



Facultad de Medicina
Departamento de Posgrado
Especialidad en Medicina Familiar

“DETERMINACIÓN DE LA MIGRACIÓN, SALUD MENTAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES, SANTA ISABEL, AZUAY 2011”

Trabajo de Investigación previo a la obtención del título de Especialista en
Medicina Familiar.

AUTORES:

Dra. Jannett Redrován Criollo.

DIRECTOR:

Dr. José Sola Villena.

Mayo – 2011.

Cuenca – Ecuador

RESUMEN.

Objetivos: Determinar los trastornos en la salud mental de niños y adolescentes con al menos 1 de sus padres migrantes y valorar la funcionalidad de la familia en relación a trastornos mentales de los niños y adolescentes del Cantón Santa Isabel durante el periodo Enero-marzo 2011.

Metodología: Estudio transversal en 278 niños y adolescentes entre 6 y 16 años en el Cantón Santa Isabel, en la provincia del Azuay (2011), se realizó por muestreo aleatorio sistémico. Para el diagnóstico de salud mental se utilizó el test SDQ en los niños o adolescentes y en sus padres o representantes. La razón de prevalencia (RP) con IC 95% y Chi-cuadrado se usaron para buscar asociación entre migración y patología mental.

Resultados: Respecto a la presencia de trastornos emocionales advertimos una alta prevalencia en los dos grupos de edad cuando hay migración, (>40%) mientras que los problemas de conducta y problemas con compañeros las prevalencias más altas se dieron en el grupo de 6 a 10 años condicionados a la migración (60%), en lo referente a hiperactividad y conducta prosocial no se marcaron diferencias cuando hay migración.

Predomino como familiar migrante el padre con un porcentaje del 52%, el tiempo de migración de los padres fue mayor de dos años y medio en un 77,5%.

Conclusiones: En la escala emocional se evidenció que la migración es factor de riesgo pues el tener al menos 1 de sus padres en el exterior aumenta en 2.34 y 2.97 veces el riesgo de problemas emocionales en niños de 6 a 10 años y de 11 a 16 años respectivamente.

En la escala de problemas de conducta el riesgo de presentar trastornos de conducta al poseer migración familiar es para el grupo de 6 a 10 años de edad 2.97 veces mayor que él los individuos que no poseen migración, y de 2.35 veces mayor en el grupo de 11 a 16 años de edad. En ambos casos $p < 0.05$.

En la escala de problemas con compañeros se evidenció un riesgo al poseer un padre o ambos en el extranjero, sin embargo el riesgo es de 3.13 veces mayor en los niños de 6 a 10 años, en los de 11 a 16 años las variables no se asocian ni existe significancia estadística.

En cuanto a la Disfuncionalidad familiar en ningún caso se comporta como factor de riesgo para algún trastorno en la salud mental de los niños y adolescentes del cantón Santa Isabel.

ABSTRACT.

Objectives: To identify mental health disorders in children and adolescents with at least one of their migrant parents and assess the functionality of the family in relation to mental disorders in children and adolescents in the Canton Santa Isabel in the period January to March 2011.

Methodology: Cross-sectional study in 278 children and adolescents between 6 and 16 years on Santa Isabel in the province of Azuay (2011), was performed by systematic random sampling. For the diagnosis of mental health SDQ test was used in children or adolescents and their parents or guardians. The prevalence ratio (PR) with 95% and Chi-square test was used to find association between migration and mental disease.

Results: Regarding the presence of emotional disorders perceived a high prevalence in both age groups when there is migration (> 40%) while behavior problems and problems with co-prevalence rates were highest in the group of 6 to 10 years conditional on migration (60%), in terms of hyperactivity and prosocial behavior were not marked differences when there is migration.

Predominates as the parent immigrant family with a rate of 52%, the migration time of the parents was more than two years in 77.5%.

Conclusions: The emotional scale was evident that migration is a risk factor for having at least 1 of their parent's abroad increases 2.34 and 2.97 times the risk of emotional problems in children 6 to 10 years and 11 to 16 years respectively.

On a scale of behavior problems the risk of conduct disorder to have family migration is for the group of 6 to 10 years of age 2.97 times greater than individuals who do not have migration, and 2.35 times higher in the group 11 to 16 years old. In both cases $p < 0.05$.

On the scale of problems with peers showed a risk to have a father or both parents abroad, but the risk is of 3.13 times higher in children aged 6 to 10 years in those aged 11 to 16 variables are not there is no statistical significance associated.

On the dysfunctional family in any way acts as a risk factor for mental health disorder in children and adolescents in the canton Santa Isabel.

RESPONSABILIDAD.

El presente trabajo de Investigación es exclusiva responsabilidad de la autora del mismo.

AGRADECIMIENTO.

A todas las personas involucradas en
este proyecto de investigación, que han
posible la culminación de la misma.

A la Dirección del Área de Salud N° 7
Santa Isabel.

DEDICATORIA.

A todas las personas que me apoyaron
a lo largo de este Posgrado.

INDICE DE CONTENIDOS.

CONTENIDO	PAG.
Portada	1
Resumen	2
Abstract	4
Responsabilidad	5
Agradecimiento	6
Dedicatoria	7
Introducción	10
Planteamiento del Problema	11
Justificación	11
Marco Teórico	12
Hipótesis y Objetivos	22
Metodología	22
Resultados Descriptivos	28
Discusión	47
Conclusiones	52
Bibliografía	48
Anexos	54

I.- INTRODUCCIÓN.

La migración de cantidades cada vez mayores de personas hacia los países de mayores ingresos ha ido en aumento en la última década. A partir de la crisis económica experimentada por el Ecuador a finales de la década de los noventa, los flujos migratorios desde el país hacia el exterior se incrementaron significativamente. (Albornoz, 2007,pp 1). Según el Instituto de Estadística y Censos a principios de los años 90 el flujo promedio anual de ecuatorianos hacia el exterior era de 26651 personas, a finales de esta década la cifra se quintuplico, siendo España y Estados Unidos de Norteamérica los países que mayor flujo presentan. Según Dupret 1 de cada 10 ecuatorianos se encuentra viviendo en el extranjero (Dupret 2007).

“La migración es un rasgo típico de la humanidad, las escasas asignaciones para salud, desempleo, inflación y corrupción han generado en la migración una forma de satisfacer sus necesidades de vivienda, alimentación y salud. Aunque los beneficios económicos que las remesas generan impactan positivamente, la desestructuración familiar y la ruptura del vínculo familiar repercuten significativamente sobre el bienestar general de los hijos de los migrantes” (Ron 2010).

La migración genera graves consecuencias tanto en la familia en su conjunto como a nivel de cada integrante de esta, dentro de este contexto es innegable pensar que la salud mental de los niños y adolescentes de padres migrantes se ve afectada en algún grado, además la familia en su funcionalidad también se ve golpeada por este fenómeno. Los hijos de padre migrantes en su gran mayoría pasan a depender de una nueva estructura familiar representada por los abuelos o tíos. El análisis de la salud mental de este grupo vulnerable y la valoración la funcionalidad familiar es tema de interés.

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La migración es un fenómeno económico, social y sobre todo humano que está afectando a grupos muy importantes de nuestra población, sin que se perciba una perspectiva de superación del problema. (Pinos, 2003).

Cada vez es mayor el número de familias que pierden su estructura como núcleo de formación y la desestructuración de esta genera nuevos problemas y retos a todos sus integrantes. Es así como se ha relacionado los trastornos en la salud mental y la disfuncionalidad familiar con este fenómeno.

Por lo tanto es necesario establecer de manera clara el diagnóstico de la funcionalidad familiar así como buscar la relación que pudiere existir entre el fenómeno de la migración y alteraciones en la salud mental de los hijos de padres migrantes y en el funcionamiento familiar.

Según Dupret, el periodo de tiempo en el que los niños y adolescentes sufren las consecuencias de este fenómeno es mandatorio en el desarrollo de la autoestima, confianza y otros valores de un futuro adulto, es decir el daño podría ser irreversible. (Dupret 2007).

III.- JUSTIFICACIÓN.

El cantón Santa Isabel en la provincia del Azuay según los datos levantados en el Censo de Población y Vivienda del INEC 2001, cuenta con una población de 18015 habitantes de los cuales 8680 son hombres que equivale al 48.18% y 9335 son mujeres, es decir, 51.815 del total. Además se revela que la mayoría de personas que residen en este cantón son menores de 19 años.

La migración de este cantón supera el 9% siendo una de las más altas prevalencias de los cantones del Azuay.

El estudio permitió determinar las características de las familias de los migrantes manifestadas por la presencia o no de trastornos mentales, además determinó la salud mental de los niños y adolescentes hijos de padres migrantes.

Los resultados obtenidos serán difundidos a través de instituciones participantes, se publicaran los resultados en documentos de contenido científico y además de prensa local.

Es evidente y fácil de identificar los beneficiarios del estudio siendo los primeros los niños y adolescentes hijos de padres migrantes, sus familias, el personal de salud que dispondrá de datos actualizados sobre la problemática.

IV.- MARCO TEORICO.

La migración es un acontecimiento tan antiguo como la propia historia. El hombre empezó a migrar desde el primer momento en que sintió la necesidad de buscar más y mejores oportunidades de vida, es un hecho tan común en el ser humano, que se puede decir que es parte de su naturaleza. Sin embargo, no podemos pasar por alto que la migración es generada principalmente por problema sociales, políticos, económicos, personales, culturales, entre muchos más, con los que se enfrenta el hombre día a día. (García, 2002)

Por migración entendemos los desplazamientos de personas que tienen como intención un cambio de residencia desde un lugar de origen otro de destino, atravesando algún límite geográfico que generalmente es una división político-administrativa. (Kearny, 2002).

Un migrante es aquella persona que decide salir de su lugar de origen para trasladarse a otro ya sea una comunidad, estado, o país por un intervalo de tiempo considerado. “Todo traslado es una emigración con respecto a la zona de origen y una inmigración con respecto a la zona de destino”. Es decir, el migrante es al mismo tiempo inmigrante y emigrante. La zona de origen, también conocida como zona de salida es el lugar natal de donde proviene el migrante, de aquí se traslada hacia la zona de destino o de entrada, la cual se convierte en su residencia actual temporal o permanentemente.(Sandoval, 1993)

En cuanto a los tipos de migración tenemos:

La migración interna.- esta responde a movimientos dados dentro del mismo país de origen del migrante, es decir, el cambio de residencia se da de un Estado o

región a otro. Esta puede ser rural-rural, rural-urbana, urbana-rural y urbana-urbana. (Gordon, 1981).

La migración internacional se da el cruce de límites fronterizos, estas líneas en algunos casos son traspasadas ilegalmente, provocado por la falta de oportunidades dentro del país de origen y por las desigualdades económicas y comerciales que existen entre los países del orbe mundial. (Roccatti, 1999).

“Las migraciones han brindado tanto a los países de origen como a los de destino singulares ventajas económicas por su contribución al aumento de la producción y del consumo. El aporte de la migración incrementa el ingreso global y su impacto puede ser un medio, tan importante como la apertura en el comercio internacional, para impulsar el desarrollo. La ponderación de las ventajas de los procesos migratorios y su adecuada regulación, junto con la implementación de políticas económicas y sociales de apoyo al desarrollo es un reto importante para hacer del flujo de las remesas y de la mano de obra entre países un importante multiplicador del ingreso y del desarrollo social de las naciones”. (Cagigal).

A partir de la crisis económica experimentada por el Ecuador a finales de la década de los noventa, los flujos migratorios desde el país hacia el exterior se incrementaron significativamente. De hecho, el proceso migratorio presenta, en la actualidad, incidencias no sólo en aspectos sociales y demográficos, sino también en lo económico, e incluso en lo político.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), a principios de los años noventa el flujo promedio anual de ecuatorianos hacia el exterior era de 29,651 personas. A finales de la década, esta cifra se incrementó a 116,806. En lo referente al destino de los emigrantes ecuatorianos, en este último período España desplazó a Estados Unidos como el principal país receptor de ecuatorianos, mientras que Italia pasó a ocupar el tercer puesto. Cabe mencionar que antes de esta última ola, el país había experimentado un proceso migratorio considerable que se inició en la década de 1950 y se extendió hasta mediados de los años sesenta, durante el cual Estados Unidos se posesionó como el principal país receptor de emigrantes ecuatorianos. Además de estos dos procesos, conviene mencionar un tercero que se dio en la década de los setenta, cuando

Venezuela, gracias al auge económico que experimentó como consecuencia del boom petrolero, se convirtió en un destino atractivo para muchos ecuatorianos.

Se calcula que en el año 2005, el número de ecuatorianos residentes en el exterior estaba entre un 1'000,000 y 1'300,000 personas (Arteta y Oleas, 2006).

La migración es un fenómeno muy marcado en la provincia del Azuay, de acuerdo a la información obtenida en los planes de desarrollo locales parroquiales este fenómeno se evidencia por la crisis económica que vive nuestro país y la falta de fuentes de empleo, además de la falta de apoyo de parte de las autoridades regionales y nacionales en lo que se refiere a la agricultura y ganadería. En lo que respecta a los destinos de la migración de la población del cantón Santa Isabel en un inicio era interna prefiriendo la costa y otras ciudades del país como Cuenca (parroquia Baños) y Quito, pero en la actualidad los principales destinos son los Estados Unidos, España y otros países de Europa

Este fenómeno social es un tema que compromete la salud mental de los habitantes del país, trayendo consecuencias graves para la sociedad y la familia ecuatoriana que ha entrado en crisis por su desestructuración.

4.1.- Beneficios de la Migración.

La migración constituye movimientos de las personas en la búsqueda de mejores condiciones en su vida y en la de sus familias. Casi en todos los casos, estos flujos se originan por condiciones de pobreza o de persecución y hasta cierto punto constituyen una huida riesgosa desde lo indeseado hacia lo desconocido, que se espera pueda ser mejor.

Los beneficios de las emigraciones son bilaterales se benefician tanto el país de origen del migrante como el de destino, estos beneficios que en su mayoría son económicos y de mano de obra son los principales seductores para que se realice esta actividad.

Los migrantes aumentan la oferta de mano de obra y el producto interno de los países receptores, generando un mayor consumo y mayores utilidades a los propietarios del capital, aunque ello incluye el costo de una mayor desigualdad interna. (Borjas, 2003).

La que es compensada con las remesas hacia el país de origen que contribuyen en algo a mejorar la distribución e la riqueza a nivel internacional.

En trabajos como en el de Paredes del 2004 y Paiewonski 2007 se han mostrado que los beneficios económicos de la migración impactan positivamente las condiciones materiales de los hijos que quedan en el país de origen, reducen el nivel de desnutrición, mayor acceso a la educación, mejores viviendas, (Paiewonski 2007) pero en el concepto de salud, el bienestar debe ser físico pero también mental.

4.2.- Desventajas de la Migración.

Las desventajas de la migración son innumerables, nos enfocamos específicamente el impacto para la familia, recibe remesas pero se destruye el núcleo familiar, los hijos quedan al cuidado de otros familiares que poseen responsabilidades variadas y ante la situación cumplen el papel de padres.

La migración masiva ha tenido como resultado directo un deterioro de la trama social; en particular sobre los niños y adolescentes que han quedado privados de sus referentes familiares. (Dupret, 2007).

La migración masiva de esta década ha acentuado bruscas rupturas de los vínculos parentales-padres y sobre todo madres que dejan el país a niños de pocos años e incluso meses, con el fin aducido de buscarles una vida mejor. Lo que se puede observar es que en unos casos, luego de un tiempo de separación, se recrea una familia en el país de migración, a veces estructurada legalmente a partir del proceso de reagrupación familiar y con identificaciones más claras que antes. Sin embargo en muchos otros casos, probablemente la mayoría, forma nuevos compromisos tanto en el país de acogida como en el de origen, y la familia queda como un ente disperso.

4.3.- Migración Salud mental de niños y adolescentes.

“La Organización Mundial de la Salud ha definido que la salud mental no es solamente la ausencia de una enfermedad mental detectable sino un estado de bienestar en el cual el individuo realiza sus propias habilidades, puede trabajar

productiva y satisfactoriamente y es capaz de poder contribuir a la comunidad” (Vilar, 2007).

En el mismo trabajo, Vilar proporciona una definición propuesta por Doyal: “Aunque la última expresión de la enfermedad mental se halla en la subjetividad individual, el sufrimiento psíquico se inscribe en un sujeto construido socialmente y cuya historia está determinada por los recursos necesarios para la consecución de tales proyectos, esto no se logra sin una plena participación del sujeto en la sociedad” (Doyal, citado por Vilar).

Podríamos resumir a cuatro los principales problemas que acechan a la infancia y la adolescencia y que han aumentado de manera llamativa como consecuencia de la última ola de migración:

- a.- la dificultad de esos niños para establecer relaciones parentales estructurantes;
- b.- su desprotección y la multiplicación de las violencias contra muchos de ellos, como el maltrato y el abuso sexual;
- c.- la anomia en el manejo del dinero de las remesas (que fomenta el consumo de drogas)
- d.- el aumento de la delincuencia juvenil - e incluso infantil.

La salud mental de los niños y adolescentes se ve afectada por la migración: Un estudio descriptivo realizado en el Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil – Ecuador, en 201 Historias Clínicas de hijos de padres emigrantes entre 11 a 18 años de edad, el 50,8% de los pacientes de sexo masculino y el 49,2% el sexo femenino, encontró que en el 30,3% del total de la muestra, (61 pacientes) presentaron algún tipo de patología psiquiátrica; el trastorno de la conducta oposicionista desafiante presente en el 16,39% de los casos, trastornos emocionales relacionados con depresión en el 39,3% de los casos, trastornos psicossomáticos diversos 14,75% de los casos (Saad 2003).

Ron 2010 cita la encuesta llamada “Mi opinión si cuenta” realizada por la Defensa de los niños internacional (DNI) en 918 niños en el Ecuador, provenientes de 11 provincias, como resultados el 55% afirmó que se sienten tristes y el 56% estuvieron en desacuerdo que sus padres abandonen el país. (Ron, 2010).

Los estudios se han centrado en dos principales patologías: ansiedad y depresión.

En el año 2004 en México en una población de 310 adolescentes mostró que la media grupal de sintomatología depresiva fue 19,3% sin encontrar una diferencia significativa entre hijos de padres migrantes y no migrantes (Aguilera 2004).

Otro estudio realizado en 80 familias en México en la comunidad de Chicahuaxtla, Oaxaca, El Arador y Texmelucan mostró que en promedio los hijos de los migrantes tienen depresión en un 63%, ansiedad en un 15%, problemas de conducta en 18%, y de socialización en un 3% (Aguilar 2008). Otro trabajo hecho en Ocotlán – Texas, mostró que la ausencia de los padres se relacionó con violencia y problemas de conducta con un 47% del grupo de estudio.

En México en el año de 2004 en un trabajo realizado en 50 familias el 55% de los familiares de los migrantes mostraron ansiedad, depresión en un 42%, violencia 50% y delincuencia en el 4% de esta población (Vargas 2004). En China en una escuela secundaria los hijos de emigrantes mostraron que 16,6% se sienten abandonados, 12,3% afirmaron que no tienen problemas para conseguir ayuda, el 6,5% presentan ansiedad (Yeho 2006). Ninguno de estos estudios incluyó un grupo para establecer la prevalencia de patología mental en los menores que no son hijos de migrantes.

4.4.- Funcionalidad Familiar.

Un funcionamiento familiar saludable es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados, entre los cuales podemos citar los siguientes:

- La satisfacción de las necesidades afectivo-emocionales y materiales de sus miembros.
- La transmisión de valores éticos y culturales.
- La promoción y facilitación del proceso de socialización de sus miembros.
- El establecimiento y mantenimiento de un equilibrio que sirva para enfrentar las tensiones que se producen en el curso del ciclo vital.
- El establecimiento de patrones para las relaciones interpersonales (la educación para la convivencia social).
- La creación de condiciones propicias para el desarrollo de la identidad personal y la adquisición de la identidad sexual. (Zaldívar, pp 2)

La migración reestructura de manera significativa las relaciones familiares; ocasiona cambios de roles (Mummert, 2003), implica la presencia de problemas académicos o de conducta en los pequeños que se quedan al cuidado de abuelos cuando los padres emigran, o que se presente dificultades y tensiones en las relaciones de pareja, cuestiones que incluso la reunificación familiar no resolverá por si sola (Fresneda, 2001).

Pinos, 2003 en un estudio realizado en la Ciudad de Cuenca, Azuay a estudiantes de colegios fiscales y fisco misionales encontró que: la disfunción familiar afecta aproximadamente a una cuarta parte de las familias de ambos grupos, sin que la migración haya provocado una diferencia significativa en cuanto a este aspecto. Al parecer la familia del migrante progresivamente va logrando un nuevo equilibrio en los diferentes aspectos, lo que hace que al poco tiempo disminuya el efecto nocivo provocado por la ausencia de uno o ambos progenitores. Además según nuestros resultados no importan cuál de ellos se ausenta, el efecto es más o menos similar, (Pinos 2003).

En este contexto, las familias al reorganizarse establecen familias monoparentales, extensas o ampliadas. Un estudio hecho en la ciudad de Loja en el año 2000, determinó que cerca de 20000 padres de familia que emigraron, el 41,7% de los menores quedó a cargo de sus abuelos, el 30,6% bajo la tutela de la madre, el 8% solo del padre y el resto 19% con otros parientes como tíos, hermanos o personas sin relación familiar. (Saad 2004).

Todo lo anteriormente mencionado nos revela que los estudios disponibles presentan variaciones, probablemente por las poblaciones demográficamente diferentes, sin embargo queda claro que la familia se ve afectada en alguna medida y en cualquiera de sus dimensiones por el fenómeno de la migración.

4.-5 Valoración de la Funcionalidad Familiar.

El FF-SIL, un instrumento construido por un grupo de Master en Psicología de la Salud en Cuba, se refiere a un test de funcionamiento familiar que mide el grado de funcionalidad basado en 7 variables: Cohesión, Armonía, Comunicación, Afectividad, Roles, Adaptabilidad, y Permeabilidad. (Vargas 2009).

Cohesión.- Unión familiar física y emocional al enfrentar diferentes situaciones y en la toma de decisiones de las tareas cotidianas.

Armonía.- Correspondencia entre los intereses y necesidades individuales con los de la familia en un equilibrio emocional positivo.

Comunicación.- Los miembros de la familia son capaces de transmitir sus experiencias de forma clara y directa.

Afectividad.- Capacidad de los miembros de la familia de vivenciar y demostrar sentimientos y emociones positivas unos a los otros.

Roles.- Cada miembro de la familia cumple las responsabilidades y funciones negociadas por el núcleo familiar.

Adaptabilidad.- Habilidad de la familia para cambiar de estructura de poder, relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Permeabilidad.- Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones.

Sirve para identificar y profundizar en los aspectos que tiene mayor incidencia en el inadecuado funcionamiento familiar como son:

- Comunicación Familiar.
- Distribución de Roles.
- Solución de problemas.
- El afecto familiar.

4.6.- Valoración de la Salud mental, el SDQ (Cuestionario de Capacidades y Dificultades)

Diseñado por Robert Goodman en el Instituto de Psiquiatría de Londres y validado en varias ocasiones, el SDQ ha sido confirmado como un excelente recurso para realizar el cribado de trastornos de Salud Mental en la Población Infantil, es aplicable en un grupo poblacional entre 4 a 16 años y se divide en 5 escalas de 5 ítems cada una de ellas, dichas escalas hacen referencia a síntomas emocionales,

problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta positiva de socialización. (Rodríguez 2006).

Ron en su tesis de especialidad cita sobre el SDQ:

Existe una escala de valoración global, las escalas se puntúan entre 0 a 10 y la puntuación final entre 0 a 40, con puntuaciones como normal, limite y anormal de acuerdo a la escala; estos valores varían de acuerdo si el test es aplicado a los padres o si es auto aplicado.

La validación original del SDQ se ha utilizado como método de screening en amplias muestras poblacionales, demostrando eficacia, y sobre todo propiedades psicométricas adecuadas (Rodríguez 2006, Rothenberg 2008, Mathai 2008, Goodman A. 2009).

Varios estudios realizados encontraron el uso de este test como una medida genuinamente dimensional del estado de salud mental de niños entre a 16 años, de buen uso clínico, epidemiológico y como screening preliminar para la investigación de posibles trastornos psiquiátricos en la niñez. (Goodman A. 2008).

(Goodman R. 2008; Shojaei 2008; Ramos 2005), estableciendo al SDQ test como el instrumento más útil para investigación sobre la salud mental así como de sus atributos positivos que permiten la comparación entre diferentes poblaciones siendo esta valoración sensible a los cambios. (Vostains 2006).

Un estudio realizado en el 2004 en Australia, que compara el diagnostico generado entre este test y el diagnostico hecho clínicamente concluye que el nivel de acuerdo entre el SDQ y el diagnostico generado clínicamente fue alto con un rango desde 0.39 a 0.56 y la correlación entre estos fue en el rango de 0.26 a 0.43 (Mathai 2004, Mathai 2008, Hades 2004).

El SDQ es un instrumento validado en la actualidad en Australia, Reino Unido, en muchos países de Europa y Estados Unidos (Mathai 2008) algunos autores recomiendan el uso rutinario de este test en la atención pediátrica ya que la especificidad de este test en el diagnostico psiquiátrico es de 94,6% y sensibilidad sobre el 70% de los individuos con hiperactividad, depresión, problemas de conducta entre otros (Goodman 2000) lo cual es comparable a través de

entrevistas clínicas que en promedio logra una sensibilidad del 73% (Mathai 2004).

V. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1 HIPÓTESIS

La prevalencia de trastornos en la salud mental de los niños y adolescentes en estudio es mayor en los que presentan migración de al menos 1 de sus padres en comparación con los que no presentan migración, además la funcionalidad familiar puede verse vinculada a presencia de trastornos mentales.

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 Objetivo general

Determinar los trastornos en la salud mental de niños y adolescentes con al menos 1 de sus padres migrantes y valorar la funcionalidad de la familia en relación a trastornos mentales durante el periodo Enero-marzo 2011.

5.2.2 Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia de trastornos emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y trastornos de la conducta prosocial en los hijos de migrantes en comparación con niños que no presentan migración.
2. Establecer relaciones probables entre trastornos en la salud mental de los niños y adolescentes y funcionalidad familiar.

VI. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de estudio

El presente trabajo se trata de un estudio de corte transversal, de prevalencia que nos permitirá cumplir con los objetivos planteados.

6.2 Muestra

Se tomó como muestra del estudio a todos los pacientes dentro del rango de edad establecido que acudieron al Hospital José Félix Valdivieso al servicio de consulta externa durante el periodo de estudio.

6.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
SEXO	Género correspondiente con el que se nace	Fenotipo	Masculino Femenino
EDAD	Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Cálculo por fecha de nacimiento en cedula o registro en historia clínica.	6-10 años 11-16 años
PROCEDENCIA	Sitio donde vive el investigado	De acuerdo al último censo lo definido como urbano o rural.	Urbano Rural
TIEMPO DE MIGRACIÓN DE LOS PADRES	Número de meses años y días desde que uno de los padres migro.	Cálculo en tiempo a partir del día que emigro el primer familiar	Menos de 2 años 6 meses Más de 2 años 6 meses
FAMILIARES MIGRANTES	Se refiere a cuál de los padres emigró o en su defecto ambos	Migración por parte del padre, la madre o ambos	Solo el padre Solo la madre El padre y la madre.
Problemas emocionales	Cuadros clínicos que pueden alterara expresiones comportamentales del desenvolvimiento personal, familiar, laboral o social.	Preguntas cuestionario SDQ 3,8,13,16,24	Puntaje SDQ Anormal 5 a 10 Límite 4 Normal 0 a 3
PROBLEMAS DE CONDUCTA	Los comportamientos que distorsionan el curso habitual de la	Preguntas cuestionario SDQ 5,7,12,18,22	Puntaje SDQ Anormal 5 a 10 Límite 4

	clase, la familia.		Normal 0 a 3
PROBLEMAS DE HIPERACTIVIDAD	Actividad excesiva en el niño, desorganizada, presente en todos los contextos.	Preguntas cuestionario SDQ 2,10,15,21,25	Puntaje SDQ Anormal 8 a 10 Límite 6 a 7 Normal 0 a 2
PROBLEMAS DE RELACIÓN CON COMPAÑEROS	Alteración de la relación para mantener una conducta apropiada con sus semejantes	Preguntas cuestionario SDQ 6,11,14,19,23	Puntaje SDQ Anormal 4 a 10 Límite 3 Normal 0 a 2
CONDUCTA PROSOCIAL .	Es la conducta en beneficio de otras personas; maneras de responder a éstas con simpatía, condolencia, cooperación, ayuda, entre otras	Preguntas Cuestionario SDQ 1,4,9,17,20	Puntaje SDQ Anormal 0 a 4 Límite 5 Normal 6 a 10
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	La forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros, y la interacción entre ellos, sobre la base del respeto, la autonomía y el espacio del otro.	Puntaje obtenido en el test FF-SIL	De 70 a 57 puntos Familia funcional De 56 a 43 puntos Familia moderadamente funcional
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	Todos aquellos estilos de relación y	Puntaje obtenido en el test FF-SIL	De 42 a 28 puntos Familia

	funcionamiento familiar que pueden llegar a causar en alguno o todos los miembros algún tipo de síntoma o malestar psicológico asociado al modo en que el grupo o sistema familiar interactúa. Es decir, por diversas causas uno o varios de sus miembros puede llegar a presentar dificultades de diversa índole y que pueden extenderse a otras áreas de sus vidas (escolar, laboral, social, etc.).		disfuncional De 27 a 14 puntos Familia severamente disfuncional
--	---	--	--

6.4 Criterios de inclusión

- Hijos de padres migrantes que presenten edades comprendidas entre los 6 a 16 años.
- Individuos que acepten participar en el estudio.
- Hijos de padres no migrantes comprendidos dentro del rango de edad.
- Participantes que acudan al servicio de consulta externa del HJFV durante el periodo de estudio.

6.5 Criterios de exclusión

- Hijos de padres migrantes e hijos de padres no migrantes que no cumplan con el rango de edad.
- Participantes que no acepten el consentimiento informado.

6.6 Procedimientos de recolección de la información e instrumentos a utilizar

6.6.1 Formulario de recolección de datos demográficos: Este formulario fue utilizado para la recolección de datos demográficos de la población en estudio.

6.6.2 Cuestionario SDQ: Se utilizó este test para el screening de trastornos mentales en la población en estudio. Este test fue validado en muchos lugares y es muy confiable pues alfa de Cronbach de 0.82 siendo este cuestionario fiable y homogéneo (Rothenberger 2008). A los niños menores de 10 años se les aplicó el test para padres y a los niños mayores de 10 años el test auto aplicado.

6.6.3 Cuestionario FF-SIL: Se utilizó este cuestionario para la valoración de la funcionalidad familiar.

6.7 Métodos para el control de la calidad de los datos

La aplicación del formulario de datos demográficos así como la aplicación de los test y cuestionarios utilizados en el estudio fue dentro de una entrevista estructurada con los implicados en la investigación, toda duda o pregunta sobre cualquier aspecto del estudio fue resuelta por la autora del estudio la misma que fue responsable de todo este proceso.

6.8 Normas éticas

El presente estudio fue aprobado por el comité de bioética del HJFV quienes dieron su aprobación.

Para garantizar el derecho de los implicados se elaboró el respectivo consentimiento informado para los padres o representantes de los menores.

6.9 Plan de análisis y tabulación

Se utilizó para la tabulación de los datos una base de datos pre codificada en el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows, además en este programa se utilizó las opciones de estadística descriptiva e inferencial que según el tipo de variable colaboró en la obtención de estadígrafos de contraste y significancia estadística (chi cuadrado, p, RR). Para complementar la información se realizaron gráficos que son presentados en la sección anexos. Como complementarios se utilizaron los programas estadísticos Epidata y EpiInfo.

Para el análisis inferencial se utilizó la clásica disposición de variables:

FACTOR DE RIESGO	TRASTORNO MENTAL		
	PRESENTE	AUSENTE	Total
PRESENTE	a	B	a+b
AUSENTE	c	D	c+d
Total	a+b	b+d	a+b+c+d

A partir de esta disposición de los datos se obtuvieron los estadígrafos mencionados.

VII. RESULTADOS

Luego de la recolección de la información su posterior revisión y corrección de la misma, se elaboró la base en el paquete estadístico SPSS 15 para Windows, y se derivan las siguientes tablas de resultados:

7.1 RESULTADOS DESCRIPTIVOS

7.1.1 EDAD

Tabla 1. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según edad. Cuenca-2011

		Frecuencia	Porcentaje
AÑOS	6	17	6,1
	7	28	10,1
	8	30	10,8
	9	27	9,7
	10	27	9,7
	11	29	10,4
	12	27	9,7
	13	19	6,8
	14	40	14,4
	15	17	6,1
	16	17	6,1
	Total	278	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Dra. Jannett Redrován

La tabla 1 nos indica la distribución de los sujetos considerados dentro del estudio según edad, la de mayor frecuencia fue la 14 años con un 14.4% (n=40), seguida de 8 años con un 10.8% (n=30), 11 años con un 10.4% (n=29), 7 años con el 10.1% (n=28), con un 9.7% cada una se encuentran las siguientes edades: 9 años (n=27), 10 años (n=27) y 12 años (n=27), con un 6.8% (n=19) se encuentran 13 años, 6 años presentó el 6.1% (n=17) de la población en estudio, al igual que 15 años (n=17) y 16 años (n=17).

Para motivos análisis de datos se agrupo la edad en 6 a 10 años el 46.4% (n=129) y de 11 a 16 años el 53.6% (n=149).

La media de edad fue de 10.89 años con un DS de 2.96 años, la mediana fue de 11 años y la moda de 14 años.

7.1.2 SEXO

Tabla 2. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según sexo. Cuenca-2011.

		Frecuencia	Porcentaje
SEXO	Masculino	114	41,0
	Femenino	164	59,0
	Total	278	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Dra. Jannett Redrován

El sexo mas prevalente fue el Femenino con un 59% (n=164), y el masculino con un 41% (n=114)

7.1.3 RESIDENCIA

Tabla 3. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según residencia. Cuenca-2011.

		Frecuencia	Porcentaje
RESIDENCIA	Rural	137	49,3
	Urbano	141	50,7
	Total	278	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Dra. Jannett Redrován

El 50.7% (n=141) de sujetos en estudio residen en el área urbana mientras que el 49.3% (n=137) reside en área rural.

7.1.4 MIGRACIÓN

Tabla 4. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según migración. Cuenca-2011.

		Frecuencia	Porcentaje
MIGRACIÓN	NO	176	63,3
	SI	102	36,7
	Total	278	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Dra. Jannett Redrován

El 63.3% (n= 176) de los sujetos en estudio no presentó migración de ninguno de sus padres, mientras que el 36.75 (n=102) presenta migración de uno o ambos padres.

7.1.5 PADRE QUE MIGRÓ

Tabla 5. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según padre que migró. Cuenca-2011.

		Frecuencia	Porcentaje
FAMILIAR MIGRANTE	Padre	53	52,0
	Madre	20	19,6
	Padre y Madre	29	28,4
	Total	102	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Dra. Jannett Redrován

La tabla 5 muestra la distribución de sujetos en estudio donde se puede observar que del total de sujetos que presentaron migración de algún familiar 102, el 52% (n=53) ha migrado el padre, en el 28.4% (n=29) de los casos ha migrado el padre y la madre y en el 19.6% (n=20) ha migrado únicamente la madre.

7.1.6 TIEMPO DE MIGRACIÓN

Tabla 6. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según Tiempo de migración. Cuenca-2011.

		Frecuencia	Porcentaje
TIEMPO DE MIGRACIÓN	Menor o igual a 2 años y medio	23	22,5
	Más de 2 años y medio	79	77,5
	Total	102	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Dra. Jannett Redrován

La tabla 6 nos indica que el 77.5% (n=79) de los padres ha migrado hace un tiempo superior a los 2 años y medio, mientras que el 22.5% (n=23) lo ha hecho hace un periodo de tiempo menor o igual a los 2 años y medio.

7.1.7 FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Tabla 7. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según funcionalidad familiar. Cuenca-2011.

	Frecuencia	Porcentaje
FUNCIONALIDAD FAMILIAR		
FAMILIA FUNCIONAL	182	65,5
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	69	24,8
FAMILIA DISFUNCIONAL	27	9,7
Total	278	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Dra. Jannett Redrován

La tabla 7 nos indica que en el total de familias a las que se les aplicó el cuestionario FF-SIL el 65.5% (n=182) presentaron familias funcionales, el 24.8% (n=69) presentaron familias moderadamente funcionales y el 9.7% (n=27) presentó familias disfuncionales.

7.1.8 RESULTADOS DE LOS APARTADOS DEL SDQ Y MIGRACIÓN

Tabla 8. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según resultados del SDQ y migración. Cuenca-2011.

TRASTORNO MENTAL	ANORMAL	LIMITE	NORMAL	TOTAL
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
6-10 AÑOS *				n=129
MIGRACION PRESENTE	17 (56.7%)	5 (16.7%)	8 (26.7%)	30 (100%)
MIGRACION AUSENTE	24 (24.2%)	17 (17.2%)	58 (58.6%)	99 (100%)
11-16 AÑOS				n=149
MIGRACION PRESENTE	32 (44.4%)	9 (12.5%)	31 (43.1%)	72 (100%)
MIGRACION AUSENTE	18 (23.4)	8 (10.4%)	51 (66.2%)	77 (100%)

PROBLEMAS DE CONDUCTA**6-10 AÑOS ***

MIGRACION PRESENTE	18 (60%)	2 (6.7%)	10 (33.3)	30 (100%)
MIGRACION AUSENTE	20 (20.2%)	21 (21.2%)	58 (58.6%)	99 (100%)

11-16 AÑOS

MIGRACION PRESENTE	22 (30.6%)	12 (16.7%)	38 (52.8%)	72 (100%)
MIGRACION AUSENTE	10 (13%)	19 (24.7%)	48 (62.3%)	77 (100%)

HIPERACTIVIDAD**6-10 AÑOS***

MIGRACION PRESENTE	6 (20%)	1 (3.3%)	23 (76.7%)	30 (100%)
MIGRACION AUSENTE	9 (9.1%)	13 (13.1%)	77 (77.8%)	99 (100%)

11-16 AÑOS

MIGRACION PRESENTE	8 (11.1%)	8 (11.1%)	56 (77.8%)	72 (100%)
MIGRACION AUSENTE	6 (7.8%)	9 (11.7%)	62 (80.5%)	77 (100%)

PROBLEMAS CON COMPAÑEROS**6-10 AÑOS ***

MIGRACION PRESENTE	18 (60%)	2 (6.7%)	10 (33.3%)	30 (100%)
MIGRACION AUSENTE	19 (19.2%)	19 (19.2%)	61 (61.6%)	99 (100%)

11-16 AÑOS

MIGRACION PRESENTE	9 (12.5%)	28 (38.9%)	35 (48.6%)	72 (100%)
MIGRACION AUSENTE	4 (5.2%)	26 (33.8%)	47 (61%)	77 (100%)

CONDUCTA PROSOCIAL**6-10 AÑOS ***

MIGRACION PRESENTE	2 (6.7%)	4 (13.3%)	24 (80%)	30 (100%)
MIGRACION AUSENTE	8 (8.1%)	11 (11.1%)	80 (80.8%)	99 (100%)

11-16 AÑOS

MIGRACION PRESENTE	8 (11.1%)	5 (6.9%)	59 (81.9%)	72 (100%)
MIGRACION AUSENTE	4 (5.2%)	7 (9.1%)	66 (85.7%)	77 (100%)

* Resultados del test aplicado a padres

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Dra. Jannett Redrován

La tabla 8 nos indica los resultados generales obtenidos del SDQ según grupos de edad y la presencia o no de migración familiar.

En el grupo de 6 a 10 años de edad donde se aplicó en test a padres en cuanto a los síntomas emocionales el grupo con presencia de migración presentó

resultados anormales en el 56.7% (n= 17) de los casos, en contraste con el grupo que no presentó migración donde este valor alcanza el 24.4% (n=24); no existe diferencia porcentual que supere los 2 puntos en cuanto a los valores límite en ambos grupos, los resultados normales en el grupo con migración fueron del 26.7% (n=8) y en el otro grupo alcanzó el 58.6% (n=58). En el grupo de 11 a 16 años los resultados normales son mas prevalentes en ambos grupos, en el grupo con migración con el 43.1% (n=31) para el grupo con migración y 66.2% (n=51) para el grupo sin migración. Los resultados limites fueron para el grupo con migración el 12.5% (n=9) y para el otro grupo el 10.4% (n=8), para los resultados anormales, en el grupo con migración 44.4% (n=32) y para el grupo sin migración 23.4% (n=18).

En la escala de problemas de la conducta en el grupo de 6 a 10 años el grupo con migración presentó el 60% (n=18) de resultados anormales mientras que en el grupo sin migración fue del 20.2% (n=20), los resultados limites fueron para el grupo con migración 6.7% (n=2) y para el grupo sin migración 21.2% (n=21) y para los resultados normales en el grupo con migración el 33.3% (n=10) y para el grupo sin migración 58.6% (n=58). En el grupo de 11 a 16 años de edad los resultados en cuanto a problemas de conducta fueron los siguientes: para resultados anormales el 30.6% (n=22) para el grupo con migración y el 13% (n=10) para el otro grupo, para resultados limites en el primer grupo el 16.7% (n=12) y para el grupo sin migración 24.7% (n=19) y para resultados normales en el grupo con migración el 52.8% (n=38) y para el grupo sin migración el 62.3% (n=48).

En la escala de hiperactividad, en el grupo de 6 a 10 años, los valores normales son los más prevalentes así en el grupo con migración se obtuvo el 76.7% (n=23) y en el grupo sin migración el 77.8% (n=77), los resultados limites fueron: para el grupo con migración el 3.3% (n=1) y para el otro grupo el 13.1% (n=13), los resultados anormales fueron para el grupo con migración el 20%(n=6) y para el otro grupo el 9.1% (n=9). En el grupo de 11 a 16 años al igual que en el otro grupo los valores de resultados normales son los más prevalentes, es así que en el grupo con migración se observó el 77.8% (n=56) y para el grupo sin migración el 80.5% (n=62), los valores limites en el grupo con migración alcanzó el 11.1% (n=8) y para el grupo sin migración el 11.7% (n=9) y para los resultados

anormales: para el grupo con migración el 11.1% (n=8) y para el otro grupo el 7.8% (n=6).

Para los resultados en la escala de problemas con compañeros en el grupo de 6 a 10 años de edad: los valores anormales en el grupo con migración representan el 60% (n=18) y para el grupo sin migración el 19.2% (n=19), los resultados límites fueron para el grupo con migración el 6.7% (n=2) y para el grupo sin migración el 19.2% (n=19), para los resultados en la escala de la normalidad en el grupo con migración el 33.3% (n=10) y para el grupo sin migración el 61.6% (n=61). Para el grupo de 11 a 16 años los resultados más prevalentes en el grupo con migración fueron los normales con el 48.6% (n= 35) y para el grupo sin migración el 61% (n=41). Los resultados límites para el grupo con migración alcanzaron el 38.9% (n=28) y para el otro grupo el 33.8% (n=26) y los resultados anormales en el grupo sin migración el 12.5% (n=9) y para el grupo sin migración el 5.2% (n=8).

En la escala de conducta prosocial en el grupo de 6 a 10 años de edad se encontró que los resultados normales fueron los más prevalentes con el 80% (n=24) y 80.8% (n=80) para el grupo con migración y sin esta respectivamente. Los resultados límites fueron para el grupo con migración el 13.3% (n=4) y para el grupo sin migración el 11.1% (n=11) y para resultados anormales en el grupo con migración el 6.7% (n=2) y para el grupo sin migración el 8.1% (n=8). En el grupo de 11 a 16 años de edad los valores para resultados normales fueron los más prevalentes con el 81.9% (n=59) y 85.7% (n=66) para el grupo con migración y sin migración respectivamente, los valores límites fueron para el grupo con migración el 6.9% (n=5) y para el grupo sin migración el 9.1% (n=7), los valores anormales fueron para el grupo con migración el 11.1% (n=8) y para el grupo sin migración el 5.2% (n=4).

7.1.9 RESULTADOS DE LOS APARTADOS DEL SDQ Y FAMILIAR MIGRANTE

Tabla 9. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según resultados del SDQ y familiar migrante. Cuenca-2011.

TRASTORNO MENTAL	ANORMAL	LIMITE	NORMAL	TOTAL
SINTOMAS EMOCIONALES				

6-10 AÑOS *

PADRE MIGRANTE	7 (43.8%)	3 (18.8%)	6 (37.5%)	16 (100%)
MADRE MIGRANTE	6 (75%)	2 (25%)	0 (0%)	8 (100%)
PADRE Y MADRE MIGRANTES	4 (66.7%)	0 (0%)	2 (33.3%)	6 (100%)

11-16 AÑOS

PADRE MIGRANTE	18 (48.6%)	6 (16.2%)	13 (35.1%)	37 (100%)
MADRE MIGRANTE	6 (50%)	0 (0%)	6 (50%)	12 (100%)
PADRE Y MADRE MIGRANTES	8 (34.8%)	3 (13%)	12 (52.2%)	23 (100%)

PROBLEMAS DE CONDUCTA**6-10 AÑOS ***

PADRE MIGRANTE	7 (43.8%)	1 (6.3%)	8 (50%)	16 (100%)
MADRE MIGRANTE	6 (75%)	1 (12.5%)	1 (12.5%)	8 (100%)
PADRE Y MADRE MIGRANTES	5 (83%)	0 (0%)	1 (16.7%)	6 (100%)

11-16 AÑOS

PADRE MIGRANTE	10 (27%)	7 (18.9%)	20 (54.1%)	37 (100%)
MADRE MIGRANTE	4 (33.3%)	3 (25%)	5 (41.7%)	12 (100%)
PADRE Y MADRE MIGRANTES	8 (34.8%)	2 (8.7%)	13 (56.5%)	23 (100%)

HIPERACTIVIDAD**6-10 AÑOS***

PADRE MIGRANTE	2 (12.5%)	0 (0%)	14 (87.5%)	16 (100%)
MADRE MIGRANTE	2 (25%)	0 (0%)	6 (75%)	8 (100%)
PADRE Y MADRE MIGRANTES	2 (33.3%)	1 (16.7%)	3 (50%)	6 (100%)

11-16 AÑOS

PADRE MIGRANTE	6 (16.2%)	3 (8.1%)	28 (75.7%)	37 (100%)
MADRE MIGRANTE	1 (8.3%)	0 (0%)	11 (91.7%)	12 (100%)
PADRE Y MADRE MIGRANTES	1 (4.3%)	5 (21.7%)	17 (73.9%)	23 (100%)

PROBLEMAS CON COMPAÑEROS**6-10 AÑOS ***

PADRE MIGRANTE	10 (62.5%)	1 (6.3%)	5 (31.3%)	16 (100%)
MADRE MIGRANTE	4 (50%)	1 (12.5%)	3 (37.5%)	8 (100%)
PADRE Y MADRE MIGRANTES	4 (66.7%)	0 (0%)	2 (33.3%)	6 (100%)

11-16 AÑOS

PADRE MIGRANTE	4 (10.8%)	14 (37.8%)	19 (51.4%)	37 (100%)
MADRE MIGRANTE	3 (25%)	5 (41.7%)	4 (33.3%)	12 (100%)
PADRE Y MADRE MIGRANTES	2 (8.7%)	9 (39.1%)	12 (52.2%)	23 (100%)

CONDUCTA PROSOCIAL**6-10 AÑOS ***

PADRE MIGRANTE	1 (6.3%)	3 (18.8%)	12 (75%)	16 (100%)
----------------	----------	-----------	----------	-----------

MADRE MIGRANTE	1 (12.5%)	1 (12.5%)	6 (75%)	8 (100%)
PADRE Y MADRE MIGRANTES	0 (0%)	0 (0%)	6 (100%)	6 (100%)
11-16 AÑOS				
PADRE MIGRANTE	4 (10.8%)	3 (8.1%)	30 (81.1%)	37 (100%)
MADRE MIGRANTE	0 (0%)	0 (0%)	12 (100%)	12 (100%)
PADRE Y MADRE MIGRANTES	4 (17.4%)	2 (8.7%)	17 (73.9%)	23 (100%)

* Resultados del test aplicado a padres

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: Dra. Jannett Redrován

La tabla 9 nos indica cómo se distribuyeron los resultados del SDQ según el tipo de familiar que migró y las observaciones son las siguientes:

En la tabla 9, en el grupo de 6 a 10 años los puntajes para síntomas emocionales mas prevalentes fueron los que se consideran como anormalidad, en el grupo donde el padre es el migrante la anormalidad alcanzó el 43.8% (n=7), en el grupo donde la madre es la que ha migrado el 75% (n=6) y en el grupo donde los 2 progenitores han migrado este valor alcanzó el 66.7% (n=4). En el grupo de 11 a 16 años de edad cuando el padre ha migrado lo mas prevalente es la anormalidad en puntaje para síntomas emocionales con el 48.6% (n=18), en el grupo donde la madre ha migrado lo mas prevalente fue la anormalidad con el 50% (n=6) y la normalidad con el 50% (n=6), no se presentaron valores limites en este aparatado, cuando los 2 progenitores han migrado valores normales son los mas prevalentes pues representan el 52.2% (n=12), la anormalidad en este grupo alcanzó el 34.8% (n=8).

En la escala de problemas de conducta, en el grupo de 6 a 10 años de edad los puntajes mas prevalentes cuando el padre ha migrado corresponden con la normalidad con el 50% (n=8), sin embargo la anormalidad alcanza un 43.8% (n=7), en el grupo donde es la madre la que ha migrado lo mas prevalente es la anormalidad con el 75% (n=6) y cuando los 2 progenitores son los que han migrado lo mas prevalente es la anormalidad con el 83% (n=5). En el grupo de 11 a 16 años de edad, cuando el padre es la persona que ha migrado lo mas prevalente es la normalidad pues alcanza el 54.1% (n=20), cuando la madre es el

progenitor que ha migrado lo más frecuentes es la normalidad pues estos puntajes alcanzan el 41.7% (n=5) pero la anormalidad alcanza el 33.3% (n=4), cuando los 2 padres han migrado los valores normales son los más frecuentes pues alcanzan el 56.5% (n=13) y la anormalidad con el 34.8% (n=8) le sigue.

Para los puntajes de hiperactividad se encontró que para el grupo de edad de 6 a 10 años de edad cuando el padre es el progenitor que ha migrado el 87.5% (n=14) presentó puntajes normales, cuando la madre es la progenitora que ha viajado al exterior el 75% (n=6) alcanza valores normales y cuando los 2 progenitores han viajado el 50% (n=3) alcanza valores para hiperactividad considerados normales. En el grupo de 11 a 16 años cuando es el padre la persona que ha migrado lo mas prevalente en cuanto a hiperactividad es encontrara puntajes normales pues éstos alcanzan un 75% (n=28), cuando la madre ha migrado lo más frecuente es encontrar puntajes normales pero con mayor intensidad que en los anteriores pues alcanza el 91.7% (n=11), y por ultimo cuando los 2 padres son los que han migrado la normalidad en los puntajes para hiperactividad alcanza un 73.9% (n=17).

Para los puntajes de problemas con compañeros, en el grupo de 6 a 10 años se encontró que cuando el padre es la persona que ha migrado lo más frecuente son los puntajes considerados como anormales pues alcanzan un 62.5% (n=10), cuando es la madre la persona que ha migrado el 50% (n=4) presentó puntajes considerados como anormales para problemas con compañeros, cuando los 2 progenitores han migrado los puntajes anormales alcanzan un 66.7% (n=4). En el grupo de 11 a 16 años de edad y cuando ha migrado únicamente el padre lo más frecuente es encontrar puntajes normales pues éstos alcanzan el 51.4% (n=19), cuando es la madre la persona que ha migrado los valores límites son los más frecuentes pues éstos alcanzan el 41.7% (n=5), los valores normales le siguen con el 33.3% (n=4) y los valores considerados normales alcanzan un 25% (n=3), cuando los 2 progenitores son los que han migrado los valores normales son los mas frecuentes pues alcanzan un 52.2% (n=12).

Para puntajes obtenidos en conducta prosocial en el grupo de 6 a 10 años de edad cuando el padre es la persona que ha migrado el 75% (n=12) presentan puntajes normales, cuando es la madre la persona que ha migrado lo mas

prevalente es encontrar puntajes igualmente normales pues estos alcanzan un 75% (n=6), cuando son los 2 progenitores los que han migrado lo mas prevalente son puntajes normales en el 100% de los casos. En el grupo de 11 a 16 años cuando el padre es la persona que ha migrado lo mas prevalente son los valores normales pues alcanzan un 81.1% (n=30), cuando es la madre la persona que ha migrado pasa algo similar pues el 100% (n=12) presentan valores o puntajes normales, cuando los 2 progenitores son los que han migrado los puntajes mas prevalentes son los normales con un 73.9% (n=23).

7.1.10 RESULTADOS DE LOS APARTADOS DEL SDQ Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Tabla 10. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según resultados del SDQ y funcionalidad familiar Cuenca-2011.

TRASTORNO MENTAL	ANORMAL	LIMITE	NORMAL	TOTAL
SINTOMAS EMOCIONALES				
6-10 AÑOS *				
FAMILIA FUNCIONAL	25 (32.1%)	13 (16.7%)	40 (51.3%)	78 (100%)
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	12 (38.7%)	6 (19.4%)	13 (41.9%)	31 (100%)
FAMILIA DISFUNCIONAL	4 (20%)	3 (15%)	13 (65%)	20 (100%)
11-16 AÑOS				
FAMILIA FUNCIONAL	40 (38.5%)	13 (12.5%)	51 (49%)	104 (100%)
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	8 (21.1%)	4 (10.5%)	26 (68.4%)	38 (100%)
FAMILIA DISFUNCIONAL	2 (28.6%)	0 (0%)	5 (71.4%)	7 (100%)
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
6-10 AÑOS *				
FAMILIA FUNCIONAL	20 (25.6%)	13 (16.7%)	45 (57.7%)	78 (100%)
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	13 (41.9%)	8 (25.8%)	10 (32.3%)	31 (100%)
FAMILIA DISFUNCIONAL	5 (25%)	2 (10%)	13 (65%)	20 (100%)
11-16 AÑOS				
FAMILIA FUNCIONAL	22 (21.2%)	19 (18.3%)	63 (60.6%)	104 (100%)
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	9 (23.7%)	10 (26.3%)	19 (50%)	38 (100%)
FAMILIA DISFUNCIONAL	1 (14.3%)	2 (28.6%)	4 (57.1%)	7 (100%)
HIPERACTIVIDAD				
6-10 AÑOS*				
FAMILIA FUNCIONAL	10 (12.8%)	8 (10.3%)	60 (76.9%)	78 (100%)

FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	3 (9.7%)	2 (6.5%)	26 (83.9%)	31 (100%)
FAMILIA DISFUNCIONAL	2 (10%)	4 (20%)	14 (70%)	20 (100%)
11-16 AÑOS				
FAMILIA FUNCIONAL	11 (10.6%)	9 (8.7%)	84 (80.8%)	104 (100%)
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	3 (7.9%)	7 (18.4%)	28 (73.7%)	38 (100%)
FAMILIA DISFUNCIONAL	0 (0%)	1 (14.3%)	6 (85.7%)	7 (100%)
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
6-10 AÑOS *				
FAMILIA FUNCIONAL	22 (28.2%)	11 (14.1%)	45 (57.7%)	78 (100%)
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	8 (25.8%)	6 (19.4%)	17 (54.8%)	31 (100%)
FAMILIA DISFUNCIONAL	7 (35%)	4 (20%)	9 (45%)	20 (100%)
11-16 AÑOS				
FAMILIA FUNCIONAL	11 (10.6%)	37 (35.6%)	56 (53.8%)	104 (100%)
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	1 (2.6%)	15 (39.5%)	22 (57.9%)	38 (100%)
FAMILIA DISFUNCIONAL	1 (14.3%)	2 (28.6%)	4 (57.1%)	7 (100%)
CONDUCTA PROSOCIAL				
6-10 AÑOS *				
FAMILIA FUNCIONAL	8 (10.3%)	11 (14.1%)	59 (75.6%)	78 (100%)
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	1 (3.2%)	2 (6.5%)	28 (90.3%)	31 (100%)
FAMILIA DISFUNCIONAL	1 (5%)	2 (10%)	17 (85%)	20 (100%)
11-16 AÑOS				
FAMILIA FUNCIONAL	8 (7.7%)	9 (8.7%)	87 (83.7%)	104 (100%)
FAMILIA MODERADAMENTE FUNCIONAL	4 (10.5%)	3 (7.9%)	31 (81.6%)	38 (100%)
FAMILIA DISFUNCIONAL	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)	7 (100%)

* Resultados del test aplicado a padres

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Dra. Jannett Redrován

La tabla 10 nos indica la distribución de los resultados del SDQ contrastado con la funcionalidad familiar en todos los niños y adolescentes.

En el grupo de 6 a 10 años de edad para síntomas emocionales y que poseen familias funcionales se observó que el 51.3% (n=40) presentó puntajes normales, el 32.1% (n=25) resultados anormales, y el 16.7% (n=13) resultados limite. Del total de individuos que presentaron familias moderadamente disfuncionales lo mas prevalente fue los puntajes normales pues estos representan el 41.9% (n=13), los puntajes anormales le siguen con el 38.7% (n=12) y los puntajes limites representaron el 19.4% (n=6), para los individuos que presentaron familias disfuncionales el 65% (n=13) presentó resultados normales, el 20% (n=4)

resultados anormales y el 15% (n=3) resultados limites. En el grupo de 11 a 16 años de edad lo mas prevalente en aquellos que poseen familias funcionales son los puntajes normales con el 49% (n=52), luego los puntajes anormales con el 38-5% (n=40) y los puntajes limites alcanzaron un porcentaje del 12.5% (n=13). En el grupo que presentó familias moderadamente funcionales los puntajes mas prevalentes fueron los normales con un 68.4% (n=26), luego los puntajes anormales con un 21.1% (n=8) y los puntajes limites con un 10.5% (n=4). Para los individuos que presentaron familias disfuncionales lo más frecuente encontrado fue los puntajes normales con el 71.4% (n=5) y seguido de los puntajes anormales con el 28.6% (n=2), no se presentaron puntajes limites en este grupo.

Para problemas de conducta en el grupo de 6 a 10 años de edad y para los niños y adolescentes que presentaron familias funcionales el 57.7% (n=45) presentó puntajes normales, el 25.5% (n=20) resultados anormales y el 16.7% (n=13) resultados limite, para los que presentaron familias moderadamente funcionales los puntajes mas prevalentes fueron los anormales con un 41.9% (n=13) luego los resultados normales con un 32.3% (n=10) y por último los resultados límite con un 25.8% (n=8); para el grupo de individuos que presentaron familias disfuncionales lo más frecuente fue encontrar puntajes normales con un 65% (n=13) luego resultados anormales con un 25% (n=5) y los resultados limite con un 10 % (n=2). En el grupo de 11 a 16 años de edad y que poseen familias funcionales lo mas prevalente fue encontrar puntajes normales con un 76.9% (n=60), luego resultados anormales con el 12.8% (n=10) y los resultados limite con un 10.3% (n=8); para el grupo que presentó familias moderadamente funcionales el 50% (n=19) presentó puntajes normales, mientras que el 26.3% (n=10) presentó puntajes limite y el 23.7% (n=9) puntajes anormales; Para el grupo que posee familias disfuncionales el 57.2% (n=4) presentó resultados normales, el 28.6% (n=2) resultados limite y el 14.3% (n=1) presentó resultados anormales.

Para puntajes de hiperactividad, en el grupo de 6 a 10 años de edad y que poseen familias funcionales lo más frecuente fue los resultados normales pues estos se ubicaron con un 76.9% (n=60), los resultados anormales con un 12.8% (n=10) y los resultados limite con un 10.3% (n=8); para los individuos que presentaron familias moderadamente funcionales los resultados normales fueron

los más frecuentes con un 83.9% (n=26), los resultados limite fueron el 6.5% (n=2) y el 9.7% (n=3) obtuvieron puntajes anormales; para el grupo que presentó familias disfuncionales el 70% (n=14) obtuvo puntajes normales, el 20% (n=4) puntajes limite y el 10 % (n=1) puntajes anormales. Para el grupo de 11 a 16 años lo mas prevalente fue los puntajes normales con el 80.8% (n=84) el 10.6% (n= 11) y el 8.7% (n=9= presentó puntajes limites. En el grupo con familias moderadamente funcionales el 73.7% (n=28) presentó puntajes normales, el 18.4% (n=7) resultados limite y el 7.9% (n=3) puntajes anormales, el 85.7% (n=6) de los individuos que presentaron familias disfuncionales presentaron puntajes normales y el 14.3% (n=1)de este grupo presentó puntajes limite, no se observó resultados anormales en este grupo.

En lo referente a los puntajes para problemas con compañeros, en el grupo de 6 a 10 años y que presentaron familias funcionales el 57.7% (n=45) presentó puntajes normales, el 28.2% (n=22) presentó puntajes anormales y el 14.1% (n=11) presentó puntajes limite, en el grupo que presentó familia moderadamente funcional el 54.8% (n=17) presentó puntajes normales, el 25.8% (n=8) puntajes anormales y el 19.4% (n=6) presentó resultados limite, para el grupo con familias disfuncionales, lo mas prevalente fueron los resultados normales con el 45% (n=9), los resultados anormales alcanzaron el 35% (n=7) y los limite un 20% (n=4); En el grupo de 11 a 16 años de edad y que obtuvieron puntajes correspondientes a familias funcionales los puntajes normales fueron los más prevalentes pues poseen un 53.8% (n=56), los puntajes limite fueron los siguientes con un 35.6% (n=37) mientras que los resultados anormales con un 10.6% (n=11); para el grupo que posee familias moderadamente funcionales el 57.9% (n=22) presentó puntajes normales, el 39.5% (n=15) puntajes limite y el 2.6% (n=1) presentó puntajes anormales; en el grupo con disfuncionalidad familiar al igual que en los anteriores los puntajes normales son lo mas frecuentes con un 57.1% (n=4) mientras que los resultados limite con un 28.5% (n=2) le siguen y el 14.3% (n=1) presentó resultados en el SDQ para problemas con compañeros anormales.

Para puntajes de conducta prosocial, en el grupo de 6 a 10 años de edad y que presentaron familias funcionales los puntajes mas prevalentes fueron los normales pues alcanzan un 75.6% (n=59), los puntajes limite fueron los segundos alcanzando un 14.1% (n=11) y los puntajes anormales alcanzaron un 10.3% (n=8):

lo mas prevalente en el grupo con familias moderadamente funcionales fue puntajes normales con el 90.3% (n=28), luego los puntajes limite con el 6.5% (n=2) y luego los puntajes anormales con el 3.2% (n=1); para el grupo con disfuncionalidad familiar el 85% (n=17) presentó resultados normales, el 10% (n=2) puntajes limite y el 5% (n=1). En el grupo de 11 a 16 años de edad que poseen familias funcionales el 83.7% (n=87) presentó puntajes normales, el 8.7% (n=9) puntajes limite y el 7.7% (n=8) puntajes anormales, del total que presentaron familias moderadamente funcionales el 81.6% (n=31) presentaron puntajes normales, el 10.5% (n=4) resultados anormales y el 7.9% (n=3) resultados limite y por ultimo en el grupo con disfuncionalidad familiar el 100% (n=7) presentó puntajes normales para conducta prosocial.

7.2 RESULTADOS ANALITICOS

7.2.1 Migración como factor de riesgo

Tabla 11. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según Migración y resultados del SDQ

TRASTORNO MENTAL	ANORMAL	NORMAL*	RP	p
SINTOMAS EMOCIONALES				
6-10 AÑOS *				
MIGRACION PRESENTE	17	13	2.34 (1.46-3.73)	0.000
MIGRACION AUSENTE	24	75		
11-16 AÑOS				
MIGRACION PRESENTE	32	40	2.97 (1.82-4.84)	0.000
MIGRACION AUSENTE	18	59		
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
6-10 AÑOS *				
MIGRACION PRESENTE	18	12	2.97 (1.82-4.84)	0.000
MIGRACION AUSENTE	20	79		
11-16 AÑOS				
MIGRACION PRESENTE	22	50	2.35 (1.20-4.62)	0.000
MIGRACION AUSENTE	10	67		
HIPERACTIVIDAD				
6-10 AÑOS*				

MIGRACION PRESENTE	6	24	2.20 (0.85-5.68)	0.102
MIGRACION AUSENTE	9	90		
11-16 AÑOS				
MIGRACION PRESENTE	8	64	1.43 (0.52-3.91)	0.487
MIGRACION AUSENTE	6	71		
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
6-10 AÑOS *				
MIGRACION PRESENTE	18	12	3.13 (1.90-5.15)	0.000
MIGRACION AUSENTE	19	80		
11-16 AÑOS				
MIGRACION PRESENTE	9	63	2.41 (0.77-7.47)	0.114
MIGRACION AUSENTE	4	73		
CONDUCTA PROSOCIAL				
6-10 AÑOS *				
MIGRACION PRESENTE	2	28	0.22 (0.05-0.97)	0.022
MIGRACION AUSENTE	8	19		
11-16 AÑOS				
MIGRACION PRESENTE	8	64	2.14 (0.67-6.80)	0.184
MIGRACION AUSENTE	4	73		

* Se dicotomizó la variable normal, resulta de la suma de los puntajes normales y limite para evitar los posibles falsos positivos

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Dra. Jannett Redrován

La tabla 11 nos indica los resultados analíticos de las variables migración y resultados SDQ.

En la escala emocional se evidenció que la migración es factor de riesgo pues para el grupo de 6 a 10 años RP: 2.34 (IC: 1.46-3.73) y $p < 0.05$ y en el grupo de 11 a 16 años RP: 1.90 (1.18-3.07) y $p < 0.05$, por lo tanto el tener al menos 1 de sus padres en el exterior aumenta en 2.34 y 2.97 veces el riesgo de problemas emocionales en niños de 6 a 10 años y de 11 a 16 años respectivamente.

En la escala de problemas de conducta el riesgo de presentar trastornos de conducta al poseer migración familiar es para el grupo de 6 a 10 años de edad

2.97 veces mayor que el los individuos que no poseen migración, y de 2.35 veces mayor en el grupo de 11 a 16 años de edad. En ambos casos $p < 0.05$.

En la escala de hiperactividad en ambos grupos no se encontró ni asociación entre las variables ni significancia estadísticas.

En la escala de problemas con compañeros se evidenció un riesgo al poseer un padre o ambos en el extranjero, sin embargo el riesgo es de 3.13 veces mayor en los niños de 6 a 10 años, en los de 11 a 16 años las variables no se asocian ni existe significancia estadística.

En lo referente a conducta prosocial, la migración no se asocia a patología en este apartado pues no existe relación ni significancia estadística entre las variables.

7.2.2 Disfuncionalidad familiar como factor de riesgo

Tabla 12. Distribución de 278 niños y adolescentes del cantón Santa Isabel según Funcionalidad familiar y resultados del SDQ

TRASTORNO MENTAL	ANORMAL	NORMAL*	RP	p
SINTOMAS EMOCIONALES				
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	6	21	0.66 (0.32-1.36)	0.220
FUNCIONALIDAD FAMILIAR **	85	166		
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	6	21	0.87 (0.42-1.82)	0.709
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	64	187		
HIPERACTIVIDAD				
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	2	25	0.69 (0.17-2.64)	0.588
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	27	224		
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	8	19	1.77 (0.93-3.37)	0.09
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	42	209		
CONDUCTA PROSOCIAL				
DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR	1	26	0.44 (0.06-3.16)	0.393
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	21	230		

* Se dicotomizó la variable normal, resulta de la suma de los puntajes normales y limite para evitar los posibles falsos positivos

** Se dicotomizó la variable sumando los valores de funcionalidad con los de disfuncionalidad familiar para obtener una tabla de contingencia que nos permitiera estimar el riesgo.

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: Dra. Jannett Redrován

La tabla 12 nos indica las tablas de 2x2 tomando en cuenta la disfuncionalidad familiar como factor de riesgo para presentar trastornos en lo emocional, en la conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y en la conducta prosocial.

Sin embargo se observa que en ninguno de los casos estas variables se asocian ni tampoco presentan significancia estadísticas. Por lo tanto se concluye que la disfuncionalidad familiar en ninguno de los casos se comporta como factor de riesgo para algún trastorno en la salud mental de los niños y adolescentes del cantón Santa Isabel.

VIII.- DISCUSIÓN.

Al investigar la atribución del fenómeno migratorio sobre la salud mental en los 278 encuestados (niños y/o adolescentes) del cantón Santa Isabel el grupo de 6 a 10 años constituyo el 46,4% mientras que el grupo de 11 a 16 años el 53,6%.

La media de edad fue de 10.89 años con un DS de 2.96 años, la mediana fue de 11 años y la moda de 14 años.

La prevalencia del sexo femenino fue del 59% y del sexo masculino 41%.

Un estudio realizado por Paredes, en la ciudad de Ambato-Ecuador en el 2004, en 100 historias clínicas de niños escogidos al azar mostró una distribución del género masculino en un 59% y 41% el femenino. La edad media fue de 7 años con un DS de 3.9 años (Paredes 2004). Las variaciones encontradas con este trabajo en la edad media, podría deberse a que el test usado en nuestro proyecto se realizó en los estudiantes entre 6 a 16 años en cambio en el trabajo expuesto por Paredes, los niños fueron de edad menor (edad media 7 DS 3.9 años).

Otro proyecto realizado acerca de la migración en el 2008 en 8000 niños en la provincia de Cañar, mostró una distribución de niños y adolescentes del 54% para las mujeres y el 46% para los varones; de estos el 44% tuvieron entre 6 a 11 años, el 38% entre 12 a 17 años y el 18% fueron niños de menor edad (Escobar A. 2008). Este trabajo descubrió una distribución parecida a nuestro proyecto excepto por los niños menores de 6 años que no fueron incluidos en nuestro estudio.

El 36,7% (n=102) de nuestra muestra fueron hijos de padres migrantes, y el 63,3% (n=176) no tuvieron padres migrantes. El trabajo realizado por Pinos G. en el año 2004 en 1044 estudiantes de la ciudad de Cuenca-Ecuador, mostraba que 352 (33.7%) eran hijos de migrantes y 692 (66.3%) hijos de no migrantes coincide con la distribución encontrada en nuestro trabajo. (Pinos 2007).

Estudios realizados en Guadalajara-México mostraron que existen colonias con 24% del total de familias con padres migrantes. (Vargas 2008).

El 49,3% de los niños y adolescentes con migración y sin migración en nuestro estudio, vinieron del área rural y el 50,7% del área urbana, en contradicción con un estudio realizado en el hospital psiquiátrico “Lorenzo Ponce” de la ciudad de Guayaquil-Ecuador por Saad E., en donde al realizarse un estudio sobre salud mental en adolescentes hijos de migrantes, el 62.3% procedió de la zona urbana, y 26.2% de zona rural y el resto fueron de otras provincias. (Saad 2003).

Esta discrepancia valdría explicarse por la situación del hospital psiquiátrico “Lorenzo Ponce” de Guayaquil, donde se centraliza gran cantidad de pacientes de las diferentes provincias, a diferencia del cantón Santa Isabel donde se realizó nuestro estudio.

En concordancia con un estudio elaborado en el cantón Gualaceo en el 2009, realizado a 450 estudiantes demostró que el 52.2% de los estudiantes con migración y sin migración, procedieron del área rural y el 47.8% del área urbana. (Ron 2009).

De los 102 niños y adolescentes que tuvieron padres migrantes en nuestro estudio, el 52% (53) perteneció al grupo donde el padre fue el migrante, el 28.4%

(20) al grupo donde ambos padres migraron y el 19,6% (29) la migración fue materna.

En un estudio realizado en el año 2008 en Cañar, el 63% de los progenitores migrantes eran hombres y el 37% mujeres sin embargo este estudio no incluyó el hecho de la migración de ambos padres como otro grupo. (Escobar 2008) por lo tanto no se puede comparar con nuestro trabajo.

Saad E., en Guayaquil en 209 adolescentes provenientes de familias migrantes en el 2003, encontró que el padre fue el migrante en el 54.1% de los casos, en la madre en el 36%, el 3.2% ambos padres y el hermano o hermana en un 6.6% de los casos. (Saad 2003). La diferencia podría explicarse por el año en que se realizó el estudio y por el crecimiento masivo del fenómeno migratorio en la última década (Dupret 2007; Escobar 2008).

El estudio boliviano llevado a cabo por “Fe y Alegría” encontró que el 40% fue el padre quién migró, la madre en un 44% y ambos en un 16%, es posible que la divergencia con nuestro estudio se deba a que en este país la feminización migratoria fue más determinante. (Fe y Alegría 2010).

Según la Organización Internacional para las migraciones hasta mediados de la década de los 80, la migración era considerada como un fenómeno del sexo masculino. Hoy en día, las mujeres dan razón casi de la mitad de la población migrante en todo el mundo. La migración muchas veces se considera como género neutro, ya que trata el proceso del desplazamiento de personas, sin embargo, de hecho está relacionada con el género ya que la migración impacta de manera distinta a hombres y mujeres y a grupos diferentes de hombres y mujeres en su proceso de desplazamiento.

La migración de nuestra población de estudio fue todavía paterna, a pesar que a nivel global se habla de la feminización de la migración en donde después de un período de tiempo, la madre viaja para estar con su esposo o simplemente migra por si sola muchas veces buscando sustento para su familia. Pinos G., en el 2007 encontró que el 66.7% de los estudiantes hijos de migrante tenían su padre como migrante (Pinos 2007), datos que son sutilmente mayores a los encontrados y que

sugerimos se explicarían por el fenómeno de la feminización migratoria que está interviniendo en nuestro país en los últimos años.

Este trabajo demostró que tanto en el grupo de 6 a 10 años como en el de 11 a 16 años hubo asociación entre síntomas emocionales y presencia de migración, en relación al familiar migrante en el grupo de 6 a 10 años se observó que el 75% de los niños presento problemas de conducta asociado a la migración de la madre. Lo que se contradice con los resultados hallados por en el Cantón de Gualaceo en el año 2009 en donde Ron demostró en su estudio a 450 estudiantes que no hubo asociación entre patología mental en asociación y si fue el padre, la madre o ambos los migrantes. (Ron 2009).

En un estudio realizado en Bolivia en el 2009, por “Fe y Alegría”, en una encuesta en niños los hijos de padres migrantes mostraron mayores niveles de tristeza (56%), frente a los que tuvieron su padre migrante (41%) y la madre (54.7%), (Fe y Alegría 2010).

En el tiempo de migración, el estudio mostró que el 77,5% (79) de los hijos de migrantes tienen un período de tiempo mayor a 2 años y medio desde que uno o ambos padres migraron. El promedio de ausencia de los padres en el estudio realizado en el Hospital Municipal de Ambato-Ecuador fue de 2 años 3 meses con un DS de 1.2 años, dato que diverge de nuestros resultados para lo que hay que considerar que este estudio se realizó en el 2004 y que lamentablemente la mayoría de los migrantes no han retornado a nuestro país (Paredes 2004).

El estudio realizado citado antes por Pinos G. en el 2004 en Cuenca-Ecuador mostró que el período de migración de mayor prevalencia fue mayor a 5 años (48.8%) resultados que son concordantes a la prevalencia encontrada en nuestro grupo de estudio.

En el 2009 en una encuesta realizada por la Defensa de los Niños Internacional (DNI), en 918 niños del Ecuador, encontró que el período de ausencia en el país fue en promedio de 6 años lo que concuerda con los resultados obtenidos para este trabajo.

En el estudio realizado en Tarqui-Ecuador por Pinos G. en 1997 en 56 hijos de emigrantes, el 39.2% se mostró con necesidad de orientación luego de ser evaluados. (Pinos 1998).

En los estudiantes que tuvieron padres migrantes, el grupo de 6 a 10 años, mostró que el 35.1% tuvieron patología mental. En el grupo de 11 a 16 años en el test para padres o representantes se encontró que un 29.5% tuvieron patología mental y en el 20.7% en el auto test.

En este estudio se demostró que no existe relación entre la disfuncionalidad familiar y la presencia de trastornos mentales, en contraposición con un estudio realizado en los colegios de Quito a 323 en donde se demostró que si existe presencia del Malestar Emocional en los/las adolescentes con un rango de edad de 10 a 20 años en la ciudad de Quito (Zona Urbana), las limitaciones en la comparación serían porque en el estudio realizado en la ciudad de Quito se usó el Apgar para valorar Funcionalidad Familiar y no el FF-SIL como en este estudio, además se tomó la depresión y ansiedad como determinantes para presencia de malestar emocionales mientras que en este estudio se usó el SQD.

Lamentablemente en nuestra zona no existen estudios que valoren la presencia de trastornos mentales y funcionalidad familiar.

En lo concerniente a la migración como factor de riesgo para trastornos mentales se evidencio que la migración si es un factor de riesgo para presencia de trastornos mentales pues para el grupo de 6 a 10 años la RP: 2.34 (IC: 1.46-3.73) y $p < 0.05$ y en el grupo de 11 a 16 años RP: 1.90 (1.18-3.07) y $p < 0.05$, por lo tanto el tener al menos 1 de sus padres en el exterior aumenta en 2.34 y 2.97 veces el riesgo de problemas emocionales en niños de 6 a 10 años y de 11 a 16 años respectivamente.

IX.- CONCLUSIONES

1.- De acuerdo a la distribución por grupos considerados para motivo de este estudio el conjunto de niños comprendidos entre los 6 a 10 años constituyo el 46,4% (n=129) y el grupo entre los 11 a los 16 años fue de 53.6% (n=149). La media de edad fue de 10.89 años con un DS de 2.96 años, la mediana fue de 11 años y la moda de 14 años.

2.-En cuanto al número de niños y adolescentes encuestados, el sexo femenino alcanzo un porcentaje del 59%(n=164), la procedencia tanto urbana como rural con valores similares, y del total de encuestados el 36,7% (n=102) de estos presentan migración.

3.- En este estudio predomino como familiar migrante el padre con un porcentaje del 52% (n=53).

4.- el tiempo de migración de los padres fue mayor de dos años y medio 77,5% (n=79)

5.- Respecto a la presencia de trastornos emocionales advertimos una alta prevalencia en los dos grupos de edad cuando hay migración, mientras que los problemas de conducta y problemas con compañeros las prevalencias más altas se dieron en el grupo de 6 a 10 años condicionados a la migración, en lo referente a hiperactividad y conducta prosocial no se marcaron diferencias cuando hay migración.

6.- En correlación a los trastornos mentales y la ausencia de uno o ambos progenitores, observamos que los síntomas emocionales se presentan con mayor prevalencia cuando hay ausencia de la madre en el grupo de 6 a 10 años de edad, en el mismo grupo se marca una elevada prevalencia para problemas de conducta y con compañeros pero vinculada a la ausencia de ambos progenitores, en cuanto a hiperactividad y conducta prosocial no se aprecian datos significativos.

7.- En correspondencia a trastornos mentales y funcionalidad familiar, los síntomas emocionales, hiperactividad y problemas con compañeros no presentan prevalencias marcadas que influyan con la funcionalidad familiar, más no así en la presencia de problemas en conducta en donde si se observa una alta prevalencia en las familias moderadamente funcionales, concluimos entonces que la disfuncionalidad familiar como tal no se comporta como factor de riesgo para algún trastorno mental en los niños y adolescentes del Cantón Santa Isabel.

8.- En la escala emocional se evidenció que la migración es factor de riesgo pues para el grupo de 6 a 10 años RP: 2.34 (IC: 1.46-3.73) y $p < 0.05$ y en el grupo de 11 a 16 años RP: 1.90 (1.18-3.07) y $p < 0.05$, por lo tanto el tener al menos 1 de sus padres en el exterior aumenta en 2.34 y 2.97 veces el riesgo de problemas emocionales en niños de 6 a 10 años y de 11 a 16 años respectivamente.

9.- En la escala de problemas de conducta el riesgo de presentar trastornos de conducta al poseer migración familiar es para el grupo de 6 a 10 años de edad 2.97 veces mayor que él los individuos que no poseen migración, y de 2.35 veces mayor en el grupo de 11 a 16 años de edad. En ambos casos $p < 0.05$.

10.- En la escala de hiperactividad en ambos grupos no se encontró ni asociación entre las variables ni significancia estadísticas.

11.- En la escala de problemas con compañeros se evidenció un riesgo al poseer un padre o ambos en el extranjero, sin embargo el riesgo es de 3.13 veces mayor en los niños de 6 a 10 años, en los de 11 a 16 años las variables no se asocian ni existe significancia estadística.

12.- En lo referente a conducta prosocial, la migración no se asocia a patología en este apartado pues no existe relación ni significancia estadística entre las variables.

X.- BIBLIOGRAFIA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alaez M, Martínez R, Rodríguez C. Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. Rev Psicothema, Vol. 12 , 2000; numero 4, pp. 525-532. Madrid-España
Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/367.pdf>
2. Arauz V, Camacho A. Violencia y Migración en el Ecuador. Documento en trámite de publicación. 2009. Disponible en
http://devserver.paho.org/virtualcampus/download/boletin/si/2008/11/DOC_SINTESIS_ECUADOR.PDF
3. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Individual and group-based parenting programmes for the treatment of physical child abuse and neglect. Programas parentales individuales y de grupo acerca del tratamiento para el abuso físico y negligencia con infantes. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, Art. No. CD005463. DOI: 10.1002/14651858.CD005463.pub3
4. Bjornstad G, Montgomery P. Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Terapia familiar para desordenes de déficit de atención o desordenes de hiperactividad en niños y adolescentes. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, Art. No. CD005042. DOI: 10.1002/14651858.CD005042.pub2Abstract
5. Castillo Ponce, Ramón a y Larios Candelas, Anayatzin. Remesas y desarrollo humano: el caso de zacatecas. Región y sociedad. 2008, vol.20, n.41 [citado 2009-11-24], pp. 117-144 . Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1870-3925.
6. Clark R, Jennifer E. Immigrant Families over the Life Course: Research Directions and Needs. Journal of Family Issues. 2009 disponible en:
<http://jfi.sagepub.com/cgi/content/abstract/30/6/852>
7. Dean, X. Psiquiatría del niño y el adolescente. 3ra. edición. Madrid. Harcourt Brace de España. 1998. Págs. 67-78.
8. De la Barra M Flora. Salud mental de niños y adolescentes: ¿Por qué es necesario investigar?. Rev. chil. neuro-psiquiatría. 2009; 47(3): 175-177. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272009000300001&lng=es. doi: 10.4067/S0717-92272009000300001.
9. Dupret M. Migración masiva, desestructuración psico-social y carencias institucionales en el Ecuador. 2007.

10. Encalada S, Bravo E, Prevalencia de bajo rendimiento escolar y factores asociados en adolescentes hijos de padres emigrantes del centro urbano de Gualaceo. Ecuador 2005.
11. Encuesta mi opinión si cuenta. INNFA. En Ecuador Estudio recoge efectos de migración de los niños. 2009. e pub. Disponible en:
<http://argijokin.blogcindario.com/2008/12/09841-ecuador-un-32-de-los-menores-sufren-acoso-escolar.html>
12. Equipo SAM, Fundación Esperanza Ecuador. Niñez y migración en el Ecuador: Diagnóstico de situación. Revista Migrante. 2008; Edición No. 2
13. Fang F, Su L, Kay M, Emotional and behavioral problems of Chinese left behind children: a preliminary study. Soc Psychiat Epidemiol 2010. 45: 655-664 DOI 10.1007/s00127-009-0107-4. Available from:
<http://www.springerlink.com/content/q63182t172741u5/fulltext.pdf>
14. Ferrer E, Palomares G, Cribado de problemas psicosociales en atención primaria. Rev. Pediatr.2009; 11: Núm. 43 pp. 425-437. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/pdf/pap/v11n43/5_originales.pdf
15. Fe Y Alegría. Madurar sin padres. Los efectos de la migración de los progenitores en el desempeño escolar de los niños y adolescentes en Bolivia. 2010. Disponible en:
http://www.entreculturas.org/files/documentos/estudios_e_informes/Informe%20Bolivia_Madurar%20sin%20padres.pdf
16. Gómez C. Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. Rev. Colombiana de Psiquiatría, 2005; vol. XXXIV, No. 003, pp. 339
17. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. British Journal of Psychiatry. 2000. 177, 534-539.
18. Goodman A, Goodman R. Strengths and Difficulties Questionnaire as a Dimensional Measure of Child Mental Health. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2009. Volume 48. Issue 4. 400-403.DOI: 10.1097/CHI.0b013e3181985068Abstract
19. INEC Datos Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos disponible en www.inec.gov.ec
20. Isper J, Stein D, Hawkrigge S, Hoppe L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: the Cochrane Library, Issue 3, Art. No. CD005170. DOI: 10.1002/14651858.CD005170.pub3

21. Mata D, Suarez A, Torres C, Carro A, Ortega E. Uso del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) como instrumento de cribado de trastornos psiquiátricos en la consulta de pediatría de Atención Primaria. *Rev Boletín pediatría* 2009; 49: 259-262 Disponible en: www.sccalp.org/documents/./BolPediatr2009_49_259-262.pdf

22. Mathai J, Anderson P, Bourne A. Comparing psychiatric diagnoses generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with diagnoses made by clinicians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2004. 38, 639-643.

23. Mathai J, Jespersen S, Bourne A, Donegan T, Akinbiyi A, Gray K. Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire in identifying emotional and behavioural problems in children of parents with a mental illness in Australia. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. Volume 7, Issue 3. 2008.

24. Montgomery P, Bjornstad G, Dennise J. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: the Cochrane Library, Issue 3 Art. No. CD002206. DOI: 10.1002/14651858.CD002206.pub1

25. James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 3 Art. No. CD004690. DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub4Abstract

26. Larn L, Nordheim L, Edleand E, Hagen K, Heian F. Exercise in Prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 3, Art. No. CD004691. DOI: 10.1002/14651858.CD004691.pub3

27. Macdonald G, Higgins J, Ramchandani P. Intervenciones cognitivo-conductuales para el abuso sexual de los niños (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, CD001930. 2008.

28. Mytton J, DiGuseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2009, Art, No. CD004606. DOI: 10.1002/14651858.CD004606pub3

29. Mora, Claudia. Estratificación social y migración intrarregional: algunas caracterizaciones de la experiencia migratoria en latinoamérica*. *Universum*. 2009, vol.24, n.1, pp. 128-143 . 23762009000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2376. doi: 10.4067/S0718-23762009000100008. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718

30. Moran T. When Mothers and Fathers Migrate North: Caretakers, Children, and Child Rearing in Guatemala. *Latin American Perspectives* 2008. Pp 35-39
disponible en:
<http://hinari.gw.who.int/shalecomlap.sagepub.com/whalecom0/cgi/reprint/35/4/79>

31. Paredes P, Bravo L, Calle A. Impacto de la migración en la salud infantil. *Boletín Pediátrico* 2004; 44, 137-149

32. Paiewonsky D. Los Impactos de la migración en los hijos e hijas de migrantes: Consideraciones conceptuales y hallazgos parciales de los estudios del INSTRAW. 2007.

33. Panyayong B, Juntalasena S. Mental health problems among students in the area with continuous insurgency in the deep South of Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 2009, Vol 17. Number 1 .Jan.

34. Pinos G, Ochoa L. Migración y Salud mental. *Rev. Facultad de Ciencias medicas*, Vol, 1998 Ecuador pag 7-17

35. Pinos A, Peralta J, Osorio C, Pinos N. Intervención psicológica en problemas emocionales y de conducta de adolescentes, hijos de migrantes 2003-2004. *Revista de la Universidad de Cuenca. Anales ciencia y tecnología*, Tomo 53, Diciembre 2007, pág. 45-50

36. Paula Cristiane S, Duarte Cristiane S, Bordin Isabel A S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2007 Mar ; 29(1): 11-17. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100006&lng=en. Epub Oct 18, 2006. doi: 10.1590/S1516-44462006005000012.

37. Ramos C, Hércules J. Strengths and Difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Riberao Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003. 25(3): 139-45

38. Ratha D, Xu Z. Migration and Remittance Factbook. Equipo de migración y remesas, análisis de desarrollo del Banco Mundial. Disponible
www.worldbank.org/prospects/migrationandremittances.

39. Recart H Constanza, Castro O Paulina, Alvarez A Hernán, Bedregal G Paula. Características de niños y adolescentes atendidos en un consultorio psiquiátrico del sistema privado de salud en Chile. *Rev. méd. Chile* [revista en la Internet]. 2002 Mar; 130(3): 295-303. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000300008&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872002000300008.

40. Rothenberger A, Becker A, Erhart M, Wille N, Ravens S. The Bella Study Group. Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and Adolescents: results of the Bella Study. *European Child Adolescent Psychiatry. Supplement 1* 17: 99-105. 2008. DOI 10.1007/s00787-008-1011-2
41. Saad E, Saad J, Cueva E, Hinostroza W. Causas socio económicas de la emigración en el Ecuador y su impacto en la Adolescencia. *Revista edición especial Espol Ciencia*. 2003. 281-298. Disponible en: <http://www.rte.espol.edu.ec/articulos.php?idRevista=2>
42. Shojaei T, Wazana A, Pitrou I, Kovess V. The Srengths and Difficulties questionnaire: validation study in French school-aged children and cross-cultural comparison. *Social Psychiatry and Psyc Epidemiology*. 2008. DOI: 10.1007/s00127-008-0489
43. Soruco X, Piani G, Rosi M. What emigration leaves behind: The situation of emigrants and their families in Ecuador. Interamerican Development Bank. Research network working paper #R-542 available from: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1334869>
44. Turner W, Macdonal G, Dennis J. Intervenciones de entrenamiento cognitivo-conductual para ayudar a los cuidadores adoptivos en el tratamiento de conductas problemáticas (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 3*. 2008. CD00376.
45. Vargas J, Aguilar J, García H, Romero E. Migración, Salud mental y disfunción familiar II: Familia del migrante urbano oaxaqueño. El nivel económico como variable. *Centro Regional de Investigación den Psicología. Volumen 2. No. 1*. 2008. 63-66
46. Vargas J, Aguilar J. Emigración y disfunción familiar en Oaxaca: Un estudio piloto en dos comunidades de valles centrales. *Boletín electrónico reinvestigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología, Número 1*. 2004. Pp. 23-29 disponible a www.conductitlan.net/migracion.htm
47. Verdera F. Migración, mercados trabajo y pobreza. Conferencia internacional de migración y codesarrollo. Lima, 19 febrero 2008.
48. Vilar E, Eibenschutz C. Migración y Salud Mental un Problema emergente de salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, julio-diciembre, año/vol. 6, número 013 Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. pp. 11-32
49. Vostains P. Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Current Opinión Psychiatry*. 2006. 4: 367-72
50. Yeoh B, Lam T. Children left behind and children who migrate with a parent. Children left behind face tough road. Souce daily 2007 available from: http://english.peopledaily.com.cn/200406/02/eng20040602_145140.html

XI.- ANEXOS

ANEXO 1

**FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA
FAMILIAR**

Nombre y apellidos del encuestado.....

Edad en años.....

Sexo masculinofemenino.....

Procedencia.....rural.....urbano.....

¿Tiene alguno de sus padres viviendo en el extranjero? Si..... no.....

En caso de responder si continúe y coloque una X en cuál de sus padres está en el extranjero

Padre..... Madre..... Padre y Madre.....

¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde que el primero de sus padres emigró?

Desde 1 día a 2 años y 6 Meses.....

Más de 2 años y 6 Meses

ANEXO 2 (test para padres o representantes)

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento del niño/a durante los últimos seis meses o durante el presente curso escolar.

Nombre del niño/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	☐	☐	☐
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	☐	☐	☐
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	☐	☐	☐
Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	☐	☐	☐
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	☐	☐	☐
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	☐	☐	☐
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	☐	☐	☐
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	☐	☐	☐
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	☐	☐	☐
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	☐	☐	☐
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	☐	☐	☐
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	☐	☐	☐
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	☐	☐	☐
Por lo general cae bien a los otros niños/as	☐	☐	☐
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	☐	☐	☐
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	☐	☐	☐
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	☐	☐	☐
A menudo miente o engaña	☐	☐	☐
Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella	☐	☐	☐
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños)	☐	☐	☐
Piensa las cosas antes de hacerlas	☐	☐	☐
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	☐	☐	☐
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	☐	☐	☐
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	☐	☐	☐
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	☐	☐	☐

Firma

Fecha

Madre/padre/maestro/otros (indique, por favor:)

Muchas gracias por su ayuda

© Robert Goodman, 2005

ANEXO 3 (Autotest 11-16 años)

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

Por favor ponga una cruz en el cuadro que crea que corresponde a cada una de las preguntas: No es verdad, Es verdad a medias, Verdaderamente sí. Es importante que responda a todas las preguntas lo mejor que pueda, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas según como le han ido las cosas en los últimos seis meses.

Nombre

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es verdad	Es verdad a medias	Verdaderamente sí
Procuró ser agradable con los demás. Tengo en cuenta los sentimientos de las otras personas	☐	☐	☐
Soy inquieto/a, hiperactivo/a, no puedo permanecer quieto/a por mucho tiempo	☐	☐	☐
Suelo tener muchos dolores de cabeza, estómago o náuseas	☐	☐	☐
Normalmente comparto con otros mis juguetes, chucherías, lápices, etc	☐	☐	☐
Cuando me enfado, me enfado mucho y pierdo el control	☐	☐	☐
Soy más bien solitario/a y tiendo a jugar solo/a	☐	☐	☐
Por lo general soy obediente	☐	☐	☐
A menudo estoy preocupado/a	☐	☐	☐
Ayudo si alguien está enfermo, disgustado o herido	☐	☐	☐
Estoy todo el tiempo moviéndome, me muevo demasiado	☐	☐	☐
Tengo un/a buen/a amigo/a por lo menos	☐	☐	☐
Peleo con frecuencia con otros, manipulo a los demás	☐	☐	☐
Me siento a menudo triste, desanimado o con ganas de llorar	☐	☐	☐
Por lo general caigo bien a la otra gente de mi edad	☐	☐	☐
Me distraigo con facilidad, me cuesta concentrarme	☐	☐	☐
Me pongo nervioso/a con las situaciones nuevas, fácilmente pierdo la confianza en mí mismo/a	☐	☐	☐
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	☐	☐	☐
A menudo me acusan de mentir o de hacer trampas	☐	☐	☐
Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	☐	☐	☐
A menudo me ofrezco para ayudar (a padres, maestros, niños)	☐	☐	☐
Pienso las cosas antes de hacerlas	☐	☐	☐
Cojo cosas que no son mías de casa, la escuela o de otros sitios	☐	☐	☐
Me llevo mejor con adultos que con otros de mi edad	☐	☐	☐
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	☐	☐	☐
Termino lo que empiezo, tengo buena concentración	☐	☐	☐

Firma

Fecha

Muchas gracias por su ayuda

© Robert Goodman, 2005

ANEXO 4. PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

(TEST DE PADRES)

Puntuación del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Cas): P^{4-16} , M^{4-16}

Los 25 ítems del cuestionario comprenden 5 escalas con 5 ítems cada una. El primer paso para su puntuación suele ser puntuar cada una de las 5 escalas. "Un tanto cierto" se puntúa siempre como 1, pero las puntuaciones de "No es cierto" y "Absolutamente cierto" varían según cada ítem. Las puntuaciones para cada uno de ellos se dan a continuación. Para cada una de las 5 escalas la puntuación puede variar desde 0 hasta 10 si los 5 ítems fueron completados. Puede prorratear las puntuaciones si solamente faltan uno o dos ítems por contestar.

<u>Escala de síntomas emocionales</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Se queja con frecuencia de ...	0	1	2
Tiene muchas preocupaciones	0	1	2
Se siente a menudo infeliz ...	0	1	2
Es nervioso/a o dependiente ...	0	1	2
Tiene muchos miedos	0	1	2
<u>Escala de problemas de conducta</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Frecuentemente tiene rabietas	0	1	2
Por lo general es obediente	2	1	0
Pelea con frecuencia	0	1	2
A menudo miente o engaña	0	1	2
Roba cosas en casa	0	1	2
<u>Escala de hiperactividad</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Es inquieto/a, hiperactivo/a ...	0	1	2
Está continuamente moviéndose ...	0	1	2
Se distrae con facilidad	0	1	2
Piensa las cosas antes de hacerlas	2	1	0
Termina lo que empieza	2	1	0
<u>Escala de problemas con compañeros/as</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Es más bien solitario/a	0	1	2
Tiene por lo menos un amigo	2	1	0
Por lo general cae bien ...	2	1	0
Se meten con él/ella	0	1	2
Se lleva mejor con adultos	0	1	2
<u>Escala prosocial</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos ...	0	1	2
Comparte frecuentemente	0	1	2
Ofrece ayuda cuando alguien	0	1	2
Trata bien a niños más pequeños	0	1	2
A menudo se ofrece para ayudar	0	1	2

Para obtener la **puntuación total de dificultades**, sume las cuatro escalas que se refieren a los problemas, pero no incluya la escala prosocial. La puntuación resultante puede variar entre 0 y 40. (Puede prorratear el total si al menos 12 de los ítems fueron completados.)

(PUNTUACIÓN TEST AUTOAPLICADO)

Puntuación del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Cas): A¹¹⁻¹⁶

Los 25 ítems del cuestionario comprenden 5 escalas con 5 ítems cada una. El primer paso para su puntuación suele ser puntuar cada una de las 5 escalas. "Un tanto cierto" se puntúa siempre como 1, pero las puntuaciones de "No es cierto" y "Absolutamente cierto" varían según cada ítem. Las puntuaciones para cada uno de ellos se dan a continuación. Para cada una de las 5 escalas la puntuación puede variar desde 0 hasta 10 si los 5 ítems fueron completados. Puede prorratear las puntuaciones si solamente faltan uno o dos ítems por contestar.

<u>Escala de síntomas emocionales</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
A menudo tengo dolor ...	0	1	2
Me preocupo mucho	0	1	2
A menudo me siento infeliz, desanimado o lloroso	0	1	2
Me siento nervioso/a ante nuevas situaciones ...	0	1	2
Tengo muchos miedos, me asusto fácilmente	0	1	2
<u>Escala de problemas de conducta</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Frecuentemente tengo rabietas o mal genio	0	1	2
Por lo general soy obediente	2	1	0
Peleo mucho	0	1	2
A menudo me acusan de mentir o hacer trampas	0	1	2
Cojo las cosas que no son mías	0	1	2
<u>Escala de hiperactividad</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Me siento inquieto/a, hiperactivo/a ...	0	1	2
Estoy todo el tiempo moviéndome o soy revoltoso	0	1	2
Me distraigo con facilidad	0	1	2
Pienso las cosas antes de hacerlas	2	1	0
Termino las tareas que estoy haciendo	2	1	0
<u>Escala de problemas con compañeros/as</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Suelo estar solo/a. Prefiero jugar solo/a	0	1	2
Tengo un/a buen/a amigo/a o más de uno	2	1	0
Por lo general le caigo bien a la otra gente de mi edad	2	1	0
Otra gente de mi edad se mete conmigo o se burla de mí	0	1	2
Me llevo mejor con adultos que con compañeros	0	1	2
<u>Escala prosocial</u>	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Procuró ser amable con los demás.	0	1	2
Comparto frecuentemente con otros	0	1	2
Ayudo cuando alguien resulta herido	0	1	2
Trato bien a los niños/as más pequeños/as	0	1	2
A menudo me ofrezco para ayudar	0	1	2

Para obtener la puntuación total de dificultades, sume las cuatro escalas que se refieren a los problemas, pero no incluya la escala prosocial. La puntuación resultante puede variar entre 0 y 40. (Puede prorratear el total si al menos 12 de los ítems fueron completados.)

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

(TEST PARA PADRES)

Interpretación de los resultados y definición de los casos

Las puntuaciones que se muestran a continuación han sido escogidas de tal manera que el 80% de los niños de la población están dentro de la normalidad, el 10% en el límite y el 10% restante en la anormalidad. En un estudio con una muestra de alto riesgo, donde los falsos positivos no constituyen una preocupación fundamental, puede identificar los casos por una puntuación en el límite o alta en una de las escalas de dificultades total. En un estudio con una muestra de bajo riesgo, donde resulta más importante reducir el índice de falsos positivos, podría identificar los casos por una puntuación alta en una de las escalas de dificultades total.

	<u>Normal</u>	<u>Límite</u>	<u>Anormal</u>
Completada por los padres			
Puntuación total de dificultades	0 - 13	14 - 16	17 - 40
Puntuación síntomas emocionales	0 - 3	4	5 - 10
Puntuación problemas de conducta	0 - 2	3	4 - 10
Puntuación hiperactividad	0 - 5	6	7 - 10
Puntuación problemas con compañeros	0 - 2	3	4 - 10
Puntuación conducta prosocial	6 - 10	5	0 - 4

Completada por los profesores

Puntuación total de dificultades	0 - 11	12 - 15	16 - 40
Puntuación síntomas emocionales	0 - 4	5	6 - 10
Puntuación problemas de conducta	0 - 2	3	4 - 10
Puntuación hiperactividad	0 - 5	6	7 - 10
Puntuación problemas con compañeros	0 - 3	4	5 - 10
Puntuación conducta prosocial	6 - 10	5	0 - 4

(AUTOTEST)

Interpretación de los resultados y definición de los casos

Las puntuaciones que se muestran a continuación han sido escogidas de tal manera que el 80% de los niños de la población están dentro de la normalidad, el 10% en el límite y el 10% restante en la anormalidad. En un estudio con una muestra de alto riesgo, donde los falsos positivos no constituyen una preocupación fundamental, puede identificar los casos por una puntuación en el límite o alta en la escala de dificultades total. En un estudio con una muestra de bajo riesgo, donde resulta más importante reducir el índice de falsos positivos, podría identificar los casos por una puntuación alta en la escala de dificultades total.

	<u>Normal</u>	<u>Límite</u>	<u>Anormal</u>
Puntuación total de dificultades	0 - 15	16 - 19	20 - 40
Puntuación síntomas emocionales	0 - 5	6	7 - 10
Puntuación problemas de conducta	0 - 3	4	5 - 10
Puntuación hiperactividad	0 - 5	6	7 - 10
Puntuación problemas con compañeros	0 - 3	4 - 5	6 - 10
Puntuación conducta prosocial	6 - 10	5	0 - 4

ANEXO 5

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE Y DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA
SEXO Género correspondiente con el que se nace	Caracteres sexuales secundarios	Fenotipo	Masculino Femenino
EDAD Años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta	Tiempo	Por cedula o registro escolar	Numérica
PROCEDENCIA Sitio donde vive el investigado	Lugar geográfico	De acuerdo al último censo lo definido como urbano o rural.	Urbano Rural
TIEMPO DE MIGRACIÓN Número de meses años y días desde que uno de los padres migro.	Tiempo	Cálculo en tiempo a partir del día que emigro el primer familiar	Numérica
FAMILIARES MIGRANTES Se refiere a cuál de los padres emigró o en su defecto ambos	Padres Migrantes	En caso de migración por parte del padre, la madre o ambos	Solo el padre Solo la madre El padre y la madre.

Problemas emocionales Cuadros clínicos que pueden alterar expresiones comportamentales del desenvolvimiento personal, familiar, laboral o social.	Todo signo o síntoma que represente disturbio emocional según el SDQ	Preguntas cuestionario SDQ 3,8,13,16,24	Puntaje SDQ Anormal 5 a 10 Límite 4 Normal 0 a 3
Problemas de Conducta Los comportamientos que distorsionan el curso habitual de la clase, la familia.	Todo signo o síntoma que represente un disturbio de la conducta según el SDQ	Preguntas cuestionario SDQ 5,7,12,18,22	Puntaje SDQ Anormal 5 a 10 Límite 4 Normal 0 a 3
Problemas de Hiperactividad Actividad excesiva en el niño, desorganizada, presente en todos los contextos.	Todo signo o síntoma de hiperactividad según el SDQ	Preguntas cuestionario SDQ 2,10,15,21,25	Puntaje SDQ Anormal 8 a 10 Límite 6 a 7 Normal 0 a 2
Problemas de relación con compañeros Alteración de la relación para mantener una conducta apropiada con sus semejantes	Todo signo o síntoma de disturbio al relacionarse con las personas con las que comparte su educación según el SDQ	Preguntas cuestionario SDQ 6,11,14,19,23	Puntaje SDQ Anormal 4 a 10 Límite 3 Normal 0 a 2
Conducta Prosocial Es la conducta en beneficio de otras personas; maneras de responder a éstas con simpatía, condolencia, cooperación, ayuda, entre otras.	Todo signo o síntoma que represente alteración en la conducta social positiva es decir no dañina o agresiva según el SDQ.	Preguntas Cuestionario SDQ 1,4,9,17,20	Puntaje SDQ Anormal 0 a 4 Límite 5 Normal 6 a 10

ANEXO 6

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA
FAMILIAR**

IMPACTO DE LA MIGRACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O REPRESENTANTES

Yo, Dra. Jannett Alexandra Redrován Criollo, estudiante del postgrado de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de La Universidad del Azuay, estoy realizando un estudio como proyecto de investigación previa a la obtención del título de especialista en Medicina Familiar, sobre el impacto de la migración en la salud mental de nuestros niños y adolescentes en el cantón Santa Isabel. Por tal motivo le realizaré una encuesta con 25 preguntas a usted, a su hijo, hija, representado o representada y/o al profesor del mismo. Tomará aproximadamente 15 minutos el contestar, además se tomarán algunos datos de filiación como nombre, edad, sexo, residencia, además el tiempo que ha pasado desde que migraron sus familiares y quien de sus familiares emigró. Toda la información no tiene costo alguno para usted. El beneficio que obtendrá es saber si su hijo, hija, representado o representada tiene algún problema en su salud mental y establecer si la migración afecta de alguna manera el estado mental de los hijos de los migrantes con la finalidad de buscar una estrategia para la solución de la misma.

La Dra. Jannett Alexandra Redrován Criollo, me ha explicado todas las preguntas de la encuesta y ha dado respuesta a todas las preguntas que he realizado, habiendo entendido el objetivo del trabajo y lo que efectuará en mi hijo, hija, representado o representada y a su profesor, libremente sin ninguna presión autorizo la inclusión de mi hijo, hija, representado o representada y su profesor en este estudio sabiendo que los datos obtenidos, así como la identidad de mi hijo, hija, representado o representada se mantendrán en confidencialidad y los resultados serán utilizados únicamente para la realización de este estudio.

Firma o Huella Digital.....

.....

ANEXO 7

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA
FAMILIAR**

IMPACTO DE LA MIGRACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIDADES y PROFESORES

Yo, Dra. Jannett Alexandra Redrován Criollo, estudiante del postgrado de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencias Médicas de La Universidad del Azuay, estoy realizando un estudio como proyecto de investigación previa a la obtención del título de especialista en Medicina Familiar, sobre el impacto de la migración en la salud mental de nuestros niños y adolescentes en el cantón Santa Isabel. Por tal motivo realizaré una encuesta con 25 preguntas sus estudiantes o alumnos. Tomará aproximadamente 15 minutos el contestar, además se tomarán algunos datos de filiación como nombre, edad, sexo, residencia, además el tiempo ha pasado desde que migraron sus familiares y quien de sus familiares emigró. Toda la información no tiene costo alguno para usted ni para la institución ni para el alumnado. El beneficio que obtendrá es saber si su alumno o alumna tiene algún problema en su salud mental y establecer si la migración afecta de alguna manera el estado mental de los hijos de los migrantes con la finalidad de buscar una estrategia para la solución de la misma.

La Dra. Jannett Alexandra Redrován Criollo, me ha explicado todas las preguntas de la encuesta, me ha dado a conocer que cuenta con la autorización de uno de los padres del menor o sus representantes y ha dado respuesta a todas las preguntas que he realizado, habiendo entendido el objetivo de este trabajo y lo que efectuará en mi alumno o alumna libremente sin ninguna presión autorizo se haga la encuesta sabiendo que los datos obtenidos, así como la identidad de mi persona, mi alumno o alumna se mantendrán en confidencialidad y los resultados serán utilizados únicamente para la realización de este estudio.

Firma o Huella Digital.....

.....

ANEXO 8

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE MEDICINA
FAMILIAR.**

IMPACTO DE LA MIGRACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES ENTRE 12 A 18 AÑOS

Yo, Dra. Jannett Alexandra Redrován Criollo, estudiante del postgrado de Medicina Familiar de la Facultad de Ciencia Medicas de La Universidad del Azuay, estoy realizando un estudio como proyecto de investigación previa a la obtención del título de especialista en Medicina Familiar, sobre el impacto de la migración en la salud mental de nuestros niños y adolescentes en el cantón Santa Isabel. Por tal motivo le realizaré una encuesta con 25 preguntas acerca de usted. Tomará aproximadamente 15 minutos el contestar, además se tomarán algunos datos de filiación como su nombre, edad, sexo, residencia, además el tiempo que ha pasado desde que migraron sus familiares si ese fuera el caso, y quien de sus familiares emigró. Toda la información no tiene costo alguno para usted. El beneficio que obtendrá es saber si usted tiene algún problema en su salud mental y establecer si la migración afecta de alguna manera el estado mental de los hijos de los migrantes con la finalidad de buscar una estrategia para la solución de la misma.

La Dra. Jannett Alexandra Redrován Criollo, me ha explicado todas las preguntas de la encuesta y ha dado respuesta a todas las preguntas que he realizado y me ha dado a conocer que aunque uno de mis padres o representante haya autorizado que se me haga la encuesta puedo o no realizar la misma de manera voluntaria y libremente sin ninguna presión. Autorizo se me haga la encuesta sabiendo que los datos obtenidos, así como la identidad de mi persona, se mantendrán en confidencialidad y los resultados serán utilizados únicamente para la realización de este estudio.

Firma o Huella Digital.....

.....

ABREVIATURAS

IC: Intervalo de confianza

RP: Razón de prevalencia

SDQ: Cuestionario de cualidades y dificultades.