otra hasta las nuevas vivencias y la calidad de vida que encuentre el migrante en el nuevo lugar de origen, como por ejemplo el acceso a salud, educación, trabajo y comida.

De la figura 6, se debe resaltar primero, que los informantes despuntan la importancia de la familia en el proceso migratorio, en su mayoría van acompañados de su padre, madre y hermanos, en otros casos hay segregación familiar sea porque parte de la familia se queda en Venezuela o van a otros países como Perú y Colombia. Segundo se observa los sentimientos y sensaciones generados en la experiencia de viaje, como son estrés (tensión), tristeza, llanto, tranquilo, extraño, duro, dolor. Y tercero es evidente que el viaje de los niños, niñas y adolescentes en los que se ha enfocado la presente investigación está cargado de experiencias afortunadas durante su espera en el "puente", al pasar por la "trocha" o recorrer diversos caminos, sin pasar hambre ni frio.



Figura 6. Evento vital negativo: migración, experiencia de viaje. Elaborado: WordSalad Autor: Md. Isabel Jaramillo

Para los individuos de la presente investigación la experiencia de viaje en su gran mayoría fue positiva, hubieron casos puntuales de robo, sin embargo todos coinciden en que el viaje dura alrededor de 5 días, se camina muy poco y si lo hacen es por caminos ilegales llamados trochas en la zona fronteriza de Venezuela-Colombia, sin pasar hambre ni otra incomodidad física, pero tras esta máscara de un buen viaje se esconden sentimientos profundos de dolor y tristeza por dejar un país que hacen de este evento migratorio un evento negativo, y si profundizamos aún más, analizando las circunstancias en las cuales se encuentran viviendo hoy en día tras este proceso migratorio, en hacinamiento, sin estudios, algunos trabajando expuestos a las calles, sufriendo desintegración familiar, tropezamos con desencadenantes negativos para la experiencia migratoria (figura 7), sin dejar de lado aquellos elementos positivos como son el mejor acceso a alimentación y a seguridad que dieron a notar todos los informantes. A continuación se muestran extractos de los relatos respecto a esta categoría y subcategorías cualitativas:

→ *"Yo no estoy aquí porque quiero, estoy aquí porque mi papá aquí tiene trabajo, tenemos comida y agua y luz, cosas que ya no habían en Venezuela"* (Testimonio de adolescente mujer de 14 años con depresión leve y estado de ansiedad)

→ *"Mis papás ahora son separados, se separaron en Perú, peleaban mucho. Sé que mi Apá está en Colombia ahora, no he hablado con él desde hace un año"* (Testimonio de varón de 12 años con trastorno de ansiedad)

→ *"Viajamos 7 días en bus…llegamos y fuimos donde mi tía, como 15 eso no me gustaba porque pasaba todo el día ahí con mucha gente sin poder ir al Liceo"* (Testimonio de mujer de 12 años con estado de ansiedad)



Figura 7. Desencadenantes de evento vital negativo (migración). Elaborado por la autora

4.2.3.4. "Aquí no estudio, trabajo vendiendo chupetes en la calle, en el semáforo".

Redes de apoyo: Escolarización, familia/amistad, religión, comunidad, acción colectiva

Para caracterizar al evento migratorio como positivo o negativo y su influencia sobre la presencia de ansiedad y depresión, es fundamental la presencia de redes de apoyo, entendiéndose a estas como toda condición o variable que favorecen el bienestar y la salud de un individuo y, que a su vez, lo desvían de factores de riesgo generadores de vulnerabilidad de la salud mental. Es así que las redes de apoyo empiezan en casa, con una familia completa o cerca, la presencia de amigos, la accesibilidad a atención sanitaria de calidad y oportuna, actividades comunitarias o de acción colectiva, pertenecer a un grupo religioso, asistir a un trabajo formal o instituto de estudios. En la actual investigación los datos son muy reveladores.

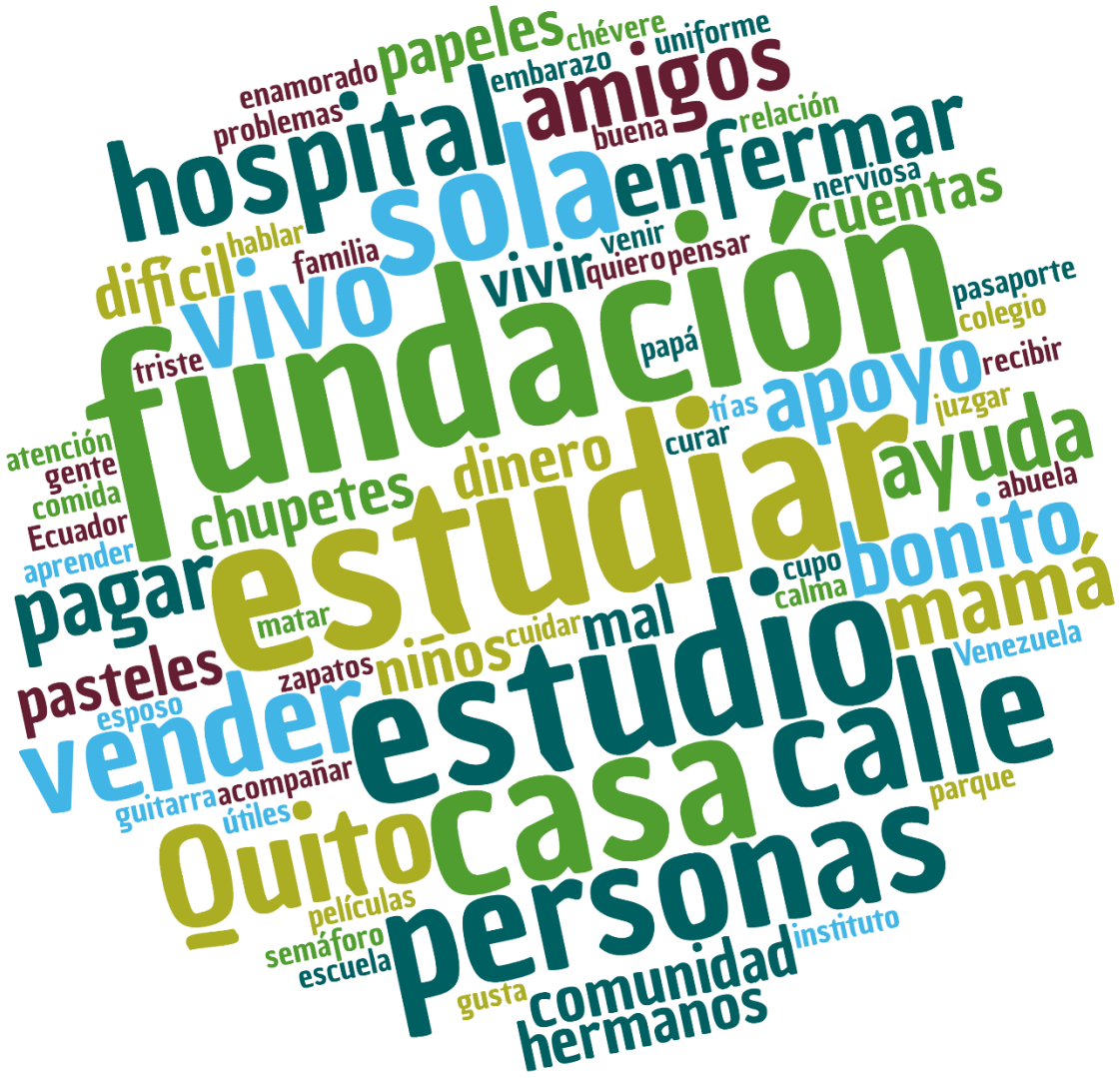


Figura 8. Redes de Apoyo: Escolarización, familia/amistad, religión, comunidad, acción colectiva. Elaborado: WordSalad Autor: Md. Isabel Jaramillo

Como se puede notar en la nube de palabras (Figura 8), los niños, niñas y adolescentes tienen como red de apoyo principalmente a la Fundación a la que acuden a realizar diversas actividades como las aulas móviles, además muchos de ellos encuentran apoyo en sus padres o hermanos, en aquellos casos en los que el proceso migratorio los has mantenido juntos y no ha desintegrado la familia, algo indudable es que entre la población migrante tenga o no consanguinidad hace comunidad para darse apoyo entre ellos respecto a gastos de vivienda y comida, esto es una fuerte red de apoyo. Al acudir en busca de atención médica los relatos son diversos, hay quienes sienten haber recibido verdadero apoyo ante

una enfermedad y hay quienes no han sentido soporte. Por otro lado es notorio lo primordial que es el estudio para esta población y en sus relatos destaca la importancia de la escolarización formal como red de apoyo, que en esta población la misma se encuentra quebrantada pues la gran mayoría de la población infantil migrante no estudia y se encuentra en situación de calle o abandono domiciliario, permanecen en casa mucho tiempo solos; Siendo así la escolarización un fuerte factor de riesgo para padecer trastornos de salud mental. A continuación se exponen ciertos relatos que dejan en evidencia el funcionamiento de sus redes de apoyo:

→ *"Aquí vivo con muchas personas... Todos nos apoyamos, entre todos pagamos la renta, el agua, la luz, la comida, así que nunca falta y puedo comer bien, si se rompe algo todos pagamos, somos comunidad"* (Testimonio de adolescente mujer de 12 años con depresión y ansiedad)

→ *"Paso sola, no tengo a mi abuela, ni mis hermanos, ni mis amigas, no tengo nada. Mi mamá se va temprano a vender pasteles y llega, me la paso encerrada"* (Testimonio de adolescente mujer de 14 años con depresión severa y estado de ansiedad)

→ "*Actualmente no estoy estudiando, porque no tengo papeles, vengo a la Fundación para aprender, me gusta venir aquí*" (Testimonio de niña de 11 años con trastorno de ansiedad)

→ "*Yo venía pensando que mejorarían las cosas, principalmente el estudio, pero no he podido estudiar por dinero… mi mamá hace tortas y salimos a vender los dos*" (Testimonio de adolescente varón de 15 años con trastorno de ansiedad)

En la figura 9 se evidencian aquellos determinantes positivos o negativos como redes de apoyo.

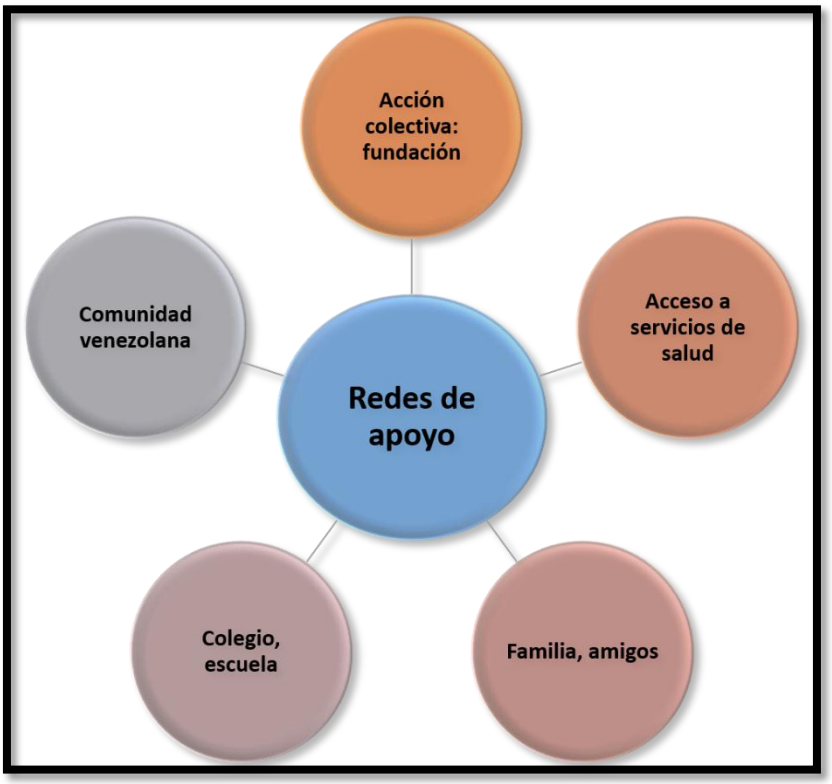


Figura 9. Redes de apoyo. Elaborado por la autora

4.2.3.4. "Nos juzgan sin saber la gotera de cada quien en su casa".

Estrés aculturativo: Problemas económicos, dificultades de idioma, discriminación.

Un adecuado proceso migratorio requiere entre otras cosas ya antes mencionadas, adecuadas competencias culturales para conseguir una mejor adaptación al nuevo medio de desenvolvimiento. Es crucial también que dentro del proceso de aculturación, independientemente de la etapa de vida en la que se encuentre el individuo migrante, sea niño, joven o adulto, además de una adecuada interacción cultural, se cuente con bienestar psicológico, adecuados ingresos económicos para mantener una calidad de vida digna. Todos estos factores considerados como influyentes positivos para disminuir el estrés aculturativo se ven afectados en los informantes de la presente investigación. De acuerdo con la figura 10, las palabras más renombradas son gente, calle, juzgar, tratan, ofensas, mal, migrante, dinero, sentir, estudiar, vender, encerrado, apoyo, ayuda. Estas palabras nos

traducen que el proceso migratorio en esta población se ve muy afectada por estrés aculturativo, ya que, primero sufren constantemente de comentarios xenofóbicos y discriminadores; segundo perciben salarios muy por debajo de lo mínimo necesario, su fuente de ingresos es el trabajo informal en la calle; y tercero el quebrantamiento a los derechos de esparcimiento y desarrollo educativo y psicosocial. Son niños, niñas y adolescentes que si no se encuentran en situación de calle, se encuentran solos y encerrados gran parte del tiempo.



Figura 10. Estrés aculturativo: Problemas económicos, dificultades en el idioma, discriminación. Elaborado: WordSalad Autor: Md. Isabel Jaramillo

Para conocer más de cerca el enfoque del estrés aculturativo en los niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos, se revelan ciertos fragmentos anecdóticos de sus experiencias de vida durante la migración:

→ "*No estoy estudiando por mi embarazo, vendo chupetes en la calle, los ecuatorianos nos tratan mal, nos juzgan por simplemente salir a hacer algo para vivir*" (Testimonio de adolescente mujer de 17 años con depresión moderada y estado de ansiedad)

→ *"Mi Amá trabajaba en una panadería pero le pagaban muy poco no alcanzaba, llegaba cansada y además le trataban mal por ser Venezolana"* (Testimonio de niña de 11 años con estado de ansiedad)

→ *"No tengo amigos, solo a mi papá, no tengo mi guitarra, paso sola encerrada"* (Testimonio de niña de 12 años con depresión leve y estado de ansiedad)

→ *"La gente en la calle, se da cuenta que somos extranjeros y te miran feo, no te saluda, o te gritan Venezolano de tal y cual ándate a tu país!, la gente es racista"* (Testimonio de adolescente mujer de 14 años con depresión leve y estado de ansiedad)

Cabe mencionar que durante la investigación, se observó que como parte de la aculturación que viven los informantes van perdiendo léxicos coloquiales con el fin de adaptarse al nuevo entorno.

En la figura 11 se evidencia como diversos factores influyen en el padecimiento de estrés aculturativo.



Figura 11. Desencadenantes de estrés aculturativo. Elaborado por la autora

4.2.4. *Limitantes de información*

- En la Fundación fue difícil obtener diversidad de población por edades, existen mayoritariamente niños de 10.-12 años, por lo que se requirieron varios eventos sociales propios de la Fundación para el levantamiento de información.

- El método etnográfico, las historias de vida fueron un instrumento de arduo trabajo por parte de la investigadora, ya que no se encontraba familiarizada con este método cualitativo.

- Fue complejo obtener información de los niños, niñas y adolescentes de menor edad, por su capacidad limitada para expresar todo lo que abarca una historia de vida, se solicitó a la Fundación durante el proceso, la posibilidad de realizar jornadas de arte con el fin de recabar mayor información para enriquecer el trabajo y se obtuvo una negativa, por garantizar la integridad de los niños, niñas y adolescentes.

Capítulo V
DISCUSIÓN

Los trastornos de ansiedad y depresión son patologías mentales frecuentes en la población infantojuvenil. Existen diversos detonantes de estas patologías. Actualmente la población venezolana vive situación de crisis humanitaria lo que ha causado una ola migratoria significativa, donde los niños, niñas y adolescentes son la población más vulnerable. El proceso migratorio per se, la presencia de estrés aculturativo y la falta de redes de apoyo repercuten directamente en su la salud mental.

No existen estudios similares a la presente investigación. Sin embargo para poder analizar algunos resultados, se tomarán estudios referenciales.

Se evaluaron 36 niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años, de la población sujeta al estudio el 27,8% presentó depresión y el 58,3% presentó ansiedad. En contraparte un estudio realizado en la ciudad de Cuenca en 38 niños de 7 a 11 años, hijos de padres migrantes reveló sintomatología depresiva en el 15,8% de la población, sin embargo el contexto migratorio en esta población es diferente, fueron sus padres quienes migraron a países como España y Estados Unidos. (Bermeo, 2017). Por otro lado Albuja y colaboradores realizó un estudio en el 2005 a 22 niños hijos de padres migrantes de 6 a 12 años en busca de depresión infantil en Quito y obtuvieron una prevalencia de depresión de 36,3% (Albuja et al., 2009), nuevamente este estudio se realizó en otro contexto migratorio, pero pone en la mira la ligera similitud en la prevalencia de esta patología mental.

Hovey y King (1996) estudiaron 70 jóvenes migrantes latinos residentes en el sur de California, y encontró niveles críticos de depresión e ideación suicida correlacionados con estrés aculturativo en la cuarta parte de la población, sin embargo esta investigación reveló que el estrés aculturativo en estos jóvenes estaba determinado directamente por el cambio de cultura, y al contrario de los hallazgos de la presente investigación ellos contaban con una red de apoyo familiar adecuada y grupal en el centro de estudios. (Hovey & King, 1996) Hilario y colaboradores en su revisión sobre salud mental y jóvenes migrantes de diferentes partes del mundo, analizaron 14 estudios con 14 pacientes de 10-19 años,

quienes presentaron altas tasas de estrés mental, problemas emocionales y de comportamiento, depresión y ansiedad, a pesar de ello en estas poblaciones las culturas son diferentes (Hong Kong, China, Filipinas, y otros) y los estudios son de tipo cuantitativo. (Hilario et al., 2015).

Al analizar depresión y ansiedad en su conjunto, se puede mencionar los siguientes estudios, todos estos en población adulta. El primero investigo sobre estos trastornos en migrantes del tercer mundo residentes en Granada, España y obtuvo que el 53% de la población presentó ansiedad y el 11% depresión. (Navarro & Rodríguez, 2003) El segundo estudio analizado también se realizó en población migrante adulta en España, se estudiaron 27 pacientes con edad promedio de 32 años y se obtuvo que el 51, 9% presentó ansiedad y el 40,7% depresión. (Barro et al., 2004). La tercera investigación valoró el estado de salud mental y estrés aculturativo en 431 migrantes adultos (18-65 años) peruanos y colombianos en Chile en el 2016, halló que el 22% de población colombiana y el 14% de población peruana padecía síntomas ansiosos depresivos.(Urzúa, et. al., 2016). De esto se puede concluir que la población migrante en general es propensa a sufrir trastornos de salud mental, principalmente ansiedad, como es el caso de la presente investigación, sin embargo se debe recalcar que los estudios mencionados no son en población infantojuvenil.

En contraste con lo encontrado en la fase cualitativa de esta investigación, la etnografía nos indica que la población infantojuvenil migrante en extremadamente vulnerable. El proceso migratorio afecta a todas las personas que atraviesan esta vivencia en muchas esferas.

En el ámbito mental, la migración cuando se manifiesta con depresión y ansiedad en el caso de los niños, niñas y adolescentes se presenta con diferentes reacciones, desde una sonrisa o sensación de felicidad ficticia, inhibición, hasta agresividad. La depresión se manifiesta cuando los migrantes viven en aislamiento o sufren de exclusión social, no poseen amigos, tiene un pobre ingreso económico o escaso acceso a alimentos, además la desintegración familiar producto del proceso migratorio influye directamente sobre la

presencia de depresión, y como se demuestra en los relatos, muchas familias venezolanas se han visto inmensamente afectadas por la segregación familiar. Otros factores desencadenantes de depresión en el grupo investigado y que se puede extrapolar a la realidad actual es la falta de estudios formales.

Los trastornos de ansiedad en migrantes se pueden desencadenar de acuerdo a la etnografía, principalmente por el limitado acceso a alimentos en su país de origen, la violencia de la que son víctimas durante todo el proceso migratorio como es la delincuencia. Otros factores para esta patología son la situación de calle y el trabajo infantil al que se encuentran sometidos, la sensación de un futuro incierto negándoles la capacidad de soñar o plantearse metas personales y la falta de estudios es una de las principales causas para este trastorno de salud mental.

Por otro lado al investigar sobre la migración como evento vital negativo, se encontró que la experiencia de viaje no ejerce efecto perjudicial sobre el proceso migratorio, exceptuando ciertos casos puntuales de delincuencia / robo durante el viaje, lo que si se pudo observar es que el mismo hecho de abandonar el territorio natal y ciertas vivencias o circunstancias posteriores al traslado de un territorio a otro, como la desintegración familiar, el llegar a un país a vivir en hacinamiento, a exponerse a la calle y al trabajo infantil y la falta de estudio son elementos nocivos para los niños, niñas y adolescentes para sus experiencias de viaje y de todo el proceso migratorio.

Testimonios apreciables se obtuvieron al analizar las redes de apoyo, lo que aporta que la educación formal es la principal red de apoyo para esta población tan frágil, red de apoyo que disminuye el riesgo de padecer ansiedad, sin embargo la gran mayoría de informantes no está incluido en el sistema escolar del país, son niños, niñas y adolescentes privados de escuelas y colegios. Otras redes de apoyo son las acciones colectivas como fundaciones, el apoyo familiar generando un impacto devastador en aquellas familias que a fuerza de la crisis migratoria se han desintegrado, el acceso oportuno y cálido a servicios de salud, en este apartado cabe mencionar que la población sujeta a estudio cuando se enferma acude de primera mano a entidades de salud pública y las experiencias han sido diversas, desde falta de atención hasta recibir la misma con calidez, no se mencionaron otras redes de apoyo descritas en la literatura como son sectas religiosas y actividades culturales organizadas que

favorezcan un adecuado proceso migratorio. De las vivencias de esta población, hay que señalar la convivencia que hacen en comunidad, el apoyo que se brindan entre venezolanos que viven bajo un mismo techo, esto sin duda para muchos informantes es una fuerte red de apoyo.

Finalmente, al investigar sobre estrés aculturativo en esta población, lo más significativo que se encontró fue que las experiencias discriminatorias por xenofobia dificultan la adaptación cultural, alteran la inteligencia migratoria y favorecen el estrés aculturativo. Gran parte de los informantes tienen testimonios de haber sido víctimas de maltrato en las calles por ecuatorianos debido a su condición de migrantes. Otros factores que influyen negativamente en el estrés aculturativo son: nuevamente la condición de calle a la que se ven expuestos muchos de estos niños adolescentes, pobreza, la falta de estudios, la falta de amigos y en algunos caso el permanecer solos y encerrados en sus viviendas mientras los padres trabajan largas jornadas, la ausencia de familia cercana, y la deficiencia de acceso a servicios de salud.

CONCLUSIONES

- En la población sujeta a estudio, pese a encontrarse en situación de vulnerabilidad extrema, no se identificó depresión, únicamente el 27,8% presentó en distinto grado depresión, siendo la forma leve la más frecuente con un 16,7%. Por el contrario el trastorno de ansiedad se presentó en 58,3% del total de investigados.

- El sexo masculino es un factor protector para la presentación de depresión ($p < 0,05$).

- El proceso migratorio causa desintegración familiar en gran medida. De acuerdo con la distribución de la población estudiada, el 52,5% pertenecía a una familia nuclear en Venezuela cifra que disminuyó a 33% en Ecuador.

- Los niños, niñas y adolescentes del presente estudio, si bien son una fracción de la población infantil venezolana en Ecuador y en el resto de América Latina, se encuentran en una situación económica y social desfavorable y muy vulnerable. Tienen carencias de distintas índoles, y de éstas, la más alarmante es la falta de escolarización formal, ya que 90% aproximadamente no se encuentra estudiando.

- El estudio de variables sociodemográficas y económicas como son tipología familiar en los dos países e ingresos económicos en Venezuela y Ecuador no tuvieron relación con la presencia de depresión o ansiedad en la población sujeta a la investigación.

- Para los niños, niñas y adolescentes que residen en Ecuador que tienen depresión o ansiedad, que han iniciado una nueva etapa de sus vidas en una nueva sociedad con o sin carencias de cualquier tipo, el tiempo de estadía (sea este corto, menor de 3 meses o largo, mayor de 12 meses) no mejora la presencia de estas patologías, ni sus redes de apoyo.

- El único factor protector para disminuir o evitar el padecimiento de trastornos de ansiedad es asistir de manera regular a un instituto educativo, tal como se obtuvo en el

análisis multivariado de esta investigación. El 88,9% de la población no estudia actualmente en Ecuador y su relación con la presencia de ansiedad fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

- El proceso migratorio en niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos, es preocupante, no cuentan con redes de apoyo adecuadas, principalmente educación y muchos viven en situaciones de alta fragilidad como es la calle o en sus viviendas expuestos a peligros de índole doméstico.

- El estrés aculturativo en los individuos de la presente investigación tiene un alto impacto en su estabilidad e inteligencia emocional, ellos viven experiencias que no pueden pasar desapercibidas ya que afectan directamente su integridad.

- Las experiencias de vida en este grupo de migrantes, lo que a fuerza les ha tocado vivir, nos enseñan que la depresión o ansiedad se manifiestan en cada individuo de forma diferente, unos se aíslan o cohíben, otros reaccionan con agresividad hacia sus pares y otros construyen un mundo paralelo que solvente sus necesidades con felicidad y juego, y otros con negación total. Tiene diferentes estilos de afrontamiento a los problemas que la migración conlleva, jugar y reír es la forma más común de evadir sus problemas. Aquí definitivamente, pese a una serie de acontecimientos y situaciones desagradables como xenofobia, tiene más tranquilidad, seguridad y comida, en relación a su calidad de vida en su país de origen.

RECOMENDACIONES

Los niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos, así como sus familias, deben recibir apoyo integral por parte del Estado y la sociedad para garantizar una mejor calidad de vida, un mejor proceso de aculturación y disminuir los trastornos de ansiedad y depresión.

Los niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos, deben ser tratados como población vulnerable de manera emergente, priorizando el acceso universal a escolarización, salud y vivienda. Se recomienda generar políticas públicas claras y específicas para atender a esta población y mejorar la satisfacción sus necesidades.

El Estado, los centros de acogida y otras instituciones pertinentes deberían trabajar en el diagnóstico oportuno de trastornos de ansiedad y depresión mediante la aplicación de instrumentos rápidos, fáciles y de bajo costo, para ofrecer, en caso de ser necesario, manejo holístico de estas patologías.

La educación debe ser garantizada en toda la población migrante venezolana, se recomienda disminuir requisitos costosos y superfluos con el fin de garantizar un ámbito educativo adecuado para los niños, niñas y adolescentes procedentes de Venezuela. Además se sugiere la creación de políticas seguras y veraces para mejorar el acceso al estudio y disminuir de esta manera también el trabajo y la mendicidad infantil extranjera.

Se debería trabajar y educar a la población ecuatoriana, para disminuir los casos de xenofobia y maltrato a la población extranjera. Se recomienda el uso de normativas para garantizar los derechos de los migrantes venezolanos como personas.

La escolarización formal obligatoria para los población infantojuvenil migrante venezolana, así como la creación de otras redes de apoyo oportunas con el fin de disminuir la situación de calle, deserción escolar y aislamiento social son piezas claves en el desarrollo óptimo de la inteligencia emocional e inteligencia y también para evitar cuadros de patología mental y estrés aculturativo.

El personal de salud, debe estar preparado para brindar atención de calidad y calidez a esta población. El pediatra debe garantizar una atención individual e integral a cada niño, niña y adolescente migrante que lo requiera y de ser necesario debe canalizar toda ayuda que sea necesaria.

Se deber promover la creación de espacios culturales y de acción colectiva enfocados en brindar acogida y contención a esta frágil población, con el fin de fortalecer la inteligencia migratoria y emocional de manera saludable.

En el Ecuador este tipo de estudio es el primero en su clase en esta población tan frágil, no existen estudios similares sobre las características de vida de niños migrantes venezolanos, sin embargo aún queda mucho por ahondar en el tema, como ¿Por qué exactamente no tienen un acceso universal a los estudios formales al llegar a Ecuador? ¿Qué otras redes de apoyo específicas requieren para conseguir una mejor aculturación? ¿Qué políticas de gobierno se deben implementar con carácter de urgente para mejorar su calidad de vida de manera integral?

REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS

Achotegui, J. (2005). Estrés límite y salud mental: El Síndrome Del Inmigrante Con Estrés Crónico Y Múltiple (Síndrome De Ulises). *Sociedad Española de Neuropsiquiatría*, *21*, 39–53. https://doi.org/10.1016/S0304-4858(09)74665-7

Achotegui, J. (2012). Migration today en extreme situations. The Ulisses Syndrome Summary. *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, *30*(2), 79–86.

Achotegui, J. (2016). Salud Mental De Los Inmigrantes en el siglo XX! *Mente y Cerebro. Psicologia Social*, *3*(77), 16–24.

Agencia Peruana de noticias. (2018, May 6). Depresión y ansiedad están afectando a migrantes venezolanos en Perú. *Andina. Agencia Peruana de Noticias*.

Albuja, B., Albuja, E., & Albuja, W. (2009). Depression in children of immigrant parents. *Atención Primaria. Elsevier*, *41*(5). https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.011

APA, A. P. A. (2016). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®) / Edition 5 (Fifth). American Psychiatric Association.

Audebert, C. (2010). New migratory configurations: transnationalism/s, diaspora/s, migratory circulation. In M. Kamel (Ed.), *Migration in a Globalised World* (Primera, pp. 127–141). Amsterdam: Amsterdam University Press.

Ávila, J., & Madariaga, C. (2010). Personal nets and support dimensions in people demobilized from the armed conflict. *Psicología Desde El Caribe*, (25), 179–201.

Balazs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Apter, A., Bobes, J., Brunner, R., … Wasserman, D. (2012). Prevalence of adolescent depression in Europe. *European Psychiatry*, *27*(20), 1. https://doi.org/10.1016/s0924-9338(12)74426-7

Barro, S., Saus, M., & Fons, M. (2004). Depresión y ansiedad en inmigrantes no regularizados. *Atención Primaria*, *34*(9), 2004. https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)79538-4

Beardslee, W. R., Gladstone, T. R. G., & O'Connor, E. E. (2012). Developmental Risk of Depression: Experience Matters. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *21*(2), 261–278. https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.12.001

Beesdo, K., Knappe, S., Dipl-Psych, & Pine, D. . (2011). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am*, *32*(3), 483–524. https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002.Anxiety

Beltran, C., Freyre, M., & Hernández, L. (2012). Depression Inventory: Its validity in adolescent population. *Terapia Psicológica*, *30*(1), 5–13. https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001

Bermeo, D., & Heras, E. (2017). *"SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN LOS NIÑOS CON PADRES MIGRANTES DE LAS ESCUELAS DE LAS ZONAS URBANAS DE CUENCA."* Universidad de Cuenca.

Bose-deakins, J., & Floyd, R. (2004). A review of the Beck Youth Inventories of Emotional and Social Impairment, *42*, 333–340. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2004.06.002

Bufferd, S., Dougherty, L., Carlson, G., Rose, S., & Klein, D. (2013). Psychiatric Disorders in Preschoolers: Continuity From Ages 3 to 6. *American Journal of Psychiatry*, *169*(11), 1157–1164. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12020268.Psychiatric

Caplan, S. (2007). Latinos, Acculturation, and Acculturative Stress: A Dimensional Concept Analysis. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, *8*(2), 93–106. https://doi.org/10.1177/1527154407301751

Castrillón, D., & Borrero, P. (2005). Validación del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) en Niños Escolarizados entre Los 8 Y 15 Años. *Acta Colombiana de Psicología*, *13*, 79–90.

Comunity-University-Partnership. (2011). *Early Childhood Measurement and Evaluation Tool Review Beck Youth Inventories – For Children and Adolescents 2nd edition (BYI-II)*. Edmonton, Alberta, Canada.

Corao, D., & Mila, B. (2016). *Ansiedad , Depresión y Estilos de Afrontamiento en Venezolanos Emigrantes*. Universidad Central de Venezuela.

Costello, E. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry.*, *60*(8), 837–844.

Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. J. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, *99*(7), 674–678. https://doi.org/10.1136/archdischild-2013-303768

El telégrafo. (2018, November 6). 420 niños y adolescentes de Venezuela entran al día a Ecuador. *El Telégrafo*.

Ezpeleta, L., & Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo (Spanish Edition)* (Primera). Madrid: Pirámide.

Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2011). Prevalence and characteristics of depressive symptomatology in non clinical adolescents. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *39*(4), 217–225.

Garrido, R. (2008). Análisis de los criterios de diversidad aplicados en las reparaciones a comunidades indígenas-CIDH. *Aportes Andinos*, (23).

Giddens, A., & Sutton, P. W. (2014). Raza etnicidad emigración. In *Sociología* (pp. 756–804). Madrid.

Giménez, C. (2003). *¿QUE ES LA INMIGRACION?* (Primera). España: RBA LIBROS.

Gómez-Restrepo, C., Tamayo, N., Bohórquez, A., Rondón, M., Medina, M., Rengifo, H., &

Bautisa, N. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana , Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, *5*(x x), 1–10. https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009

Gómez, C., Hernandez, G., Rojas, A., Santacruz, H., & Uribe, M. (2008). *Psiquiatría Clínica -Diagnóstico y tratmiento en niños, adolescentes y adultos* (Tercera). Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Gotlib, I., Joormann, J., Minor, K., & Hallmayer, J. (2010). HPA axis reactivity: A mechanism underlying the associations among 5-HTTLPR, stress, and depression. *Psiquiatria Biologica*, *ELSEVIER*, *17*(1), 6–11. https://doi.org/10.1016/j.psiq.2010.01.002

Halser, G. (2010). Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians? *World Psychiatry*, *9*, 155–161.

Hammersley, M., & Atkinson, P. (2009). *Etnografia. Metodos de Investigación* (Segunda). Barcelona: Editorial Paidós.

Hilario, C. T., Oliffe, J. L., Wong, J. P. H., Browne, A. J., & Johnson, J. L. (2015). Migration and young peoples mental health in Canada: A scoping review. *Journal of Mental Health*, *24*(6), 414–422. https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1078881

Hovey, J. D., & King, C. A. (1996). Acculturative Stress , Depression , and Suicidal Ideation among Immigrant and Second-Generation Latino Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *35*(9), 1183–1192. https://doi.org/10.1097/00004583-199609000-00016

HRW. (2018). *El Éxodo Venezolano*. USA.

INEC. (2018). Población extranjera registrada en el Ecuador.

Jérez, J. (2009). *Correlación entre depresión y desempeño académico en adolescentes de padres emigrantes en el Colegio Nacional Experimental Juan Pío Montúfar y el Instituto Superior Consejo Provincial de Pichincha del Distrito Metropolitano de Quito-Ecuador en el período*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Kampman, O., Viikki, M., & Leinonen, E. (2017). Anxiety Disorders and Temperament—an Update Review. *Current Psychiatry Reports*, *19*(5), 1–8. https://doi.org/10.1007/s11920-017-0779-5

Lawrence, D., Johnson, S., Hafekost, J., Boterhoven de Haan, K., Sawyer, M., Ainley, J., & Zubrick, S. R. (2015). *The Mental Health of Children and Adolescents*.

Laws, S., & Mann, G. (2004). *Así que quiere hacer participar a los niños y niñas en la investigación?* (First). Estocolmo- Suecia: Save the Children.

Micolta, A. (2005). Teorías y conceptos asociados al estudio de las migraciones internacionales. *Trabajo Social*, (7), 59–76.

Miller, B. (2016). *Antropología Cultural* (Séptima). Madrid: Pearson Educación S.A.

Mora, D. A. (2016). *Prevalencia Y Factores De Riesgo Asociados a Depresión En Estudiantes Hijos De Padres Migraantes, Biblián 2015*. Universidad de Cuenca.

Naciones Unidas. (2018). Migración | Naciones Unidas. Retrieved from http://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/index.html

Naciones Unidas. (2019). *Migración International 2018.*

National Institute of Mental Health. (2018). La depresión en la adolescencia | Opinión | Peru21. Retrieved from https://peru21.pe/opinion/depresion-adolescencia-164949

Navarro, J., & Rodríguez, W. (2003). Depresión y ansiedad en inmigrantes: un estudio exploratorio en Granada (España). *Investigación Es Salud*, *V*(3).

OIM Organización Internacional para las Migraciones. (2012). Módulo II: Movilidad humana. In L. Naters (Ed.), *Gestión Fronteriza Integral en la Subregión Andina* (Primera). Lima, Peru: OIM.

OIM Organización Internacional para las Migraciones. (2018). *Monitoreo de Flujo de Movilidad Humana: Ecuador. Ronda I Abril- Mayo 2018. Organiación Internacional para las Migraciones*. Quito.

OMS Organización Mundial de la Salud. (2018a). Depresión. Retrieved from https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression

OMS Organización Mundial de la Salud. (2018b). Salud mental del adolescente. Retrieved from https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Pacheco, P., & Chaskel, R. (2016). Depresión en niños y adolescentes, 487–502.

Psychountaki, M., Zervas, A., Karteroliotis, A., & Spielberger, B. (2003). Reliability and validity of the Greek version of the STAIC. *European Journal of Psychological Assessment*, *19*, 124–130.

Ramsawh, H. J., Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2010). Burden of anxiety disorders in pediatric medical settings: Prevalence, phenomenology, and a research agenda. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *164*(10), 965–972. https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2010.170

Red Binacional Colombo-Ecuatoriana de Lucha Contra la Trata de Personas. (2011). *Protocolo Binacional Colombo Ecuatoriano de Atención Integral a Víctimas y Sobrevivientes de Trata de Personas*.

Rivera, M. E., Obregón, N., Cervantes, E. I., & Martínez, D. T. (2014). *Familia y Migración. Bienestar físico y mental* (Primera). México: Editorial Trillas.

Ruiz, A., Grau, J., Madam, A., Vizcaíno, M., Carbonell, M., & Prado, F. (2013). Validation of the State-Trait Anxiety Inventory for Children in Cuban adolescents. *Psicología y Salud*, *13*(December 2015), 203–214.

Ruiz, P., Maggi, C., & Yusim, A. (2011). The impact of acculturative stress on the mental health of migrants. In *Migration and Mental Health* (First, pp. 159–172). Ney York:

Cambridge University Press.

Sam, D. L., & Berry, J. W. (2010). Acculturation: When Individuals and Groups of Different Cultural Backgrounds Meet. *Perspectives on Psychological Science*, (4), 472–481. https://doi.org/10.1177/1745691610373075

Sánchez, E. (2004). Collectivize Social Support? Elements for Reconsidering the Social Dimension in the Study of Social Support. *The Spanish Journal of Psychology*, *7*(2), 124–134. https://doi.org/10.1017/s1138741600004820

Sandoval, C. (1996). *Investigacion Cualitativa*. *Módulo*. https://doi.org/958-9329-18-7

Schienle, A., Hettema, J. M., Cáceda, R., Nemeroff, C. B., & Annals, P. (2011). Neurobiology and Genetics of Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatric Annals*, *41*(2). https://doi.org/10.3928/00485713-20110203-10

SNS. (2018). Guía dePráctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización. *MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD*, 318.

Spielberger, C., Edwards, C., Lushene, R., Montuori, J., & Platzek, D. (2016). *CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACION ANSIEDAD ESTADO/RASGO EN NIÑOS. Adaptación española.* (S. A. TEA Ediciones, Ed.) (Cuarta). Madrid, España. https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004

Starr, L., Hammen, C., Brennan, P., & Najman, J. (2014). Relational security moderates the effect of serotonin transporter gene polymorphism (5-HTTLPR) on stress generation and depression among adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *41*(3), 379–388. https://doi.org/10.1007/s10802-012-9682-z.Relational

Stein, D. J., Scott, K. M., Jonge, P., & Kessler, R. C. (2017). Epidemiology of anxiety disorders: From surveys to nosology and back. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *19*(2), 127–136.

Universo. (2019). Entraron 1 millón de venezolanos a Ecuador; 200 mil se han quedado.

Urzúa, A., Heredia, O., & Caqueo-Uzíar, A. (2016). Mental health and stress by acculturation in immigrants from South America in northern Chile. *Revista Médica Chile*, 563–570.

Vera, P., Celis, K., Córdova, N., Buela, G., & Spielberger, C. D. (2007). Preliminary Analysis and Normative Data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in Adolescent and Adults of Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*, *25*(2), 155–162. https://doi.org/10.4067/s0718-48082007000200006

Zarafshan, H., Mohammadi, M.-R., & Salmanian, M. (2015). Birth Order and Sibling Gender Ratio of a Clinical Sample Prevalence of Anxiety Disorders among Children and Adolescents in Iran: A Systematic Review, (2012), 1–7.

Zuckerbrot, R. A., Cheung, A., Jensen, P. S., Stein, R. E. K., & Laraque, D. (2018). Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part I. Practice

Preparation, Identification, Assessment, and Initial Management. *Pediatrics*, *141*(3), e20174081. https://doi.org/10.1542/peds.2017-4081

ANEXOS

Anexo 1. Asentimiento y Consentimiento Informados

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

ASENTIMIENTO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO, DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Este Formulario de Asentimiento y Consentimiento Informados está dirigido a los adolescentes y representantes legales de niños, niñas y adolescentes de la Fundación *"Chamos Venezolanos"*

Investigadora:
Dra. María Isabel Jaramillo
Postgrado de Pediatría, Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Teléfono: 0998264323 / 022558390 **Mail:** maisabeljaramillo@yahoo.com **Dirección:** Selva Alegre oe4-41 y Ruiz de Castilla, Quito

Nombre de la Propuesta:

EXPERIENCIAS DE VIDA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES VENEZOLANOS DE 10 A 17 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE LA FUNDACIÓN "CHAMOS VENEZOLANOS". QUITO 2019.

PARTE I: INFORMACIÓN

Introducción: Se está investigando sobre las experiencias de vida en aquellos niños, niñas y adolescentes migrantes con depresión y ansiedad. Lo invitamos a participar en este estudio, usted recibirá toda la información pertinente y necesaria. No debe decidir inmediatamente si quiere participar, antes puede hablar con quién se sienta cómodo sobre la investigación. Por favor, ante cualquier duda mientras le informó no dude en detenerme y preguntar para explicarle.

Propósitos: El propósito de este estudio es determinar la presencia de depresión y o trastornos de ansiedad en los niños y adolescentes de la Fundación "Chamos Venezolanos"

Tipo de Intervención de Investigación: Se realizará a través de una entrevista directa a los participantes.

Selección de participantes: Están invitados a participar todos los niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos entre 10 a 17 años de la Fundación "Chamos Venezolanos". De esta forma recopilaremos información sobre la presencia de depresión y trastornos de ansiedad y su relación con migración, así como otros factores asociados.

Participación Voluntaria: Su participación en esta investigación es totalmente libre y voluntaria. Usted puede elegir participar o no sin alterar su situación en la Fundación. Usted puede cambiar de idea en cualquier momento de la investigación y dejar de participar.

Procedimientos: Si desean participar en este estudio deben contestar todas las preguntas que están en la encuesta sobre: sobre edad, sexo, edad, aspectos socios familiares y demográficos y de culturización así como lo concerniente a los cuestionarios de temas específicos sobre depresión, ansiedad. Las respuestas serán ingresadas en una base de datos, la cual será analizada y posteriormente expondrán los resultados de manera verbal y escrita.

Duración: Las preguntas durarán aproximadamente 15 - 20 minutos por test, se aplicaran 2 test y una encuesta que durará 5-10 minutos

Confidencialidad: La información que se recoja en el estudio se mantendrá confidencial y reservada para personas de la institución y los investigadores. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre que solo la investigadora sabrá y mantendrá absoluta reserva. La información será presentada en la disertación del trabajo final de tesis de la investigadora. Si los resultados del estudio se publican no utilizaremos ningún nombre.

Derecho a negarse o retirarse: Usted puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento.

A Quién Contactar: Ante cualquier inquietud puede consultar antes, durante o después de la investigación. Si desea hacer preguntas en algún momento puede contactar a: Dra. María Isabel Jaramillo, teléfono 0998264323 / 022558390, mail maisabeljaramillo@yahoo.com

PARTE II: FORMULARIO DE ASENTIMIENTO

Este Formulario de Asentimiento Informado está dirigido a los adolescentes de la Fundación *"Chamos Venezolanos"*

He sido invitado (a) a participar en la investigación ***EXPERIENCIAS DE VIDA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES VENEZOLANOS DE 10 A 17 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE LA FUNDACIÓN "CHAMOS VENEZOLANOS". QUITO 2019.***

Entiendo que se me realizarán unos test psicológicos, una encuesta y una entrevista. He sido informado(a) que los riesgos son mínimos. Sé que es posible que no me beneficie directamente al participar en el estudio; sin embargo los resultados pueden ayudar a documentar mejor los aspectos relacionados con la migración y la depresión y/o trastornos de ansiedad. Se me ha proporcionado el nombre y dirección de la investigadora y puede ser fácilmente contactada.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte de ninguna manera.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____ Fecha:_____

día/mes/año

Si es analfabeto/a:

He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____

Huella dactilar del participante:

Firma del Testigo: _____ Fecha:_____

día/mes/año

PARTE III: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Este formulario se dirige a los padres o apoderados de los niños y adolescentes de la Fundación "*Chamos Venezolanos*"

He sido invitado para que mi hijo/a participe en una investigación sobre: ***EXPERIENCIAS DE VIDA DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES VENEZOLANOS DE 10 A 17 AÑOS DE EDAD CON TRASTORNO DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE LA FUNDACIÓN "CHAMOS VENEZOLANOS". QUITO 2019.***

Entiendo que será entrevistado y se le harán una serie de preguntas respecto a las características de su vida, sus sentimientos y su comportamiento. He sido informado sobre los riesgos que son mínimos y no representan peligro. Soy consciente que el presente estudio no genera beneficio personal para mí o mi hijo/a y que no seré compensado. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser contactado fácilmente ante cualquier duda. He leído la información proporcionada, o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar inquietudes y se me ha respondido satisfactoriamente. Consiento voluntariamente que mi hijo/a participe en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirar del estudio a mi hijo/a en cualquier momento sin que afecte de ninguna forma mi atención médica ni la de mi hijo/a.

Nombre del Participante: _____

Nombre del Padre/Madre o Apoderado: _____

Firma del Padre/Madre o Apoderado: _____Fecha:_____

día/mes/año

Si es analfabeto/a:

He sido testigo de la lectura del documento de consentimiento al representante del participante, quién ha resuelto todas sus inquietudes. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo: _____

Huella dactilar del padre/madre:

Firma del testigo: _____Fecha:_____

día/mes/año

Nombre del Investigador: **Ma. Isabel Jaramillo**

Firma del Investigador: Ma. Isabel Jaramillo Fecha: _____

día/mes/año

Se ha proporcionado una copia de este documento de Consentimiento Informado al padre/madre o apoderado del participante

Anexo 2. Encuesta inicial breve

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

ENCUESTA INICIAL BREVE

Lea cuidadosamente este cuestionario, por favor responda todas las preguntas, marque con una X o llene los espacios según corresponda. Si no comprende la pregunta con gusto la explicaré:

Código: (a ser llenado por el investigador)_____

Nombre y Apellido:_____

Teléfonos de contacto: _____ / _____

Edad:_____ Sexo:_____

Ciudad/lugar de procedencia:_____ Tiempo de estadía en Ecuador:_____

CUANDO VIVÍAS EN VENEZUELA:

¿Con quién vivías?: Papá y mamá___ Solo papá____ Solo mamá____ Con ninguno____ Otros familiares____

¿Cuánto eran los ingresos económicos mensuales?:

Menos de un salario mínimo (50.000 Bolívares Soberanos)____

Igual o más de un salario mínimo (50.000 Bolívares Soberanos)____

No sabes____

¿Asistías a escuela o colegio?: Si____ No____

AHORA EN ECUADOR:

¿Con quién vives?: Papá y mamá___ Solo papá____ Solo mamá____ Con ninguno____ Otros familiares____

¿Con cuántas personas vives?:_____

¿Cómo son los ingresos en tu hogar?:

Se recibe menos de un sueldo básico unificado (394 USD)____

Se recibe igual o más de un sueldo básico unificado (394 USD)____

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

NOMBRE_____ Código_____ FECHA_____

A (STA- S)

Instrucciones: A continuación encontrará frases que se utilizan para describirse uno a sí mismo.

No sabes____

¿Asistes a escuela o colegio?: Si____ No____

Anexo 3. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Lea cada frase y señale la puntuación de 1 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada (1)	Algo (2)	Bastante (3)
1. Me siento calmado			
2. Me siento seguro			
3. Estoy tenso			
4. Estoy contrariado			
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)			
6. Me siento alterado			
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras			
8. Me siento descansado			
9. Me siento angustiado			
10. Me siento confortable			
11. Tengo confianza en mí mismo			
12. Estoy nervioso			
13. Estoy desasosegado (intranquilo)			
14. Me siento muy “atado” (como oprimido)			
15. Estoy relajado			
16. Me siento satisfecho			
17. Estoy preocupado			
18. Me siento aturdido y sobreexcitado			
19. Me siento alegre			
20. En este momento me siento bien			

B (STA- R)

	Nada (1)	Algo (2)	Bastante (3)
1. Me siento bien			
2. Me canso rápidamente			
3. Siento ganas de llorar			
4. Te gustaría ser tan feliz como otros			
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto			
6. Me siento descansado			
7. Soy una persona tranquila, serena, sosegada			
8. Veo las dificultades que se amontonan y no puedo con ellas			
9. Me preocupo demasiado por cosas sin sentido			
10. Soy feliz			
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente			
12. Me siento falta confianza en mí mismo			
13. Me siento seguro			
14. No puedo afrontar las crisis o dificultades			
15. Me siento triste (melancólico)			
16. Estoy satisfecho			
17. Me rodean y molestan pensamientos sin importancia			
18. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos			
19. Soy una persona estable			
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado			

Anexo 4. Inventario de Depresión de Beck (BAI-I)

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

NOMBRE_____ Código_____ FECHA_____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 20 grupos de oraciones. Por favor lea cada grupo de oraciones cuidadosamente y seleccione una de cada grupo que mejor describa la forma en que usted se ha estado sintiendo durante las dos últimas semanas, incluyendo hoy. Si varias oraciones en un grupo parecen aplicar de igual manera, encierre el número más alto correspondiente a ese grupo. Asegúrese de no escoger más de una oración en cualquier grupo.

Tristeza
0 No me siento triste.
1 Me siento triste gran parte del tiempo.
2 Me siento triste todo el tiempo.
3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

Sentimientos de Castigo
0 No siento que este siendo castigado.
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.

Pesimismo
0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2 No espero que las cosas funcionen para mí.
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que será peor.

Disconformidad con uno mismo.
0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
1 He perdido la confianza en mí mismo.
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
3 No me gusto a mí mismo.

Autocrítica
0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

Fracaso
0 No me siento como un fracasado.
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

Pérdida de Placer
0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

Pensamientos o Deseos Suicidas
0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
2 Querría matarme.
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

Sentimientos de Culpa
0 No me siento particularmente culpable.
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3 Me siento culpable todo el tiempo.

Llanto
0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
2 Lloro por cualquier pequeñez.
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Agitación
0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

Irritabilidad
0 No estoy tan irritable que lo habitual.
1 Estoy más irritable que lo habitual.
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
3 Estoy irritable todo el tiempo.

Indecisión
0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.

Dificultad de Concentración
0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.

2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

Desvalorización
0 No siento que yo no sea valioso.
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3 Siento que no valgo nada.

Cansancio o Fatiga
0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

Cambios en los Hábitos de Sueño
0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
1a. Duermo un poco más que lo habitual.
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
2a. Duermo mucho más que lo habitual.
2b. Duermo mucho menos que lo habitual.
3a. Duermo la mayor parte del día.
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no vuelvo a dormir.

2 Me es difícil mantener la mente en algo mucho tiempo.
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

Pérdida de Interés
0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3 Me es difícil interesarme por algo.

Pérdida de Energía
0 Tengo tanta energía como siempre.
1 Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

Cambios en el Apetito
0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
3a. No tengo apetito en absoluto.
3b. Quiero comer todo el día.

Anexo 5. Guía para la entrevista semiestructurada

GUIA PARA LA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Lea cuidadosamente este cuestionario, por favor responda todas las preguntas con una breve explicación lo más específica posible, si no comprende la pregunta con gusto la explicaré:
Nombre y Apellido: _____

1. En cuanto a tu vida actual:

-¿Cuánto tiempo llevas en Ecuador?

-¿Cuánto tiempo tienes en la fundación?

-¿Te sientes culpable por estar fuera de tu país?

-¿Qué es lo que más extrañas de tu país?

-¿Qué piensas sobre estar aquí en Quito?

-¿Lloras o te sientes triste cuando recuerdas tu país?

-¿Cómo fue tu viaje de venida a Quito? ¿En qué viajaste, con quien viniste y cuánto duro el viaje?

-¿Quisieras volver a tu país?

2. Acerca de los miembros de la familia que viven contigo:

- Nombra todos los miembros de tu familia que viven contigo en la misma casa

- Cuando hay algún problema de qué manera buscan una solución

- Describe con quien te la llevas mejor y con quien no te relacionas bien y ¿por qué?

3. Respecto a la casa donde vives:

- ¿Quién sostiene el hogar económicamente?

- ¿Cuántas comidas realizan al día? ¿Comen todos juntos reunidos?

- ¿La casa es propia, arrendada o compartida con otra familia?

4. En relación a tu vida escolar:

-¿Actualmente estudias?

-En términos generales, ¿Cómo es tu rendimiento académico? ¿Cuáles son tus materias favoritas y cuales las que se te hacen más difíciles?

-¿Sientes dificultad para concentrarte cuando estas estudiando o cometes errores por no tener cuidado?

-¿Tienes dificultad para seguir instrucciones? ¿Terminas los deberes asignados?

-¿Tienes dificultades para estar calmado, esperar tu turno o realizar actividades con quietud?

-¿Cómo te la llevas con tus compañeros de clases? ¿Tienes amigos en tu escuela?

-¿Cuáles son tus planes para el futuro? ¿Cuáles son las metas principales que te gustaría lograr?

5. Respecto a tu vida social:

-¿Tienes amigos aquí?

-¿Qué haces para divertirte?

-¿Cuáles son tus hobbies y pasatiempos favoritos?

-¿Cómo sientes que te tratan las personas que no pertenecen a tu familia?

-¿Cómo sientes que te trata la gente de aquí?

GRACIAS POR LA COLABORACIÓN

Anexo 6. Guía para la Historia de Vida

GUÍA PARA HISTORIA DE VIDA

FECHA:
CÓDIGO:

1. Sobre tu vida en general (puntos claves):
Lugar de nacimiento.
Descripción de los padres.
Mención de hermanos y hermanas.
Circunstancias familiares y externas.
Anécdotas.
Descripción de un día cotidiano en Venezuela.
Grandes y pequeños logros significativos en tú vida.
Éxitos y fracasos, perdidas de seres queridos.
Qué te gustaría hacer en el futuro.
Descripción de proyección a futuro en 1 año.
2. Sobre tú viaje al Ecuador (puntos claves):
Cambios en el paso de un país a otro.
Descripción de la mudanza (cuando, por qué, como fue).
Anécdotas.
Descripción sobre la decisión de venir, y reacción a esto.
3. Sobre tu vida en la actualidad (puntos claves):
Mención sobre como Vives en Ecuador.
Acontecimientos más importantes de vivir en Ecuador.
Acontecimientos negativos de vivir en Ecuador.
Como ha sido el cambio de país, como vives aquí, sensación de vivir aquí.
El día de hoy.
4. Sobre la vida en Ecuador (puntos claves):
Mención de cómo funciona la familia aquí (resolución de problemas, economía, apoyo familiar, social).
Descripción de actividades fuera de casa.
Si estudias, cómo van los estudios.
Relaciones: Amor, amistad.
Descripción de un día en Ecuador.