



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS
DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA: ANSIEDAD EN HIJOS DE PADRES MIGRANTES.

ESTUDIO A REALIZARSE EN NIÑOS DE 8 A 12 AÑOS, HIJOS DE PADRES
MIGRANTES Y NO MIGRANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA
COMUNITARIA “SAN ROQUE” DURANTE EL AÑO LECTIVO 2008.

AUTORAS: VIRGINIA BALAREZO
GISSELLE ORTIZ

DIRECTORA: MÁSTER YOLANDA DÁVILA

CUENCA-ECUADOR
2009

Dedicatoria

A mis padres y hermanas, pues gracias a su apoyo y comprensión he podido llegar a alcanzar mis metas más deseadas, y he llegado a ser la persona que soy en el presente. Se que siempre contaré con ustedes, y me enorgullece saberlo porque son los seres más importantes y quienes necesito para crecer, mejorar y triunfar como persona.

Virginia.

Dedicatoria

El presente trabajo se lo dedico a toda mi familia y amigos que me han brindado su apoyo para que este sueño se convierta en realidad, pero de forma muy especial a mis padres quienes han velado día a día por darme ese ejemplo de lucha y perseverancia ya que son ellos quienes siempre han estado a mi lado cuando más los he necesitado.

Gíss.

Agradecimientos

Mis más sinceros agradecimientos a la Unidad Educativa Comunitaria “San Roque” por su gran apertura y disposición para realizar la investigación. De igual forma a la psicóloga de la institución, Maritza Ruiz, pues gracias a ella obtuve mayor disponibilidad para el estudio de los diferentes casos y el mejoramiento de la realización del trabajo.

Virginia.

Agradecimientos

En primer lugar Agradezco a Dios que guía cada día de mi vida, a la Unidad Educativa Comunitaria “San Roque” que me abrió las puertas para la realización de este trabajo, a Maritza Ruiz Psicóloga Clínica del plantel quien se convirtió en una gran amiga a lo largo de este trabajo, ya que me brindó su ayuda incondicional y me dio las fuerzas cuando sentía cansancio, a mi hermano Luis que siempre me ha apoyado y ha me ha brindado cariño infinito y sin su ayuda hoy no fuera realidad mi sueño. De forma muy especial a Virgin con mucho cariño mi querida compañera de este trabajo y amiga gracias por su paciencia, tranquilidad y dedicación hemos logrado juntas una de las metas mas grandes de mi vida, y la grande y valiosa ayuda de Yolanda Dávila, gracias mi querida directora de tesis pues sin su apoyo y conocimiento no hubiera terminado este estudio.

Gíss.

Índice de contenidos

Dedicatorias.....	ii
Agradecimientos.....	iv
Índice de contenidos.....	vi
Índice de Anexos.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	1
Capítulo 1: Migración: Datos generales.	
1.1 Conceptos.....	2
1.2 Tipos de migración.....	3
1.3 Causas de la migración.....	5
1.4 Efectos – Consecuencias psicológicas.....	5
1.5 Características y estadísticas.....	14
1.5.1 Características.....	14
1.5.2 Estadísticas.....	16
1.6 Conclusión.....	21
Capítulo 2: Migración en el Ecuador.	
2.1 Breve historia de la migración en el ecuador.....	22
2.2 Provincias donde existe más migración.....	25
2.3 Conclusión.....	27
Capítulo 3: Importancia de los padres en la vida de sus hijos.	
3.1 Padres como agentes de socialización.....	28

3.2 Padres como protectores y responsables de sus hijos.....	35
3.3 Padres como modelos de imitación e identificación de sus hijos.....	36
3.4 Calidez.....	39
3.5 Conclusión.....	40
Capítulo 4: Ansiedad.	
4.1 Concepto.....	41
4.2 Tipos y criterios diagnósticos.....	41
4.3 Etiología.....	58
4.4 Síntomas.....	59
4.5 Conclusión.....	62
Capítulo 5: Ansiedad desde el punto de vista de varias corrientes psicológicas: Concepto y Causas.	
5.1 Según la corriente biológica.....	63
5.2 Según la corriente cognitiva.....	65
5.3 Según la corriente conductual.....	68
5.4 Según la corriente humanista.....	72
5.5 Según la corriente psicoanalítica.....	74
5.6 Conclusiones.....	78
Capítulo 6: Trabajo de campo.	
6.1 Estudio comparativo.....	79
6.2 Análisis de los resultados.....	81
6.3 Casos más significativos.....	93
6.4 Plan terapéutico.....	98
6.4.1 Cuadro del plan terapéutico.....	100
Capítulo 7: Conclusiones y recomendaciones.	
7.1 Conclusiones.....	109
7.2 Recomendaciones.....	111
Bibliografía.....	112

Índice de anexos

Anexo #1: Gráfico del cerebro: Sistema Límbico.....	117
Anexo #2: Gráfico del cerebro: Tallo Cerebral.....	117
Anexo #3: Ficha integrativa de evaluación psicológica (FIEPS).....	118
Anexo #4: Test: Escala de Ansiedad Manifiesta en niños “CMAS-R”.....	120

Resumen

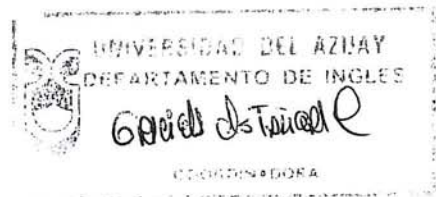
La migración ha afectado al Ecuador desde los años 60 debido a las dificultades económicas que el país enfrentó en dichos tiempos. Muchos ecuatorianos salieron ilegalmente a otros países para mejorar su situación económica sin pensar en que el abandono de sus familias traería consecuencias negativas a nivel psicológico.

Los resultados de esta investigación comprobaron que los hijos de padres migrantes desarrollan síntomas ansiosos como: inseguridad, inquietud, etc. Esta comprobación se realizó a través de entrevistas y aplicación del test “CMAS-R”. En un grupo de 40 casos, el 32% manifiesta ansiedad, presentándose más prevalencia en los hijos de migrantes.

ABSTRACT

Emigration has affected Ecuador since the 60's due to the economic difficulties that the country faced in those years. A lot of Ecuadorians left illegally to other countries in order to improve their economic situation without thinking that abandoning their families would bring negative psychological consequences.

The results of this research proved that the children of migrant parents develop anxiety symptoms such as insecurity, restlessness, etc. This proof was obtained through interviews and the application of the "CMAS-R" test. In a group of 40 cases, 32% showed anxiety; showing greater prevalence in the children of migrant parents.



A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end, positioned below the official stamp.

INTRODUCCIÓN

El Ecuador ha sido uno de los principales exportadores de personas en los últimos tiempos gracias a la migración, en la actualidad la migración ha decaído pues los diversos controles que se han emprendido ha hecho que esto reduzca y que sean pocos los que actualmente migren.

La organización socio-económica ha hecho que las personas busquen un mejor estatus económico sin pensar que esto traería dificultades a los hogares que han formado y que dejan al momento de migrar.

La presencia de diversas enfermedades psicológicas debido al abandono de los padres es un mal de los últimos tiempos pues el migrar de los mismos causa conflicto en el niño que está en crecimiento y que necesita la presencia de ellos pues en los primeros años de vida es de vital importancia tener un ejemplo y apoyo a seguir. El no tener a sus padres presentes les causa inseguridades que pueden desencadenar en problemáticas más graves como el trastorno de ansiedad.

En la Unidad Educativa Comunitaria “San Roque” donde realizamos nuestra tesis, hay un alto índice de hijos de padres migrantes, razón por la cual vimos necesario el hacer este estudio para de esta forma diagnosticar una de los trastornos que se pueden generar por el abandono de los padres.

Por lo expuesto anteriormente con este estudio proponemos:

- Identificar el grado de Ansiedad en niños de 8 a 12 años, hijos de padres migrantes y no migrantes de la Unidad Educativa Comunitaria “San Roque”.
- Evaluar la ansiedad en la Muestra de hijos tanto de padres migrantes como no migrantes, a través del test Escala de Ansiedad manifiesta en niños “CMAS-R”.
- Comparar la ansiedad en niños que viven con sus padres y niños que no viven con ellos, debido a la migración de los mismos.
- Identificar la prevalencia de ansiedad entre hijos de padres migrantes e hijos de padres no migrantes.
- Establecer un Plan Terapéutico para trabajar con los niños que tienen Ansiedad como consecuencia de la migración de los padres.

CAPÍTULO I

TEMA: MIGRACIÓN: DATOS GENERALES

En este capítulo vamos a tratar aspectos de la Migración así como: conceptos generales, tipos de migración, consecuencias psicológicas, cuadros estadísticos, etc.

A lo largo de la investigación se descubrirá que el viaje ilegal que muchas personas deciden realizar, crea varias consecuencias que afectarán negativamente a quienes salen del país y a los familiares que se quedan en su país de origen.

1.1 . CONCEPTOS

Es importante establecer una diferencia entre tres conceptos relacionados con el tema de migración: Migración propiamente dicha, emigración e inmigración.

La Real Academia Española define al término de **Migración** como: “*Acción y efecto de pasar de un país a otro para establecerse en él. Desplazamiento geográfico de individuos o grupos, generalmente por causas económicas o sociales*”.¹

Al referirnos al término de **Emigración**, la Real Academia Española la define como: “*Conjunto de habitantes de un país que trasladan su domicilio a otro por tiempo ilimitado, o, en ocasiones temporalmente*”,² o lo que resulta igual: “*Es el movimiento de personas de un país de origen a un país anfitrión que requiere el cambio de comportamientos en la familia*”³

-
1. DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA; Página principal: <http://www.rae.es/rae.html>; Año: 2001; Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=migracion; (Consulta: 1 de septiembre del 2008. 16:43pm)
 2. DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA; Página principal: <http://www.rae.es/rae.html>; Año: 2001; Disponible en: http://www.buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=migracion ; (Consulta: 1 de septiembre del 2008. 16:43pm)
 3. GARCÍA Ramón y PELAYO, “*Diccionario básico de la Lengua española*”, 1era Edición, Editorial Larousse, 1984. PG. 369

Al hablar sobre el tema de **Inmigración**, decimos que es: “*la llegada de personas a un país para establecerse*”; ó “*la llegada a un Estado de gente procedente de otro para residir de manera permanente o temporal*”⁴.

1.2. TIPOS DE MIGRACIÓN

La migración se divide en tres categorías tomando en cuenta el lugar, tiempo y causas:

- Según el lugar: Se divide en dos subtipos, Migración Externa y Migración Interna.

1. **Migración Externa:** A ésta se la conoce también con los nombres de Migración Internacional, es decir, viajar fuera del país de nacimiento; o Intercontinental, cuando el país de destino se encuentra fuera del continente de origen.

De todas maneras, la característica primordial de este tipo de migración consiste en el cruce de fronteras entre dos países.

2. **Migración Interna:** Conocida también como Migración Nacional, esta consiste en el cambio de residencia dentro del propio país. Este cambio se da generalmente en personas que viven en las zonas rurales del país hacia las zonas urbanas del mismo; aunque en algunas ocasiones los campesinos, se dirigen hacia otras áreas rurales con una agricultura próspera y necesitada de mano de obra. La mayor parte de estas migraciones son espontáneas y definitivas.

- Según el Tiempo o Duración: Se dividen en Temporales y Definitivas.

1. **Temporales:** se le conoce con varios términos: Pendulares, Oscilatorias, Transitorias o Golondrinas.

Se refiere a una migración que tiene un tiempo limitado, de esta manera el emigrante vivirá por un período de tiempo fuera de su país para luego

4. GARCÍA Ramón y PELAYO, “*Diccionario básico de la Lengua española*”, 1era Edición, Editorial Larousse, 1984. PG. 369

regresar al de origen. La ausencia en su país será de meses, el tiempo que dura una estación climática o varios años.

El objetivo principal de estos emigrantes es de formar un pequeño capital para establecerse más tarde en su país de origen definitivamente.

2. Definitivas: Cuando los emigrantes se establecen en el país o lugar de llegada por tiempo indefinido o para toda la vida.

- Según la Causa:

1. **Forzadas:** Es cuando el emigrante tuvo que abandonar su lugar de residencia de una manera involuntaria debido a la violencia, el terrorismo, los conflictos internos armados o una guerra internacional.

Esta a su vez se subdivide en 6 tipos:

- 1.1 **Refugiados:** Es una persona que reside fuera de su país de nacionalidad, que no puede o no desea regresar debido a un temor bien fundamentado de persecución por razones de raza, religión, nacionalidad u opinión política.
- 1.2 **Asilo:** Personas que buscan protección fuera de su país.
- 1.3 **Desplazados:** Son personas, e incluso en algunas ocasiones familias enteras, que tuvieron que abandonar sus hogares, como consecuencia de persecución, conflicto armado o violencia, permaneciendo dentro de las fronteras de su propio país.
- 1.4 **Desplazados del desarrollo:** Son personas obligadas a desplazarse por proyectos de desarrollo a gran escala, a causa de la construcción de grandes represas, aeropuertos, carreteras y viviendas urbanas.
- 1.5 **Desplazados ambientales y por desastres:** Son personas desplazadas por el cambio ambiental (desertificación, deforestación, degradación de la tierra, contaminación de aguas o inundaciones), por desastres naturales (desbordamientos, erupciones de volcanes, terremotos) y por desastres generados por el hombre (accidentes industriales, radioactividad).
- 1.6 **Apátridas:** Son personas que han perdido su país de origen por desintegración de los países, formación de otros estados o transferencia de

fronteras.

2. **Voluntarias:** Obedecen a una decisión libre del individuo. Responden al derecho propio de la persona a elegir el lugar más apto para el desarrollo de su existencia. La elección viene condicionada normalmente por la búsqueda de mayores recursos económicos, culturales o de calidad de vida.

Es importante destacar dos tipos de Emigración comunes: legal o formal y la informal o ilegal; a esta última se la conoce también como “irregular”.

1.3 . CAUSAS DE LA MIGRACIÓN

- La principal causa de la Migración en el Ecuador es el decreciente estilo de vida de los ecuatorianos debido a los malos gobiernos de los últimos años que han hecho que la calidad de vida de la población disminuya.
- La inflación, debido a la dolarización, que provocó que el sucre se devaluara a niveles nunca antes presentados, logró su desaparición y que el país adoptara como moneda válida al dólar.
- El desempleo.
- El crecimiento de niveles de pobreza, pues todos estos cambios perjudicaron en mayor cantidad a la clase social más baja del país.
- La disminución de poder adquisitivo ocasionó que el ingreso familiar no pueda cubrir ni la canasta básica, por esta causa aumenta el deseo de migrar para alcanzar mejores ingresos económicos, pero sobre todo con el objetivo de obtener una remuneración más digna, para mejorar su nivel de vida y el de sus hijos.
- Imitación debido a que dentro de los lugares de donde muchas personas migraban se crean expectativas positivas con respecto al viaje.

1.4 . EFECTOS-CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

La migración obliga a la persona a pasar por un proceso de adaptación que afecta tanto a quienes se van como a quienes se quedan.

Cuando este proceso es realizado positivamente, se habla entonces que el sujeto ha logrado superar todos los obstáculos que el viaje a otro país conllevó: adaptarse a una nueva cultura, idioma, grupo social de amistades, actividad laboral, etc. Es ahí cuando ya no existe un pensamiento o deseo de regresar a su país de origen, pues en el actual han conseguido tener todo lo que soñaron.

Existen dos factores que permiten una adecuada adaptación al país anfitrión: La estabilidad en la pareja matrimonial y en la vida familiar del emigrante; y la habilidad profesional y la satisfacción en el trabajo. La gran importancia de la familia y el apego del emigrante latino a sus familiares parecen protegerlo en cierta medida de algunas enfermedades mentales. Sin embargo, no hay que olvidar el alto costo psicosocial de la migración en el país y la necesidad urgente de servicios de salud mental de esta población emigrante y sus familiares.

El suceso traumático no se da en el primer momento de pisar suelos extranjeros, sino a lo largo de un proceso que se inicia mucho antes del tiempo de la partida. La posibilidad de superar el trauma dependerá de la integración del yo del sujeto y de la realidad psíquica acorde y en armonía con la realidad externa que permitirá realizar un trabajo normal de duelo migratorio.

Sin embargo, es importante destacar que, tanto para quienes emigran como para la familia que se queda, se produce un proceso, que Freud lo llama “Duelo”, el mismo que se produce debido a la pérdida del objeto amado o de una abstracción equivalente: libertad, ideal, patria, etc.; aunque en esta ocasión la pérdida no es física sino más bien simbólica.

El duelo normal produce un sentimiento que acompaña a esta reacción que es sumamente dolorosa y necesita de un período de tiempo relativamente largo para que su proceso pueda llevarse a cabo. Según Freud, este duelo se resuelve en uno o dos años. *“Cuando el exámen de realidad muestra que la persona amada ya no está, o que ya no está aquello que se ha perdido, se produce paulatina y progresivamente el quite de libido de los enlaces con ese objeto (entendiendo al término libido por: afecto que se encuentra ligado a determinada pulsión; no solamente tomada desde un punto de vista sexual sino también como energía productiva y vital de todo ser humano). Esta tarea se va realizando parte por parte con un gran insumo de tiempo*

y de energía de investidura, y mientras tanto el objeto perdido continúa existiendo psíquicamente. Cada uno de los recuerdos y cada una de las expectativas en que la libido se anudaba al objeto son sobreinvertidos y luego se van clausurando hasta que la libido se desprende de ellos.

En el duelo normal nada impide que todos estos procesos (comenzando en el inconsciente, pasando por el preconscious y terminando en el consciente) se vayan elaborando adecuadamente. A pesar del grado de sufrimiento que representa para la persona que lo atraviesa, este estado significa que se va venciendo la pérdida de objeto; solo una vez vencida esta última el yo podrá volver a ser libre.”⁵ Es así que el duelo normal se hace consciente al final de su elaboración.

Las causas desencadenantes de un duelo pueden ser múltiples y dependerán de diversas circunstancias, pero todas ellas tendrán como base común la valoración afectiva que consciente o inconscientemente es atribuida a la pérdida.

Además, Freud habla de la “Melancolía”, o lo que es igual “Duelo Patológico”; en éste, el proceso del mismo tiene una duración ilimitada. A diferencia de la pérdida consciente que caracteriza al que sufre un duelo normal, en el melancólico parece existir la pérdida de un objeto inconsciente, es decir, él no podrá darse cuenta del motivo de su duelo con facilidad: en el primer caso el mundo ha quedado pobre y vacío, mientras que en el segundo caso es el mismo melancólico quien se siente empobrecido y despreciable.

Cualquier duelo que se detenga, por razones externas o internas en cualquier punto de su desarrollo es un duelo patológico. Cuanto más precoz resulte la detención del proceso, más grave será el cuadro resultante que puede ocasionar desde una renegación psicótica, la melancolía, la depresión o la infelicidad común.

Otras formas de duelo patológico pueden ser del tipo de la aparente “ausencia de duelo” o duelo detenido. Puede darse en forma de desplazamiento en la que el sujeto desplaza todos sus sentimientos del objeto perdido hacia otro objeto y el duelo queda

⁵ BAR, Graciela, Título: “¿Y si emigramos?”, Año: 1994 (en línea), Página principal: <http://www.babelpsi.com.ar/index.asp>, Año: 2008; Disponible en: [http://www.babelpsi.com.ar/fotos/y_si_emigramos_94\(1\).pdf](http://www.babelpsi.com.ar/fotos/y_si_emigramos_94(1).pdf)

suspendido hasta la pérdida del nuevo objeto, o también puede ser desplazado y vivido a través de enfermedades orgánicas.

La migración produce varias consecuencias psicológicas que afectan a quienes emigran, y a su familia. Sin embargo, es importante destacar que estos desórdenes no siempre afectan a ambos grupos sino solo a uno de ellos; pero en otros casos, existen desórdenes que sí afectan a ambos. Por este motivo se ve la necesidad de dividir en dos grupos (emigrantes y familia) para poder establecer las consecuencias o desórdenes adecuadamente.

- Quienes se van, emigrantes:

Ellos deben pasar necesariamente por cuatro etapas que indican la adaptación al nuevo medio. Estas son:

1. **“Etapa de la luna de miel:** En esta etapa el individuo crea expectativas muy grandes en cuanto al viaje que realizó, relacionadas con el trabajo, estudio o desarrollo personal que dicha persona se ha planteado como un objetivo y se ilusiona con adquirirlo. Estas expectativas se cumplen a medias, debido a que se frustra y lo lleva a una segunda etapa.
2. **Etapa depresiva:** En esta etapa el inmigrante se siente presionado por varios factores que le obligan a esforzarse por: aprender el idioma, descender en su estatus social o profesional porque se ve obligado a realizar trabajos que no van de acuerdo con su preparación académica, al mismo tiempo que se inicia dentro de un nivel socio cultural del que no pertenece originalmente. La etapa depresiva se manifiesta de diferentes maneras en diferentes etapas de la vida pero siempre está presente la interacción entre todos los miembros de la familia o de la pareja.
3. **Etapa de adaptación:** Esta etapa se cumplirá solo si la anterior ha sido superada. Cuando la persona se ha logrado adaptar dejará de reaccionar como la mayoría de quienes emigran siendo así de manera positiva o negativa frente a los estímulos. Se habla de una adaptación con pérdida cuando el sujeto se ha adaptado en ciertos aspectos de su vida (por ejemplo en su trabajo), mientras que en otros no (por ejemplo con sus vecinos o sociedad en general).

4. **Rechazo de la cultura original:** Esta es la menos frecuente pero cuando se desarrolla quiere decir que se ha formado en el sujeto un “empobrecimiento personal” ya que implica la desvalorización de partes importantes de la conformación de la personalidad; es como si la persona hubiera nacido en el momento de emigrar y deja totalmente de lado la valorización de su cultura, raíces, etc.”⁶

Entre las enfermedades o problemas más comunes que afectan a los que emigran son:

- **Regresión:** La migración implica cambiar los parámetros culturales, el idioma, los códigos de comunicación y pone a la persona en una situación de regresión y desamparo parecida a la que sufre un niño pequeño.
- **Pérdida de identidad:** Todos los duelos generan cambios en la identidad del sujeto. Si el duelo se elabora correctamente la persona crece, se enriquece, incorporando un gran repertorio de habilidades, recursos y vivencias que le ayudan para cuando se presenten nuevos duelos. El proceso migratorio genera muchos cambios y nuevas situaciones que hay que integrar, el migrante manifiesta una sensación de pérdida (de las raíces, de los olores, de la familia, de la tierra) que lo llevará a una percepción de pérdida de la propia identidad.
- **Dependencia e indefensión:** tratará de buscar en las personas que lo rodean figuras que lo protejan, lo defiendan le enseñen y lo quieran. De la misma forma que un niño desamparado y huérfano, se hallará en la búsqueda de figuras paternas de quienes esperará ser adoptado.
- **Abuso o dependencia de alcohol, y/o de otras sustancias:** Este consumo se da principalmente porque el emigrante entra en desesperación debido a la falta de trabajo o una desadaptación al medio.
- **Shock cultural:** Que comienza con entusiasmo y optimismo y termina con la adaptación o el rechazo a la nueva cultura.
- **Estrés psicosocial:** Que aumenta debido al ajuste rápido requerido para funcionar en la sociedad de acogida. No hablar el mismo dialecto o idioma,

⁶ GONZALES, Valentín; Título: “*El duelo migratorio*”, Segunda Parte, (en línea), Página principal: [revistaelectronicapsicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com), Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-132-3-el-duelo-migratorio.html>.

comportarse socialmente violando las normas locales, no encontrar el empleo soñado, no entender los hábitos de trabajo y de amistad, la nostalgia por su país natal, entre otras cosas, aumentan drásticamente el estrés.

- Red social afectada: El emigrante se encuentra aislado socialmente, sus amigos han quedado atrás en su país de origen, motivo por el que ha debido comenzar a conocer a quienes más tarde podrán formar su círculo de amistades.
- Autoestima: Esta se ve severamente deteriorada ya que las habilidades que anteriormente causaban éxito en su país de origen, vienen a ser inadecuadas en el país anfitrión. Esto lleva al sujeto a sentirse inseguro e incompetente, desarrollando así como consecuencia una baja autoestima.
- Pérdida de la habilidad para resolver problemas: Esto se debe a la sensación que tiene de ser una persona ineficaz (relacionado con su baja autoestima). Por este motivo al tratar de tomar decisiones o actividades que antes le resultaban fáciles, ahora serán muy difíciles de realizarlas (relacionado también con su mecanismo de regresión y su dependencia antes mencionados).
- Temor a la pérdida: Referido a su cultura de origen. Esto se relaciona con lo que en Psicoanálisis se conoce como “Complejo de Castración”. Se presenta en el migrante una sensación de **pérdida de poder** sobre todo lo que anteriormente tenía, principalmente con lo relacionado a los aspectos culturales de su país de origen (idioma, costumbres, códigos, normas). Los deberá perder (aunque no lo hará en su totalidad) para que logre adaptarse e identificarse con la nueva cultura a la que actualmente pertenece.

Esta renuncia a poder hacer uso de su propia cultura será vivida como una castración psíquica, lo que conlleva a un gran sufrimiento psíquico. Sin embargo, cuando el sujeto posee un YO fuerte, logrará superar la profunda frustración, así como la experiencia de desarraigo y de desorganización de su mundo interno.

- Sentimientos de culpa: La persona presenta remordimientos intensos que vienen del abandono de la madre, se acompaña de profundos sentimientos de malestar y de culpa, como si los hubieran rechazado libremente.
- Episodios maníacos y/o depresivos, acompañados con cuadros psicóticos: Algunas personas reaccionan frente a la inmigración pretendiendo ignorar el

dolor que la partida inevitablemente provoca, y con el fin de negar el dolor se ocupan de innumerables actividades cotidianas que absorben toda su atención y su energía (episodio maniaco). El sufrimiento por la partida es en estos casos negado. Las personas que frente a la partida tienen reacciones de tipo maniaco, responden a la emigración con una sobre adaptación, tratando de identificarse de manera inmediata con las costumbres y las modalidades de la gente del nuevo país.

En otras situaciones, por el contrario, el dolor puede ser sentido de una manera no tolerable (episodio depresivo), la persona no siente una adecuada capacidad para realizar las actividades diarias, además se muestra desmotivada frente a lo que actualmente realiza. Tiene profundos sentimientos de tristeza, los mismos que en ocasiones se acompañan de irritaciones, ira, llanto, etc.

- Ideas delirantes: Algunas personas pueden sentir el dolor de la partida de una manera tan intensa que se transforma en sentimientos persecutorios y tiene la fantasía de que ha sido echado del hogar.
- Síntomas corporales: Pueden aparecer síntomas psicósomáticos de varios tipos como: síntomas respiratorios, problemas digestivos, pérdida o aumento de peso, dolores corporales, cansancio, etc.
- Agorafobia y Claustrofobia: Al tratar del primer término: el temor irracional a correr peligro al estar en un lugar donde circulan varias personas. El segundo: al temor irracional de estar dentro de un lugar.

- Quienes se quedan:

Las personas que se quedan, refiriéndose exclusivamente a los familiares de quienes migran, sufren también problemas emocionales. Es importante recordar que para este grupo el “DUELO” también está presente, por lo que deberán trabajarlo para poder superar la pérdida simbólica del objeto amado.

En sus parejas:

- En las mujeres se traduce en angustia, depresión, estrés, crisis de llanto, porque no existe comunicación con sus familiares más que por llamadas telefónicas esporádicas en las que no se da toda la información. En la primera

etapa sufren de angustia porque no tienen ninguna noticia sobre el viaje y llegada del ser querido. Esta crisis continúa a pesar de que tenga una comunicación ya que siente ausencia y soledad. Al estar abandonada y desprotegida se vuelve más vulnerable y susceptible, impidiéndole cumplir con las ocupaciones tanto dentro como fuera del hogar.

En los hijos:

- Hiperactividad o rebeldía: Su daño emocional lo manifiestan con conductas de oposición o rebeldía. Tienden a incumplir las normas establecidas dentro del hogar o instituciones a las cuales asisten. Con el propósito de evitar el sentimiento negativo de pérdida, aumentan su nivel de actividad física, se vuelve impaciente hacia las actividades que realiza y muestra desatención. Además manifiesta impulsividad social. Este trastorno crea problemas a nivel escolar en el niño, puesto que debido a sus constantes e imparables movimientos, su atención se ve totalmente afectada y por lo tanto también su desempeño escolar.
- Sentimientos ambivalentes hacia el padre/madre: Debido a que no mantiene un contacto adecuado con la figura que se va, el niño comienza a manifestar confusiones entre sus propios sentimientos y los de su padre. Muestra agrado hacia los regalos que recibe o el dinero que le es enviado pero al mismo tiempo desarrolla resentimientos debido al abandono.
- Desvalorización a la figura que se va (generalmente el padre): ya que el padre ha viajado y ya no mantiene un contacto directo con su hijo, su rol se ve totalmente deteriorado. De esta manera las normas que son establecidas por la figura paterna se pierden o tal vez nunca se logran aprender, todo esto hace que crezca sin que tenga conciencia de los límites y de las normas que debe seguir. Es posible que el niño consiga una figura que reemplace a la ausente (siendo estos los abuelos, tíos, hermanos, etc.), sin embargo, el rol que ellos van a cumplir no va ser igual a la de la propia figura.
- Ausencia de figura de autoridad: Esto hace que se pierdan las normas o límites dentro del hogar ocasionando el desarrollo de una conducta disocial que más tarde puede llegar a crear problemas más graves en su entorno social.

- Pierden su proceso de socialización: Es importante recordar que los hijos, principalmente cuando son pequeños, inician la socialización a través de sus padres. Al vivir con la ausencia de uno o ambos, el proceso de socialización no se inicia, o se detiene, haciendo que en un futuro el niño presente conflictos para interrelacionarse.
- Problemas en la identidad de género: Los hijos al quedarse solos debido a que su padre o ambos han migrado, carecen de un modelo a seguir. Esto puede ocasionar la pérdida o confusión de identidad de género.
- Abusos: Pudiendo ser de tipo sexual, físico, psicológico, negligencias.
- Problemas escolares: Debido a la ausencia de sus padres o de uno de ellos, el niño comienza a perder el interés por las responsabilidades escolares, además no tiene control sobre las tareas que realiza. Todo esto trae como consecuencia un bajo rendimiento escolar que puede llegar hasta una pérdida de año, y en el peor de los casos el abandono definitivo de sus estudios.
- Depresión: Se manifiestan en una pena extrema, ira explosiva, actos de maldad y violencia, sumados a un rechazo general al llevar a cabo las actividades diarias. Su estado de ánimo se encuentra depresivo la mayor parte del día aunque también presenta fluctuaciones, además se aísla, presenta problemas de sueño y de alimentación así como problemas escolares, tanto de rendimiento como de interacción con sus compañeros. Este trastorno puede llegar a producir un intento de suicidio e incluso a consumar el hecho.
- Ansiedad: Debido al sentimiento de pérdida del objeto amado, es decir, cuando el hijo es separado de sus padres por largos períodos de tiempo, comienza a desarrollar varios síntomas que se inician con una profunda tristeza y desesperación (que expresan el sentimiento de pérdida), y pronto serán transformadas en expresiones abiertas de ira. Si esto no se controla, conduce al hijo a manifestar problemas en el sueño, inseguridad, nerviosismo, manifestaciones fisiológicas (sudor, temblor, palpitaciones, etc.), y otros síntomas que se califican dentro de la ansiedad.
- Conductas regresivas: Manifestadas principalmente cuando el hijo se encuentra dentro de la etapa de adolescencia. Cuando esto sucede se observa un retroceso en su forma de ser.

- Cambios de roles: Debido a la ausencia del o los padres, el hijo mayor que se queda a cargo de sus hermanos menores deberá adoptar el rol de padre o madre (o ambos). De esta manera es obligado a crecer prematuramente ya que tiene que cumplir con responsabilidades de un adulto.
- Alcohol, drogas y otras sustancias: Se inician con abusos de estas sustancias ya que los utilizan para llenar el vacío que sus padres han dejado. Poco a poco van consumiendo con mayor frecuencia haciendo que se cree una dependencia de la sustancia.
- Formación de pandillas: Buscan en ellas la familia que se desintegró debido a la migración de los padres. De esta manera vivirán dentro de estos grupos adolescentes que sustituirán a las figuras de autoridad. Así, se inician en actividades delictivas o peligrosas para sus vidas y para quienes lo rodean.
- Conductas disociales: Se observan conductas como: ausencias frecuentes e injustificadas en la escuela, huidas nocturnas del hogar, peleas frecuentes que incluyen maltrato físico, mienten, se relacionan con robos o destrucciones de hogares. No presentan sentimientos de culpa frente a lo que han hecho, mantienen relaciones sexuales promiscuas y conflictivas, entre otras características.⁶

1.5. CARACTERÍSTICAS Y ESTADÍSTICAS:

1.5.1 CARACTERÍSTICAS:

- La emigración a gran distancia se hace a países más desarrollados que el de origen.
- Emigran más los habitantes del campo que los de la ciudad.
- La mayoría de los emigrantes son adultos.
- Las migraciones se dan sobre todo del medio rural a los grandes centros comerciales e industriales.

⁶ MALDONADO, Mario G; Título: “*El costo psicológico de la migración*”; Año: 2008; Página principal: <http://www.runajambi.net/dolor/index.htm>; Disponible en: <http://www.runajambi.net/dolor/migracion.htm> (Consulta: 17 de mayo del 2008).

- Las causas principales de los movimientos migratorios son económicas.
- La emigración en el Ecuador es masiva.
- Los lugares de procedencia de la migración han cambiado. Si bien la región Sierra de Ecuador sigue concentrando la mayoría de emigrantes, en la Costa se registran las mayores tasas de crecimiento de la población migrante, sobre todo en los sectores urbanos. Ello va de la mano con el mayor crecimiento de la pobreza y el desempleo en esa región y sector.
- En cuanto al destino de la emigración, EEUU ha sido el país que mayor número de emigrantes ha recibido, sin embargo, se ha visto que existen otros países (principalmente España) que reciben cada año más migrantes que antes.
- Las remesas han tenido un crecimiento acelerado en los últimos 15 años, al punto de constituirse en el segundo rubro de entrada económica del Ecuador, después del petróleo.⁷

PERFIL DEL EMIGRANTE:

- En los países subdesarrollados se trata de población joven, hombres solteros del medio rural, con bajo nivel de instrucción y cambio de actividad tras su desplazamiento.
- En los países desarrollados son también jóvenes, pero con mayor proporción de niños y ancianos. Equilibrio de hombres y mujeres, con predominio de casados, afectando a diplomados, obreros, técnicos y empleados.
- Anteriormente muchos de los migrantes tenían una débil calificación profesional; esto los obligaba a ocupar puestos de trabajo inferiores. Sin embargo, en la actualidad ha aumentado la migración de personas de alto nivel de calificación.
- Los que migran al exterior no son los más pobres, sino la gente con cierto ingreso, experiencia laboral y calificación. Entonces, más allá de una estrategia de supervivencia, la emigración es también una estrategia familiar de movilidad, lo que se busca son nuevas oportunidades y un mejor futuro.
- Aumento de la participación femenina en la emigración. Actualmente las

⁷ CARRILLO, Ma. Cristina, HERRERA, Gioconda, TORRES, Alicia; “*La Migración ecuatoriana, transnacionalismo, redes de indentidades*”, 1ra Ed., Imprenta Imprefepp, Quito Ecuador 2005.

mujeres representan casi la mitad del total de emigrantes y son más numerosas que los varones en los países desarrollados. Sin embargo el reconocimiento de que tanto las mujeres como los varones hacen una importante contribución tanto a su familia como a su comunidad es bastante reciente y no completamente aceptado. Existe en nuestros días por lo general una creencia de que las causas y consecuencias de la migración internacional son diferentes para los varones y para las mujeres. Estas diferencias dependen de las relaciones entre los géneros y de la estratificación de los géneros en las sociedades de origen y de destino. En muchas sociedades las normas y valores aún distan de ser iguales respecto del género y la condición de la mujer todavía no es igual a la del varón.⁸

1.5.2 ESTADÍSTICAS:

ENTRADAS Y SALIDAS DE ECUATORIANOS Período 2000-2005.

TABLA 1.

AÑOS	ENTRADAS	SALIDAS
2000	344.052	519.974
2001	423.737	562.067
2002	461.396	626.611
2003	485.971	613.106
2004	528.912	603.319
2005	597.038	663.601

Fuente: Anuario de Migración Internacional INEC* 2005.

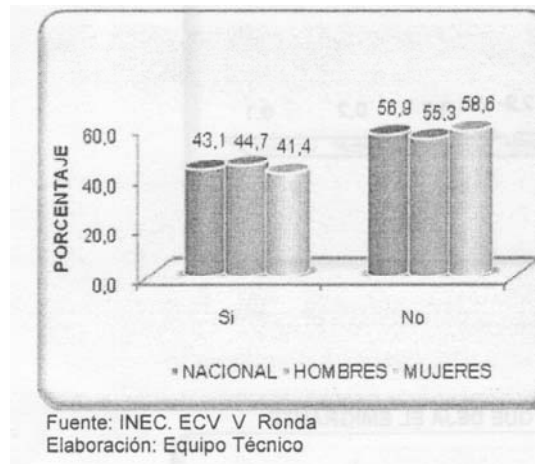
⁸ CARRILLO, Ma. Cristina, HERRERA, Gioconda, TORRES, Alicia; “*La Migración ecuatoriana, transnacionalismo, redes de indentidades*”, 1ra Ed., Imprenta Imprefepp, Quito Ecuador 2005.

* INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Durante el año 2005 salieron del país 663.601 ecuatorianos que al comparar con los 519.974 que salieron en el año 2000 se evidencia un incremento del 27,6 % en el lapso referido.

EMIGRANTE DEJA A MENORES DE 18

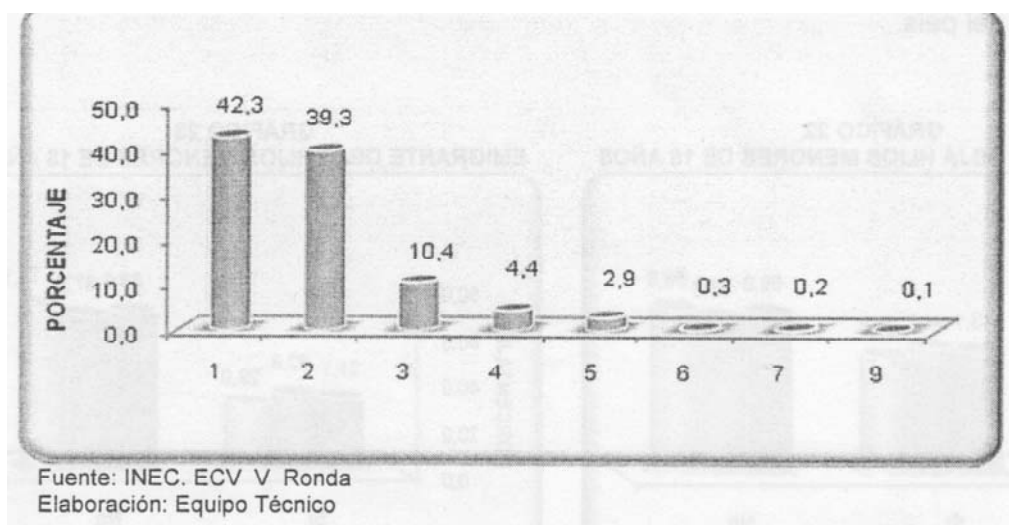
GRÁFICO 1



La ECV 2006* indica que quienes migran no tienen hijos o tienen hijos mayores de 18 años. (Gráfico 1)

NÚMERO DE HIJOS MENORES QUE DEJAN LOS MIGRANTES

GRÁFICO 2



* ECV: Encuesta de Condiciones de Vida

Con respecto al número de hijos/as que dejan los emigrantes ecuatorianos, la ECV 2006, indica que la mayoría de personas que salieron del país dejan en promedio de 1 a 3 hijos. (Gráfico 2).

ECUATORIANOS ENTRADAS Y SALIDAS SEGÚN EL SEXO

TABLA 2

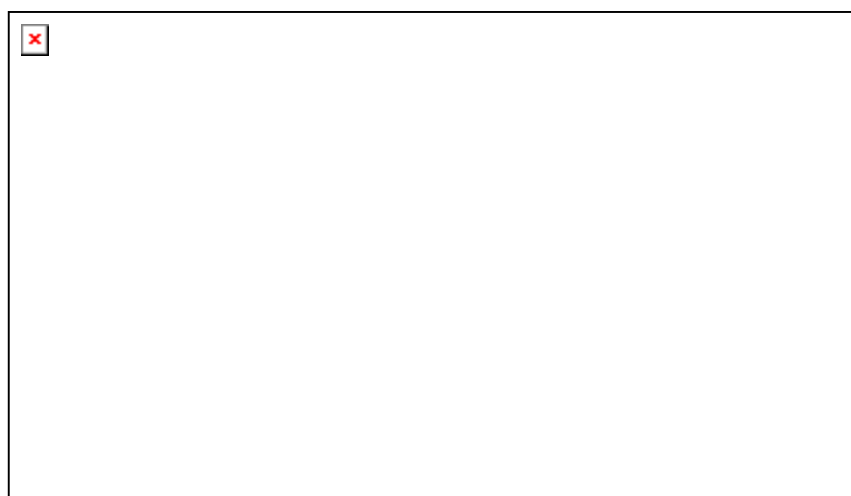
MOVIMIENTOS MIGRATORIOS	SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
ENTRADAS	HOMBRES	291.745	48,9
	MUJERES	305.293	51,1
	SUBTOTAL	597.038	100
SALIDAS	HOMBRES	320.032	48,2
	MUJERES	343.569	51,8
	SUBTOTAL	663.601	100
	TOTAL	1.260.639	

Fuente: Anuario de Migración Internacional INEC 2005.

Según el Anuario de Migración Internacional INEC 2005, el sexo de las personas que generaron los movimientos migratorios en el año 2005, los viajeros son mayormente de sexo masculino. (Tabla 2)

ENTRADAS Y SALIDAS POR EDADES

GRÁFICO 3

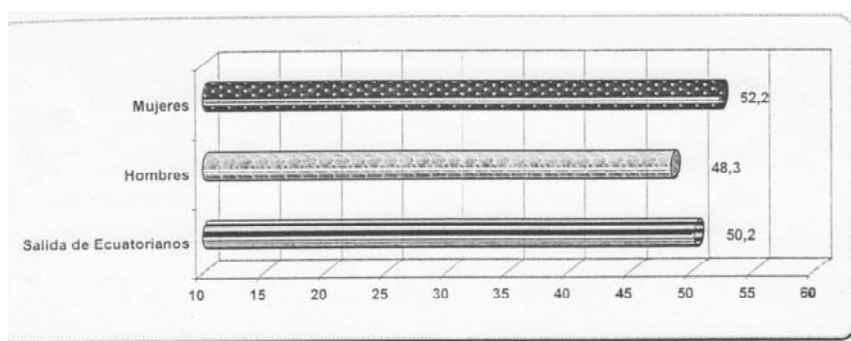


Según el Anuario de Migración Internacional de la INEC 2005, los ecuatorianos que entraron y salieron del país lo hicieron con mayor frecuencia en edades

comprendidas de 20 a 49 años, es decir, en edades potencialmente activas. (Gráfico 3)

TASA DE MIGRACIÓN INTERNACIONAL DE LOS ECUATORIANOS

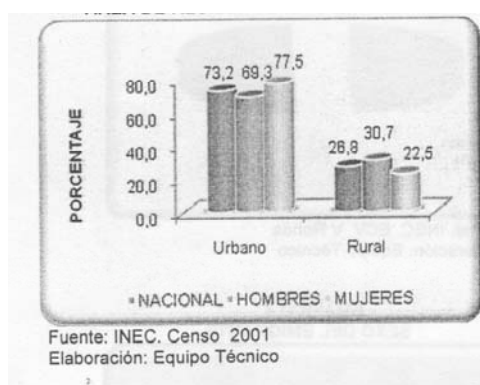
GRÁFICO 4



Según el gráfico que se observa en el Anuario de Migración Internacional INEC 2005, las tasas de migración internacional con respecto a las salidas de ecuatorianas mujeres es de (52,2) la misma que supera al de los hombres con una tasa de (48,3). (Gráfico 4)

RESIDENCIA DE MIGRANTES

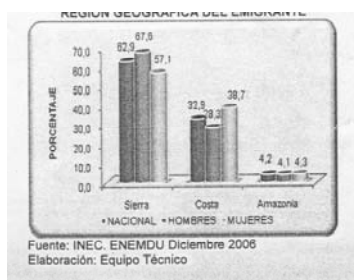
GRÁFICO 5



Según el Censo de población del 2001, existe un mayor porcentaje de hombres (69.3%) y mujeres (77.5%) pertenecientes al área urbana que migraron al exterior (Gráfico 5).

REGIÓN GEOGRÁFICA

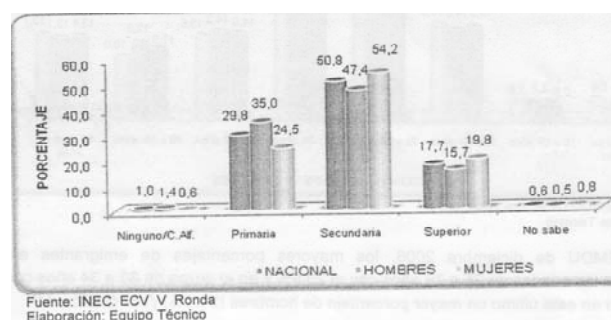
GRÁFICO 6



Según la ENEMDU de diciembre 2006, indica que la emigración de personas en la Sierra es superior al de la Costa y Amazonía, prevaleciendo los hombres (67.6%) en la Sierra y las mujeres en la Costa (38.7%) (Gráfico 6).

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

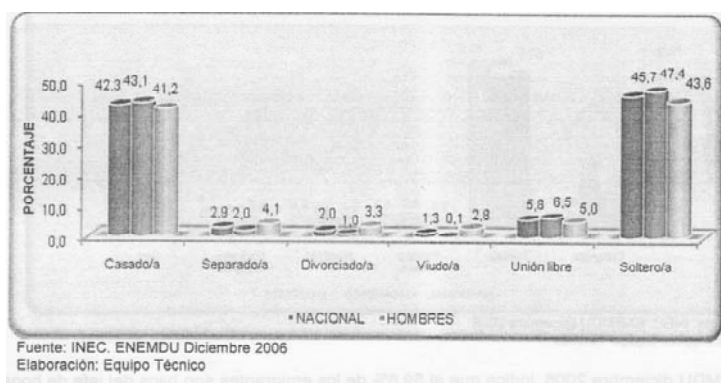
GRÁFICO 7



La Encuesta de Condiciones de Vida 2005 – 2006, muestra que los más altos porcentajes de emigración por motivos de trabajo, se presentan en hombres (47.4%) y mujeres (54.2%) con nivel de instrucción secundaria, seguido por aquellas personas con educación primaria y estudios superiores respectivamente. (Gráfico 7).

ESTADO CIVIL

GRÁFICO 8



Según la Encuesta de Empleo y Desempleo del 2006, registra que, en lo referente al estado civil de las personas que abandonaron el país, 48.1% tienen un compromiso (casado/a 42.3% y unión libre 5.8%), destacando en este grupo los hombres con porcentajes de 49.6%. mientras que en aquella población que no tenía cónyuge (separado/a 2.9%, divorciado/a 2.0%, viudo/a 1.3%, soltero/a 45.7%) destacan las mujeres con el 53.8%. (Gráfico 8).

1.6 CONCLUSIÓN

Al finalizar este capítulo podemos decir que la migración tiene efectos o consecuencias en el que viaja y en los familiares que se quedan, especialmente en sus hijos.

Debido al cambio brusco que estas familias deben pasar, es necesario y muy importante que logren una adecuada adaptación a su nuevo medio social y a la superación normal del duelo para que de esta manera se puedan prevenir las enfermedades psicológicas antes mencionadas.

CAPITULO II

TEMA: MIGRACIÓN EN EL ECUADOR

En el presente capítulo se ha visto importante considerar el auge de migración que se tiene en nuestro país ya que, en algunos sectores es más notorio que otros, hablando por provincias, ciudades, cantones, parroquias, etc.

Esta temática en el Ecuador se ha ido incrementando a través del tiempo, por lo que resulta interesante investigar acerca de sus inicios y de cómo este se ha ido desarrollando con los años.

2. 1. BREVE HISTORIA DE LA MIGRACIÓN EN ECUADOR.

Se debe reconocer que la migración en Ecuador no es un fenómeno nuevo. La migración interna es más bien antigua y permanente. Desde la existencia de la humanidad las migraciones dentro del mismo país o región se han dado con mucha frecuencia sobre todo desde las zonas rurales a las urbanas debido a la falta de trabajo dentro las primeras. Dentro de la familia, quien migraba era principalmente el jefe de hogar, quedándose así la madre de familia al cuidado de sus hijos.

La migración internacional es más reciente. Las referencias más tempranas la sitúan en los años 60, para la zona del Austro del país, luego de la crisis de la exportación de sombreros de paja toquilla, ya que esta fabricación proporcionaba ingresos a familias rurales con pequeñas propiedades destinadas a la agricultura.

Después de la Segunda Guerra Mundial, los hombres modernos abandonan la fabricación de los sombreros y las ventas cayeron rápidamente. Esto trae como consecuencia que las mujeres se trasladen de las zonas rurales a las urbanas (como lo hacían antes los jefes del hogar), mientras que los varones intentaban viajar hacia otros países para encontrar un mejor estilo de vida. Las provincias que mayor índice

de migración sufrían eran Cañar y Azuay. El país que mayormente recibía a los migrantes era EEUU, en las ciudades de New York y Chicago.

Entre los años 70 y 80 se produce un crecimiento impresionante de la población migratoria en las regiones internacionales antes mencionadas.

En la década de los 90 se produce un nivel más o menos estable de personas que migran tanto hacia EEUU como a otros países, entre ellos España, y con una proporción menor hacia Venezuela, Canadá y otras naciones Europeas. Sin embargo, EEUU era el país que durante muchos años recibía mayor cantidad de migrantes.

Dentro de este período el perfil de quien viajaba era generalmente de hombres adultos, casados y con un promedio de 3 hijos, con una instrucción que solo en algunos casos alcanzaba a la secundaria, y no todos tenían una profesión académica adecuada que les permitan tener experiencias laborales con apropiada remuneración. Esto hacía que los empleos no sean suficientes para mantener a una familia. Con respecto a la clase social que más tendía a viajar era la media-baja y no la más pobre pues ésta no contaba con el suficiente respaldo económico para asumir los gastos que este viaje ilegal demandaba.

Durante esta década, el incremento de migración internacional desde el Ecuador fue resultado, a nivel nacional, de la crisis económica y política. Durante los últimos años se ha promovido por primera vez una "industria" migratoria constituida por "coyotes", "chulqueros" y las agencias de viaje que consiguen clientes en los pueblos rurales y las ciudades por todo el país. Mientras los controles estadounidenses de inmigración hagan más difícil y peligroso cruzar la frontera ilegalmente, las ganancias del comercio, además de sus gastos siguen subiendo. En 1998, los coyotes en el Austro cobraban un mínimo de \$6.000 para arreglar el viaje a los Estados Unidos y, un año después, el precio había subido a casi \$9.000.

A finales de los 90 los problemas económicos se vuelen más profundos en el país, pues se enfrentó una creciente crisis económica que forzó a los gobernantes a cambiar la moneda nacional: "el sucre", y a adoptar una internacional: "el dólar"; además de ello se produjo la crisis bancaria marcada por el escándalo que paralizó el sistema financiero en el país, produciéndose así el congelamiento o pérdida de los

ahorros en la banca privada de la población, agravándose de esta manera los problemas sociales como la pobreza, el desempleo y un incremento en la inflación. En el año 1997, el 37% de hogares no tenían la capacidad de cubrir las necesidades básicas, y para el año 1999 ya había aumentado a un 47% debido a la crisis antes mencionada.

Con respecto al desempleo, en el año de 1995 un 5% de la población se encontraba desocupada, para el año 1997 aumentó a 9% y dos años más tarde, en 1999 se disparó a un 15% de la población. *“La pobreza creció más rápidamente en las áreas urbanas que un día fueron más prósperas. La pérdida de ahorros en bancas rotas o quiebras bancarias y la aguda inflación afectaron especialmente al grupo asalariado”*.⁹

Estos problemas hicieron que nuevamente una gran cantidad de ecuatorianos decidieran salir del país para viajar a otros con el fin de tener mejores ingresos económicos y una mejor vida, haciendo entonces que emigren, y en su mayoría a través de viajes ilegales. Para el año 2000, más de 560.000 personas habían salido de Ecuador, siendo de esta manera la vez que alcanzó un mayor número de personas que habían abandonado el país en cualquier año.

El lugar de origen comenzó a cambiar, pues ahora no eran solo los de Azuay y Cañar de las zonas urbanas quienes migraban ilegalmente, sino que para esos años (2000-2001) Quito, Guayaquil y otras ciudades del país habían salido también en grandes cantidades, alcanzando así la ausencia de un 85% y 79% de la población respectivamente.

El perfil para este año de quienes viajaban había cambiado, ya que era la clase social media la que se sintió mayormente afectada. El nivel de instrucción ya no era tan solo de primaria o secundaria sino también superior, por lo que se trataba de personas que ejercían ya su carrera y tenían experiencia laboral. Sin embargo, esta preparación ya no fue suficiente para vivir adecuadamente en el país. Con respecto al sexo, una gran cantidad de mujeres habían migrado, alcanzando casi el mismo número de

⁹ CARRILLO, Ma. Cristina, HERRERA, Gioconda, TORRES, Alicia; *“La Migración ecuatoriana, transnacionalismo, redes de indentidades”*, 1ra Ed., Imprenta Imprefepp, Quito Ecuador 2005, PG. 37-38.

porcentaje de los varones que viajaban. En las ciudades de Quito y Guayaquil ese similar porcentaje se mantenía mientras que en Cuenca el porcentaje de mujeres se seguía manteniendo en niveles más bajos que de los varones. Generalmente se trata de mujeres solteras y jóvenes, siendo así un menor número de casadas y con hijos las que migran.

El país de destino que, desde hace varios años había sido principalmente EEUU, comienza a cambiar por España. Este cambio se da debido a que la entrada ilegal a Norteamérica se volvió más difícil pues comenzó a tener mayor seguridad tanto por vía terrestre como aérea. Además se volvió más peligroso al tratar de pasar las fronteras debido a los controles más estrictos, haciendo que los precios del tráfico de personas sean mucho más altos. Para las mujeres era aún más peligroso pues debían sufrir abusos físicos, psicológicos e incluso violaciones sexuales.

Es así que, debido al creciente riesgo y al alto precio de la ruta hacia EEUU, España (y con menos fuerza otras naciones europeas) se convierte en el nuevo país de destino. Para el año 2000 este país había ya sobrepasado a EEUU con respecto al recibimiento de los migrantes ilegales pues, en un 53% de ecuatorianos había llegado hasta España y solo un 30% a EEUU (según datos de la INEC).

2.2. PROVINCIAS ECUATORIANAS DONDE EXISTE MAYOR EMIGRACIÓN

TABLA 3

Provincias	Total	% Total	Hombres	Mujeres
			200.430	177.478
			%	%
AZUAY	32.751	10,4	13,3	6,9
BOLIVAR	1.378	0,4	0,3	0,6
CAÑAR	23.877	7,6	9,8	4,8
CARCHI	871	0,3	0,3	0,2
COTOPAXI	2.786	0,9	0,7	1,2
CHIMBORAZO	8.240	2,6	2,6	2,7
EL ORO	14.420	4,6	3,9	5,4
ESMERALDAS	3.888	1,2	0,9	1,7
GUAYAS	65.285	20,8	19,2	22,7
IMBABURA	11.529	3,7	3,9	3,3
LOJA	20.021	6,4	7,6	4,9
LOS RIOS	10.753	3,4	2,2	4,9
MANABI	6.978	2,2	1,5	3,1
PICHINCHA	83.818	26,7	24,5	29,4
TUNGURAHUA	12.550	4,0	4,7	3,1
Z. NO DELIMITADAS	2.198	0,7	0,6	0,8
AMAZONIA	13.083	4,2	4,1	4,3
Total Personas	314.426	100	100	100

Según

Fuente: INEC. ENEMDU Diciembre 2006
Elaboración: Equipo Técnico

la

ENEMDU de diciembre 2006 en la Sierra: Pichincha (26.7%), Azuay (10.4%), Cañar (7.6%) y Loja (6.4%); y en la Costa: Guayas (20.8%) y el Oro (4.6%) son las provincias que más contribuyen a la emigración del país, prevaleciendo las mujeres emigrantes en la Costa y, en la Sierra, los hombres emigrantes a excepción de Pichincha.

Los porcentajes presentados anteriormente confirman que la Sierra: Pichincha, Azuay, Loja y Cañar, y en la Costa: Guayas y El Oro se caracterizan por ser las que más aportan a la emigración internacional y además que este comportamiento se mantiene en el tiempo. (Tabla 3)

TABLA 4

PROVINCIA	Migración internacional					
	PROYECCION POBLACIONAL 2006	% Total Emigrantes Provincial	Total Hombres	% Emigrantes Hombres	Total Mujeres	% Emigrantes Mujeres
AZUAY	666.085	4,9	314.650	7,3	351.435	2,7
BOLÍVAR	179.358	0,8	88.924	0,6	90.434	1,0
CAÑAR	223.566	10,7	102.700	16,6	120.866	5,6
CARCHI	164.507	0,5	82.775	0,7	81.732	0,3
COTOPAXI	391.947	0,7	191.832	0,6	200.115	0,8
CHIMBORAZO	438.097	1,9	208.557	2,2	229.540	1,6
EL ORO	595.262	2,4	304.856	2,2	290.406	2,6
ESMERALDAS	430.792	0,9	223.754	0,7	207.038	1,2
GUAYAS	3.581.579	1,8	1.808.060	1,8	1.773.519	1,8
IMBABURA	388.544	3,0	191.796	3,6	196.748	2,4
LOJA	431.077	4,6	212.276	6,2	218.801	3,1
LOS RIOS	728.647	1,5	380.792	1,0	347.855	2,0
MANABÍ	1.298.624	0,5	661.350	0,4	637.274	0,7
PICHINCHA	2.646.426	3,2	1.314.514	3,2	1.331.912	3,1
TUNGURAHUA	491.629	2,6	240.801	3,4	250.828	1,7
GALÁPAGOS	22.009		12.027		9.982	
Z. NO DELIMITADAS	85.265		44.784		40.481	
AMAZONÍA	644.856	2,0	339.183	2,1	305.673	2,0
Total	13.408.270		6.723.631		6.684.639	

Fuente: INEC. ENEMDU Diciembre 2006
Elaboración: Equipo Técnico

Según la ENEMDU de diciembre 2006, nos permite observar que las provincias de la Sierra: Cañar (10.7%), Azuay (4.9%), Loja (4.6%), Pichincha (3.2%) e Imbabura (3.0%), presentan mayores niveles de expulsión internacional de su población considerando las proyecciones poblacionales 2006. En tanto que los más altos porcentajes de hombres emigrantes se presentan en Cañar, Azuay, Loja, Imbabura y Tungurahua, mientras que en las mujeres tenemos que Cañar, Loja, Pichincha, Azuay y El Oro se caracterizan por tener las mayores tasas de emigración femenina internacional. (Tabla 4)

2.3 CONCLUSIÓN:

Al haber revisado sobre la Historia de la Migración en el Ecuador se ha podido descubrir que esta tiene un inicio debido a la crisis de la venta de los sombreros de paja toquilla en la zona austral que se presentó en los años 60. Con el tiempo la migración se fue extendiendo hacia otras zonas del país ya que poco a poco la

economía se iba deteriorando cada vez más hasta obligar a los ecuatorianos a buscar nuevas oportunidades para mejorar su estilo de vida y superar las crisis financieras.

CAPITULO III

TEMA: IMPORTANCIA DE LOS PADRES EN LA VIDA DE SUS HIJOS.

En el siguiente capítulo se desarrollarán y analizarán temas referidos a la relación paterno-filial y la importancia de que esta se desarrolle adecuadamente, pues el vínculo afectivo que se produce entre padre e hijo desde los primeros meses de vida es esencial para que el niño crezca saludablemente en todas las áreas de su vida.

3.1. PADRES COMO AGENTES DE SOCIALIZACIÓN.

Según los autores Marshall Ross y Haith Miller, la familia es el primer medio social donde se desarrolla el niño, principalmente a través de la socialización con sus padres y depende mucho del tipo de vínculo que este ha creado con ellos. Existe una teoría que explica claramente la gran importancia que el desarrollo de esta relación tiene pues de ello depende que un niño se vuelva seguro o inseguro en un futuro y así sea adecuadamente sociable. Es decir, es a través del tipo de apego y de todos los factores que influyen en el desarrollo del mismo el que hará que el niño crezca sanamente o, por el contrario, que desarrolle una patología como es la ansiedad.¹⁰

Esta teoría es expuesta a través de varios autores y es conocida como la “Teoría del apego”, sin embargo, se ha tomado a John Bowlby (año 1998) y a Helen Bee en sus explicaciones sobre el tema para el desarrollo de este punto basándonos en sus libros: “*El apego y la pérdida I*” y “*El desarrollo del niño*”¹¹, respectivamente.

Según la teoría del apego de Bowlby, el vínculo afectivo que es creado entre la madre y su hijo es conocido como “apego”, el mismo que se considera primordial para el desarrollo del niño.

Este vínculo es el resultado de la actividad de una serie de “sistemas de conductas” que hará que ambos se aproximen. Este sistema está basado en dos formas básicas de conductas de apego, es decir, dos formas en que se manifiesta el apego: las señales y el acercamiento.

- 1. Las señales:** Se refiere a señales sociales que tienen como objetivo llevar a la madre hacia el hijo. Estas son: el *llanto* que pueden indicar hambre o dolor, la *sonrisa* y *balbuceo* que indicarán bienestar o contento, el *gesto de levantar las manos* como indicativo de deseo de ser cargado por la madre y la señal de *tratar de atraer y mantener la atención de la madre*.
- 2. Acercamiento:** Tiene como objetivo llevar al hijo hacia la madre. Mantiene tres tipos de conductas: acercar a la madre (motivo por el que se llama a esta conducta así), aferrarse a ella y succionar el pezón o agarrarse del mismo sin fines alimenticios. Esta última tiene el objetivo de alimentar, pero también

¹⁰ ROSS, Marshall y HAITH M. y MILLER Scout, “*Psicología Infantil*”, 2da. Edición. Editorial Ariel, 2001.

¹¹ BOWLBY, John, “*El apego*”, Tercera Edición, Editorial PAIDOS, 1998.

otro muy importante como es el de hacer que se mantenga un contacto muy estrecho con la madre.

El desarrollo del apego: A través de investigaciones se ha descubierto que el apego pasa por tres fases a medida que el niño crece:

1. Se inicia con el nacimiento del bebé y termina aproximadamente a los 2 o 3 meses. En las primeras semanas de su nacimiento no existe el apego propiamente dicho pues en esa etapa el niño no puede reconocer a su figura materna. Es decir, mientras no aprenda a discriminar a las personas, no podrá desarrollar el apego hacia su madre y por lo tanto cualquier individuo que lo cuide, lo levante ó alimente podrá hacer que el niño se calme. Sin embargo, según los estudios realizados por Bowlby, a partir de las tres semanas el niño puede distinguir estímulos de olores y voces, por lo que sus sentidos auditivos y gustativos se encuentran funcionando y le permiten al niño elegir entre lo que prefiere y lo que no. Es así que, según este autor, aunque la discriminación es muy escasa, ya puede distinguir cuando la voz o el olor proveniente del exterior es su madre (o la figura que cumple con el rol materno). Según la autora del libro “El desarrollo del niño”, Helen Bee, nombra a esta fase como “*Apego indiscriminado*”.¹² Para Bowlby, esta fase se conoce como: “*Orientación y señales con una discriminación limitada de la figura*”.¹³
2. A partir de los 6 meses de edad empieza la capacidad de discriminación, es así que el niño se “pega” a una sola persona, es decir, a su madre (o la figura que cumpla con ese rol) y manifiesta angustia cuando ésta lo deja; de esta manera aparece el miedo a los extraños y con ello una sensación de alarma o ansiedad si es que se da cuenta de que su madre se ha alejado. En esta etapa el apego es muy intenso y el niño utiliza mucho las conductas antes mencionadas (llanto, sonrisas, etc.) para lograr que su madre regrese a su lado. Así, las reacciones amistosas y poco discriminadas de antes van desapareciendo para el resto de la gente. El bebé empezará a elegir a determinadas personas como figuras de apego secundarias (pudiendo ser éstos el padre, abuelos, e incluso sus compañeros de

¹² BEE, Helen; “*El desarrollo del niño*”; Segunda Edición; Editorial TEC-CIEN; 1978.

¹³ BOWLBY, John; “El apego y la pérdida I”; Tercera Edición, Editorial PAIDOS, 1998.

juego) y descartará a otras. En esta fase la conducta de apego es totalmente visible para todas las personas. Helen Bee nombra a esta fase como: “*Apego específico*”¹⁴. Para Bowlby esta etapa es conocida como: “*Mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada, por medio de la locomoción y de señales*”¹⁵

3. Alrededor del primer año ó 18 meses de edad, aunque el apego sigue siendo muy intenso, ya desarrolla la capacidad de aceptar a otras personas (aunque a pocas) y a que ellas cuiden de él en sustitución de la madre sin experimentar miedos ó ansiedad. Sin embargo, para que esto suceda el niño debe haber estado antes en contacto con esas personas junto con su madre para que se sienta confiado y familiarizado con ellas. Además deberá estar seguro de que su madre se ausentará solo por un tiempo y que en algún momento regresará a él. Es a esta edad en que el niño podrá entender que su madre es un ser independiente y por esta razón podrá moverse y acercarse o alejarse de él. Esta etapa se da entre los dos y tres años de edad y lleva el nombre de “*Apego múltiple*”¹⁶ según Bee; para Bowlby, esta fase se conoce como: “*Formación de una pareja con corrección de objetivos*”.¹⁷

La función del apego: Según Bowlby, las verdaderas funciones de esta conducta no se han estudiado con exactitud, sin embargo, él explica el papel del apego a través de dos maneras:

- **Función de supervivencia.** Bowlby toma la teoría de Freud para explicar esta función y manifiesta que el niño en sus primeras etapas de desarrollo necesita satisfacer adecuadamente todas sus necesidades, entre ellas la alimentación para lograr que su aparato psíquico pueda funcionar bien. Como el bebé no está capacitado para cubrir con esta necesidad, sabe que requiere de su madre pues es ella quién podrá satisfacer esta necesidad sin demora. Es así que esta función cumplirá con el objetivo de impedir que el aparato psíquico sea perturbado ya que las necesidades del niño serán satisfechas adecuadamente.

¹⁴ BEE, Helen; “*El desarrollo del niño*”; Segunda Edición; Editorial TEC-CIEN; 1978.

¹⁵ BOWLBY, John; “El apego y la pérdida I”; Tercera Edición, Editorial PAIDOS, 1998.

¹⁶ BEE, Helen; “*El desarrollo del niño*”; Segunda Edición; Editorial TEC-CIEN; 1978.

¹⁷ BOWLBY, John; “El apego y la pérdida I”; Tercera Edición, Editorial PAIDOS, 1998.

- **Función de protección.** Es decir, de proteger al niño ante situaciones que amenacen contra su vida. A través de esta función el niño irá aprendiendo estrategias necesarias que su madre le enseña para poder subsistir cuando sea más grande. Esta última función es la más probable de la conducta de apego.

Tipos de apego: El niño desde el momento en que es concebido, empieza a desarrollar un apego hacia su madre, el mismo que podrá ser seguro, inseguro e incluso puede llegar a no crear ningún tipo de apego. Pero, ¿de qué depende o qué es lo que influye para que se de un tipo de apego en el bebé?. Según Helen Bee, la autora del libro “Desarrollo del Niño,” manifiesta que el tipo de apego que el niño crea depende de dos factores, estos hacen referencia al **temperamento** que el niño desarrolle y al **comportamiento** que tenga la madre hacia su hijo. Es así entonces que, el niño podrá desarrollar tres patrones temperamentales: “bebé fácil”, “bebé difícil”, “bebé reactivo” ó como Bee describe “apego seguro”, “inseguro” y “no apego” respectivamente.

Cada uno de estos apegos se manifiestan de diferente manera, por ejemplo, cuando el apego que el niño ha desarrollado es **seguro**, tendrá conductas positivas hacia la madre como: sonreírle, extender sus brazos, vocalizarla, confiará en que ella va a regresar y permanecerá tranquilo mientras tanto, etc. Cuando este apego se ha desarrollado en el niño, además de deberse a su temperamento, también será porque la madre ha reaccionado positivamente a sus señales, es decir, a mostrado sensibilidad, percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta casual y apropiada a las señales del niño. En este caso ha existido una adecuada proximidad entre ambos.

Si el apego que ha desarrollado es **inseguro**, su conducta será de llantos aún si la madre se encuentra cerca, se “pegará” a ella para evitar perder esa relación pues siente mucho miedo de que esto suceda. Este tipo hará que con el tiempo su miedo se intensifique hasta tal vez llegar a crear una ansiedad patológica. En este caso, la reacción de la madre se ha manifestado como excesivamente gratificante, inaccesible o no ha respondido a sus necesidades cuando él lo deseaba. También puede ser que su conducta haya provocado temor, pues ha recurrido a amenazas o actos de

violencia. En esta ocasión el pequeño no suele huir de la figura hostil, sino aferrarse a ella.

El niño reacio en cambio manifiesta muy poco afecto o angustia hacia el cuidador, o muestra evasión de esta figura ante situaciones que exigen la proximidad, tienen más propensión al enojo, desarrollan metas destructivas, frecuentes episodios de ira y otras emociones negativas. Ellos no pueden llegar a desarrollar ni demostrar una conducta afectiva caracterizada por la ansiedad, por el contrario, muestran un relativo desapego, aparentemente sin confiar en los demás ni preocuparse por ellos, mantendrá conductas de alejamiento hacia la figura materna, el apego que desarrolle no dependerá de su madre o de ninguna figura materna, se mostrará rebelde, agresivo, desobediente. En esta situación, el comportamiento o reacción de la madre ha sido de sobreestimulación, atosigante ó en algunos casos, los maltratan física, psicológicamente o han sido negligentes con sus hijos.

*“Las cualidades temperamentales básicas del bebé junto con las reacciones de la madre a esas cualidades darían una base importante para el primer apego. De esta manera, el apego se desarrollará con mayor fuerza si el niño es “fácil” que con uno “difícil”.*¹⁸ Sin embargo, es importante destacar que el tiempo que la madre le dedique a su hijo en los cuidados y la demostración de afecto, también es muy importante para que desarrolle una conducta de apego adecuada, pero lo primordial no es la cantidad de tiempo que la madre dedique a su hijo sino la **calidad** de este acercamiento. Por esta razón, el hecho de que las madres trabajen no quiere decir que sus hijos desarrollarán un apego inseguro o reacio; es suficiente que dediquen las horas del día que les resta de una manera totalmente adecuada y precisa para que su apego sea seguro y así se desarrolle sanamente.

Según Bowlby, existen 4 tipos de conducta entre el niño y la madre según los cuales el apego creado es seguro ó adecuado, todo esto depende de la **proximidad** que existe entre ambos y de la capacidad de establecer límites tanto de cercanía como de alejamiento:

- a) **La conducta de apego del niño.** Expuesta ya anteriormente, las señales como el llanto, sonrisa, etc., que tienen como fin mantener a la madre cerca.

¹⁸ BEE, Helen; “*El desarrollo del niño*”; Segunda Edición; Editorial TEC-CIEN; 1978.

- b) **Una conducta del niño antitética del apego (en particular la conducta exploratoria y el juego):** A través de esta conducta el niño podrá descubrir tres situaciones: la orientación de su cabeza y cuerpo en el espacio que le permitirá encontrar la posición más adecuada para distinguir el objeto, acercamiento del cuerpo al objeto-estímulo que le permitirá obtener más información del medio y la investigación del objeto al manipularlo e irlo conociendo. Esta conducta tiene como función obtener información del ambiente y es inducida por estímulos nuevos, es decir, cada vez que el niño encuentre un nuevo estímulo, esta conducta se activará y, cesará cuando se encuentre familiarizado con el objeto. Es ahí entonces cuando el niño recordará a su madre e iniciará su búsqueda a través de las conductas ya conocidas.
- c) **La conducta de atención de la madre:** Referida a una conducta de “recuperación” ya que la madre trata de acercar nuevamente a su hijo hacia su lado, es decir, trata de recuperarlo y mantenerlo cerca. Su función es de protección.
- d) **Una conducta materna antitética de los cuidados parentales:** Estas conductas hacen referencia principalmente a las tareas del hogar pero cualquiera de estas actividades pueden detenerse para acudir hacia el niño por lo tanto no resultan incompatibles con la conducta materna. Otras conductas que pueden alejar a la madre es el cuidado del esposo u otros hijos pero sigue siendo una conducta sana. Conductas como problemas emocionales pueden producir un alejamiento muy grave.

Todas estas conductas tienen emociones y sentimientos tanto positivos como negativos. Si la interacción entre ambos es normal, serán personas sanas, sus sentimientos serán buenos y querrán estar siempre el uno en compañía del otro. Por el contrario si esos sentimientos son negativos se producirá ansiedad o tristeza sobre todo cuando exista rechazo del uno hacia el otro.

Es así entonces como a través de la figura central que es la madre, el niño inicia desde su nacimiento la socialización y poco a poco va ampliando su ámbito de relaciones sociales que se van dando con familiares más cercanos como: abuelos,

tíos, como así también a los amigos de la familia, a vecinos y finalmente sus compañeros de aula.

“El vínculo que establece con algunas personas tiene diversas funciones sociales. En primer lugar, le permite sentirse seguro ante situaciones o personas nuevas o extrañas; por lo tanto, la presencia de una persona objeto de vínculo reduce su ansiedad. Esto posibilita que siempre que estén presentes los padres o incluso algún hermano sea capaz de aceptar acercamientos de desconocidos sin responder con lloros o quejas. Permite también que el niño explore con tranquilidad el ambiente que le rodea, por ejemplo desplazarse para relacionarse con otros niños en el parque.”¹⁹

Esta capacidad de exploración de lugares o personas nuevas junto con las personas de vínculo le permite al niño adquirir seguridad y establecer nuevos vínculos, lo que hará que aumente progresivamente su desarrollo de relaciones sociales.

El hecho de que el niño haya establecido fuertes vínculos afectivos en la infancia con las figuras significativas (sus padres), facilitará sus relaciones sociales posteriores. A medida que el niño crezca, será capaz de mantenerse durante más tiempo separado de sus padres. Además, el ambiente en el que se han ido desarrollando influirá también en su capacidad para relacionarse incluso en su etapa adulta. De esta manera, si el ambiente en el que se ha encontrado ha sido seguro, entonces no encontrará ningún problema al interrelacionarse con los demás.

Los niños de dos años, en esta edad ya buscan una relación con otros niños que lo pueden hacer a través de pares, existiendo todavía cierta rivalidad en compartir los juegos, pues no son capaces todavía de hacer un juego en forma conjunta y organizada.

En la etapa preescolar (4 a 7 años), las relaciones se extienden y de esta forma aparecen las primeras reglas de juego. Estos juegos suelen ser en un grupo en el que no siempre tiende realizarse de manera satisfactoria, pues el niño no ha salido de su total egocentrismo. Las riñas pueden ser varias aunque de poca magnitud en los niños más pequeños, pero van cediendo a medida que tengan mayor edad.

¹⁹ GRUPO OCÉANO, “Enciclopedia de la Psicología”, Editorial Océano. Pág. 391

Lo más importante dentro del desarrollo de relaciones sociales es el lenguaje, pues si bien es cierto, en un niño menor de 1 año, no puede comunicarse a través de esta herramienta, pero lo podrá hacer a través de gestos ó la disputa del objeto. Cuando ya se ha iniciado el lenguaje, el niño puede manifestar de mejor forma sus deseos y las ganas de iniciar un juego ó actividades conjuntas con otro niño, aunque éstas fracasen en sus inicios.

3.2. PADRES COMO PROTECTORES Y RESPONSABLES DE SUS HIJOS.

La interacción del niño con los padres, además de permitirle el desarrollo de su socialización, también resulta importante para el cuidado o protección del mismo.

Los roles del padre y madre difieren en ciertos aspectos, pues la figura materna se encuentra dispuesta al cuidado del niño refiriéndose a la alimentación, higiene, vestimenta, entre otros.

Mientras tanto el padre, tiene el rol de proteger al niño de peligros, crear juegos cada vez más complicados según la edad de su hijo, reparar sus juguetes, llevarlo a lugares recreativos para que aprenda nuevas destrezas, etc. De esta manera se observa que el rol paterno tiende a ser más ligero que el de la madre, pues tienden a ser más físicos y espontáneos. Los juegos con la madre en cambio, suelen ser más sutiles y comunes.

A medida que la sociedad ha ido desarrollando y cambiando sus tradiciones y actividades rutinarias, se ha visto que estos roles están siendo afectados, ya que actualmente el padre, pero sobre todo la madre, han debido cambiar las responsabilidades y la forma de cuidado del niño. Todo esto se debe a la necesidad de trabajo que la mujer ha desarrollado. Es así entonces que el cuidado del niño pasa a ser de terceras personas como abuelos, tíos, niñeras o guarderías.

Esta decisión hace que las madres que trabajan se sientan culpables o tengan ansiedad cuando se preguntan si el cuidado que sus hijos reciben cuando se encuentran con estas terceras personas es el más adecuado.

3.3. PADRES COMO MODELOS DE IMITACIÓN E IDENTIFICACIÓN PARA SUS HIJOS.

Durante los 6 primeros meses de edad, el niño se considera como una sola unidad junto con su madre, cree así que ambos forman un solo ser. Sin embargo, a partir de los 7 meses en adelante, comienza a desarrollarse en él la noción de ser independiente al cuerpo de su madre, es decir, que él y ella son dos seres distintos. De esta manera empieza a considerar a su cuerpo y a sí mismo como un único y continuo suceso y además como un ser independiente. A medida que crece, se da cuenta de que sus padres actúan como modelos para imitar sus acciones y, más tarde, para identificarse sexualmente con uno de ellos.

En los primeros años de vida, el niño ve a sus padres como personas perfectas, él o ella los idealiza para sentirse protegido/a, pues son solo ellos quienes se encuentran bajo el cuidado de los mismos. Ya que los padres son las personas que están más unidos a ellos y son los más importantes, es natural que sus hijos quieran imitarlos.

Cuando los niños sienten el deseo de imitar a sus padres, es esencial que éstos den múltiples ejemplos de autocontrol y paciencia para que de esta manera el niño aprenda este tipo de conductas y los pueda interiorizar. Un punto muy importante que se debe resaltar, es que la forma de comportamiento de los padres, es decir, sus acciones influyen mucho más en sus hijos que las frases o palabras que sean dirigidos a ellos, pues las acciones producen mayor impacto.

Bandura (1967) indica que existen dos formas de procesos en el aprendizaje de la socialización: la enseñanza directa ó entrenamiento instrumental, y la imitación activa por medio de los cuales los niños obtienen actitudes, valores y patrones de conducta social. La enseñanza directa se refiere a lo que los padres les explican de forma precisa y directa sobre que es lo que deben hacer o seguir. Los padres intentan modelar la conducta de sus hijos a través de recompensas y castigos.

En cuanto a la imitación activa se refiere al seguimiento de conductas y actitudes de los padres sin que ello intente enseñar de manera directa.

“ Así si un padre castiga físicamente a su hijo por que este ha agredido a un compañero de clase, aun cuando el padre intente que su hijo deje de pegar a otros niños, con su propia actitud, agresión física hacia su hijo, se convierte en un modelo,

*que su hijo, imitará, probablemente, cuando se sienta frustrado en posteriores interacciones sociales”.*²⁰

A medida que los hijos van creciendo aparecen otros personajes que van a reemplazar a sus padres, de tal manera que la admiración que ellos sentían ya no será tan exclusiva. Por este motivo es muy importante saber valorar y confrontar las influencias ambientales que reciben los hijos.

Además el niño es capaz de configurar su identidad masculina o femenina. Existen varias teorías que explican la formación de la identidad sexual de las cuales tomaremos en cuenta a 3 de las más importantes:

- *Psicoanálisis:* Según Freud, la identidad sexual se da a partir del complejo edípico. El niño/a se identifica con el padre del mismo sexo e irá adoptando todas las cualidades que éste tenga incluyendo conductas de papel sexual y actitudes sexuales.

El desarrollo de la identificación según Freud es diferente para el niño y la niña. En la niña la identificación se da debido a su temprano apego a la madre; en el niño como no existe amor ni una relación dependiente con su padre utiliza otro mecanismo: “la identificación con el agresor”, así se identificará con la persona que él considera ser la más poderosa, más particularmente con el poder de castración.

- *Aprendizaje Social:* Esta teoría afirma que la adquisición del comportamiento sexual se da a través del uso frecuente de los artículos masculinos y más tarde al reforzamiento que éste reciba por cada comportamiento sexual masculino, para luego imitar por medio de la observación al progenitor del mismo sexo. De igual forma que el psicoanálisis, la imitación es diferente en el niño y la niña. En el primero tomará el modelo del progenitor que tenga más poder y se le recompensará por el mismo, la niña recibirá recompensas cuando su comportamiento sea igual al de la madre.
- *Teoría del desarrollo Cognoscitivo:* Según esta teoría el desarrollo de la identidad se realiza a través de secuencias. En un inicio se desarrolla el

²⁰ SILVESTRE, Nuria y SOLE, Ma. Rosa, “*Psicología Evolutiva, Infancia y Preadolescencia*”, 1era. Edición, Editorial CEAC, 1993.

concepto de ser masculino o femenino, sin embargo, no lo puede emplear para todos los objetos que pertenezcan al sexo masculino o femenino. A la edad de 3 a 4 años se reconoce como niño o niña y sabe muy bien a que sexo pertenece. Sin embargo, a pesar de que pueden designar correctamente si un niño es del sexo masculino o femenino, no quiere decir que éste haya comprendido o generalizado el concepto.

A esta edad se diferencia claramente la preferencia de juguetes y actividades asociados con su propio sexo; pero generalmente no se dan cuenta de que su sexo es una característica permanente ni asocian su sexo con las diferencias genitales.

De 5 a 6 años el niño se dará cuenta de que su género es constante e incambiable, además empieza a imitar constantemente y a identificarse con los adultos del mismo sexo.

La identificación con el sexo incluye la adopción de roles que la sociedad atribuye a cada sexo con características psicológicas diferenciadas adecuadas a cada una de ellas. Para hablar de roles se utilizan los términos de expresividad (para la mujer) e instrumentalidad (para el varón).

En la mujer la función social tradicional es de madre de familia, ser expresiva, afectuosa etc.

En el hombre la función social es de tener éxito profesional, ser competitivo, eficaz, y se le prohíbe la expresividad de los sentimientos. Cabe resaltar que estos roles se inician a partir del núcleo familiar.

3.4. CALIDEZ

Por calidez, se refiere al grado de cercanía de la relación afectiva y la aceptación o rechazo en la relación padre-hijos. Lo contrario de calidez es distancia afectiva.

Tomando en cuenta estas dos variables, existen 4 tipos de estilo en la relación paterno-filial: *"Relación de autoridad, relación autoritaria, relación permisiva y por último relación indiferente"*.²¹

²¹ ROSS, Marshall y HAITH M. Y MILLER Scout, *"Psicología Infantil"*, 2da. Edición Editorial Ariel, 2001.

La relación de autoridad se caracteriza por la combinación de suficiente control y mucha calidez; se trata del ejercicio de la autoridad con amor.

La relación autoritaria se caracteriza por mucho control y poca calidez; es una relación donde el padre impone pero no da afecto.

El estilo de relación permisiva es de poco control y exceso de calidez. En este tipo, el padre es blando y permisivo y se excede en sus manifestaciones de cariño.

En el estilo indiferente existe poco control y calidez; padres distantes que parecieran no importarles sus hijos.

La calidez puede ser entendida también como “sensibilidad paterna”, es decir, al grado de afecto y aprobación que los padres transmiten a sus hijos.

Cuando existe la calidez dentro de la familia se observa a través de la respuesta a las necesidades que tienen los hijos, además que comunican su aceptación y están dispuestos al diálogo. Cuando esto se da, la identificación de género se vuelve más profunda.

La calidez se comunica a través de expresiones de elogio o aprobación y en relaciones no verbales como tocar, acariciar, besar, en actividades de juego etc., además se observa por medio del aliento que los padres den a sus hijos en las tareas que estos realicen.

Cuando existe calidez dirigida hacia los hijos estos tendrán la capacidad de desarrollar mayor seguridad en sí mismo, una autoestima adecuada, mayor adaptación social. Esto ayudará a que cuando sean adultos gocen de mayor estabilidad emocional y a su vez de un mejor estilo de vida.

Por el contrario cuando los niños crecen en un hogar donde los padres son hostiles, critican, castigan, ignoran a sus hijos y expresan muy poco afecto o aprobación, tendrán como resultado a niños muy agresivos, con problemas con su autoconcepto, incapacidad de interiorizar los valores morales, de adaptarse al medio, es decir, sufrirán varios problemas que con el tiempo pueden irse agravando.

3.5 CONCLUSIÓN

El apego tiene varias características, las mismas que tienen como objetivo mantener el acercamiento de la persona a la que está apegado. Si la relación con la figura de

apego es positiva, el niño irá así poco a poco desarrollando sentimientos de seguridad, bienestar y placer ante el acercamiento de las figuras, y si le llegaran a faltar se producirá la ansiedad al ver la separación o distanciamiento de dicha figura.

Además es de gran ayuda que pertenezca a un contexto sociocultural en el que encuentre elementos que lo gratifiquen y reafirmen. De esta manera podrá construir una imagen de sí mismo con la que se sentirá seguro y lo ayudará para la convivencia en la sociedad donde se desarrollará.

CAPÍTULO IV

TEMA: ANSIEDAD

En el presente capítulo se desarrollará la ansiedad desde su concepto, tipos y criterios diagnósticos para así poder establecer una diferencia clara de los síntomas, además de las posibles causas que hacen que se desarrolle la enfermedad.

Se considera importante establecer una clara diferencia entre la ansiedad normal que todo ser humano la puede padecer, de aquella patológica que requerirá de atención.

4.1 CONCEPTO:

“La ansiedad es una emoción que está presente en casi todos los trastornos mentales en cualquier edad en la que ocurra. Se suele vivir como algo desagradable, suele ser una reacción ante alguna amenaza real o imaginada. Los niveles normales tienen una función adaptativa, es decir, nos prepara físicamente para responder a posibles eventualidades. En los niños, la ansiedad está presente en muchos comportamientos puesto que se encuentra en una fase de constante aprendizaje donde muchas de las situaciones que viven son nuevas y carecen del conocimiento ó las habilidades necesarias para hacerles frente. Cuando los niveles de ansiedad y sudoración son

excesivos pueden convertirse en trastorno e interferir, alterando el desarrollo del comportamiento emocional y social del niño. Al igual que en los adultos los síntomas infantiles pueden manifestarse en forma de signos psicológicos como: irritabilidad, inquietud, insomnio o pesadillas, y físicos como: taquicardia, apneas, vómitos, dolores, sudoración o parálisis”²²

4.2 TIPOS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

TIPOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA:

Existen autores que realizan una explicación más específica de la ansiedad infantil. Entre ellos se encuentra el Dr. Mario Valdivia, autor del libro “Manual de Psiquiatría Infantil”, según el cual existen 12 tipos de ansiedad que pueden presentarse en los niños, dividiéndolos en dos grupos:

“Trastornos de inicio en la niñez:

- *Trastorno de ansiedad por separación.*
- *Mutismo Selectivo.*

Trastornos típicamente de adultos que también pueden iniciarse en la niñez:

- *T. de angustia con o sin agorafobia.*
- *T. de agorafobia sin trastorno de angustia.*
- *Fobia específica.*
- *Fobia social.*
- *T. obsesivo Compulsivo.*
- *T. de estrés postraumático.*
- *T. por estrés agudo.*
- *T. de ansiedad generalizada.*
- *T. de ansiedad por enfermedad médica (diagnóstico diferencial).*
- *T. de ansiedad por sustancias (dx. Diferencial)”²³*

²² PAZ, Susana; “El psicólogo en casa”, Primera Edición; Editorial LIBSA, 2007.

²³ VALDIVIA, Mario; “Manual de Psiquiatría Infantil”, Primera Edición, Editorial Mediterráneo, 2002.

Con respecto a los trastornos de inicio propios de la infancia, es decir, Trastorno por separación y Mutismo selectivo, según el DSM IV los criterios diagnósticos de los mismos son los siguientes:

“- TRASTORNO POR SEPARACIÓN:

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

1. Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas

2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.

3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento

adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)

4. Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación

5. Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares

6. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa

7. Pesadillas repetidas con temática de separación.

8. Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

Especificar si:

Inicio temprano: *si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.*

- MUTISMO SELECTIVO:

A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas (en las que se espera que hable, p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones.

B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o laboral o la comunicación social.

C. La duración de la alteración es de por lo menos 1 mes (no limitada al primer mes de escuela).

D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.

*E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico”.*²⁴

Además de los trastornos antes mencionados, es importante destacar que existen algunos miedos en el niño que no son tomados como trastornos ó patologías ni tampoco presentan un diagnóstico específico pero que deben ser identificados como problemas ó síntomas de ansiedad infantil ya que tienen una presentación clínica de distintos cuadros. Este problema se refiere a:

²⁴ “Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV –TR)”, Cuarta edición, Editorial Masson, 2002.

Fobia escolar: es otro punto importante donde se produce la ansiedad. Podemos ver una serie de características típicas, entre ellas: cuando el niño no quiere asistir a clase, pero no se trata de que un día determinado no desee, si no que se pone muy nervioso, no quiere y no se siente capacitado para ir. Normalmente son habituales las ausencias prolongadas al colegio. Los niños se encuentran temerosos, empiezan a sentirse mal cuando se va acercando el momento de ir a clase. En este caso de fobia escolar, no se suele presentar ningún tipo de características antisociales. Estos junto con la ansiedad por separación, son los casos más numerosos. Sin embargo, hay otros diagnósticos como en la fobia específica, fobia social ó depresión en donde el miedo de ir a al escuela también está presente. Hay situaciones en las que el rechazo de ir a la escuela no se debe a una situación de ansiedad sino de rebeldía o de incumplimiento de reglas, en este caso se hablaría de un trastorno disocial.

Los trastornos que son típicos de la edad adulta pero que se inician en la niñez según el Dr. Valdivia, se describen a continuación:

“- TRASTORNO DE ANGUSTIA SIN AGORAFOBIA

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes

2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones

fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

- TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA

A. Se cumplen 1 y 2:

1. crisis de angustia inesperadas recidivantes

2. al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente por la posibilidad de tener más crisis

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, "volverse loco")

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis

B. Presencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., el exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad por separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos).

- AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA

A. Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas

similares a la angustia (p. ej., mareos o diarrea).

B. *Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.*

C. *El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.*

D. *Si el individuo presenta una enfermedad médica, el temor descrito en el Criterio A es claramente excesivo en comparación con el habitualmente asociado a la enfermedad médica.*

- FOBIA ESPECÍFICA

A. *Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).*

B. *La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.*

C. *La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.*

D. *La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.*

E. *Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.*

F. *En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.*

G. *La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la*

presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Especificar tipo:

Tipo animal

Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)

Tipo sangre-inyecciones-daño

Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)

Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

- FOBIA SOCIAL

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: *si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).*

- TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por 1, 2, 3 y 4: 1. Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como

intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos 2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real 3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos 4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente

2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

***B.** En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales. **Nota:** Este punto no es aplicable en los niños.*

***C.** Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.*

***D.** Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).*

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

- TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

1. recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. Nota: En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

2. sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar.

Nota: En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

3. el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: Los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

4. malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que

simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

5. respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

1. esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

2. esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

3. incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

4. reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas

5. sensación de desapego o enajenación frente a los demás

6. restricción de la vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. dificultades para conciliar o mantener el sueño

2. irritabilidad o ataques de ira

3. dificultades para concentrarse

4. hipervigilancia

5. respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Agudo: *si los síntomas duran menos de 3 meses*

Crónico: *si los síntomas duran 3 meses o más.*

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

- TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás

2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional

2. reducción del conocimiento de su entorno (p. Ej., estar aturdido)

3. desrealización

4. despersonalización

5. amnesia disociativa (p. Ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. Ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. Ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

*C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). **Nota:** En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:*

1. inquietud o impaciencia

2. fatigabilidad fácil

3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco

4. irritabilidad

5. tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un

trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

- TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A... (INDICAR ENFERMEDAD MÉDICA)

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro

social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: *cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.*

Con crisis de angustia: *cuando predominan las crisis de angustia.*

Con síntomas obsesivo-compulsivos: *cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.*

- TRASTORNO DE ANSIEDAD INDUCIDO POR SUSTANCIAS

A. *La ansiedad de carácter prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.*

B. *A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que 1 o 2:*

1. *los síntomas del Criterio A aparecen durante la intoxicación o abstinencia o en el primer mes siguiente*

2. *el consumo del medicamento está relacionado etiológicamente con la alteración*

C. *La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias. Entre las pruebas que demuestran que los síntomas pueden atribuirse más correctamente a un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias se incluyen las siguientes: la aparición de los síntomas precede al consumo de la sustancia (o medicamento); los síntomas persisten durante un tiempo considerable (p. ej., alrededor de 1 mes) después del final del período agudo de intoxicación o de abstinencia, o son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar teniendo en cuenta el tipo o la cantidad de sustancia consumida o la duración de este consumo; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias (p. ej., una historia de episodios de carácter recidivante no relacionados con sustancias).*

D. *La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.*

E. *La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social,*

laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

***Nota:** Sólo debe efectuarse este diagnóstico en vez del de intoxicación o abstinencia cuando los síntomas de ansiedad son claramente excesivos en comparación con los que cabría esperar en una intoxicación o una abstinencia y cuando son de suficiente gravedad como para merecer una atención clínica independiente.*

Especificar si:

***Con ansiedad generalizada:** si predominan una ansiedad o una preocupación excesivas, centradas en múltiples acontecimientos o actividades*

***Con crisis de angustia:** si predominan las crisis de angustia.*

***Con síntomas obsesivo-compulsivos:** si predominan las obsesiones o las compulsiones.*

***Con síntomas fóbicos:** si predominan síntomas de carácter fóbico.*

Especificar si:

***De inicio durante la intoxicación:** si se cumplen los criterios diagnósticos de intoxicación por una sustancia y los síntomas aparecen durante el síndrome de intoxicación.*

***De inicio durante la abstinencia:** si se cumplen los criterios diagnósticos de síndrome de abstinencia de una sustancia y los síntomas aparecen durante o poco después de la abstinencia.*

- TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

Esta categoría incluye los trastornos con síntomas prominentes de ansiedad o evitación fóbica que no reúnen los criterios diagnósticos de ningún trastorno de ansiedad, trastorno adaptativo con ansiedad ó trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo. Son ejemplos los siguientes:

- 1. Trastorno mixto ansioso-depresivo: síntomas de ansiedad y depresión clínicamente significativos, aunque no se cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno del estado de ánimo específico ni de un trastorno de ansiedad específico.*
- 2. Síntomas de fobia social clínicamente significativos relacionados con el impacto social provocado por una enfermedad médica ó un trastorno mental.*

3. *Situaciones en las que el clínico confirma la presencia de un trastorno de ansiedad, pero le resulta imposible determinar si es de carácter primario, debido a enfermedad médica ó inducido por sustancias.*²⁵

Es muy importante tomar en cuenta que para la realización de un diagnóstico de tipo ansioso, el profesional deberá asegurarse de que el síntoma si es patológico y no se refiere tan solo a un síntoma normal característico de la edad del niño, es decir, hay miedos que son normales solo a ciertas edades y que con el tiempo desaparecen. Para que se consideren como patológicos y se pueda dar el diagnóstico de trastorno, el síntoma deberá ser **persistente** ó prolongado en el tiempo, debe ser **intenso** y se deberá identificar que **tipo** de miedo o ansiedad es.

Como se ha explicado anteriormente, existen situaciones que producen ansiedad en el niño pero que son consideradas como normales, entre ellas se encuentran:

- *Miedos normales para la edad:* Existen miedos que se consideran normales según la edad del niño los cuales no necesitan tratamiento sino solo orientación a los padres.

En el siguiente cuadro se explican los miedos:

EDAD	MIEDO
0-12 meses	Pérdida de apoyo, ruidos fuertes, extraños.
12-24 meses	Separación de padres, heridas, extraños.
24-36 meses	Animales, oscuridad, alejarse de padres.
36 meses a 6 años	Animales, oscuridad, alejarse de padres, extraños, daño físico.
6 a 10 años	Seres imaginarios (fantasmas, marcianos), lesiones y

²⁵“Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV –TR)”, Cuarta edición, Editorial Masson, 2002.

	heridas, estar solos, alejarse de los padres.
10 a 14 años	Evaluaciones académicas, muerte, heridas, tormentas, ser molestados o ridiculizados.
Adolescencia	Rechazo por los pares, fracaso escolar, conflictos con parejas.

- *Ansiedad situacional no patológica*: Se refiere a la presencia de síntomas ansiosos subclínicos aislados frente a algunas situaciones como presentarse en público, separación de padres, viajes. Estas conductas no reúnen los criterios suficientes para llegar a un diagnóstico y muchas veces se les puede considerar como propias del desarrollo. Sin embargo, es importante estar siempre alertas para descubrir si estos síntomas han llegado a tal magnitud que produce un deterioro a nivel social, de aprendizaje. En este caso requieren de orientación tanto el niño como sus padres.

4.3 ETIOLOGÍA

Causas Fisiológicas.- Dentro de los parámetros fisiológicos se ha encontrado que además de una alteración a nivel de neurotransmisores, también se produce a nivel genético.

Se produce una alteración de neurotransmisores como: serotonina, dopamina, y GABA, los mismos que se encuentran disminuidos en la Ansiedad.

A pesar de que los estudios realizados sobre la herencia de ansiedad a través de los genes son escasos, se ha logrado encontrar varias coincidencias entre familias con gemelos monocigotos, en donde el desarrollo de este trastorno es evidente. Por esta razón se ha concluido en que si existe un gen que pueda transmitir esta enfermedad de generación en generación. Es necesaria la influencia de factores medio ambientales y experiencias psicológicas para el desarrollo del trastorno.

Causas Sociales.- Los sucesos estresantes de la vida desencadenan la ansiedad. La mayor parte de ellos son de naturaleza interpersonal: matrimonio, divorcios, muerte de un ser querido, etc. Las presiones sociales (Ej. sobresalir en la escuela), podrían

proporcionar la suficiente tensión como para desencadenar la enfermedad, los mismos estresores pueden desencadenar reacciones físicas como dolores de cabeza, o reacciones emocionales como ataques de pánico.

Causas Psicológicas.- El modelo cognitivo de trastorno de ansiedad, afirma que los individuos afectados albergan creencias disfuncionales acerca de su propia conducta y de la manera como son criticados y percibidos por las personas que juzgan su comportamiento social. Estas cogniciones ponen en funcionamiento pensamientos negativos automáticos acerca de su evaluación social, originando ansiedad y disminución del desempeño social.

Según el psicoanálisis se debe a una situación traumática en la infancia la cual se relaciona al miedo del niño al ser abandonado por sus figuras paternas o maternas.

4.4 SÍNTOMAS:

SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD INFANTIL

- **Afectivos:** Tales como: un marcado sentimiento de inferioridad, la asertividad es un tema difícil en ellos, suelen ser tímidos.
- **Intelectuales y dificultad escolar:** Déficit de atención, memoria, rendimiento general.
- **Motores:** Pueden presentar tartamudez, sonambulismo, succión del pulgar, etc.
- **Somáticos:** Insomnio, enuresis, asma bronquial, anorexia, cefaleas, vómitos, etc.

A nivel general, es decir, tanto en niños como en adultos los síntomas que se presentan en la ansiedad son los siguientes:

1.- Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento.

- Preocupación.
- Inseguridad.
- Miedo o temor.

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

2.- Síntomas motores u observables.

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

3.- Síntomas fisiológicos o corporales.

- Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

DIFERENCIA ENTRE ANSIEDAD NORMAL Y PATOLÓGICA.

	ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
CARACTERÍSTICAS GENERALES.	Episodios poco frecuentes Intensidad leve o media Duración limitada.	Episodios repetidos. Intensidad alta. Duración prolongada.
SITUACIÓN O ESTÍMULO ESTRESANTE.	Reacción esperable y común.	Reacción desproporcionada.
GRADO DE SUFRIMIENTO.	Limitado y transitorio.	Alto y duradero.
GRADO DE INTERFERENCIA EN LA VIDA COTIDIANA.	Ausente o ligero	Profundo.

4.5 CONCLUSIÓN:

A lo largo de este capítulo se han podido revisar aspectos muy importantes de la ansiedad. Este trastorno genera varios síntomas clasificados en físicos, motores y cognitivos, los mismos que se unen y provocan gran malestar en la persona que lo padece, impidiéndole así desarrollarse adecuadamente a nivel social, psíquico y emocional.

CAPITULO V

TEMA: ANSIEDAD DESDE EL PUNTO DE VISTA DE VARIAS CORRIENTES PSICOLÓGICAS: CONCEPTO Y CAUSAS.

Cada corriente psicológica tiene su punto de vista acerca del origen y lo que genera la ansiedad en los seres humanos, pues las explicaciones difieren mucho de acuerdo a las bases de cada corriente.

En este capítulo se explicarán los conceptos, y la etiología de cinco de las corrientes más conocidas en la psicología.

5.1. SEGÚN LA CORRIENTE BIOLÓGICA: CONCEPTO.

“La ansiedad es un estado de ánimo negativo, caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión respecto al futuro.”²⁶

En el organismo se produce una sobre-activación y sobre-estimulación interna frente a una situación considerada amenazante.

CAUSAS:

Existen varias causas para este trastorno. La principal se refiere a una alteración de ciertos neurotransmisores. A través de investigaciones se ha visto que los niveles de serotonina, GABA y dopamina disminuyen en este trastorno. También existe la influencia de la adrenalina, la misma que se encuentra aumentada ya que el individuo se encuentra en estado de alerta frente a la situación que le genera ansiedad.

El sistema serotoninérgico es importante en este sentido, pues está en estrecha interacción con la adrenalina y dopamina que juegan un papel que puede ser tranquilizante, o lo contrario.

Desde el punto de vista neurobiológico, este trastorno tiene su base en ciertas zonas del tallo cerebral (núcleos del Rafe donde se produce la serotonina e inicia el recorrido por el cerebro; y Locus cerúleo donde se produce la dopamina e inicia su recorrido) que están involucradas en el desarrollo y transmisión de la angustia y otras como el Hipocampo y Amígdala pertenecientes al Sistema Límbico en donde las emociones se modifican. (Ver gráficos en Anexos 1 y 2)

Para explicar de mejor manera, la Amígdala está ubicada dentro del cerebro y sirve como centro de comunicaciones entre las zonas del cerebro que se conectan con los sentidos y las zonas del cerebro donde se procesan los pensamientos.

En algunas personas con trastornos de ansiedad, especialmente fobias, la amígdala interpreta los mensajes provenientes de los sentidos como amenazas, y eso es lo que causa el miedo.

Otro trastorno de ansiedad, el estrés postraumático, aparentemente se origina en el hipocampo. Esta parte del cerebro ayuda a almacenar los recuerdos.

²⁶ BARLOW David H., y DURAND V. Mark, “Psicopatología”, Tercera Edición. Editorial Thomson Editores, 2007.

Algunas experiencias traumáticas, como el combate militar, el abuso infantil o un accidente catastrófico, frecuentemente tienen como resultado un hipocampo más pequeño de lo normal. Esto puede explicar las regresiones y las pesadillas.

También se ha descubierto que existen causas de tipo hormonal en todo lo relativo al estrés; las hormonas involucradas son: cortisol, ACTH, las cuales se alteran al desarrollarse el trastorno de ansiedad en el individuo.

Además de las causas antes mencionadas se han hecho investigaciones en donde indican que la ansiedad es transmitida a través de los genes. A pesar de que estos estudios han sido escasos, se ha observado que un 70% de parientes de pacientes con este trastorno sufren de ansiedad. Sin embargo, existe una gran concordancia en los gemelos monocigotos mientras que en los dicigotos la concordancia es menor.

Factores Externos que pueden desarrollar la ansiedad:

- Medicamentos para el resfriado:
 - descongestionantes
 - broncodilatadores
- Antidepresivos tricíclicos
- Consumo de Cocaína
- Anfetaminas
- Otros estimulantes como el Ritalín y otros suplementos tiroideos
- Efectos secundarios de los medicamentos
- Abstinencia de drogas (incluyendo la cafeína y la nicotina)
- Dependencia de sustancias (incluyendo el alcohol)
- Una dieta deficiente (deficiencia de vitamina B12)
- Síndrome de hiperventilación
- Problemas de tiroides (más frecuentemente el hipertiroidismo)
- Bajos niveles de azúcar en la sangre
- Problemas cardíacos.

5.2 SEGÚN LA CORRIENTE COGNITIVA.

CONCEPTO:

Se puede definir a la ansiedad como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante y peligroso para su bienestar.

Es una señal de alarma que dispara nuestro organismo como defensa. Se puede entender como una “respuesta” a estímulos internos (pensamientos desagradables) o externos (situaciones) que el sujeto considera amenazantes para la vida o al menos peligrosos. La respuesta que el sujeto da en la ansiedad es generalmente de huida o evitación de la situación que le causa ese malestar.

La forma en que el sujeto relaciona al medio que le rodea consigo mismo se da a través de dos procesos: la evaluación cognitiva y el afrontamiento.

La **evaluación cognitiva** es un proceso en el que el sujeto evalúa porqué el medio es estresante y amenazante para él.

El **Afrontamiento** es el proceso mediante el cual el sujeto maneja las exigencias de la relación sujeto-ambiente que evalúa como estresante y las emociones que ello genera.

CAUSAS:

La ansiedad, (así como otros trastornos) se inicia en edades muy tempranas, a partir de la capacidad que tiene el sujeto de recibir información. Esta información que recibe es procesada por el sujeto y más tarde, él mismo crea un significado o concepto para esa información que ha ingresado en su cerebro. Toda esa información, o todos aquellos conceptos que el sujeto los va asimilando forman lo que en la Teoría Cognitiva se conoce como “*esquemas*”, es decir, actitudes o supuestos que se basan de experiencias anteriores que se encargan de darle un significado a la experiencia o situación vivida por el sujeto, a lo que está viviendo actualmente y a lo que vivirá en un futuro. Los esquemas varían según la interpretación que el sujeto haga de sus propias experiencias y se forman, como se ha indicado anteriormente, a partir de las vivencias (experiencias) de la edad infantil.

Existen situaciones en las que esos esquemas han deformado la información o han conceptualizado la información que viene del exterior de manera errónea, desarrollándose así creencias irracionales conocidas como “*distorsiones cognitivas*” que a menudo se encuentran almacenadas en el inconsciente. Estas no son más que

errores en el procesamiento de la información provenientes de los esquemas cognitivos que se graban en la memoria del sujeto permaneciendo como dormidos o inactivos y, que se despertarán ó activarán cada vez que la persona se vea frente a una situación similar a la experiencia primera tomada como negativa. Estos se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas.

Los trastornos entonces, resultan de la experiencia interpretada por el sujeto como negativa. De ahí que no todos desarrollamos una ansiedad, pues la situación, aunque siendo la misma, no es interpretada ni contextualizada exactamente igual en todas las personas, ya que no todas dan un mismo significado a lo vivido.

Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las *cogniciones* de las personas que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional, por ejemplo en un estado de ansiedad, rabia o depresión. A esas cogniciones esta teoría les denomina con el nombre de “*pensamientos automáticos*”, los mismos que se refieren a pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (pensamientos) y-o visual (imágenes).

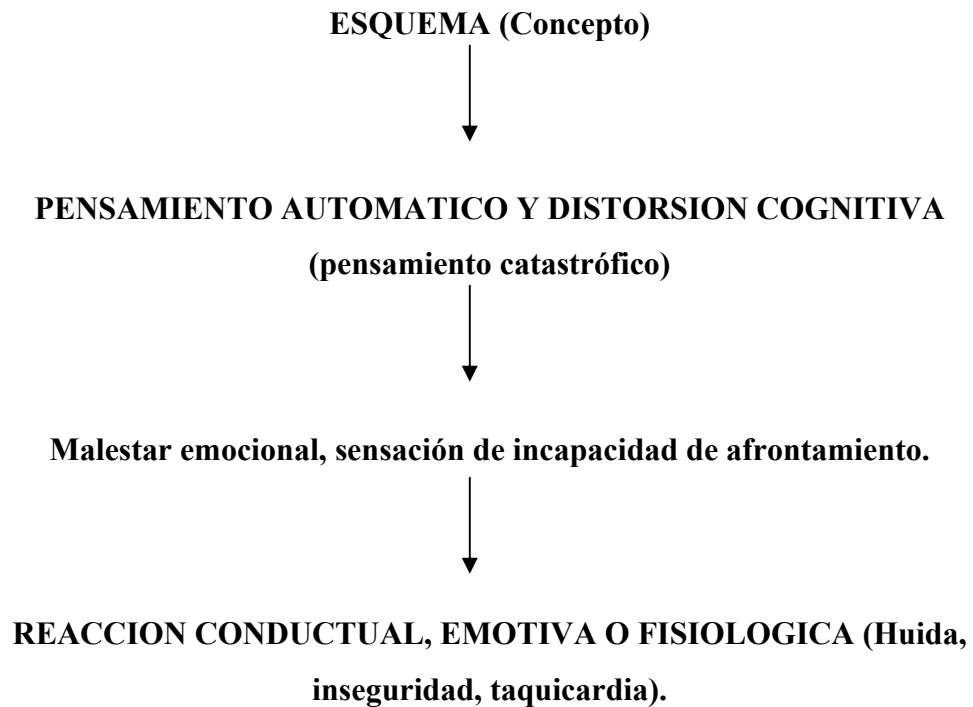
Estas distorsiones y pensamientos producen en el sujeto una incapacidad de afrontamiento y malestar emocional, trayendo como consecuencia un sentimiento negativo como de intranquilidad, tristeza, inseguridad, etc. y una acción conductual incorrecta.

En resumen, para esta teoría lo que más importa es el **significado** o sentido que el sujeto de a la experiencia vivida pues, de ahí se desarrollarán los esquemas, pensamientos y distorsiones antes mencionados que manipularán su conducta y estado anímico de una manera adecuada ó inadecuada.

Esquema del desarrollo de la Ansiedad:

Experiencia negativa





5.3 SEGÚN LA CORRIENTE CONDUCTUAL.

CONCEPTO:

Skinner, uno de los principales pioneros de esta corriente describe a la ansiedad como *“un miedo a un evento amenazador”*; la ansiedad para él *“es una respuesta emocional que el sujeto presenta ante un estímulo aversivo condicionado.”*²⁷

Según el Conductismo la ansiedad clasifica simplemente como conducta (Skinner, B. 1974); conducta que *“solamente puede manifestarse cuando un estímulo precede de*

²⁷ IZQUIERDO R., Rene; Título: *“Niveles de ansiedad en atletas de alto rendimiento”*, Año: 30/12/2002; Capítulo II (en línea). Página principal: <http://www.psicocentro.com/cgi-bin/index.asp> Año: 2009. Disponible http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s2.asp?texto=art2c001b (Consulta: 4 de febrero del 2009).

manera característica a un estímulo aversivo con un intervalo de tiempo suficientemente grande para permitir observar cambios en la conducta".²⁸

CAUSAS:

Para los conductistas, los trastornos de ansiedad se desarrollan según los factores biológicos o constitucionales y los factores ambientales.

Factores biológicos: Dentro de ellos se encuentran los factores genéticos, (alteraciones en la anatomía cerebral, en los neurotransmisores, etc.) o constitucionales, como el temperamento, refiriéndose a este como la parte innata de la personalidad. Estos factores biológicos y constitucionales interactúan con otros ambientales dando lugar a un trastorno de ansiedad.

Factores ambientales: Entre estos se encuentran los acontecimientos vitales o situaciones traumáticas, el estilo educativo de los padres y, en general, los procesos de socialización del sujeto en los diferentes ámbitos de su vida: familia, escuela, amigos, trabajo, etc.

Todos estos factores ambientales antes mencionados, en un inicio son externos al sujeto, luego se vuelven propios o se introyectan en él a través de lo que el Conductismo conoce como aprendizaje. Es a través de éste que todas las conductas o trastornos son mantenidos a lo largo del tiempo si no logran ser modificados.

Los principales mecanismos de aprendizaje en el Conductismo son tres:

1. Condicionamiento Clásico

Es el proceso a través del cual se logra que un comportamiento (respuesta incondicionada) que antes ocurría tras un evento determinado (estímulo incondicionado) ocurra tras otro evento distinto, es decir, que este segundo estímulo (conocido como neutro) va a reemplazar al primero generando siempre la misma respuesta o una similar. Cuando esto sucede, el estímulo neutro pasa a ser ahora

²⁸ IZQUIERDO R., Rene; Título: "*Niveles de ansiedad en atletas de alto rendimiento*", Año: 30/12/2002; Capítulo II (en línea). Página principal: <http://www.psicocentro.com/cgi-bin/index.asp> Año: 2009. Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s2.asp?texto=art2c001b (Consulta: 4 de febrero del 2009).

condicionado pues reaccionará de la misma manera siempre que se encuentre con los mismos estímulos o incluso con otros que pueden resultar algo similares.

El condicionamiento clásico describe así el aprendizaje por asociación entre dos estímulos: se condiciona al sujeto o a un animal a responder de una forma nueva a estímulos que antes no emitían tales respuestas. Este proceso es típicamente inconsciente, ya que el que aprende no requiere estar consciente de la relación entre el estímulo condicionado (primer estímulo) y el incondicionado (segundo estímulo), para responder al primero.

Un ejemplo claro de este tipo de condicionamiento se encuentra en una situación en donde un perro muerde a un joven. La reacción (respuesta) de éste será probablemente de dolor y de miedo. Esta respuesta es incondicionada o es automática. Si este joven días más tarde se encuentra con otro perro es posible que sienta malestar y que muestre hacia él desconfianza y temor. De esta manera, el estímulo aparentemente neutro (el nuevo perro) ha desencadenado una respuesta condicionada (temor). Este joven ha aprendido a reaccionar de esta forma cuando se encuentra ante estímulos asociados a la situación de la mordedura, convirtiéndose así en un estímulo condicionado.

Los principios del condicionamiento clásico se han aplicado en el tratamiento psicológico de algunos trastornos de ansiedad. El objetivo principal de estas técnicas es romper la asociación existente entre el estímulo condicionado (por ejemplo todos los perros del mundo) y su respuesta condicionada (temor).

Esquema sobre el desarrollo de la ansiedad (y de todos los trastornos):

Estímulo Incondicionado (perro) ----- Respuesta incondicionada (dolor, miedo).

Estímulo neutro (nuevo perro) ----- Respuesta Condicionada (temor).

Estímulo condicionado (cualquier perro) ----- Respuesta condicionada (ansiedad)

2. Condicionamiento operante o instrumental:

Es el proceso a través del cual se fortalece un comportamiento que es seguido de un resultado favorable (refuerzo), con lo cual aumentan las probabilidades de que ese

comportamiento vuelva a ocurrir. El condicionamiento operante sostiene que solo se aprende aquello que es reforzado de manera positiva.

Tanto el condicionamiento clásico como el operante utilizan los componentes básicos (estímulos y respuestas) para explicar el aprendizaje, pero difieren en su ordenamiento. Mientras que en el condicionamiento clásico la atención se centra en el estímulo que causa la respuesta, en el condicionamiento operante, la atención está puesta en la consecuencia que le sigue a una respuesta determinada y, en el efecto que ésta tiene sobre la probabilidad de repetir la respuesta en el futuro.

Mediante este tipo de aprendizaje asociativo se puede explicar cómo se adquiere y sobre todo, se mantiene la conducta. Sus principios básicos son los siguientes: si la realización de una conducta va seguida de una consecuencia positiva, (recompensa o **refuerzo positivo**) aumentará la probabilidad de que esa persona repita la conducta. Los principios del condicionamiento operante también hacen referencia a la evitación de ciertos estímulos con el fin de no vivir la respuesta negativa que le causa malestar. Cuando esto sucede se trata de un **refuerzo negativo** que mantiene el trastorno.

Por el contrario, si al realizar esa conducta la consecuencia es negativa, (**castigo**) es probable que esa conducta no se realice de nuevo. Finalmente, si la ejecución de una respuesta no tiene consecuencia, dicha conducta dejará de realizarse (**extinción**).

Se puede explicar este tipo de condicionamiento a través de un ejemplo: un niño llora porque quiere un juguete y los padres se lo compran, esta conducta (llanto) queda reforzada de forma positiva porque tiene una recompensa (un juguete). Por este motivo, el niño llorará en un futuro cada vez que quiera conseguir algo. Si, en cambio, cada vez que el niño pega a su hermano pequeño los padres lo castigan sin ver la TV, el niño dejará de hacerlo, dado que ha aprendido que esa conducta (pegar al hermano) va seguida de consecuencias negativas (no ver la TV). Si, finalmente, los padres no prestan atención al niño cuando se porta mal, el niño dejará de portarse así (extinción), porque verá que su comportamiento no va seguido de ninguna consecuencia (que los padres le presten atención).

La evitación del estímulo fóbico (perro) es un refuerzo negativo, dado que si no ve o no está cerca del animal no experimentará ansiedad o temor (consecuencia negativa). Cualquier tratamiento de un trastorno de ansiedad implica reforzar de forma positiva

(elogios, pequeños premios o fichas en el caso de los niños, etc.) las conductas de aproximación a la situación u objeto que genera ansiedad.

Esquema:

Estímulo incondicionado ----- Respuesta Incondicionada ---- Refuerzo positivo
(niño quiere juguete) (niño llora) (recibe juguete)

Estímulo ----- Respuesta ----- Extinción
(niño pega) (padres castigan) (deja de pegar)

Estímulo ----- Respuesta ----- Refuerzo Negativo
(Cualquier perro) (miedo) (Evitación)

Aprendizaje vicario u observacional.

Se trata de un aprendizaje que implica adquirir nuevos comportamientos o modificar otros a partir de la observación de la conducta de los demás.

Es importante indicar que no todas las personas que experimentan una fobia han sufrido un acontecimiento o suceso traumático previo. En muchos otros casos, estas personas han podido observar las experiencias traumáticas que han vivido otros (por ejemplo, observar cómo al vecino le muerde un perro), o simplemente actuar del mismo modo que sus familiares u otras personas cercanas (evitar entrar en contacto con un perro porque sus padres se apartan cada vez que ven uno). Se considera que en estos casos la experiencia es indirecta y producto del proceso de socialización al que todos estamos sometidos desde que nacemos.

Es así entonces que las personas significativas que nos rodean actúan como **modelos** o ejemplos de conducta a seguir.

Los teóricos conductistas no diferencian entre miedo y ansiedad ya que ambos se manifiestan fisiológicamente de la misma forma y se muestran de acuerdo al afirmar que la ansiedad perturba el funcionamiento y no parece servir a ningún fin práctico.

5.4 SEGÚN LA CORRIENTE HUMANISTA:

CONCEPTO:

“Condición de tensión, producida por el sentimiento, no plenamente consciente, de inconsistencia entre el concepto propio y una experiencia.”²⁹

CAUSAS:

Uno de los principales autores de esta teoría, Carl Rogers, habla sobre los modelos de realización, que se refiere a la existencia y desarrollo de una fuerza, la misma que hará que el individuo tenga un adecuado estilo de vida.

En su teoría introduce el concepto de “tendencia a la realización”, la cual se refiere a una *“tendencia direccional que se hace evidente en toda la vida orgánica y humana (el impulso a expandirse, extenderse, desarrollarse, madurar), la tendencia a expresar y activar todas las capacidades del organismo o el sí mismo.”*³⁰

Esta tendencia se inicia en el sujeto de manera innata y manifiesta todas aquellas cualidades individuales internas que éste posee. Sin embargo, el desarrollo humano exige que éste se relacione con la sociedad en la que vive. De esta manera es necesario que logre mantener un equilibrio entre sus exigencias y las del ambiente. *“El hombre que puede vivir en un contacto significativo con su sociedad, sin ser*

²⁹ LARA, Elena y etal.; Texto: Psicología de la Personalidad; Título: *“Valoración Organísmica e Incongruencia, según Carl Rogers”*, Año: 1998; (en línea), Página Principal: <http://www.apsique.com/>; Disponible en: <http://www.apsique.com/wiki/PersRogvo>. Consulta: 02.02.09. 16:30pm.

³⁰ CLONINGER, Susan, “Teorías de la Personalidad”, Tercera Edición, Editorial Pearson Educación, 2003.

tragado completamente por ella, y sin retirarse completamente de ella, es el hombre bien integrado.”³¹

Las exigencias individuales y las sociales son distintas, lo que crearía un conflicto en la persona.

Rogers explica que cuando se presenta conflicto, es porque la persona habita en un sistema social algo inhumano y castigador. Este conflicto amenazaría la realización y daría paso a un estilo de vida conformista. Debido a que este conflicto es inevitable, es necesario que el sujeto desarrolle ciertas características como la espontaneidad, autoconfianza, individualidad, apertura a la experiencia, imaginación y profundo autoconocimiento. Todas estas características le permitirán trascender en la sociedad.

Para esta corriente el hombre siempre se encuentra en constante interacción con el ambiente, es decir, existe una estrecha relación de él como individuo y como ser social, el ambiente se encuentra siempre en constante cambio, motivo por el que las técnicas de interacción deben ser fluidas y cambiables para el que el individuo opere adecuadamente en el ambiente.

Cuando el individuo se hace incapaz de alterar sus técnicas de manipulación y de interacción, surge la ansiedad. Si es que el individuo no se actualiza se encontrará en las peores condiciones para enfrentar cualquiera de sus necesidades de sobrevivencia, incluyendo sus necesidades sociales.

Existen otros autores que explican el origen de la Ansiedad, entre ellos se encuentra Maslow. En su teoría indica que el individuo inicia su desarrollo con necesidades básicas como: fisiológicas, de seguridad, amor y pertenencia, de estima. Cuando se satisface la anterior, el sujeto lucha por satisfacer la siguiente. Cuando todas estas han alcanzado su máximo nivel, se inicia el desarrollo de la necesidad de autorrealización, es decir, necesidad de satisfacer su potencial humano.

Cuando una de estas necesidades no han sido satisfechas adecuadamente, surgirá el desarrollo de la Ansiedad.

³¹ PERLS, Fritz, “El enfoque gestáltico & Testimonios de Terapia”, Edición 14va. Editorial Cuatro Vientos, 2003.

5.5 SEGÚN LA CORRIENTE PSICOANALÍTICA.

CONCEPTO:

“Es un tipo de experiencia que implica una reacción contra ciertas situaciones peligrosas. Estas situaciones de peligro, tal como las describe Freud, son el miedo a ser abandonado, a perder el objeto amado, el miedo a la venganza y al castigo, y la posibilidad de castigo por parte del superyó.”³²

CAUSAS:

Para poder explicar la causalidad de este trastorno según el Psicoanálisis, es necesario retomar y explicar ciertos conceptos que Freud introduce en su teoría.

Freud parte de que todo sujeto tiene en su mente al inconsciente, consciente y preconscious. Más tarde introduce otros términos para referirse a los antes mencionados, siendo éstos:

El Ello: Conocido también como Id Regido por el “Principio del Placer”. Es a través de éste que los impulsos tratan de ser satisfechos, siendo los mismos de carácter sexual, de alimentación, sueño, agresividad, etc., así como los deseos. Esta parte es innata en el sujeto, por lo que su formación se da a partir de su nacimiento con el fin de satisfacer las necesidades fisiológicas antes mencionadas sin importar las consecuencias que éstas puedan producir.

Esta estructura se relaciona con el inconsciente del que Freud habla ya que todas aquellas pulsiones que no se pueden satisfacer debido a su naturaleza tan primitiva, se reprimen.

El Yo: Conocido también como Ego. El Yo se encarga de satisfacer las necesidades antes mencionadas de una manera que sea aceptada en la sociedad, pues este sigue el

³² ENCARTA, Enciclopedia Título “*Psicoanálisis*”, Año 1997, Página principal <http://es.encarta.msn.com>. (en línea) Disponible en http://es.encarta.msn.com/text/761577298__1/Psicoan/%C3%A1lisis.html, Año 2009, (consulta 2 de enero del 2009 14:40pm).

“Principio de la Realidad”, ya que juega un papel importante al cumplir las demandas del Ello de acuerdo con el medio que le rodea y a la vez actúa de una forma conciliadora con las ordenes del Superyo. El Yo va adquiriendo su madurez conforme pasan los años pues este va actuando razonadamente ante las exigencias del Ello que van aumentando con el tiempo.

El Yo tiene relación con lo que para Freud es la consciencia. Una forma de mostrar cual es la manera de operar del yo es aquella en que un poder o una persona dentro de la mente nos presta atención en todo momento, incluso en las actividades más internas, pues todas las acciones están siendo siempre vigiladas por el Yo.

Para terminar de definir lo que le concierne al Yo, se puede decir que es el que ejecuta la personalidad, pues este tiene que medir sus fuerzas entre las tres fuerzas que le exigen al mundo: el mundo de la realidad, el Ello y el Superyo, pues el yo tiene que conservar su propia autonomía para así mantener una organización total de la personalidad.

El Super-yo: Conocido también como Superego. Tiene como función la de integrar al individuo en la sociedad. Este es aprendido a través de los padres y de las personas significativas para el niño. El super yo constituye las reglas o normas establecidas por la sociedad, las mismas que en un inicio son externas y ajenas al sujeto pero más tarde se

introyectarán. Todas estas normas aprendidas se dan fundamentalmente en las etapas pregenitales y como consecuencia del temor al castigo y de la necesidad de afecto.

Además de insertar a la persona en la sociedad, también tiene como objetivo evitar que las pulsiones o instintos naturales e irracionales del Ello sean satisfechas pues estas resultan inaceptables para la sociedad. Por este motivo el Superyo las reprime impidiendo así su satisfacción.

Esta es la forma natural de actuar de las tres estructuras antes mencionadas. Sin embargo, cuando una de estas se desequilibra, todas se verán perjudicadas.

Los trastornos se producen cuando se crea un conflicto entre el Ello y Superyo, ya que, por un lado, el Ello trata de satisfacer sus necesidades pero el Superyo lo impide. Esto hace que el Yo (que media entre ambos) se vea imposibilitado de

cumplir su función, es decir, pierde el control sobre ellos, encontrándose así en peligro.

Para la protección del Yo (y para evitar el conflicto existente entre las otras dos instancias), este desarrolla síntomas que tratan de indicar el malestar o el problema psíquico que existe.

En la ansiedad, el sujeto se siente amenazado, abrumado y en una situación que se vuelve incontrolable, esto se considera como una señal de alerta del Yo de que está en peligro.

Freud habló de tres tipos de ansiedades:

“Ansiedad de realidad: puede llamarse en términos coloquiales como miedo. De hecho, Freud habló específicamente de la palabra miedo, pero sus traductores consideraron la palabra como muy mundana. Podríamos entonces decir que si uno está en un pozo lleno de serpientes venenosas, uno experimentará una ansiedad de realidad.

Ansiedad moral: se refiere a lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado del Superyo. Es otra terminología para hablar de la culpa, vergüenza y el miedo al castigo.

Ansiedad neurótica: Esta consiste en el miedo a sentirse abrumado por los impulsos del Ello. Si en alguna ocasión usted ha sentido como si fuésemos a perder el control, su raciocinio o incluso su mente, está experimentando este tipo de ansiedad. “Neurótico” es la traducción literal del latín que significa nervioso, por tanto podríamos llamar a este tipo de ansiedad, ansiedad nerviosa.”³³

DIFERENCIA ENTRE ANGUSTIA Y ANSIEDAD.

Hemos visto importante diferenciar estos dos términos ya que muchas veces se las toma como palabras similares pero en realidad tienen varias diferencias que resultan necesarias tomarlas en consideración.

³³ CLONINGER, Susan, “Teorías de la Personalidad”, Tercera Edición, Editorial Pearson Educación, 2003.

La ansiedad es una sensación de inseguridad o de que algo horrible va a suceder, se parece más a una intranquilidad que se manifiesta como una leve y superficial angustia. La angustia en cambio es una sensación profunda e indeterminada de temor, en la cual la mayoría de las veces no se conoce la causa.

La ansiedad se presenta día a día durante las actividades que generan estrés pues es la respuesta ante situaciones difíciles, es normal que el sujeto se enfrente a una circunstancia que le genere ansiedad.

La ansiedad se encuentra más ligada a lo preconscious-consciente, y por este motivo una persona puede darse cuenta de qué es lo que le genera ansiedad. En cambio en los estados de angustia es más difícil que el sujeto se de cuenta porque sus raíces son más inconscientes, además la angustia tiene más de histórico que de cotidiano es así que se trata de un miedo sin objeto, sin causa identificable, por lo tanto se la puede ligar a la psicopatología.

La angustia puede manifestarse a través de síntomas como: nerviosismo acentuado, preocupación, temor sin especificación alguna, un sentimiento penoso de malestar moral, sentimientos de indefensión. Al sujeto todo parece preocuparle y si esta situación no se resuelve puede afectarle en su rendimiento laboral. Es extremadamente irritable, los ruidos le sobresaltan, le cuesta pensar en el futuro y por ende se le dificulta pensar a mediano y largo plazo. Incluso se han visto casos en los cuales el pensar respecto a sí mismo le genera un sentimiento de presión y agobio, es así que no quiere ni participar de eventos en sociedad. El sujeto se muestra de mal humor casi siempre, afectando de esta forma sus vínculos interpersonales.

Conciliar el sueño se le vuelve dificultoso, suele despertarse a mitad de la noche, a veces se suman pesadillas. Al siguiente día tiene la sensación de no haber dormido lo suficiente, pues se encuentra más cansado. Con el tiempo esto puede provocar en lo somático una sensación de fatiga crónica.

Físicamente, la persona puede manifestar dolor en el pecho, “como si se le hiciera un nudo en el estómago”, sensaciones de ahogo, taquicardia, deseos de llorar y no poder, hipertensión o hipotensión, sequedad de boca, náuseas, vómitos, trastornos de la función sexual, etc.

En cambio en los estados de ansiedad, si son leves, la sintomatología es también menor, especialmente en lo psicológico la ansiedad se muestra con sentimientos de impaciencia, preocupación, nerviosismo, inquietud, un leve cambio de humor, la persona puede hablar con mayor velocidad, a veces puede haber verborrea (hablar demasiado y sin mucha pausa).

5.6 CONCLUSIÓN:

Se puede concluir que existen varios aportes que nos han permitido acercarnos a los conceptos de la ansiedad y sus manifestaciones. Debido a que cada corriente presenta distintas explicaciones, el tema de ansiedad puede ser observado, estudiado y tratado a través de varias maneras, dependiendo de la corriente por la que el profesional se haya inclinado.

CAPITULO VI

TEMA: TRABAJO DE CAMPO

En el presente capítulo se describe el trabajo de campo donde explicaremos la metodología utilizada para la investigación y los resultados estadísticos obtenidos. También se describen brevemente los casos que se han considerado más significativos dentro de la muestra tomada. Para aquellos casos que sean diagnosticados con ansiedad se dejó establecido un plan terapéutico.

6.1 ESTUDIO COMPARATIVO

De un universo fue de 150 alumnos pertenecientes a la Unidad Educativa Comunitaria “San Roque”, se tomó una muestra de 40 alumnos de los cuales 20 pertenecían al grupo de hijos de padres migrantes (Grupo #1) y 20 a hijos de padres no migrantes (Grupo #2). A estos dos grupos se aplicó el test de ansiedad CMAS-R para evaluar los síntomas ansiosos.

Los estudiantes tenían entre 8 - 12 años de edad y pertenecían tanto al sexo masculino como femenino. La muestra, tanto en la edad como en el género, no era escogida en cantidades iguales sino al azar, de tal forma que el número de niños y niñas no era exactamente igual, lo mismo sucedió al escoger las edades.

El procedimiento de la investigación fue el siguiente:

1. Se realizaron entrevistas estructuradas a los dos grupos de la muestra utilizando como herramienta de registro la ficha integrativa de evaluación psicológica (FIEPS).
2. En una segunda sesión se aplicó el test: Escala de Ansiedad Manifiesta en niños “CMAS-R” a los dos grupos de la muestra.
3. Se realizó la calificación de los test aplicados. Los resultados brutos de la ansiedad de la prueba, que van de 0 a 28 se los transformó a puntajes T (0-60), para poder dar el diagnóstico.

En el resto de subescalas se tomó en cuenta el valor más alto, que representa los índices de ansiedad.

Se tomó en consideración la escala de Mentira, para reaplicar los test que sobrepasaban los límites de confiabilidad.

4. Diagnóstico. Para diagnosticar ansiedad se tomó en cuenta la puntuación escalar de la ansiedad total mayor a 60. Además se confirmaron los datos de test a través de la realización de las entrevistas individuales a los niños.
5. Se realizó un plan terapéutico enfocado a los niños que tuvieron como diagnóstico ansiedad sin importar si pertenecían al Grupo 1, es decir, hijos de padres migrantes, o al Grupo 2, hijos que viven con padres.

NATURALEZA DE LA PRUEBA

La prueba aplicada tiene como objetivo evaluar la ansiedad en personas de 6 a 19 años de edad, consta de 37 reactivos. Se puede aplicar de manera individual y grupal. El examinado tiene dos opciones de respuesta: “SI”, indica que el reactivo está describiendo los sentimientos o acciones del niño; “NO” indica que el reactivo no los está describiendo.

Presenta 4 puntuaciones de subescala:

- **Subescala I:** “*Ansiedad Fisiológica*”. Es un índice de expresión de manifestaciones fisiológicas de la ansiedad, la calificación alta en esta subescala permite ver que el niño tiene cierta clase de respuestas fisiológicas que típicamente se experimentan durante la ansiedad: sudoración, palpitaciones, agitación, etc.
- **Subescala II:** “*Inquietud/Hipersensibilidad*”. Esta sugiere que la persona tiene predisposición al miedo, a los nervios o, de alguna manera, hipersensibilidad a las presiones ambientales. La puntuación alta en esta subescala puede sugerir que el niño internaliza gran parte de la ansiedad experimentada y, por tanto, le resulta un conflicto al tratar de liberar esta ansiedad. Quizá esto también indique que el niño experimenta una fuerte necesidad de aprender a analizar sensaciones de ansiedad y a enfrentarse con esta de una manera más abierta al compartir estos sentimientos con otras personas que lo puedan ayudar.
- **Subescala III:** “*Preocupaciones sociales/Concentración*”. Esta valora la preocupación del examinado en relación de la autocomparación con otras personas o expresa cierta dificultad en la concentración. Una calificación alta en esta subescala demuestra ansiedad por no ser capaz de vivir de acuerdo con las experiencias de otros individuos significativos en sus vidas. Su principal preocupación puede ser que ellos no son tan buenos, afectivos o capaces como los otros.

Cualquier tipo de ansiedad puede interferir con la capacidad del niño para concentrarse en tareas académicas siendo esta una dificultad que causa malestar en su aprendizaje.

- **Subescala IV: “Mentira”.** Esta demuestra si el autoinforme está invalidado. Esto quiere decir que las respuestas dadas por el examinado no son sinceras, proporcionando información falsa para el examinador. Una calificación alta (mayor a Puntuación T 13) en esta subescala expresa una necesidad excesiva de deseabilidad o aceptación social, ya que estos niños padecen de aislamiento o reciben rechazo social. Los puntajes bajos indican que la prueba es confiable.

6.2 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de la información recolectada durante el trabajo de campo se procedió a tabular y analizar los datos en dos etapas: una de análisis estadístico descriptivo y la segunda de análisis estadístico inferencial.

La primera consiste en un análisis estadístico de los datos tabulados mediante el cálculo de frecuencias, porcentajes y su representación gráfica que permite presentar visualmente el análisis de la información cuantitativa.

En una segunda etapa, se procedió a realizar una regresión múltiple para comprobar los resultados obtenidos del análisis estadístico descriptivo, es decir, la existencia de una relación entre los trastornos de ansiedad en los niños y el factor de ser hijos de padres migrantes o no migrantes.

A continuación se detalla los pasos seguidos para nuestro análisis:

- A. Tabulación de los datos recolectados durante el trabajo de campo.
- B. Cálculo de frecuencias, porcentajes y elaboración de gráficos.
- C. Cálculo del modelo de regresión múltiple aplicada al caso de estudio.

A. TABULACIÓN DE LOS DATOS RECOLECTADOS.

No.	Edad	I	II	III	Padres mig.	Padres No mig.	Femenino	Masculino	A
1	11	19	14	14	1	0	0	1	74
2	8	10	14	12	1	0	1	0	61
3	11	10	12	14	1	0	0	1	60
4	9	13	15	9	1	0	1	0	60
5	11	11	12	15	1	0	1	0	60
6	12	13	11	11	1	0	1	0	60
7	11	7	16	13	1	0	1	0	59
8	12	11	14	10	1	0	0	1	58
9	10	9	11	11	1	0	1	0	54
10	8	8	11	6	1	0	0	1	47
11	9	12	15	12	1	0	1	0	65
12	11	13	13	13	1	0	1	0	64
13	8	11	13	12	1	0	0	1	60
14	8	10	14	9	1	0	0	1	57
15	12	8	14	13	1	0	0	1	55
16	8	8	14	9	1	0	1	0	51

17	12	10	9	7	1	0	1	0	48
18	9	9	8	7	1	0	1	0	44
19	9	13	13	9	1	0	1	0	44
20	10	4	4	7	1	0	0	1	31
21	9	12	15	16	0	1	1	0	70
22	12	14	14	11	0	1	1	0	64
23	9	11	13	10	0	1	0	1	58
24	9	10	10	14	0	1	1	0	56
25	10	12	11	10	0	1	1	0	55
26	8	10	12	8	0	1	0	1	53
27	11	7	11	10	0	1	0	1	50
28	12	8	9	5	0	1	1	0	43
29	10	5	10	7	0	1	0	1	42
30	8	7	9	4	0	1	1	0	41
31	11	13	14	10	0	1	1	0	61
32	9	10	11	11	0	1	1	0	55
33	8	13	10	8	0	1	1	0	53
34	11	9	13	9	0	1	0	1	54
35	10	10	10	11	0	1	0	1	52
36	11	10	12	9	0	1	1	0	52
37	8	8	7	6	0	1	1	0	40
38	8	6	7	8	0	1	0	1	39
39	8	6	8	8	0	1	0	1	41
40	12	14	19	11	0	1	0	1	68

I: Subescala de Ansiedad Fisiológica. / **II:** Subescala de Inquietud -Hipersensibilidad
III: Subescala de Preocupaciones sociales-concentración. / **A:** Puntuación de ansiedad.

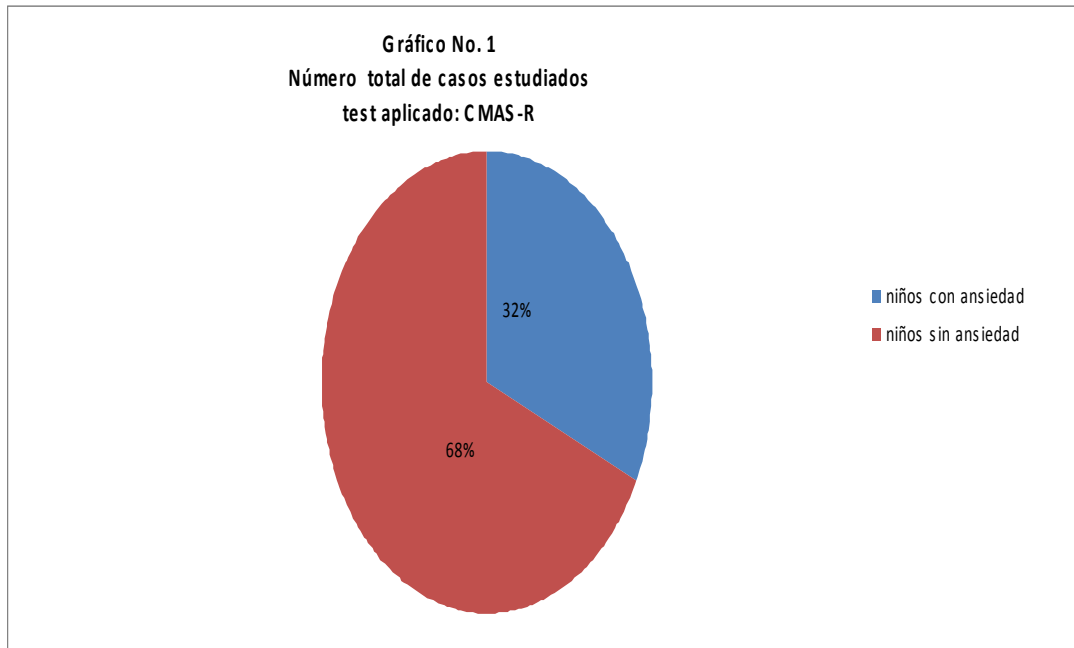
B. FRECUENCIAS, PORCENTAJES Y GRÁFICOS.

Cuadro No. 1

Número total de casos estudiados (40)

Test aplicado: CMAS-R

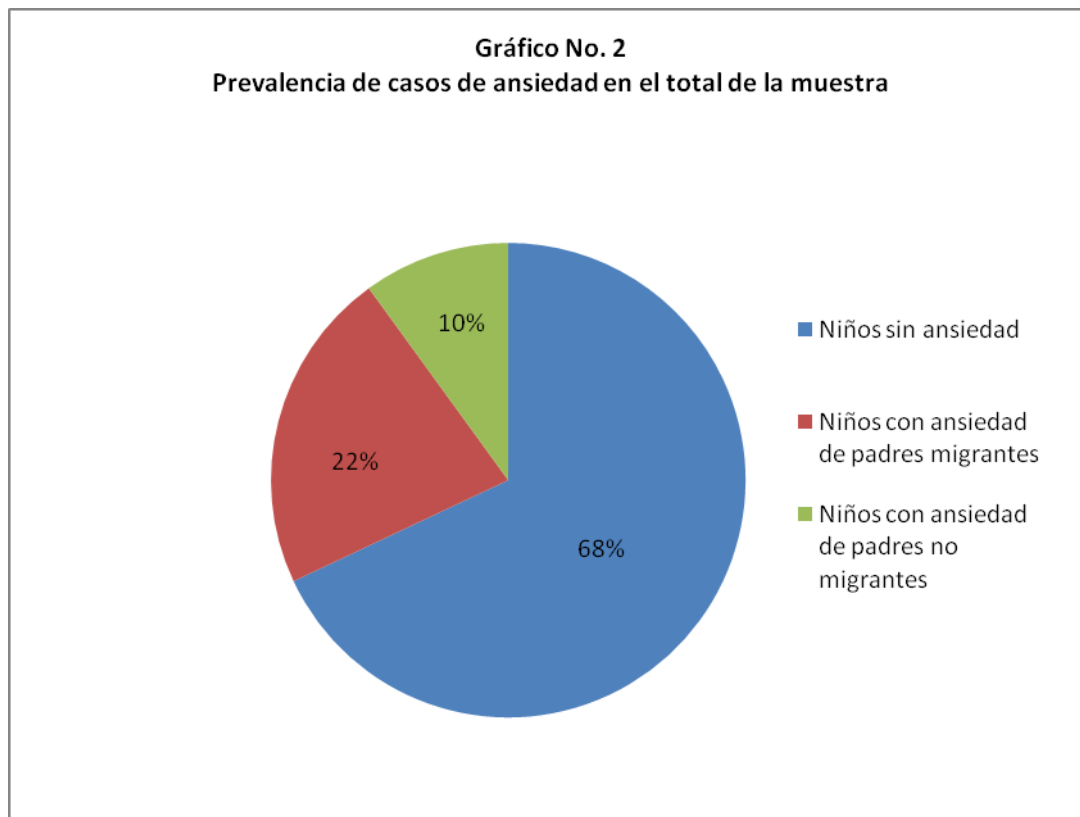
Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
niños con ansiedad	13	32%
niños sin ansiedad	27	68%
TOTAL	40	100%



Los resultados obtenidos en este gráfico indican que, 13 de los 40 casos analizados a través del test de ansiedad aplicado CMAS-R, presentan síntomas ansiosos, representando el 32% del total de la muestra, mientras que 27 de los 40 casos, es decir el 68%, no muestran síntomas de ansiedad.

Cuadro No. 2
Prevalencia de casos de ansiedad en el total de la muestra
(40 casos)

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Niños sin ansiedad	27	68%
Niños con ansiedad de padres migrantes	9	22%
Niños con ansiedad de padres no migrantes	4	10%
TOTAL	40	100%



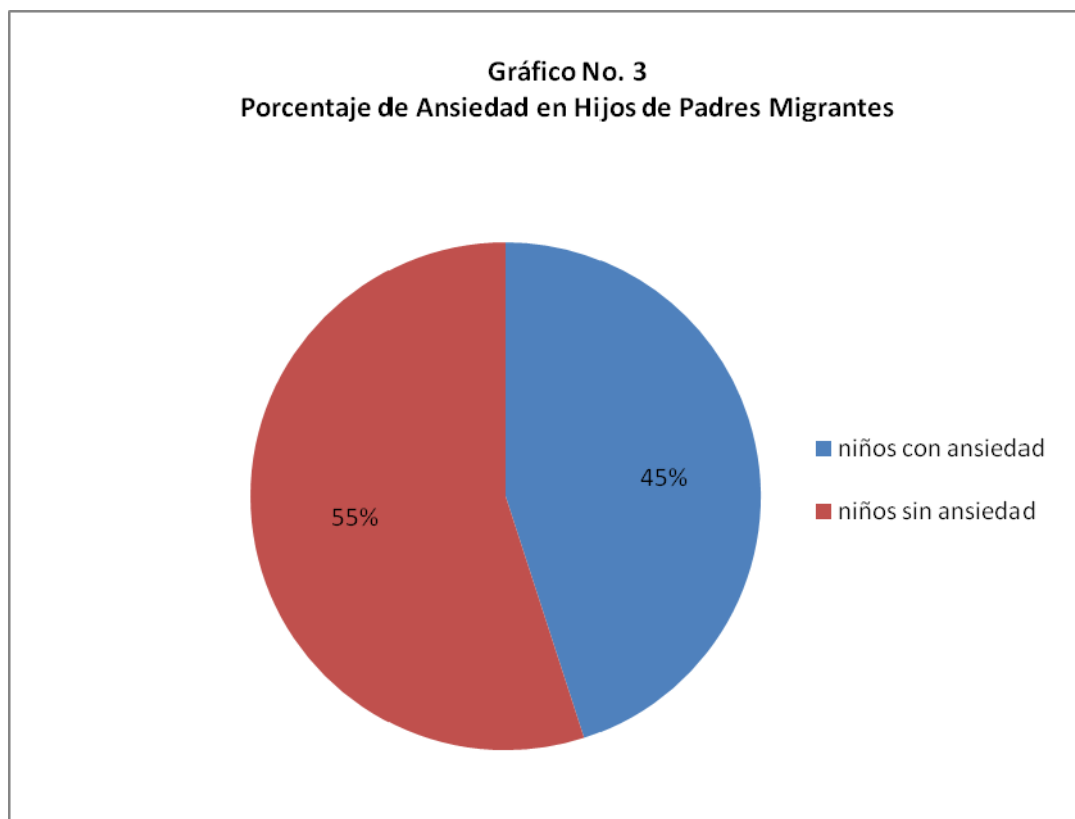
Al realizar una comparación podemos observar que la mayoría de los niños no representan síntomas de ansiedad y aquellos correspondientes al grupo de niños con ansiedad podemos inferir que del 32%, el 22% corresponden a hijos de padres migrantes (9 de los 13 casos con síntomas de ansiedad) y el 10% pertenecen al grupo de hijos de padres no migrantes (4 de 13 casos). Gráfico 2.

Cuadro No. 3

Porcentaje de ansiedad en hijos de padres migrantes.(20 casos)

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
niños con ansiedad	9	45%
niños sin ansiedad	11	55%

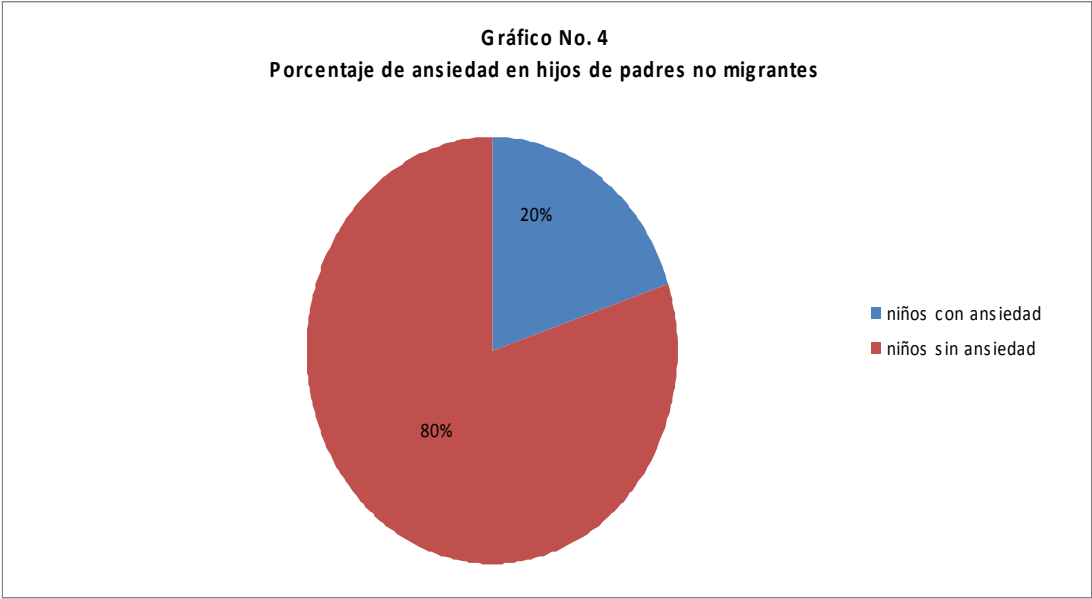
TOTAL	20	100%
-------	----	------



En este gráfico se puede observar la presencia de ansiedad en el grupo No. 1 (Hijos de padres migrantes), en el cual, 9 de los 20 casos analizados existen síntomas ansiosos, que representa a un 45%, mientras que, los 11 casos restantes no muestran ansiedad, lo mismo que equivale a un 55%.

Cuadro No. 4
Porcentaje de ansiedad en hijos de padres no migrantes. (20 casos)

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Niños con ansiedad	4	20%
Niños sin ansiedad	16	80%
TOTAL	20	100%

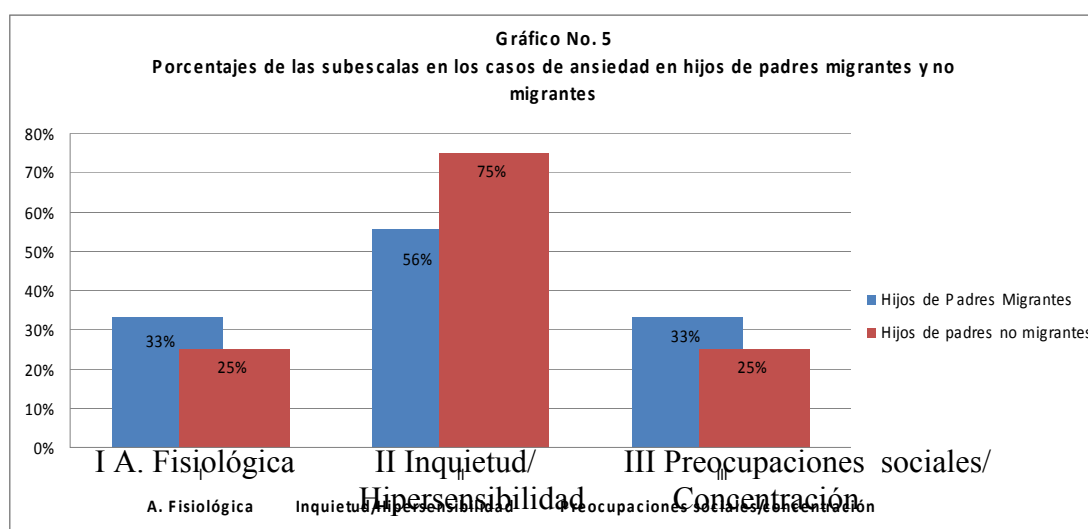


Este gráfico indica la presencia de ansiedad en el grupo No.2 (Hijos de padres no migrantes) en el cual se observa que, de los 20 casos, 4 muestran síntomas ansiosos que equivalen a un 20%, mientras que, los 16 restantes no muestran estos síntomas equivaliendo así a un 80%.

Al comparar los Gráficos 3 y 4 podemos apreciar que el porcentaje de niños con problemas de ansiedad es el doble en los casos de hijos de padres migrantes (45%) que en los de hijos de padres no migrantes (20%); lo que corrobora los datos que muestra el Gráfico 2.

Cuadro No.5
Porcentajes de las subescalas en los casos de ansiedad en hijos de padres migrantes y no migrantes. (13 casos)

Subescala	Frecuencia	Hijos de P. Migrantes	Frecuencia	Hijos de P. no migrantes
I A. Fisiológica	3	33%	1	25%
II Inquietud/Hipersensibilidad	5	56%	3	75%
III Preocupaciones sociales/concentración	3	33%	1	25%



- Este gráfico representa a las 3 subescalas utilizadas para medir la ansiedad según el test aplicado. De éstas, la subescala II (Inquietud/Hipersensibilidad) es la que mayor porcentaje tiene tanto en el grupo 1 (Hijos de padres migrantes), como en el 2 (Hijos de padres no migrantes). En el caso del primer grupo, la ansiedad en esta subescala es de 56%, y, en el segundo grupo, la ansiedad se puede ver en un 75%.

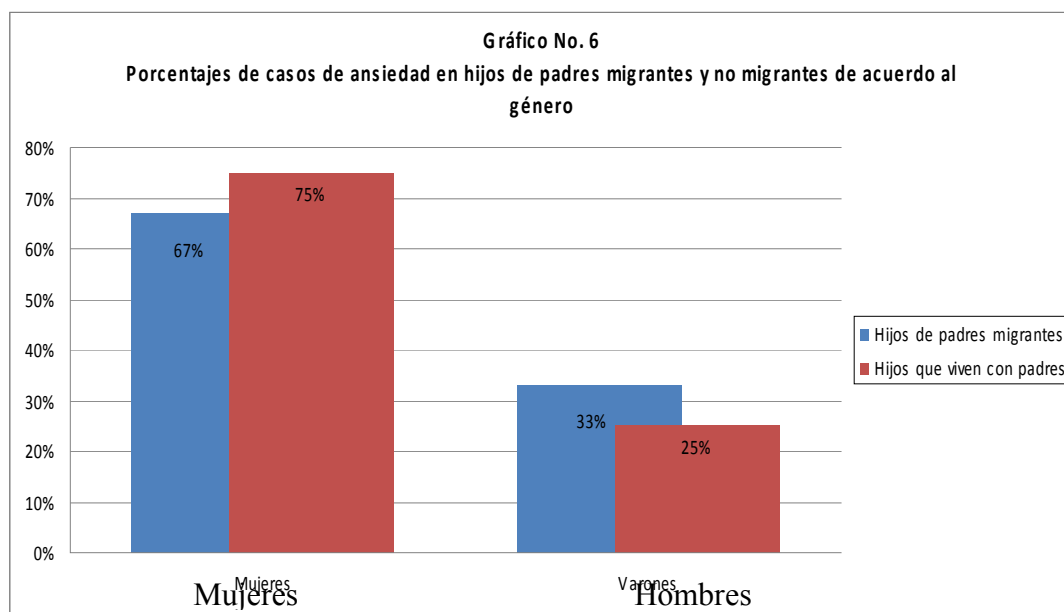
- En la subescala I, existe un 33% de ansiedad fisiológica para el grupo de hijos padres migrantes, mientras que para los hijos de padres no migrantes existe un 25% de ansiedad.

- Lo mismo sucede en la subescala III, en donde el 33% pertenece al grupo de hijos de padres migrantes que muestran preocupaciones sociales o falta de concentración, y el 25% corresponde al grupo de padres no migrantes.

Cuadro No. 6

Porcentajes de casos de ansiedad en hijos de padres migrantes y no migrantes de acuerdo al género

Género	Frecuencia	Padres Migrantes	Frecuencia	Padres no migrantes
Mujeres	6	67%	3	75%
Varones	3	33%	1	25%



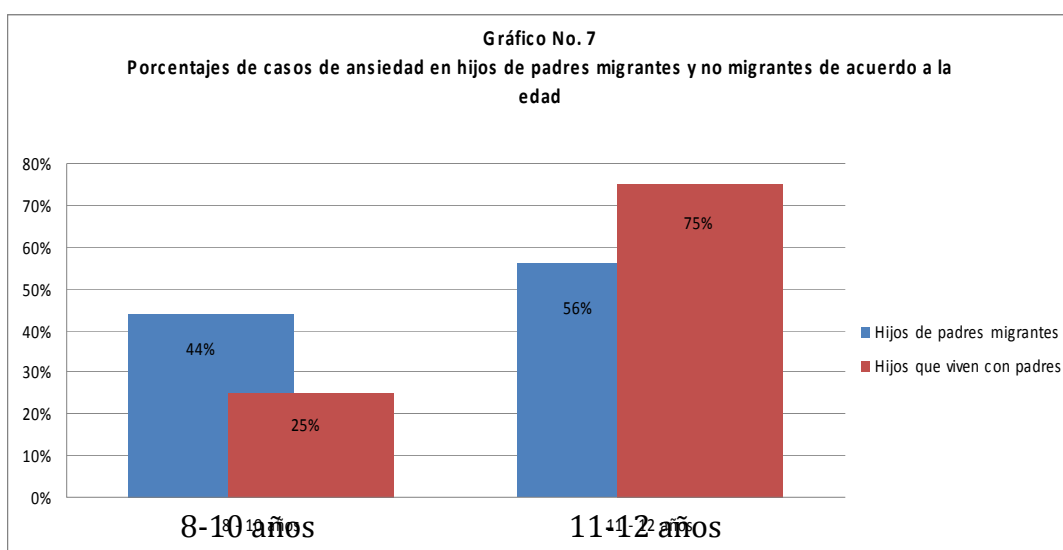
Este gráfico muestra la incidencia de ansiedad en los 13 casos donde se encontró el trastorno tomando en cuenta el género. Se puede ver que el género femenino muestra mayores síntomas ansiosos en ambos grupos estudiados, siendo así los porcentajes de 67% para el primer grupo y 75% para el segundo.

En el género masculino, el 33% de los hijos de padres migrantes muestran ansiedad y el 25% de los que viven con padres tienen este trastorno.

Gráfico No. 7

Porcentajes de casos de ansiedad en hijos de padres migrantes y no migrantes de acuerdo a la edad

Edades	Frecuencia	Hijos de Padres Migrantes	Frecuencia	Hijos que viven con padres
8 - 10 años	4	44%	1	25%
11 - 12 años	5	56%	3	75%



- Los hijos de padres migrantes en edades de 8-10 años presentaron mayor ansiedad que los que viven con sus padres.
- Por el contrario, en las edades de 11-12 años existe mayor ansiedad en los hijos que viven con sus padres que en los que viven sin ellos. De esta manera, para los niños de 11-12 años del grupo de hijos de padres migrantes tienen ansiedad en un 56% y, los hijos que viven con padres en estas edades presentan ansiedad en un 75%.
- En cuanto a los rangos de edad 8-10, la ansiedad se manifiesta más en los hijos de padres migrantes con un 44%; y para el grupo de niños que viven con padres, existe un 25%.

C. MODELO DE REGRESIÓN LINEAL MÚLTIPLE

Introducción

Se entiende como regresión múltiple al procedimiento estadístico que nos permite determinar si existe o no relación de dependencia entre dos o más variables. Es decir, conociendo los valores de una o más variables independientes, se trata de estimar los valores de la variable dependiente.

En el caso de nuestro estudio, un modelo de regresión múltiple nos permite determinar si existe o no relación entre el trastorno de ansiedad (variable dependiente) y la edad de los pacientes, género, condición familiar (hijos de padres migrantes y no migrantes), entre otras variables explicativas (variables independientes).

Construcción del modelo de regresión lineal múltiple.

Se designó como variable dependiente (Y) al trastorno de ansiedad; el hecho de que los niños desarrollen un trastorno de ansiedad podría ser explicados por los cambios generados en las variables independientes. Para nuestro modelo, se designó como variables independientes (X) a: edad, sub-escalas I, II, y III, si el niño es hijo de padres migrantes o no migrantes, y género.

Y= ANSIEDAD
X₁= EDAD
X₂= SUBESCALA I
X₃= SUBESCALA II
X₄= SUBESCALA III
X₅= HIJO DE PADRE MIGRANTE
X₆= HIJO DE PADRE NO MIGRANTE
X₇= GENERO FEMENINO
X₈= GENERO MASCULINO

Con la construcción de este modelo de regresión múltiple buscamos determinar la dependencia que existe entre los trastornos de ansiedad y los factores que inciden en el mismo.

La ecuación para nuestro modelo de regresión múltiple se define de la siguiente manera:

$$Y = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \beta_4 X_4 + \beta_5 X_5 + \beta_6 X_6 + \beta_7 X_7 + \beta_8 X_8 + \varepsilon$$

El modelo de regresión será aplicado a las cuarenta observaciones recolectadas de los test aplicados durante el levantamiento de información, la misma que se resume a continuación:

Resultados del análisis de regresión:

Utilizando la fórmula de la ecuación planteada en el modelo y los datos tomados del trabajo de campo, calculamos los coeficientes de regresión mediante la utilización del programa de análisis estadístico SPSS.

	Coefficientes β	Error Típico	Estadístico t	p-valor	Inferior 95%	Superior 95%
Constante	12.484	3.336	3.742	0.001	5.696	19.272
Edad	0.057	0.311	0.184	0.855	-.576	.690
Sub I	1.226	0.201	6.087	0.000	.816	1.636
Sub II	1.269	0.201	6.074	0.000	.844	1.694
Sub III	1.313	0.211	6.525	0.000	.904	1.722
Hijo no padre migrante						
Hijo Padre migrante	0.906	0.906	0.861	0.395	-1.064	2.624
Género Femenino	0.206	0.918	0.225	0.824	-1.652	2.058
Género Masculino						

Estadísticas del Modelo de Regresión	
Coefficiente de determinación R^2	0.926
F	68.417
Error típico	2.768
No. Observaciones	40

Análisis de los resultados

El valor del coeficiente de determinación $R^2 = 0.926$ nos indica que el 92.6% del trastorno de ansiedad puede ser explicado por todas las variables dependientes utilizadas en el modelo, incluyendo la condición de que si los niños son hijos de padres migrantes o no migrantes.

El valor de $F = 68.417$, es mayor al valor de la tabla de distribución F de Fisher, lo que refleja que el modelo de regresión construido es una explicación razonable de la relación entre la variable dependiente y las explicativas, es decir, que todas las variables escogidas pueden bien explicar las alteraciones en los casos de ansiedad, incluyendo el factor de ser hijo de padres migrantes o no migrantes.

Los valores obtenidos para los coeficientes β reflejan que las variables más significativas dentro del modelo son aquellas pertenecientes a las subescalas, seguidas por la variable de ser hijo de padres migrantes; lo que señala que el no vivir con los padres incide en el desarrollo de síntomas ansiosos.

El valor para la variable de hijo de padres migrantes tiene un valor de $\beta_{\text{hijos de padres migrantes}} = 0.906$, lo que señala que en promedio, los hijos de padres migrantes tienen un 91% de posibilidades de presentar cuadros ansiolíticos frente a los hijos de padres no migrantes

En resumen, el modelo de regresión lineal utilizado para analizar la relación entre los trastornos de ansiedad en los niños de hijos de padres migrantes y las otras variables explicativas usadas en el modelo, nos confirma que si bien la migración de los padres no es el único factor que influye en la salud mental de los niños, este factor si juega un papel importante en los casos de ansiedad. En otras palabras los hijos de padres migrantes tienen más probabilidades de presentar trastornos de ansiedad frente a los hijos que viven con sus padres.

6.3 CASOS MÁS SIGNIFICATIVOS.

Caso No.1

La niña vive junto con sus padres y hermana menor. A pesar de la aparente funcionalidad que su ambiente familiar tiene, ha manifestado claros síntomas ansiosos los mismos que se muestran en conductas como: mucha preocupación porque algo malo le pase a su hermana, situación que no le permite estar tranquila; de igual forma, siente que en algún momento algo negativo puede pasarle a su madre o a alguien de su familia y esto le ha ocasionado un miedo excesivo, el mismo que se ha podido observar en la entrevista realizada pues al

relatar sobre su familia la niña se ha desinhibido emocionalmente (llanto). También ha relatado historias de intento de raptó a la paciente motivo por el que se siente muy insegura al regresar de la escuela a su hogar. Con respecto a su vida social, también existe cierta dificultad para iniciar nuevas amistades debido a su excesiva timidez e inseguridad para acercarse a sus compañeros y además comenta sentirse muy incómoda cuando esto sucede.

La relación entre sus padres no es adecuada ya que existe violencia intrafamiliar de tipo física y psicológica por parte del padre hacia su madre. Este dato es muy importante ya que se puede confirmar el desequilibrio que existe dentro de su hogar y el daño que éste ocasiona a la niña.

Todos estos síntomas muestran muy claramente problemas ansiosos en la niña a pesar de vivir junto con sus padres concluyendo así que existen condiciones dentro de la familia que son generadores de ansiedad y entre estos esta la violencia.

Caso No.2

El niño debe vivir desde sus dos años de edad con sus medio – hermanos pues su madre los abandona para viajar a EEUU. Su padre biológico hasta la actualidad no lo ha reconocido ya que desapareció antes de que él naciera.

La situación dentro del hogar en el que vive es totalmente angustiosa, a pesar de que sus hermanos viven con él, generalmente pasa solo ya que unos estudian por la tarde y otros, como su hermano mayor pasan fuera la mayor parte del día. Además existe negligencia ya que el estado físico de su casa es lamentable, no mantiene un orden adecuado. También muestra graves problemas de rendimiento escolar y sus maestros han sospechado de que el niño presente un CI bajo o algún problema orgánico que le impide tener un nivel intelectual normal. Debido a estos problemas se lo remite a un examen psicopedagógico.

Generalmente en el hogar permanece aislado y evita comunicarse o tener contacto con los miembros de la familia y no habla con ninguno de sus hermanos, tampoco recibe afecto ni atención de ningún familiar, por el contrario, recibe maltratos psicológicos por parte de su hermano mayor. Debido a todos estos tratos el niño ha desarrollado conductas agresivas dirigidas sobre todo hacia sus

hermanos. Además también ha manifestado conductas de autoagresión pues suele rasguñarse o pegarse contra los pupitres y paredes del aula. Su personalidad esquizoide se encuentra muy definida pues muestra características como: timidez, frío, distante, no le resulta fácil hablar sobre situaciones en donde influyan sus emociones, evita totalmente el contacto físico y se muestra incómodo cuando esto sucede. En su calificación del test de ansiedad CMAS-R muestra un alto puntaje T de ansiedad total.

Caso No. 3

El paciente vive junto con su madre y hermano mayor. Su padre viajó ilegalmente a EEUU hace 8 años, no lo conoce pues había apenas nacido cuando decidió abandonarlo a él junto con su madre y hermano mayor. Sin embargo, a pesar de no conocerlo expresa que siente mucha tristeza y que lo extraña. No mantiene ningún tipo de comunicación con su padre y esto ha hecho que el paciente sufra un desequilibrio emocional y que afecte su rendimiento escolar.

La relación entre los padres fue conflictiva ya que la madre ha sido víctima de violencia física y psicológica por parte de su esposo durante el tiempo que vivieron juntos; durante su embarazo sufrió dos veces amenazas de aborto debido a los golpes que recibía.

Actualmente el niño presenta problemas mayores en la escuela ya que se ha dificultado aun más el aprendizaje sobre todo en el área de lecto-escritura. También se observa una clara incapacidad para concentrarse, se distrae con mucha facilidad y le cuesta trabajo retomar las actividades abandonadas, se siente muy inseguro al realizar ciertas actividades por el miedo a equivocarse.

En la actualidad vive con abuelos maternos y se ha observado un excesivo apego hacia su abuelo. Esto indica que el niño ha desarrollado gran necesidad de tener una figura paterna pues su abuelo ha logrado compensar la falta de su padre biológico.

Ha sido sometido a un análisis psicopedagógico en donde es diagnosticado con “Predislexia” e inseguridad para realizar ciertas actividades así como mala memoria.

Debido a todos estos problemas, la ausencia de su padre, necesidad de figura paterna, sobreprotección de su madre y abuela, ha perjudicado su autoestima. Además ha ocasionado más inseguridad en él llegando incluso a convencerse de que es incapaz de mantener un adecuado rendimiento escolar. Al calificar el test de ansiedad CMAS-R el niño obtuvo una puntuación T alta, indicando así claros signos de ansiedad sobre todo en la subescala II.

Caso No. 4

Paciente que vive junto con su madre, su padre ha migrado a EEUU de manera ilegal. La niña manifestó sentimientos de tristeza. Su madre ha indicado que presenta mucho desequilibrio emocional manifestándose con conductas como: susceptibilidad, irritabilidad, abatimiento y desinterés en realizar actividades como: tareas escolares, juegos e interrelaciones personales.

También ha desarrollado problemas a nivel académico desde que su padre se fue. Actualmente se ha mostrado muy distraída, no cumple con sus tareas y es muy insegura. Este problema se profundiza pues no tiene reglas ni límites ya que éstos eran establecidos por el padre. También ha manifestado conductas de mucha timidez y dificultad para adaptarse adecuadamente a su grupo de compañeros. De igual manera, dentro del hogar muestra problemas para comunicarse y relacionarse adecuadamente tanto con su madre como con sus hermanos. Su puntuación T en la prueba CMAS-R alcanza un dígito muy próximo a una alta ansiedad, además los síntomas en este caso se han visto claramente manifestados.

Caso No. 5.

Niña que presenta ansiedad como consecuencia del abandono de sus padres, (migrantes) y además tiene conflictos a nivel escolar, pues la familia con la que vive no se preocupa de ella, el área que se encuentra más afectada en la paciente es el área emocional, pues es muy susceptible con sentimientos de invalidez. Todo esto puede traer como consecuencia una baja autoestima o que sus síntomas de ansiedad se profundicen y, en una situación peor, que desarrolle un cuadro de depresión, además muestra en las subescalas del test que existen preocupaciones sociales y de concentración, lo mismo que puede estar relacionado con la

ausencia de sus padres. Además se ha mostrado Violencia Intrafamiliar, lo mismo que perjudica psicológicamente a la paciente.

Caso No. 6

Hija de padres migrantes, padece de ansiedad según la evaluación realizada y la aplicación del test CMAS-R, un hecho importante y que puede ser el que haya desencadenado más su trastorno es: el que un día por la tarde su hermano limpiaba un arma que había adquirido en el colegio, disparando un tiro por equivocación, impactándole a su tía quien se encontraba en la sala junto a un sobrino pequeño de ella, su tía cae al piso muriendo en pocos instantes, por tal motivo su hermano es detenido y llevado al “Correccional para menores”, y su madre tuvo que regresar de EEUU, para que saliera en Libertad Condicional.

Desde esa fecha la vida de la niña cambió radicalmente, pues la madre tuvo que regresar de EEUU para que su hijo no sea encarcelado por el accidente que enlutó a la familia.

Cabe resaltar que en el hogar donde ella vive había violencia intrafamiliar pues no se entendían bien sus miembros, además el hecho de que ellos vivieran al cuidado de una adolescente igual a ellos no era garantía de que estén protegidos, pues faltaba una imagen de autoridad.

Caso No. 7

La niña presenta ansiedad, a más de esto tiene inteligencia limítrofe, pues su desarrollo intelectual fue afectado a la edad de 2 años ya que sus hermanos que en ese entonces eran pequeños, que cuidaban de ella por accidente un día le dieron de comer floripondio, lo que le causó varios desórdenes, después de dicho accidente estuvo muy asustada y desorientada. Los médicos que la han tratado diagnostican que dicho hecho lamentable puede haber sido el desencadenante de su limitación en la inteligencia, la niña además ha pasado gran parte de su niñez en un hogar disfuncional pues su padre maltrataba física y psicológicamente a su madre, esta violencia le ha afectado notablemente, en la actualidad sus padres se divorciaron y su padre migró. La niña al ser la última hija era muy apegada a su padre quien la mimaba bastante y al momento de partir le dejó un vacío

irreparable pues la niña extraña mucho a su padre a pesar de que ya han pasado años desde que sus padres se separaron ella no lo olvida.

Caso No. 8

Niña vive en un hogar que carece de padres o figuras de autoridad, ella vive con sus hermanos, presenta desconcentración, dificultad en sociabilizar, es muy introvertida y a simple vista se nota una tristeza en su mirada; cuando se entabla conversación ella es muy nerviosa y de escasas palabras. La niña tenía seis meses de haber nacido cuando sus padres partieron a EEUU, es la última de los hermanos que viven en el Ecuador; sus padres han procreado 2 hijos más durante su estancia en el exterior.

Todos sus hermanos son adolescentes aun, ella permanece al cuidado de ellos quienes tratan de suplantar las imágenes materna y paterna en la niña.

En la escuela ha tenido un bajo rendimiento escolar que va de la mano con su poca comunicación pues es muy tímida y callada, la relación con los compañeros es escasa y es aislada por ellos.

El aspecto físico es muy descuidado ya que presenta descamación de la piel que puede ser causada por un hongo debido al escaso aseo personal del ambiente en el que ella se desarrolla, quizás sea por esta causa que los compañeros de clase se distancian de la niña. Además en su hogar hay violencia pues es difícil la convivencia entre adolescentes que han tenido que crecer solos sin la guía de una persona adulta.

6.4 PLAN TERAPÉUTICO

- **Selección de Pacientes:** Niños que presentan síntomas de ansiedad (hijos de padres migrantes y no migrantes).
- **Número de Pacientes:** 13.
- **Composición:** Pertenecen tanto al sexo masculino como femenino, se encuentran en edades de 8 a 12 años y con clase social media baja.

- **Objetivos:** Reducir los niveles de ansiedad.

Permitir la expresión de sentimientos o emociones de manera libre que manifiestan debido a los problemas de ansiedad que presentan.

- **Duración del tratamiento:** 6 semanas.
- **Frecuencia:** Se realizarán 6 sesiones en total, estas se dividirán en una sesión por semana.
- **Duración de la sesión:** Cada sesión cubrirá una hora de trabajo.
- **Tipo de Grupo:** Cerrado.

A continuación se indicarán las actividades a realizarse en cada sesión:

No. Sesión	Fecha	Tipo de terapia	Técnica	Tiempo	Objetivo	Recursos
Sesión No. 1	13 - oct -09	Terapia Grupal	<p>Juego de inclusión (calentamiento)</p> <p>La rueda de los saludos. Se les pide a los participantes que saluden a su compañero del costado pero de manera diferente de forma que ningún saludo se repita.</p>	(10 min.)	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a todos los niños al grupo. - Establecer un buen rapport entre el terapeuta y los integrantes. - Conocerse entre compañeros. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes. - Buena disponibilidad
			<p>Mapa de la Vida (cuerpo)</p> <p>Se le pide al paciente que dibuje un mapa de su vida con una línea en la cual marque siete momentos importantes en su vida.</p>	(20 min.)	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar el desarrollo de la problemática del paciente. - Establecer las áreas conflictivas. - Establecer las experiencias positivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Papel - Lápiz
			<p>Retroalimentación. (cierre)</p> <p>Mediante el diálogo pedir a los participantes que comenten su experiencia.</p>	(30 min.)	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar cuales son los problemas que más se repiten entre los pacientes. - Rescatar las experiencias positivas que han surgido durante su vida. 	

No. Sesión	Fecha	Tipo de terapia	Técnica	Tiempo	Objetivo	Recursos
Sesión No. 2	20 – oct.-09.	Terapia Grupal	Relajación (calentamiento)	(10 min.)	- Preparar a los pacientes para eliminar tensiones.	- Grabadora - Música de relajación.
			Arteterapia. Dibujo libre. (cuerpo) ¿Qué situaciones me incomodan?	(20 min.)	- Exteriorizar emociones que producen ansiedad. - Hacer concientes los sentimientos reprimidos.	- Papel. - Lápiz. - Acuarelas. - Pinceles.
			Exposición de Dibujos. (cierre)	(30min)	- Expresar libremente los sentimientos al haber realizado la actividad. - Explicar el motivo del dibujo y el sentido que para ellos tiene.	

No. Sesión	Fecha	Tipo de terapia	Técnica	Tiempo	Objetivo	Recursos
Sesión No. 3	27 – oct. -09	Terapia Grupal	<p>Cuerpos Expresivos. (calentamiento)</p> <p>Se escribe en papel el nombre de animales, macho y hembra. Se distribuyen los papeles y cada niño deberá actuar como el animal que les tocó y tendrá que encontrar a su pareja.</p>	(10 min.)	- Propiciar un clima de amistad más profunda, para crear un ambiente más adecuado de trabajo.	
			<p>Títeres (cuerpo)</p> <p>Realizar una obra con el tema: “Padres ausentes”.</p>	(40 min.)	- Comprender el motivo de viaje de sus padres para eliminar sentimientos negativos de abandono, ambivalencias, etc.	
			<p>Abrazo terapia (cierre)</p>	(10min.)	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de los miembros del grupo. - Concientizar sobre la semejanza del malestar que tienen los integrantes del grupo - Reafirmar la confianza y sentirnos apoyados por los compañeros de grupo. - Dar bienestar emocional por medio del contacto 	

					físico y a su vez proporcionar seguridad, protección, confianza, fortaleza y autovaloración.	
--	--	--	--	--	--	--

No. Sesión	Fecha	Tipo de terapia	Técnica	Tiempo	Objetivo	Recursos
Sesión No. 4	5- nov.-09	Terapia Grupal	<p>Las Lanchas (calentamiento)</p> <p>El coordinador relata la siguiente historia: “ Una lancha se está hundiendo, para salvarse hay que formar grupos de 2, 3,5,”</p>	(15 min.)	- Animación.	
			<p>Juego de roles. La carta (cuerpo)</p> <p>1. Se le pide a los participantes que escriban una carta dirigida a los padres. 2. Dar respuestas a la carta tomando el rol de padres para así responder a las dudas o preguntas que hayan tenido.</p>	(30min.)	<ul style="list-style-type: none"> - Exteriorizar sentimientos negativos que los niños tengan hacia los padres. - Eliminar pensamientos automáticos a través de la racionalización. - Dar respuesta a las diversas dudas que presentan hacia los padres. - Eliminar sentimientos de vacío. 	<ul style="list-style-type: none"> - Papel. - Lápiz - Grabadora. - Música de fondo.
			<p>Registrar sentimientos (cierre)</p> <p>El terapeuta preguntará: “¿Qué sintieron?”.</p>	(15 min.)	<ul style="list-style-type: none"> - Expresar los sentimientos vividos. - Reflexionar sobre los motivos de ausencia y comportamiento de los padres. 	

No. Sesión	Fecha	Tipo de terapia	Técnica	Tiempo	Objetivo	Recursos
Sesión No. 5	10 –nov.- 09	Terapia Grupal	<p>El Puente. (Calentamiento)</p> <p>Se hacen 2 grupos, cada participante del grupo se sube en una silla y dejan una vacía al final, el último miembro de cada grupo pasa la silla al compañero de lado hasta que ésta llegue al inicio. El primer grupo en llevar la silla al inicio gana.</p>	(10 min.)	<ul style="list-style-type: none"> - Animación. - Preparar el ambiente para una adecuada participación de los niños. 	- sillas.
			<p>Mis pensamientos Mariposa. (Cuerpo)</p> <p>Se establece un cuadro que se dividirá en 5 columnas: Acontecimiento, emoción, pensamiento oruga(dibujo), cambio de pensamiento oruga a mariposa y Pensamiento mariposa(dibujo). El niño irá llenando cada uno de éstos según sus situaciones relacionadas con la ansiedad y pensamientos.</p>	(25min.)	<ul style="list-style-type: none"> - Resolución de problemas. - Afrontamiento de dificultades. - Cambios de Pensamientos negativos por positivos relacionados con la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Lápiz. - Papel. - Pinturas.
			Exposición de los trabajos.	(25 min.)	- Dar a conocer cómo se sintieron.	

			(Cierre)		- Dar ideas de cómo resolver los problemas ansiosos. - Expresión de sentimientos negativos.	
--	--	--	----------	--	--	--

No. Sesión	Fecha	Tipo de terapia	Técnica	Tiempo	Objetivo	Recursos
Sesión No.6	17-nov.-09	Terapia Grupal	<p>Mar adentro, mar Afuera. (calentamiento) Los niños se ponen en fila, se marca una línea que representa la orilla del mar los participantes se pondrán detrás de la línea. Cuando el terapeuta indica mar adentro los niños saltan delante de la raya y al decir mar afuera saltan hacia atrás.</p> <p>Técnica del Cuento de Mooli Lahad. (cuerpo). Consiste en la creación de un cuento a través del uso de imágenes que serán puestas en una hoja dividida en 6 partes. En cada cuadro se representarán dibujos de: Héroe, misión a cumplir, obstáculo, qué o quién ayudará, que hará el personaje frente al problema, qué pasa al final.</p>	<p>10min.</p> <p>(20 min.)</p>	<p>- Animación.</p> <p>-Evaluar los mecanismos, recursos y dificultades que tiene el niño para enfrentar las situaciones que le causan ansiedad.</p>	<p>- Hojas.</p> <p>- Pinturas.</p>

			<p>Retroalimentación. (Cierre)</p> <p>Diálogo con los participantes con respecto a todas las actividades y experiencias realizadas.</p>	(30min.)	<ul style="list-style-type: none"> - Reafirmar los objetivos trabajados. - Establecer soluciones a los problemas que les causan ansiedad. 	
--	--	--	---	----------	---	--

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN REALIZADA.

7.1. CONCLUSIONES:

De acuerdo a la investigación realizada en la Unidad Educativa Comunitaria “San Roque” sobre el tema “Ansiedad en hijos de padres migrantes”, se concluye que no solamente las personas que viajan de manera ilegal a otros lugares son las que deben adaptarse a su nuevo estilo de vida, sino que, los familiares que se quedan en el país también sufren muchos cambios que deben superar para tratar de llevar una salud mental adecuada.

Es muy importante que los padres aprendan a desarrollar un apego seguro con sus hijos para así prevenir problemas o trastornos que con el tiempo se pueden desencadenar y dañar la salud mental de sus hijos. Esta puede ser una razón por la que dentro del estudio realizado, existen niños que viven sin sus padres y que a pesar de ello no presentaron problemas ansiosos, y por otro lado, existieron niños que a pesar de que viven junto con ellos, tienen síntomas ansiosos que impiden que se desarrollen normalmente. Además, de este apego dependerá que el niño pueda desarrollar o no una adecuada capacidad de socialización, la misma que se reflejará a lo largo de toda su vida.

La presencia de ambos padres desde el nacimiento de sus hijos es indispensable para que puedan tener un adecuado desarrollo a nivel físico, psicomotor, emocional, social, etc. Sin embargo, no se puede garantizar que la presencia de ellos es suficiente para que este desarrollo se de. Por este motivo, la calidad de tiempo que los padres dediquen a sus hijos es mucho más importante y significativa que la cantidad de tiempo.

Según las investigaciones realizadas con respecto a los síntomas de ansiedad, existen varios que se pudieron encontrar en la muestra de estudiantes tomada, entre ellos encontramos: problemas escolares, inseguridad, aislamiento, preocupaciones sociales, miedos o temores a que les pase algo negativo, sentimientos de inferioridad, problemas para concentrarse, síntomas físicos como temblor de manos, sudoración, etc.

Se ha identificado el grado de ansiedad en niños de 8 a 12 años en ambos grupos (hijos de padres migrantes e hijos que viven con ellos), concluyendo que la prevalencia mayor se dio en el Grupo #1 (hijos de padres migrantes), pero también se presentaron casos de ansiedad en el Grupo #2 (hijos que viven con padres) aunque en menor cantidad.

A pesar de que la incidencia de ansiedad es mayor en el primer grupo, no se puede indicar que la migración es un factor estrictamente determinante para que el niño hijo de padres migrantes desarrolle el trastorno, pues también se presentaron casos de ansiedad en los niños que vivían con sus padres, pero pertenecientes a un hogar en conflictos.

Al concluir la investigación, se ha encontrado dentro de la muestra estudiada lo siguiente: de los 20 casos de hijos de padres migrantes, 9 presentaron ansiedad; y de los 20 casos de hijos de padres no migrantes, se encontraron 4 niños con ansiedad según el test aplicado.

La prevalencia de casos de ansiedad en la muestra total es de 32%, mientras que el 68% no presenta síntomas ansiosos según la prueba aplicada CMAS-R.

Al tomar solamente el porcentaje de los niños que si presentaron síntomas ansiosos, es decir, los 13 casos que se diagnosticaron con ansiedad, (que representa el 32% del total de casos analizados), el 22% corresponde a hijos de padres migrantes (9 de los 13 casos con síntomas de ansiedad) y el 10% pertenecen al grupo de hijos de padres no migrantes (4 de 13 casos).

En el grupo #1 (hijos de padres migrantes) se encontró un porcentaje de 45% de niños que muestran síntomas ansiosos y el 55% no presentan síntomas ansiosos. En el grupo #2 (hijos que viven con padres), el 20% indicó ansiedad mientras que el 80% no presentó índices de ansiedad. Esto indica que existe mayores índices de ansiedad en los niños que no viven con sus padres debido a la migración de los mismos.

Sin embargo, es importante indicar que, aunque los hijos vivan con sus padres, pueden haber otros factores que desencadenen ansiedad, pues la migración no es un único factor que desarrolle el trastorno en los niños.

RECOMENDACIONES:

- Sería de gran ayuda dar apoyo a los hijos de padres migrantes pues, al pertenecer a un hogar donde no existe la presencia de uno o ambos padres, el niño necesita una figura de autoridad y de identificación.
- Realizar talleres tanto con los hijos como con sus figuras maternas y paternas para que tengan una mejor calidad de vida y así se desarrollen bien a nivel académico, emocional, intelectual, social, etc.
- Trabajar en prevención primaria con todos los padres que viven actualmente con sus hijos para conciencitar en ellos los problemas sociales, psicológicos, económicos que la migración puede producir tanto a su familia entera como a cada miembro de la misma.
- Tomar en cuenta este u otro tipo de trastornos que puedan afectar a los niños que viven dentro de hogares conflictivos para darles tratamiento. Generalmente, en la infancia se inician los conflictos psicológicos, al no ser tratados a tiempo es posible que desarrollen un trastorno más grave en la edad adulta.
- Realizar un proyecto de “Escuela para padres” (o a quienes tomen sus roles) para tratar diversos problemas que afecta a cada miembro de la familia.
- Realizar censos dentro de la institución para indagar cuáles son los tipos de problemas emocionales que existen en los niños y, de esta forma, descubrir qué grupos tienen mayor prevalencia para así tomarlos en cuenta y crear estrategias de apoyo que trabajen en áreas problemáticas específicas.
- Incrementar talleres con cada aula para mejorar las relaciones interpersonales entre los compañeros, y de esta manera enfrentar los diversos cambios emocionales y físicos que el niño atraviesa para tratar temas de acuerdo a las necesidades de cada aula.
- Desarrollar Talleres con los maestros que trabajan dentro de la institución, para que puedan desarrollar la capacidad de diferenciar verdaderos problemas psicológicos y académicos que presenten sus alumnos.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LIBROS

1. BARLOW David H. y DURAND V. Mark, “*Psicopatología*”, Tercera Edición. Editorial Thomson Editores, 2007.
2. BECK, Aaron, “*Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*”, Segunda Edición, Editorial PAIDOS, 2005.
3. BOWLBY, John, “*El apego*”, Tercera Edición, Editorial PAIDOS, 1998.
4. CARRILLO, Ma. Cristina, HERRERA, Gioconda, TORRES, Alicia; “*La Migración ecuatoriana, transnacionalismo, redes de indentidades*”, 1ra Ed., Imprenta Imprefepp, Quito Ecuador 2005.
5. CORNEJO, Sara y BRIK Levi, Lili, “*La representación de las emociones en la dramaterapia*”, Primera Edición, Editorial Médica Panamericana, 2003.
6. CLONINGER, Susan, “*Teorías de la Personalidad*”, Tercera Edición, Editorial Pearson Educación, 2003.
7. CRAIG Grace, “*Desarrollo Psicológico*”, Octava Edición, Editorial México: Pearson Education, 2001.
8. DAVILA Pontón, Yolanda “*Características de la Familia una visión sistémica*” Universidad-Verdad: revista de la Universidad del Azuay (Cuenca), 2005.
9. EQUIPO CEDECO “*Dinámicas de animación*”, Cuarta Edición, Editorial CEDECO, 1989.
10. FRIEDBERG, Robert y MC CLURE Jessica. “*Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con niños y adolescentes*”. Editorial PAIDOS. [s.a]
11. GARCÍA Ramón y PELAYO, “*Diccionario básico de la Lengua española*”, 1era Edición, Editorial Larousse, 1984.
12. GRUPO OCÉANO, “*Enciclopedia de la Psicología*”, Editorial Océano. Pg. 391. [s.a]
13. “*Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV – TR)*”, Cuarta edición, Editorial Masson, 2002.
14. NEWMAN, Bárbara M. y NEWMAN, Philip R. “*Manual de Psicología Infantil*”, Volumen I, Edición 1ra. Editorial Limusa, 1986.
15. PAZ, Susana; “*El psicólogo en casa*”, Primera Edición; Editorial LIBSA, 2007.

16. ROSS, Marshall y HAITH M. y MILLER Scout, “*Psicología Infantil*”, 2da. Edición. Editorial Ariel, 2001.
17. REYNOLDS, Cecil y RICHMOND, Bert; “*Escala de Ansiedad Manifiesta en niños CMAS-R*”, Segunda Edición, Editorial El Manual Moderno, 1997
18. SILVESTRE, Nuria y SOLE, Ma. Rosa, “*Psicología Evolutiva, Infancia y Preadolescencia*”, 1era. Edición, Editorial CEAC, 1993.
19. TORO Ricardo José y YEPES Luis Eduardo “*Fundamento de Medicina-Psiquiatría*”, 4ta. Edición. Editorial Fondo Editorial CIB, 2004.
20. VALDIVIA, Mario; “Manual de Psiquiatría Infantil”, Primera Edición, Editorial Mediterráneo, 2002.
21. WEST, Janet, “*Terapia de juego centrada en el niño*”, Segunda Edición, Editorial Manual Moderno, 2000.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE PÁGINAS WEB.

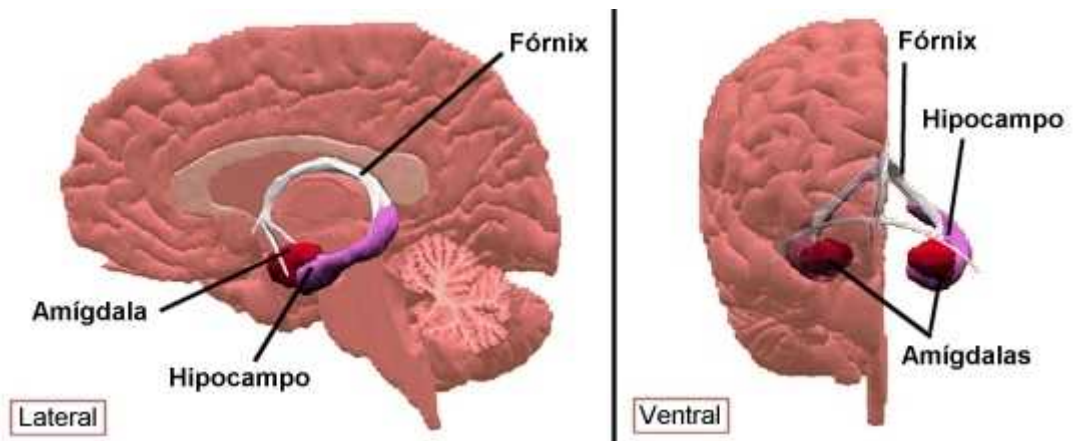
1. BAR, Graciela, Título: “*¿Y si emigramos?*”, Año: 1994 (en línea), Página principal: <http://www.babelpsi.com.ar/index.asp>, Año: 2008; Disponible en: [http://www.babelpsi.com.ar/fotos/y_si_emigramos_94\(1\).pdf](http://www.babelpsi.com.ar/fotos/y_si_emigramos_94(1).pdf) (Consulta: 3 de diciembre del 2008. 13:33pm).
2. CALASANZ, Archivo; Título: “*Atlas del cerebro*”, Página principal: <http://secviccentarticulo.blogspot.com/> (en línea), Año: 2006. Disponible en: <http://secviccentarticulo.blogspot.com/2006/12/atlas-del-cerebro.html>. (Consulta 14 de mayo del 2009, 17:20pm)
3. DICCIONARIO DE LA REAL ACADEMIA ESPAÑOLA; Página principal: <http://www.rae.es/rae.html>; Año: 2001; Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=migracion; (Consulta: 1 de septiembre del 2008. 16:43pm).
4. EGÜEZ, Alejandro; Revista: Revista académica de economía; Título: “*Las remesas de emigrantes en Ecuador tras la dolarización*”; Año: 2001. Página principal: <http://www.eumed.net>; Disponible en: <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/Eguez-remesas-A.htm> (Consulta: 5 de junio del 2008).

5. ENCARTA, Enciclopedia Título “*Psicoanálisis*”, Año 1997, Página principal <http://es.encarta.msn.com>. (en línea) Disponible en [http://es.encarta.msn.com/text/761577298__1/Psicoan/%C3%A1lisis.html](http://es.encarta.msn.com/text/761577298__1/Psicoan%C3%A1lisis.html), Año 2009, (consulta 2 de enero del 2009 14:40pm).
6. FERNÁNDEZ López, Justo; Título: “Ansiedad, angustia y miedo”, Año: 28.07.2006; Página principal: <http://culturitalia.uibk.ac.at/hispanoteca/>, Año: 1999; Disponible en: <http://culturitalia.uibk.ac.at/hispanoteca/Foro-preguntas/ARCHIVO-Foro/Ansiedad-angustia%20y%20miedo.htm>; (Consulta: 13.de enero del 2009, 16:56pm).
7. GAVIÑO, María José; Título: “Migración de los ecuatorianos hacia EEUU y Europa”, Año: 04.07.2007; Capítulos III, IV y V (en línea); Página principal: <http://www.monografias.com/>, Año: 1997; Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos23/migracion-ecuatorianos/migracion-ecuatorianos.shtml> (Consulta: 26 de agosto del 2008. 15:57pm).
8. GONZALES, Valentín; Título: “*El duelo migratorio*”, Segunda Parte, (en línea), Página principal: revistaelectronicapsicologicacientifica.com, [s.a]. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-132-3-el-duelo-migratorio.html>. (Consulta: 18 de febrero del 2009, 15:50pm).
9. IZQUIERDO R., Rene; Título: “*Niveles de ansiedad en atletas de alto rendimiento*”, Año: 30/12/2002; Capítulo II (en línea). Página principal: <http://www.psicocentro.com/cgi-bin/index.asp> Año: 2009. Disponible en: http://www.psicocentro.com/cgibin/articulo_s2.asp?texto=art2c001b (Consulta: 4 de febrero del 2009).
10. LARA, Elena y etal.; Texto: Psicología de la Personalidad; Título: “*Valoración Organísmica e Incongruencia, según Carl Rogers*”, Año: 1998; (en línea), Página Principal: <http://www.apsique.com/>; Disponible en: <http://www.apsique.com/wiki/PersRogvo>. (Consulta: 2 de febrero del 2009)
11. MADOU, María José; Título: “*Trastornos de Ansiedad en la Infancia*”; Año: 2003. Página principal: <http://www.centroima.com.ar>. Disponible en: <http://www.centroima.com.ar/ansiedadninos.asp> (Consulta: 14 de mayo del 2008).

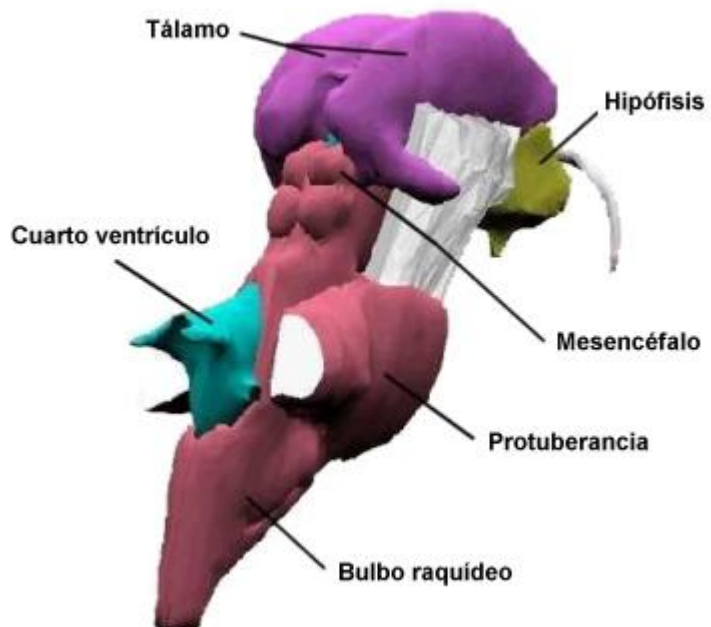
12. MALDONADO, Mario G; Título: “*El costo psicológico de la migración*”; Año: 2008; Página principal: <http://www.runajambi.net/dolor/index.htm>; Disponible en: <http://www.runajambi.net/dolor/migracion.htm> (Consulta: 17 de mayo del 2008).
13. MUÑIZ Cruz, Alexis Y.; Título: “*Migración y relaciones familiares*”; Año: 2.05.06; Página principal: <http://www.jazztelia.com/alexisaymc/blog>; Disponible en: <http://www.jazztelia.com/alexisaymc/post/2006/05/02/primer-draft>; (Consulta: 18 de junio del 2008).
14. RIVERA, John, Título: “*Tronco encefálico, Cerebelo y LCR*”, Página principal: www.monografias.com, (en línea), Disponible en: http://images.google.com.ec/imgres?imgurl=http://www.monografias.com/trabajos15/troncoencef/Image1942.jpg&imgrefurl=http://www.monografias.com/trabajos15/tronco-encef/tronco-encef.shtml&usg=__x_bMZUZemqcx9K_a8FB5fZ3HZao=&h=338&w=365&sz=15&hl=es&start=6&um=1&tbnid=EsMV0oznsvo4DM:&tbnh=112&tbnw=121&prev=/images%3Fq%3Dimagenes%2Bdel%2Btronco%2Bencefalico%26hl%3Des%26um%3D1, Año: 2009. (Consulta: 12 de junio del 2009, 18:40pm).
15. “*Tronco cerebral*” Página principal: www.p psicoactiva.com Año: 1998, Año 2009 (en línea), Disponible en: <http://www.p psicoactiva.com/atlas/tronco.htm>. (Consulta: 12 de junio del 2009, 19:00pm).
16. VISCOTT, David, Título: “*El cerebro emocional*”, Año: 2000, Página Principal: <http://www.inteligencia-emocional.org/index.htm>, Disponible en: <http://www.inteligencia-emocional.org/articulos/elcerebroemocional.htm> (Consulta: 13 de junio del 2009, 12:30pm).

ANEXOS

ANEXO #1: Sistema Límbico



ANEXO #2: Tallo Cerebral



ANEXO #3:

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

No.....

DATOS INFORMATIVOS

Fecha:

Psicólogo/a:

Nombre:

Edad:

Estado Civil:

Religión:

Lugar y fecha de nacimiento:

Residencia:

Dirección:

Teléfono:

Instrucción:

Ocupación:

Sueldo:

Informante:

Tipo de consulta:

Ambulatorio.....

Acogida.....

Hospitalizado.....

Consulta Privada.....

DEMANDA

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros	

ANTECEDENTES

DISFUNCIONALES:

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL:

HISTORIA PSICOLÓGICA FAMILIAR Y/O GENOGRAMA:

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS:

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO (FORMAL)

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD (INFORMAL)

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

ANEXO #4:

Para ver este perfil, debe
disponer de QuickTime™ y de
un decodificador.

Para ver esta película, debe
disponer de QuickTime™ y de
un decodificador.

