



Universidad del Azuay

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

**DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES HIJOS DE
MIGRANTES DE LA UNIDAD EDUCATIVA
“CIUDAD DE GIRÓN”**

Autoras:

Elizabeth Arias Zhunio.; Doménica Merchán Quizhpi.

Directora:

Ana Lucía Pacurucu PhD.

Cuenca – Ecuador

2022

DEDICATORIA

Con mucha gratitud y amor dedico esta tesis principalmente a mis padres Rubén y Leonisa por el amor puro e incondicional que me han brindado durante toda mi vida y por el arduo esfuerzo que han hecho para brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente.

A mis amigos Daniela, Jhon, Jane y Bárbara por haberme obsequiado su absoluta y leal amistad, demostrando su cariño sincero hacia a mi durante toda mi carrera universitaria, por haberme ayudado a levantarme de muchas caídas y por enseñarme a confiar en mí misma.

Johmara Elizabeth Arias Zhunio

DEDICATORIA

A mis abuelitos, Lola y Jorge por ser el pilar fundamental en mi vida, por el amor más puro y sincero que me han dado, papi sé que desde el cielo festeja este logro y se siente orgulloso, esto va en su memoria.

A mis padres, Milton y Martha por brindarme su amor y apoyo incondicional, por hacer hasta lo imposible por verme feliz y realizada, sin ustedes esto no sería posible.

A mi hermana Paula, por su cariño y compañía, sin ti nada sería igual.

A Jimmy, por brindarme siempre su apoyo y ser parte de mi felicidad.

A mis tíos y tías quienes a lo largo de mi vida siempre fueron un gran apoyo.

Doménica Alejandra Merchán Quizhpi.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer infinitamente a mis padres por la confianza que siempre han tenido en mí, por cada palabra de aliento, expresión de orgullo y amor que me dieron para atravesar estos años de estudio, y sobre todo por el gran esfuerzo que han hecho y hacen día a día en su trabajo con el objetivo de verme crecer como profesional y como ser humano.

A mis hermanos, por la motivación, el cariño brindado y la confianza puesta en mí.

A Josué, por haber sido un apoyo incondicional durante este largo caminar estudiantil, por su gran cariño, la confianza puesta en mí y momentos felices compartidos.

A mis amigos por su amistad sincera y por haber estado siempre en los altibajos de mi vida, llenándome de cariño y valentía.

A mi amiga y compañera de tesis Doménica Merchán por su grandiosa amistad, por todos los momentos compartidos dentro y fuera del aula de clases y por la comprensión y dedicación que ha demostrado en este trabajo.

A nuestra tutora de tesis Anita Pacurucu por impartir sus valiosos conocimientos para la elaboración de esta investigación, por su paciencia, tiempo y apoyo brindado.

Johmara Elizabeth Arias Zhunio

AGRADECIMIENTOS

A mis abuelitos, por su amor infinito, cuidado y valores inculcados.

A mi padres, Milton y Martha por ser los principales pilares en mi vida, por confiar y creer en mí. Gracias papi por su apoyo incondicional, por hacer hasta lo imposible por verme triunfar. Gracias mami por su compañía en cada madrugada, por cada una de sus palabras de aliento, por nunca dejarme caer y ayudarme a convertirme en la persona que soy.

A mi hermana Paula, por ser mi compañera de vida y mi pilar fundamental.

A Jimmy, por el amor y la confianza puesta en mí, gracias por ayudarme a crecer día a día.

A mis tías y tíos, por su cariño y apoyo incondicional, gracias por estar siempre para mí.

A mi compañera de tesis y gran amiga Elizabeth Arias, gracias por la dedicación, compromiso y responsabilidad puesta en esta investigación y por todos los momentos compartidos a lo largo de nuestra vida universitaria.

A mi tutora Anita Pacurucu, por sus conocimientos impartidos, por ser guía y apoyo en el desarrollo de esta investigación.

A la Unidad Educativa “Ciudad de Girón”, por confiar en nosotras y abrirnos sus puertas.

Doménica Alejandra Merchán Quizhpi.

RESUMEN:

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre depresión y migración en adolescentes hijos de padres migrantes de la Unidad Educativa “Ciudad de Girón”. Esta investigación es no experimental, con un enfoque metodológico cuantitativo de tipo transversal y con un alcance descriptivo. Los instrumentos aplicados fueron el inventario de depresión de Beck y la ficha sociodemográfica que nos permitió obtener datos e información personal de cada estudiante. La muestra con la que se llevó a cabo la investigación fue de 36 adolescentes entre 14 y 17 años.

Los resultados mostraron una prevalencia del 83,3% de sintomatología depresiva en donde el 22,2% presenta depresión moderada, el 19,4% una leve perturbación del estado del ánimo, el 16,7% depresión grave, el 16,7% estados de depresión intermitentes, el 8,3% depresión extrema y el 16,7% manifiesta tener altibajos considerados normales.

Palabras clave: Adolescencia, depresión, migración, padres.



ABSTRACT:

The objective of this research was to determine the relation between depression and migration in teenagers, at “Ciudad de Girón” school, whose parents have migrated. This research is non- experimental with a quantitative methodological approach of cross-sectional type and with a descriptive scope. The instruments applied to collect the information were the Beck Depression Inventory test and the Socio-demographic questionnaire which allowed us to obtain data and personal information of each student. This research was carried out with the participation of 36 adolescents between 14 and 17 years old. The results showed a prevalence of depressive symptoms of 83,3% which 22,2% reveal moderate depression, 19,4% a mild mood disturbance, 16,7% severe depression, 16,7% recurrent states of depression, 8,3% extreme depression and 16,7% exhibit ups and downs considered normal.

Key Words: Adolescence, depression, migration, parents.



Translated by

A handwritten signature in blue ink that reads 'Elizabeth Arias'.

Elizabeth Arias

A handwritten signature in blue ink that reads 'Doménica Merchán'.

Doménica Merchán

ÍNDICE

ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I	12
1 DEPRESIÓN	12
1.1 Definición de depresión	12
1.2 Teorías de la depresión.....	12
1.2.1 Teoría psicodinámica	12
1.2.2 Teoría cognitiva de Aaron Beck	13
1.2.3 Teoría biológica	14
1.3 Fases de la depresión.....	15
1.4 Clasificación de la depresión según el DSM – V	15
1.5 Depresión en la adolescencia	17
CAPÍTULO II	19
2 ADOLESCENCIA.....	19
2.1 Definición.....	19
2.2 Fases del período adolescente	20
2.2.1 Fase puberal o Adolescencia Temprana (10 – 13 años): Preocupación por lo físico y emocional.....	20
2.2.2 Adolescencia Media (14 - 16 años): Búsqueda de la sustentación personal y social	20
2.2.3 Adolescencia tardía o Fase Final del periodo adolescente Final (17 - 19 años): Búsqueda de intimidad y de la construcción del rol social.....	21
2.3 Construcción de la identidad en la adolescencia	23
2.4 Factores de riesgo que influyen en la salud mental del adolescente	24
2.5 Adolescencia y migración parental: Efectos psicológicos y sociales que se originan en los adolescentes producto de la migración de los padres	25
CAPÍTULO III.....	26
3 LA MIGRACIÓN HUMANA.....	26
3.1 Definición.....	26
3.2 Causas de la migración.....	26
3.3 Tipos de migración.....	27
3.3.1 Según su destino	28
3.3.2 Según su duración.....	28

3.3.3	Según su carácter	28
3.3.4	Según la situación legal del migrante	29
3.3.5	Según su origen y destino	29
3.4	Consecuencias de la migración	30
3.5	Migración en Ecuador	31
3.6	Migración en la provincia del Azuay y en el cantón Girón	32
3.7	Consecuencias psicológicas de la migración en los adolescentes	32
3.8	Depresión relacionada con la migración	33
CAPÍTULO IV	.....	34
4	METODOLOGÍA	34
4.1	Tipo de estudio	34
4.2	Población.....	34
4.3	Muestra.....	34
4.3.1	Criterios de inclusión:	34
4.3.2	Criterios de exclusión:	34
4.4	Instrumentos	34
4.4.1	Ficha sociodemográfica	34
4.4.2	Inventario de Depresión de Beck.....	35
4.5	Procedimiento.....	35
4.6	Resultados	36
4.6.1	Descripción de la muestra.....	36
DISCUSIÓN.....	.....	40
CONCLUSIONES.....	.....	42
RECOMENDACIONES.....	.....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	.....	44
ANEXOS.....	.....	48

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Principales teorías de la adolescencia.....	22
Tabla 2. Tipos de migración	28
Tabla 3. Niveles de depresión	36
Tabla 4. Zona de residencia y progenitor migrante	36
Tabla 5. Zona de residencia y tiempo de migración de los progenitores	37
Tabla 6. Zona de residencia y representante legal del estudiante	37
Tabla 7. Sexo relacionado a los niveles de depresión de Beck.....	38
Tabla 8. Edad en relación a los niveles de depresión de Beck	38
Tabla 9. Niveles de depresión y progenitor migrante.....	38
Tabla 10. Relación entre el tiempo de migración y niveles de depresión de Beck	39

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Ficha sociodemográfica.....	48
Anexo 2. Inventario de depresión de Beck.....	49
Anexo 3. Consentimiento informado	51

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado del ánimo que afecta de manera física y mental a la persona, los síntomas van desde sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza, irritabilidad, culpabilidad, disminución de energía, sueño, apetito, etc. Esta puede aparecer a cualquier edad, sin embargo, uno de los periodos de mayor riesgo para su aparición es la adolescencia. La depresión en adolescentes es una condición común, crónica, recurrente y de tendencia familiar que usualmente persiste en la adultez. Se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno; Debido a ello, las personas que se encuentran en este periodo se convierten en uno de los sectores poblacionales con mayor propensión y vulnerabilidad a experimentar esta enfermedad mental (Calero, 2019).

Existen muchos factores de riesgo que pueden desencadenar una depresión, ya que esta es una enfermedad psicobiosocial, lo cual significa que hay factores psicológicos, biológicos y sociales implicados. Dicho esto, nos centraremos en un factor social; la migración, que es un fenómeno mundial que se ha venido dando a lo largo del tiempo, esto se da por muchos aspectos de los que sobresale el económico, ya sea por la falta de empleo o por el sueldo que no cubre todas las necesidades, también se puede dar por la expectativa que tienen las personas de mejorar su calidad de vida o la de su familia.

La migración ocasiona el rompimiento de los lazos afectivos y la ausencia de las madres-padres puede ser un factor que influya en el desarrollo de los adolescentes que se quedan en el país sin una figura que regule y guíe el proceso que llevará a cabo a lo largo de su adolescencia; ya que es aquí donde puede haber discrepancias y factores que interrumpen este proceso y encontrar efectos negativos en los adolescentes.

Ecuador comparado con el resto de los países tiene un porcentaje de emigrantes medio, ya que está en el puesto 99° de los 195 del ranking de emigrantes. Las provincias con mayor porcentaje de emigrantes respecto de su población son en orden de importancia: Cañar, Loja, Azuay, Zamora Chinchipe, Morona Santiago y Pichincha (Expansión, 2020).

Existen cantones en donde los niveles de emigración respecto a la población total son muy altos, uno de estos cantones es Girón, lugar en donde enfocaremos nuestra investigación ya que es de nuestro interés determinar si la migración parental es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en adolescentes.

Al ser la adolescencia una etapa que implica diversos cambios tanto físicos como psicológicos es crucial que la persona crezca en un ambiente que cuente con la presencia de sus figuras paternas. Un fenómeno como la migración parental es un factor que puede perjudicar el correcto desarrollo del adolescente, ya que este queda expuesto a todo tipo de abusos como sexuales, físicos y psicológicos los cuales dan paso a la aparición de sentimientos de abandono, desprotección, tristeza, amargura, timidez, retraimiento o agresividad, causando en el individuo un estado de vulnerabilidad que puede desembocar en un trastorno de tipo afectivo como es la depresión (Mora, 2016).

A partir de lo expuesto, la presente tesis se centra en determinar la relación entre depresión y migración parental en los adolescentes hijos de padres migrantes. El tipo de estudio de esta investigación es no experimental, con un enfoque metodológico cuantitativo de tipo transversal y con un alcance descriptivo.

Este trabajo de titulación está estructurado de la siguiente manera: el capítulo uno que aborda el marco teórico acerca de la depresión, incluye definición, teorías, fases, clasificación según el DSM-V y depresión en la adolescencia. El capítulo dos trata sobre la adolescencia, el cual contiene definición, fases, teorías, construcción de la identidad, factores de riesgo que influyen en la salud mental del adolescente y los efectos psicológicos y sociales producto de la migración de los padres. El capítulo tres trata sobre la migración humana, en donde se describe definición, causas, tipos, consecuencias, la migración en el Ecuador, la migración en el Azuay y en el cantón Girón, consecuencias psicológicas en los adolescentes y la depresión relacionada con la migración. El capítulo cuatro presenta todo lo relacionado con los aspectos metodológicos que dieron lugar a la obtención de resultados. Además, se presenta un apartado con discusión, conclusión y recomendaciones.

CAPÍTULO I

1 DEPRESIÓN

1.1 Definición de depresión

La depresión, según la organización Panamericana de la salud (OPS) la define como una enfermedad que se caracteriza por la presencia persistente de sentimientos de tristeza y por la pérdida de interés en las actividades que causan placer en el individuo, la cual va a interferir con la vida interpersonal y social del sujeto que la padece (Organización Panamericana de la Salud, s. f.).

Para poder diagnosticar una depresión hay que tener en cuenta la cantidad e intensidad de los síntomas, el grado de deterioro funcional y el nivel de gravedad del cuadro depresivo. Esta forma de clasificar a la depresión implica considerar que no toda tristeza o variación del estado de ánimo es anormal, sino que experimentar tristeza, ganas de llorar o perder momentáneamente el interés en las actividades que siempre se han disfrutado son modalidades propias de lo cotidiano. Sin embargo, estas mismas sensaciones pueden ser también parte de la depresión. Cuando esto sucede, ya no se trata de la tristeza que es parte de la vida, sino de un conjunto de síntomas que conforman una verdadera enfermedad que interfiere con la vida cotidiana, causando dolor no solo a quien la padece sino también a su familia y vínculos sociales (Korman & Sarudiansky, 2011).

1.2 Teorías de la depresión

Existen muchos factores que pueden desencadenar una depresión ya que esta enfermedad es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos, por esta razón se han desarrollado diferentes modelos teóricos los cuales con sus distintos aportes nos brindan una explicación acerca del desarrollo de este trastorno.

1.2.1 Teoría psicodinámica

Sigmund Freud ha descrito a la depresión como una reacción ante la pérdida sobre la base de una elección narcisista del objeto, por lo que se han propuesto hipótesis en las que las experiencias traumáticas del infante, carencias tempranas o interferencias en la relación de apego pueden ser factores asociados con la depresión. Se dice que las experiencias adversas generan déficits psíquicos que predisponen negativamente a las personas para enfrentar una nueva situación de pérdida o estrés (Carrasco, 2017).

Freud y Karl Abraham son los primeros en articular un modelo psicológico para tratar de comprender y explicar los fenómenos melancólicos que en la actualidad son conocidos como “depresivos”. Abraham planteó a la depresión como una tendencia exagerada a experimentar placer mediante la gratificación oral, debido a que observó que existía una relación entre depresión y obsesión, ya que muchas personas deprimidas recurrían a la ingesta de alimentos o líquidos para poder superar su depresión. Menciona que la depresión se puede dar por un daño severo al narcisismo infantil, también por la aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados y por la repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida (Barber & Solomonov, 2016). Así la ira que está internalizada va a manifestarse en autocrítica y vulnerabilidad ante la percepción de rechazo, esto hará que las personas se vean incapaces de superar la frustración cuando son criticados o abandonados, de este modo la pérdida en la infancia es un factor de vulnerabilidad, ya que, si en la vida adulta el individuo experimenta esta pérdida nuevamente, esto le puede conducir a un estado depresivo (Ávila, 1990).

1.2.2 Teoría cognitiva de Aaron Beck

La teoría cognitivo-conductual sostiene que la depresión se desarrolla cuando la persona convierte en creencias sus pensamientos negativos, es decir el sujeto sufre por la interpretación que hace de los sucesos y no por estos en sí mismos, este modelo considera que la principal alteración en la depresión está en el procesamiento de la información (García-Allen, 2022).

Aaron Beck en su modelo propuesto afirma que los individuos ante una situación no actúan de una manera automática, sino que antes de dar una respuesta ya sea conductual o emocional, estos perciben, clasifican, interpretan, evalúan y asignan un significado al estímulo en función de sus esquemas cognitivos los cuales constituyen la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Los tipos de esquemas empleados determinan el modo de cómo un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos. Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes, por lo que el primer síntoma de la depresión es la activación de los esquemas cognitivos relacionados con la visión de sí mismo,

del mundo y del futuro, estos tres temas se describen como la Triada cognitiva de Beck (Beck et al., 1979).

En el primer componente de la tríada el sujeto se ve desgraciado, con poca valía, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico, se subestima y critica a sí mismo en base a sus defectos, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograrla alegría y felicidad. El segundo componente se centra en interpretar las experiencias de una manera negativa, piensa que el mundo hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos, interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye la persona las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. El tercer componente es cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance a futuro, pero inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El resto de signos y síntomas de la depresión en el modelo cognitivo se consideran como consecuencia de los patrones cognitivos negativos, por ejemplo, si la persona piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, por ende, va a sentirse solo (Armero, 2021).

Según Martínez-Casasola (2020) los errores más importantes que se dan en el procesamiento de la información en el pensamiento del sujeto depresivo son los siguientes:

- Inferencia arbitraria: llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye
- Abstracción selectiva: extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información.
- Sobregeneralización: elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados);
- Magnificación y la minimización: quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento.
- Personalización: atribuirse a sí mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello
- Pensamiento absolutista dicotómico: tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas.

1.2.3 Teoría biológica

Biológicamente, la depresión puede considerarse una desregulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) Promoción de la acción. 2) Depresión conductual 3) Grado de respuesta al estrés. 4) Ritmo biológico, 5) Procesamiento de información del tronco cortical. Las fallas en estos sistemas se pueden heredar o adquirir. Una explicación más convincente es que las anomalías en cada uno de estos sistemas que pueden causar depresión en los humanos son las interacciones entre los eventos estresantes que experimentan las personas y sus vulnerabilidades biológicas. La mayoría de las teorías de la depresión asumen uno o más cambios en el sistema neuroquímico del cerebro, con un enfoque fundamental en el papel que desempeñan los neurotransmisores en el sistema nervioso central. En particular, las catecolaminas noradrenalina y dopamina, y las indolaminas serotonina y acetilcolina. A pesar de los estudios realizados, se sabe poco sobre el papel de los factores biológicos en el desarrollo de la depresión (Vázquez et al., 2000).

1.3 Fases de la depresión

Castillero (2022) menciona que, la persona que padece del trastorno depresivo pasa por una serie de fases, en la primera fase la persona sufre de un evento estresante o traumático en el que presenta sensaciones de vulnerabilidad y sentimientos de tristeza, estas situaciones desencadenantes pueden ser la pérdida de un ser querido, un divorcio, pérdida de empleo o por la aparición de una enfermedad, por consiguiente, el individuo empieza a desarrollar una sensación de invalidez, creyendo no poder enfrentar la situación que está atravesando. El suceso desencadenante va a producir que la persona active sus esquemas cognitivos en donde aparecen pensamientos limitantes cada vez más negativos y recurrentes los cuales serán difíciles de controlar. En la tercera fase empieza a aparecer la sintomatología, existiendo un bajo nivel de afecto positivo, una disminución de sentir placer, tristeza, falta de energía y aislamiento, por lo que la falta de motivación le lleva a la persona a evitar las actividades que antes le gustaba realizar, por último, el individuo es incapaz de cumplir con las actividades de la vida diaria, por ejemplo, en el ámbito laboral la persona deja de asistir al trabajo, en el ámbito personal puede surgir un descuido en la higiene personal, además existen alteraciones en la alimentación y sueño.

1.4 Clasificación de la depresión según el DSM – V

El DSM es un manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, el cual contiene la descripción de la sintomatología. Este sirve como guía para el diagnóstico de los trastornos mentales por lo cual debe ir siempre acompañado de

un juicio clínico y así poder asegurar el diagnóstico de un individuo con mayor precisión (Gutiérrez, 2020).

Dicho esto, el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), clasifica a la depresión de la siguiente manera:

- Depresión mayor
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado del ánimo
- Trastorno depresivo persistente (Distimia)
- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica
- Otro trastorno depresivo especificado
- Otro trastorno depresivo no especificado

La quinta edición del "Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders" (DSM-5) determina como trastorno depresivo mayor a la existencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos. Un episodio debe persistir por lo menos dos semanas, el cual se caracteriza por la aparición de síntomas como el estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días, disminución del interés, alteración del peso (pérdida o aumento), alteración del sueño (insomnio o hipersomnia), fatiga o pérdida de energía, agitación o enlentecimiento psicomotores, sentimientos de minusvalía o de culpa, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamiento de muerte o ideación suicida recurrente, por otro lado, el trastorno depresivo persistente se diferencia por el tiempo de duración el cual son dos años en el que el individuo siempre presenta síntomas como: el estado de ánimo deprimido, poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración, sentimientos de desesperanza (American Psychiatric Association, 2013).

Del mismo modo, el síndrome premenstrual es común en las mujeres jóvenes y de mediana edad, se caracteriza por presentar síntomas emocionales y físicos que se producen de forma invariable durante la fase lútea del ciclo menstrual (del Burgo et al., 2006). Se considera que las mujeres con síntomas afectivos más severos padecen del trastorno disfórico premenstrual el cual se presenta una semana antes del inicio de la menstruación y desaparece en la semana después de la menstruación, los síntomas son: labilidad afectiva intensa, irritabilidad, estado del ánimo intensamente deprimido, sentimientos de desesperanza, ansiedad, tensión, estos

síntomas se llegan a combinar con los síntomas propios de la depresión: disminución del interés, hipersomnia o insomnio, cambios en el apetito, etc (American Psychiatric Association, 2013).

1.5 Depresión en la adolescencia

La adolescencia es un período de cambios psicológicos, físicos, cognitivos y socioculturales que requieren que los jóvenes desarrollen estrategias de afrontamiento que ayude a desarrollar un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social, estas demandas hacen que esta población presente mayor propensión y vulnerabilidad a experimentar esta enfermedad mental llamada depresión (Pardo et al., 2004).

En la adolescencia se dan, con frecuencia molestias relacionadas con el estado del ánimo, durante esta etapa existen varios cambios de personalidad, debido a esto la depresión está asociada con la adolescencia (Dallal & Castillo, 2000).

Son múltiples los factores causales de este trastorno en adolescentes, entre estos se ha demostrado que existe un mayor riesgo de depresión en hijos de individuos que presentan trastornos afectivos. También se ha observado el descenso de dopamina, serotonina y noradrenalina. Los factores individuales que se han podido evidenciar son: labilidad emocional, falta de maduración, formación de una nueva imagen de sí mismo y una actitud destructiva (Leyva-Jimenez et al., 2006).

Así mismo, los eventos que se relacionan con procesos de adaptación como el distanciamiento de los vínculos parentales, la elección de carrera, los cambios de residencia, la presencia de una enfermedad grave ya sea propia o de algún familiar, divorcio, separación, muerte de un ser querido, abuso sexual y maltrato físico o psicológico, preceden al desarrollo de depresión (Bernal & Escobar 2000).

Las figuras paternas contribuyen a la construcción del comportamiento de los adolescentes (Flour & Buchanan, 2003), la relación de los jóvenes con sus padres es considerada una variable de gran importancia en el desarrollo de síntomas de depresión en niños y jóvenes, ya que quienes poseen un vínculo pobre con sus progenitores son más vulnerables a presentar síntomas depresivos ante la presencia de eventos estresantes (Kraaij et al., 2003). La separación conyugal y los bajos recursos económicos están asociados con la presencia de depresión en los jóvenes (Gilman et al., 2003), en el estudio de Videon (2002) se evidencia que la mayoría de los niños y jóvenes con padres separados presentan desempeños

más pobres en áreas emocionales, académicas, problemas de salud, embarazos no deseados en comparación con niños y jóvenes quienes pertenecen a familias construidas.

CAPÍTULO II

2 ADOLESCENCIA

2.1 Definición

“La palabra adolescencia procede del latín *adolescere* que significa lucir y pubertad, y de *pubertas* que en latín quiere decir apto para la reproducción” (Rosabal et al., 2015).

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es una etapa compleja de la vida que marca la transición de la infancia al estado adulto, es el periodo comprendido entre los 10 y 19 años en donde la persona experimenta cambios físicos, psicológicos, biológicos, sociales e intelectuales (Borrás, 2014).

Por otro lado, Hidalgo (2013) refiere que la adolescencia se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, es decir, la pubertad, y finaliza alrededor de la segunda década de la vida, específicamente cuando se completa el crecimiento físico y la maduración psicosocial. Su duración es imprecisa, habiendo aumentado en los últimos tiempos debido al comienzo más precoz de la pubertad y a la prolongación del periodo de formación escolar y profesional. Durante esta época de la vida se completa el crecimiento y desarrollo físico, y se alcanzan los objetivos psicosociales necesarios en la evolución del adolescente a la edad adulta: 1) adquirir una independencia respecto a los padres, 2) tomar conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo, 3) relación con los amigos y adopción de estilos de vida y 4) establecer una identidad sexual, vocacional, moral y del yo.

Desde el punto de vista orgánico, este periodo denominado adolescencia es el más sano de la vida, sin embargo, es muy problemático y de alto riesgo; debido a que la mayoría de problemas de salud que suelen generarse en dicha etapa son consecuencia de comportamientos y hábitos que se inician en esta edad, con efectos potencialmente graves para su vida actual y futura: lesiones, accidentes, violencia, delincuencia, consumo de tabaco, alcohol, drogas, conductas sexuales de riesgo que conducen a embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, problemas de salud mental, del aprendizaje y familiares, entre otros (Hidalgo, 2013).

En este sentido Krauskopof (2013) menciona que dentro del funcionamiento psicológico, las dimensiones más destacadas del desarrollo adolescente se dan en el plano intelectual, sexual, social y en la elaboración de la identidad. Por lo que es importante analizar la evolución que se presenta a través de tres fases regidas en los procesos de las diferentes

subculturas, la situación socioeconómica, los recursos y tendencias previas, los niveles personales alcanzados de salud mental y desarrollo biológico, las interacciones con el entorno, y, entre estas, las relaciones de género y las relaciones intergeneracionales, puesto que cada una de dichas fases que describiremos a continuación compete a diversos cambios y situaciones que tienen relación con las conductas problemáticas en la vida de un adolescente mencionadas anteriormente.

2.2 Fases del período adolescente

2.2.1 Fase puberal o Adolescencia Temprana (10 – 13 años): Preocupación por lo físico y emocional

Entre los 10 y los 13 años la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional. El adolescente se encuentra muy centrado en su propia conducta, cambios corporales y apariencia física, asume que los otros tienen perspectivas y valores idénticos a los suyos, siente y cree que los demás en especial sus pares están tan preocupados de su apariencia y conducta como él mismo, es inseguro respecto de su apariencia y atractivo, y compara frecuentemente su cuerpo con el de otros jóvenes y con los estereotipos. También ocurren otros fenómenos como la labilidad emocional y una tendencia a magnificar la situación personal, falta de control de impulsos, necesidad de gratificación inmediata y de privacidad. El desarrollo cognitivo de esta etapa comprende el comienzo del surgimiento del pensamiento abstracto o formal. La toma de decisiones empieza a involucrar habilidades más complejas, que son esenciales para la creatividad y el rendimiento académico de un nivel superior. En el ámbito del desarrollo social, se inicia la movilización hacia afuera de la familia, aumenta el deseo de independencia del joven y disminuye su interés por las actividades familiares. El adolescente empieza a poner más resistencia a los límites, a la supervisión y a aceptar consejos o tolerar críticas de parte de los padres, todo ello causa cierta tensión con estos. Sin embargo, el joven continúa dependiendo de la familia como fuente de estructura y apoyo, entre otras cosas (Gaete, 2015).

2.2.2 Adolescencia Media (14 - 16 años): Búsqueda de la sustentación personal y social

Aproximadamente entre los 14 y 16 años las preocupaciones psicológicas giran prioritariamente en torno a la sustentación personal - social y afloran las vivencias del amor. La búsqueda de canalización de los emergentes impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales, y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares dinamizan la acumulación personal y social en la adolescencia. La sexualidad es vivida fuera de la familia y

los nuevos roles son ensayados y comprobados en grupos de pares y alcance de la sociedad más amplia contribuyendo a la diferenciación del grupo familiar y a la autonomía. En la adolescencia se procurará explorar las posibles fuentes de reconocimiento sensorial, emocional, social. Los sistemas de ideas congruentes, aunque parciales, van procurando zonas de seguridad. El desarrollo intelectual es parte de insertarse en el mundo de una nueva forma. Existe interés por nuevas actividades, emerge la preocupación por lo social y la exploración de capacidades personales en la búsqueda de la autonomía. Las relaciones intrageneracionales permiten afirmar la identidad y reforzar los procesos de independencia, diferenciación. La identidad grupal condiciona y trasciende la identidad de cada uno de los miembros y brinda un espacio diferenciador de la familia. El poder de un grupo es uno de los elementos constitutivos de esa identidad (Krauskopof, 2013).

2.2.3 Adolescencia tardía o Fase Final del periodo adolescente Final (17 - 19 años): Búsqueda de intimidad y de la construcción del rol social

Esta es la última etapa del camino del joven hacia el logro de su identidad y autonomía. Para la mayor parte de los adolescentes es un período de mayor tranquilidad y aumento en la integración de la personalidad. Si todo ha avanzado suficientemente bien en las fases previas, incluyendo la presencia de una familia y un grupo de pares apoyadores, el joven estará en una buena vía para manejar las tareas de la adultez. Sin embargo, si no ha completado las tareas antes detalladas, puede desarrollar problemas con el aumento de la independencia y las responsabilidades de la adultez joven, tales como depresión u otros trastornos emocionales. Sus intereses son más estables, existe conciencia de los límites y las limitaciones personales, adquiere aptitud para tomar decisiones en forma independiente, establecer límites, y se desarrolla habilidad de planificación futura. En cuanto al desarrollo cognitivo, en la adolescencia tardía existe un pensamiento abstracto firmemente establecido. Por otra parte, el joven se acerca a la familia, aumentado gradualmente la intimidad con sus padres si ha existido una relación positiva con ellos durante los años previos (Gaete, 2015).

Según lo expuesto, la adolescencia es una etapa acompañada de diversos cambios en la persona, por que varios autores intentaron explicar cómo se producen dichos cambios en el adolescente y como es su desarrollo a través de los años desde su perspectiva teórica.

Corona (2018) en uno de sus artículos detalla cada una de las principales teorías de la adolescencia, mismas que tomaremos como referencia y describiremos a continuación.

Tabla 1. Principales teorías de la adolescencia

T. Psicoanalítica	T. Biogénica	T. Cognitivo-Evolutiva	Teoría Psicosocial
<ul style="list-style-type: none"> ● Postulada por Sigmund Freud ● El desarrollo psicosexual del adolescente se da por la evolución de la personalidad desde el nacimiento hasta la adolescencia ● Etapas: oral, fálica, de latencia y genital. ● En la adolescencia la identidad sexual y los impulsos relacionados con el sexo requieren de especial atención. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Postulada por Hall Stanley ● El desarrollo adolescente considera factores fisiológicos y genéticos como ejes principales de la construcción de la identidad personal y sexual del adolescente. ● Durante la adolescencia los factores ambientales interactúan entre la herencia y las influencias ambientales determinando el curso del desarrollo de los jóvenes en este periodo 	<ul style="list-style-type: none"> ● Postulada por Piaget. ● La adolescencia es un periodo transformacional de cambios en las capacidades cognitivas. ● Las ideas del adolescente están ligadas a procesos de inserción y aceptación en la sociedad adulta. ● Durante la adolescencia se produce una interacción entre factores individuales y sociales, que reordenan la conducta individual y colectiva de la persona, para la configuración psicológica compleja y madura del entorno apto para la convivencia social del individuo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Postulada por Erik Erikson ● Complementa la teoría del Psicoanalista en ocho etapas por las que todos los individuos deben pasar hasta llegar a la madurez. ● De no cumplirse algunas de esas etapas, alguna de ellas quedará marcada negativamente en el individuo. ● En la adolescencia se adquiere la identidad particular de cada individuo que involucra el aspecto genético, fisiológico, anatómico y social.

Nota: tomado de Corona (2018).

2.3 Construcción de la identidad en la adolescencia

Ives (2014) afirma que el hito o meta más importante de la adolescencia es el desarrollo o construcción de la identidad. Todo adolescente necesita saber quién es, pues necesita sentirse respetado y amado, como todo ser humano, y para ello necesita saber quién es. El niño prepúber se identifica a través de sus padres o los adultos de su entorno, pero el adolescente necesita desarrollar su propia identidad y ser ellos mismos.

Erik Erikson es uno de los autores que más ha escrito sobre el desarrollo de la identidad desde la infancia hasta la vejez, con especial énfasis en la adolescencia, a través de un enfoque psicoanalítico. A lo largo de los estadios del ciclo vital aborda diferentes aspectos, siendo los más relevantes las crisis psicosociales, el radio de relaciones significativas y las fuerzas básicas, por lo que el desarrollo humano sólo se puede entender en el contexto de la sociedad a la cual uno pertenece. Cada una de las ocho etapas del desarrollo implica una dificultad o crisis emocional con dos posibles soluciones, favorable versus desfavorable, siempre avanzando etapa por etapa sin poder saltarse ninguna. Las cinco primeras etapas corresponden a la infancia y adolescencia (Ives, 2014).

En ocasiones, en algunos jóvenes o en algunos períodos de la historia, la crisis de la adolescencia es escasamente percibida, sin ningún ruido, pero en otras ocasiones es muy marcada, claramente señalada como un período crítico, como una especie de “segundo nacimiento”. La formación de la identidad puede poseer algún aspecto negativo que en ocasiones puede permanecer a lo largo de la vida como un aspecto rebelde de la identidad total. Lo deseable es que la identidad negativa no se vuelva dominante. La identidad negativa es la suma de todas aquellas identificaciones y fragmentos de identidad que el sujeto tuvo que interiorizar como indeseables.

Según Ives (2014) la adolescencia corresponde al estadio V del ciclo vital de Erikson, cuando la crisis psicosocial es la Identidad (resolución favorable) en contraposición a confusión de roles o de identidad (resolución desfavorable). La fuerza básica es la Fidelidad y las relaciones significativas serán los pares y modelos de liderazgo. Para llegar a la crisis psicosocial de la identidad de la adolescencia hay que haber superado las cuatro etapas previas, siendo lo ideal que haya sido de forma favorable. Por tanto, en el estadio denominado infancia, haber logrado Confianza; en la niñez temprana, Autonomía; en la edad del juego, Iniciativa; y en la edad escolar, Laboriosidad y Competencia.

Asimismo, Ives (2014), refiere que, en la adolescencia, la crisis psicosocial, tal como se ha mencionado anteriormente, es alcanzar la identidad en contraposición a la confusión de roles (desenlace desfavorable). El radio de relaciones significativas en este periodo son el grupo de amigos, grupos externos y modelos de liderazgo. Muchas veces el adolescente está más preocupado por lo que él puede aparentar en los ojos de los demás, o sea la imagen que proyecta, que en cómo él realmente se siente. En la búsqueda de la identidad pueden necesitar repasar las crisis psicosociales vividas previamente, siendo la más relevante la primera, la de confiar en los demás y en uno mismo. Luego está el segundo estadio en el cual debe haber adquirido la cualidad básica de la voluntad, que le permitirá buscar oportunidades para decidir libremente en cada momento.

El adolescente suele tener un gran miedo a quedar en ridículo, prefiriendo actuar sin pudor, de forma libre, contradiciendo a sus superiores antes que realizar una actividad que pudiera parecer vergonzosa ante sus ojos o los de sus pares. Necesitan sentir la afirmación de sus iguales. De la misma forma, el adolescente puede ser muy intransigente y nada tolerante con las diferencias culturales, sociales, físicas o raciales, de aptitudes o características individuales, siendo una forma de defensa ante el sentimiento de pérdida de identidad.

2.4 Factores de riesgo que influyen en la salud mental del adolescente

Existen numerosos factores en el universo adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo e influenciando, en parte, en algunas de las patologías más frecuentes de esta edad. Estos factores tendrían un origen tanto interno como externo, y estarían implicados en ellos aspectos personales, familiares y sociales. Los factores comunes que tienden a afectar la salud mental y la calidad de vida de un adolescente pueden ser: la edad, expectativas educacionales y notas escolares, comportamiento general, influencia de los pares, influencia de los padres, familia con pobres vínculos entre sus miembros, violencia intrafamiliar, el no crecer junto a sus progenitores, calidad de la vida comunitaria, la calidad del sistema escolar, ciertas variables psicológicas, entre otros (Páramo, 2011). A partir de esta lista de factores de riesgo que podrían atentar contra la integridad mental del adolescente, haremos énfasis en el contexto familiar en el que se desenvuelve un joven, profundizando en las consecuencias psicológicas que trae consigo el no desarrollarse bajo el cuidado de sus progenitores. Hay diversas razones por las que un adolescente termina viviendo y siendo cuidado por otras personas que no sean sus padres, como, por ejemplo, el abandono, violencia intrafamiliar, migración parental, etc.

2.5 Adolescencia y migración parental: Efectos psicológicos y sociales que se originan en los adolescentes producto de la migración de los padres

El desarrollo Psicosocial en el ser humano es un largo proceso en donde la familia es la principal y primer instructora, modelo y guía de valores, debido a que, va a formar su personalidad y desempeño en diferentes áreas de la vida por lo que es fundamental la presencia del padre/madre de familia como ente formador y educador. La ausencia de las madres-padres debido a la migración puede ser un factor que influya en el desarrollo psicosocial de estas personas que se quedan en el país sin una figura que regule y guíe el proceso que llevará a cabo a lo largo de su infancia y adolescencia; ya que es aquí donde puede haber discrepancias y factores que interrumpen este proceso y encontrar efectos negativos en estos adolescentes.

Bellorin et al. (2018) refieren que los efectos psicológicos en los adolescentes hijos de madres-padres migrantes a partir de dicho fenómeno son los siguientes: Evasión traumática de situaciones pasadas, es decir la separación de padres e hijos es un suceso impactante en la vida y desarrollo del niño, más aún cuando se da de manera inesperada. Algunos adolescentes desarrollan una personalidad con tendencia a la neurosis por lo que podrían experimentar ansiedad y sentimiento de angustia. Los adolescentes evidencian una necesidad de no apearse a las reglas, puesto que comúnmente son los padres del niño los que forman los límites y conforman las reglas a cumplir en la comunidad; por ende, se puede desarrollar cierta desobediencia en el adolescente al no estar presentes sus padres.

Cabe mencionar que según Muñoz et al. (2021) son múltiples las investigaciones que describen la migración de los progenitores como causa de varios trastornos psicológicos en los hijos, por lo que el daño afectivo, escolar y emocional que puede causar la separación física de uno de los progenitores se puede considerar un perjuicio a nivel familiar y a nivel educativo

Bellorin et al. (2018) respalda lo mencionada ya que para él los adolescentes también pueden reflejar sentimientos de inferioridad e inseguridad como producto de la migración de sus padres, puesto que los adolescentes en la etapa de su niñez no tuvieron una figura que desarrollara la estimulación positiva y alentarlos para desarrollar actividades por su propia cuenta creando independencia desde edades tempranas. Dentro del ámbito social los adolescentes hijos de padres migrantes suelen tener un círculo de amistades selectiva, pero en la mayoría instan por ser parte de grupos juveniles y buscan actividades de recreación para cubrir la parte afectiva que hace falta.

CAPÍTULO III

3 LA MIGRACIÓN HUMANA

3.1 Definición

Las migraciones humanas son un fenómeno histórico, de gran incidencia en la vida de las sociedades de origen, de tránsito y de acogida de las poblaciones que deciden migrar o que se ven forzadas a hacerlo. A nivel mundial se estima que existen 257,7 millones de migrantes internacionales, lo que equivale al 3,4 % de la población mundial, según datos de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2018).

La migración es parte de los procesos demográficos que junto a la natalidad y mortalidad introduce cambios en el tamaño, composición y distribución de la población. Está relacionada con el movimiento o desplazamiento espacial de las personas, que tiene vigencia desde que la especie humana existe, motivado a que el hombre tuvo la necesidad de salir de su lugar de origen en búsqueda de alimentos, vestimenta o vivienda para él y sus afectos. Además, las grandes catástrofes naturales, pérdida de cosechas, guerras y hechos sociales como persecuciones raciales o ideológicas, han promovido el movimiento migratorio (Gutierrez, et al., 2020).

3.2 Causas de la migración

Según Gómez (2010), la migración puede estar influenciada por diversos fenómenos tales como:

- **Económicas**

Generadas por las diferencias salariales e intercambio desigual entre países, proteccionismo económico a través de subsidios en los países de destino, asimetrías del crédito e información y sustitución de actividades económicas en el entorno de los inmigrantes en sus países de origen. Aumento en la demanda de empleo por parte de los países desarrollados, especialmente en servicios. Por costos de vida. Por estímulos económicos tanto del país de origen como del receptor.

- **Políticos y jurídicos**

Explicados por los conflictos internos, regionales e internacionales. También influyen en la movilidad, las legislaciones y la normativa jurídica que prohíben las exportaciones, importaciones e inversiones, como también las sanciones económicas.

- **Demográficos**

Para el país de origen influye la superpoblación, y para el país receptor la caída de la natalidad y el envejecimiento de su población.

- **Etnológicos**

Definidos por condiciones raciales e interrelaciones entre pueblos.

- **Geográficos.**

Determinados por cercanía fronteriza y accidentes geográficos.

- **Históricos**

Explicados por lazos de colonización y asentamientos poblacionales de antepasados que implican afinidades de carácter cultural, lengua, religión, familiaridad y otras.

- **Sociológicos**

Por encuentro entre descendientes familiares en los países de destino, reagrupaciones entre los nuevos inmigrantes y adopciones.

- **Psicológicos y médicos**

Determinados por fenómenos de estrés y motivación, ya que ciertas actividades no motivan, tienen baja reputación y no brindan ascenso social a los nativos de los países de destino de la migración, lo cual implica que estas actividades no deseadas por los nativos se desarrollen con personal inmigrante.

Las razones médicas pueden estar fundamentadas especialmente para personas mayores de edad y con algunas deficiencias en salud, entonces tienen que buscar otros espacios ambientales para su residencia.

- **Culturales, educativos, científicos y tecnológicos**

La brecha tecnológica y científica existente entre países desarrollados y subdesarrollados económicamente contribuye a este tipo de desplazamiento para formación, calificación y desempeño. Dentro de estas causas tenemos la llamada fuga de cerebros.

3.3 Tipos de migración

Diferenciador (2021), menciona que las migraciones humanas se pueden clasificar según determinadas situaciones que se describen a continuación:

Tabla 2. Tipos de migración

<p>Según su destino</p>	<p><i>Migración interna o nacional:</i> Son desplazamientos que se llevan a cabo dentro del territorio nacional. Este tipo de migración puede estar impulsada por motivos económicos (buscar mejores fuentes de empleo en otro pueblo o ciudad) o sociales (huir de la inseguridad y encontrar un destino más tranquilo).</p>
	<p><i>Migración externa o internacional:</i> Cuando el desplazamiento es fuera del país del migrante. En estos casos, suele imponerse una búsqueda de mejor calidad de vida en varios aspectos (mejores ingresos y calidad de vida) que suele estar disminuida en el país de origen, bien sea por razones políticas, económicas o sociales.</p>
<p>Según su duración</p>	<p><i>Migración temporal:</i> Cuando un migrante se establece en su lugar de destino solo por un tiempo, y luego se desplaza a un lugar diferente o vuelve a su lugar de origen. La falta de adaptación o el hallazgo de un destino con mejores oportunidades suelen ser los principales motivos para este tipo de migración.</p>
	<p><i>Migración permanente:</i> Es cuando el migrante se establece en un nuevo lugar de manera definitiva. En estos casos, el migrante ha encontrado la estabilidad económica, profesional o personal que buscaba, o en última instancia ha logrado adaptarse y puede lidiar con los desafíos que impone la migración.</p>
<p>Según su carácter</p>	<p><i>Migración voluntaria:</i> Es cuando el migrante decide desplazarse por voluntad propia. Es lo que hacemos cuando queremos migrar y nos planificamos para realizar el viaje. Al ser una decisión propia, podemos gestionar la salida del territorio según nuestras necesidades.</p>

	<p><i>Migración forzada:</i> Ocurre cuando el migrante debe salir de su territorio debido a situaciones externas, así no quiera hacerlo. Por ejemplo, en las guerras, muchas personas deben salir de forma apresurada y no planificada, aunque quieran quedarse en sus casas no pueden hacerlo porque sus vidas estarían en peligro.</p>
<p>Según la situación legal del migrante</p>	<p><i>Migración legal o regular:</i> Se da cuando el migrante cumple con todos los requisitos legales para entrar en un nuevo país o territorio, lo cual le permite no solo el ingreso, sino su posterior inserción académica o laboral y usualmente le asegura su estadía de forma permanente.</p>
	<p><i>Migración ilegal o irregular:</i> En este caso, el migrante no tiene los documentos necesarios para estar en el lugar de destino de forma legal, pero aun así logra entrar y permanecer en el territorio. Esto lo convierte en blanco de las autoridades migratorias, además le impide tener acceso a servicios básicos, empleo o educación.</p>
<p>Según su origen y destino</p>	<p><i>Migración rural-urbana:</i> Es el desplazamiento desde el campo o centros rurales hacia la ciudad. Usualmente, la búsqueda de empleos mejor remunerados suele ser una de las motivaciones principales, pero también puede ser por razones académicas.</p>
	<p><i>Migración urbana-rural:</i> El migrante se desplaza desde una ciudad hacia el campo. Puede ser por razones de trabajo, por motivos económicos (en el interior del país los precios suelen ser más accesibles que la capital) o sociales (búsqueda de tranquilidad, mayor contacto con la naturaleza, etc.)</p>
	<p><i>Migración urbana-urbana:</i> Son desplazamientos de una ciudad a otra, bien sea dentro o fuera del territorio. Los traslados laborales o por</p>

	<p>motivos académicos suelen estar vinculados a este tipo de migraciones. Por esta misma razón, en muchas ocasiones se trata de traslados temporales.</p>
	<p>Migración rural-rural: Son desplazamientos entre zonas no urbanizadas. En muchas ocasiones, este tipo de migración está vinculada con la existencia de fuentes de trabajo temporales, por lo que el migrante cambia de destino cuando termina el trabajo.</p>

Nota: Tomado de Diferenciador (2021).

3.4 Consecuencias de la migración

El fenómeno de la migración trae consigo un sinnúmero de consecuencias que repercuten de una manera muy diversa tanto al país de origen como al país receptor. En el país de origen al darse estas movilizaciones de personas se crean más oportunidades en la mano de obra dando mayor posibilidad de ingreso al mercado de trabajo, sin embargo, existe la contraparte que es la pérdida significativa de la población lo cual lleva a una disminución en el consumo, por lo que esto afecta a la activación del mercado interno. La búsqueda de una mejor calidad de vida hace que las personas opten por la emigración, pero las diferencias políticas, económicas y sociales pueden ocasionar dos fenómenos; generar el enriquecimiento del país receptor volviéndose más amplio al convivir con diferentes grupos étnicos o incrementar la xenofobia en donde las personas migrantes sean consideradas como contaminantes de la propia cultura del país (Aruj, 2008).

Así también, la migración afecta psicológicamente a la persona que emigra como a los familiares que quedan. La persona migrante sufre un gran impacto al momento de alejarse de su lugar natal y de sus seres queridos, esto se torna traumático para el individuo cuando huye de su país por motivos políticos o por el suceso de un desastre natural. Este fenómeno ocasiona sentimientos de soledad y desesperanza puesto que se pierde el calor familiar y la distancia ocasiona la pérdida del contacto físico y de la comunicación a pesar de que la tecnología ayude a acortar distancias (Rubio, 2019). Al ser el hombre quien mayormente migre queda la mujer como responsable o jefe del hogar, la esposa se vuelve fundamental en la ausencia del padre, pues ella se convierte en la figura clave para la unión y equilibrio que permita el buen funcionamiento familiar (Meza & Cuéllar, 2009).

3.5 Migración en Ecuador

La migración de personas ecuatorianas hacia EE.UU. está presente desde la década de los años treinta según los censos realizados en dicho país, sin embargo, a partir de los años sesenta se conoce un flujo migratorio más importante, por lo que Ecuador es considerado el país de la Región Andina con más emigrantes en relación a su población. Ecuador en el año 2000 presentó el pico más alto de migración con un total de 175.000 personas que salieron del país sin retorno, en mayo de 2021 fueron 78.301 ecuatorianos los que salieron del país. Según el área de residencia urbano-rural entre los años 1996 y 2001 se observa que la mayor parte de emigrantes provienen de zonas urbanas, pero con respecto al sexo la población que más emigra es la masculina sobre la femenina en el área rural (Camacho, 2005). Entre los principales destinos de los ecuatorianos tenemos: España, Estados Unidos e Italia, las mujeres ecuatorianas optan por viajar a Europa, en cambio en Estados Unidos predominan los hombres, esta diferencia está relacionada con la oferta del mercado laboral. La mayoría de emigrantes ecuatorianos presentan educación secundaria completa o incompleta según las encuestas del INEC – SIEH (2005) y ENEMDU (2006 y 2007), en términos generales las mujeres migrantes tienen mayor nivel educativo en comparación con los hombres.

Uno de los impactos sociales más importantes que trae la migración son las transformaciones en la estructura familiar, en el año 2000 se calculó 150.000 hijos de padres ecuatorianos migrantes, la encuesta realizada por ENEMDU en 2007 pone en conocimiento que el 34,7 % de las mujeres y el 38,8% de los hombres ecuatorianos han dejado al menos un hijo en el Ecuador (ONU, 2008). Los estudios de Herrera y Martínez (2001) y de Herrera y Carrillo (2004) destacan que, en la zona sur del Ecuador, la separación entre hijos y padres podía ser de hasta diez o quince años.

Un aspecto positivo de la emigración son las remesas, Ecuador se ubica en el tercer lugar por recibir remesas en América del Sur (MIF- BID 2006), desde mediados de los años noventa el envío de remesas al Ecuador ha ido en aumento, en el 2007 se alcanzó una cifra récord de \$3 087 millones, lo cual significa que las remesas a partir de 1999 se convierten en el segundo rubro de ingreso más importante en el país, luego del ingreso por la exportación de petróleo, por encima de los ingresos del resto de las exportaciones tradicionales de Ecuador: banano, café, cacao, flores y camarón. Las remesas que ingresaron en el año 2021 fueron de \$ 4 262,63 millones, esta cantidad representa \$1000 millones más que lo del 2020 de acuerdo con la última publicación del Banco Central del Ecuador (BCE). Durante el 2021, Guayas, Azuay,

Pichincha y Cañar recibieron el 74,99% de ese dinero. Eso significó USD 3 271,6 millones (Jara, 2022).

3.6 Migración en la provincia del Azuay y en el cantón Girón

El Azuay representa a una de las provincias con mayor porcentaje de emigrantes con respecto a su población. Según encuestas PUCE- CONUEP (1988) las principales causas de la emigración en los azuayos son: falta de empleo en el lugar de origen, mejor empleo en el lugar receptor, búsqueda de mejor educación, etc.

La migración en el Azuay ha presentado dos grandes momentos: la década de los cincuenta y de los setenta, en los cuales la respuesta hacia la crisis fue la emigración, por lo que a esta se la considera como una estrategia de supervivencia y de reproducción social (Borrero, 1996).

Girón es uno de los cantones pertenecientes a la provincia del Azuay, que presenta una mayor población migrante, en el año 1990 existían 13.191 habitantes, sin embargo, en el año 2010 contaba con 13.175, reflejando un crecimiento negativo (Zhingri, 2015).

La migración internacional en el cantón Girón empieza a partir de la década de los 80s, las poblaciones que opta por emigrar pertenecen a las zonas rurales que son: Zapata, Cabuncata, Sinchay, San Martín, San Gerardo, en estos sectores la mayoría de los habitantes está conformado por mujeres y niños. Se observa que el desplazamiento de personas en este cantón es más significativo en individuos entre las edades de 20 - 24 años y en el género masculino que es mayor al 50% en relación del femenino, sin embargo, a partir de los años 90 las mujeres gironenses empezaron a emigrar, con el fin de reencontrarse con su pareja así dejando a sus hijos a cargo de sus familiares como abuelas o tías, produciendo un rompimiento del núcleo familiar (Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Girón, 2017).

En su estudio Zhingri (2015) menciona que la migración gironense ha causado distanciamiento familiar, ruptura del hogar y que esta ha generado dependencia económica de los familiares receptores. Así también se puede observar el despilfarro de dinero por parte de los migrantes residentes en los actos religiosos como es “la fiesta de los toros” o también llamada “Fiesta en honor al Señor de Girón”, en donde pretenden impresionar con ceremonias que van entre los \$20.000 y \$30.000 convirtiéndose en una celebración llena de excesos, en la que los hijos de los migrantes son los responsables de llevar a cabo dicha celebración la mayor parte de las veces.

3.7 Consecuencias psicológicas de la migración en los adolescentes

Los adolescentes que ven partir a sus progenitores, presentan conductas, sentimientos o sensaciones asociados a la baja autoestima, sintiéndose no merecedores de afecto y atención, ya que perciben la migración del padre como abandono o desprotección (Salvador, 2012). Según Alcántara (1995) nos dice que los individuos quienes tienen afectada su autoestima están expuestos a experimentar depresión, ansiedad e incapacidad de salir adelante.

Cuando el evento migratorio es vivido como trauma por ambos progenitores o solo por uno, éste puede ser transmitido a sus hijos de diferentes formas: como un reencuentro idealizado, lleno de fantasías que se construyen bajo las fantasías de los progenitores, o como una necesidad cuando se ha elegido un estilo de vida, por lo que en la investigación de López-Pozos (2009) se evidencia que la tristeza que presentan niños y adolescentes está relacionada con el descuido, abandono de los padres y a la falta de adaptación de a los padres biológicos.

En un estudio psicológico realizado a niños y adolescentes de la provincia del Azuay con el objetivo de medir el impacto en la salud mental causado por la migración internacional muestra que, los hijos de migrantes tienen el doble de probabilidad de desarrollar problemas conductuales y patológicos con relación a sintomatología emocional (Encalada, 2010).

3.8 Depresión relacionada con la migración

La migración es un fenómeno mundial que se ha ido dando a lo largo del tiempo, este fenómeno trae consigo cambios importantes en la estructura familiar, en los roles que cumple cada miembro, existe incremento de divorcios, abandono de hogares, etc. Esta situación afecta tanto a niños como adolescentes quienes están involucrados en este proceso (Lucero et al., 2008).

Existen adolescentes quienes pueden asimilar y aceptar la situación sin ninguna dificultad, sin embargo, existen otros que por determinadas características de personalidad, dinámica familiar y circunstancias interpretan esta situación de una forma disfuncional dando paso a sentimientos de desprotección y abandono (Zárate et al., 2007).

En estudios internacionales se ha evidenciado que los hijos de padres migrantes presentan problemas conductuales durante la niñez y conflictos de identidad y cambios de humor durante la adolescencia. Así también se han reportado que las esposas muestran altos niveles de depresión debido a las numerosas responsabilidades y a las nuevas tareas que deben realizar como resultado a la ausencia del padre, todas estas circunstancias vuelven vulnerables a los adolescentes (Aguilera et al., 2004).

CAPÍTULO IV

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

La presente investigación es no experimental, con un enfoque metodológico cuantitativo de tipo transversal, con un alcance descriptivo, el cual se realizó mediante la implementación de la ficha sociodemográfica y el inventario de depresión de Beck.

4.2 Población

La población de estudio pertenece a estudiantes entre 14 y 17 años de edad de la Unidad Educativa “Ciudad de Girón”.

4.3 Muestra

La investigación se llevó a cabo con un marco muestral de 36 estudiantes de la Unidad Educativa “Ciudad de Girón” entre 14 y 17 años de edad, quienes cumplieron con los criterios de inclusión y con el consentimiento informado firmado por parte de sus representantes.

4.3.1 Criterios de inclusión:

- Edad entre 14 y 17 años 11 meses.
- Pertenecer a la Unidad Educativa “Ciudad de Girón”.
- Ser hijo/a de padres migrantes.

4.3.2 Criterios de exclusión:

- Tener una edad fuera del rango de 14 y 17 años 11 meses.
- Adolescentes que no cuenten con el consentimiento informado firmado por sus representantes.
- No tener padres migrantes.

4.4 Instrumentos

Para obtener los datos pertinentes para esta investigación se aplicó la ficha sociodemográfica y el inventario de depresión de Beck.

4.4.1 Ficha sociodemográfica

Para esta investigación se aplicó una ficha sociodemográfica que fue elaborada por las autoras, la misma que nos permitió identificar las características demográficas y sociales de cada estudiante, y se adaptó de acuerdo a la investigación indagando datos como: edad, curso,

sexo, zona, si sus padres han migrado, quien ha migrado, hace cuánto tiempo y quién es su representante (anexo 1).

4.4.2 Inventario de Depresión de Beck

El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados: 1 -10 normal; 11- 16 leve perturbación del estado del ánimo; 17- 20 estados de depresión intermitentes; 21- 30 depresión moderada; 31- 40 depresión grave; +40 depresión extrema.

La Escala BDI-II es un instrumento que ha demostrado estar bien diseñado, con alta consistencia interna y diversos indicadores de validez. Un estudio realizado en adolescentes chilenos confirma que el instrumento mantiene sus atributos: presenta una alta consistencia interna, aceptable correlación test-retest y discrimina adecuadamente entre población consultante con sintomatología emocional ansioso-depresiva y población no consultante (Melipillán Araneda et al., 2008) (anexo 2).

4.5 Procedimiento

Una vez aprobado por la Universidad el presente proyecto de investigación, se procedió a tramitar los permisos que nos permitieron ingresar al colegio donde se llevó a cabo la investigación, para esto se realizó un primer oficio que fue enviado al distrito de Educación en donde se solicitaba la autorización requerida para trabajar con los estudiantes del plantel y recabar la información detallando las actividades a realizarse dentro de la institución educativa.

Tras la respuesta de los mismos, se realizó una reunión conjuntamente con la rectora, psicóloga clínica del departamento de consejería estudiantil de la institución y con la representante del Distrito de Educación para acordar la inducción de rutas y protocolos de actuación frente a situaciones de violencia durante la realización del proyecto investigativo dentro de la institución.

La recolección de datos se realizó a partir del día miércoles 25 de mayo, aplicando la ficha sociodemográfica la cual nos sirvió para seleccionar la muestra, esto se realizó en compañía de los inspectores del colegio, después de obtener la información se prosiguió a enviar los consentimientos informados a los estudiantes. Los días jueves y viernes se retiraron los

consentimientos firmados. Finalmente, ya con la muestra seleccionada, el día lunes 30 de mayo se aplicó el inventario de depresión de Beck a los estudiantes, con una duración de 30 minutos.

Una vez obtenidos los datos estos son fueron procesados en el software SPSS V.20 utilizando tablas de frecuencia y estadísticos descriptivos.

4.6 Resultados

4.6.1 Descripción de la muestra

En la investigación participaron 36 estudiantes quienes pertenecen a la Unidad Educativa “Ciudad de Girón” en donde el 66,7% pertenece al sexo femenino y el 33,3% pertenece al sexo masculino, con respecto a la edad, el 38,9% de los estudiantes tienen 16 años, el 30,6% tienen 15 años, el 19,4% tienen 14 años y el 11,1% tienen 17 años por lo que la media de la edad de la muestra fue 15.42 años con una desviación estándar de 0,937.

Tabla 3. Niveles de depresión

Niveles de depresión	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
normal	6	16,7	16,7	16,7
leve	7	19,4	19,4	36,1
Intermitente	6	16,7	16,7	52,8
Moderado	8	22,2	22,2	75,0
Grave	6	16,7	16,7	91,7
Extrema	3	8,3	8,3	100,0
Total	36	100,0	100,0	

La siguiente tabla representa los resultados obtenidos de la aplicación del inventario de depresión de Beck, en donde se puede observar que el 22,2% manifiesta presentar depresión moderada, así también un 19,4% presentan una leve perturbación del estado del ánimo.

Tabla 4. Zona de residencia y progenitor migrante

Zona de residencia	Progenitor migrante			Total
	Padre	Madre	Ambos	
Rural	12 (60%)	0	8 (40%)	20 (55,5)
Urbano	12 (75%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	16 (44,4%)
Total	24 (66,6%)	2 (5,5%)	10 (27,7%)	36 (100%)

En la presente tabla se visualiza que del total de 36 estudiantes participantes el 55,5% pertenecen a la zona rural, el 60 % de estudiantes tienen a su padre migrante, el 40% tienen a ambos padres migrantes. El 44,5% pertenecen a la zona urbana, el 75% tienen a su padre migrante, el 12,5% tienen a su madre migrante y el 12,5% tienen a ambos padres migrantes.

Tabla 5. Zona de residencia y tiempo de migración de los progenitores

Zona de residencia	Tiempo de migración				Total
	0 meses a 5 años	6 años a 10 años	11 años a 15 años	16 años a 20 años	
Rural	5 (25%)	2 (10%)	6 (30%)	7(35%)	20(55,5%)
Urbano	4 (25%)	4 (25%)	6 (37,5%)	2(12,5%)	16 (44,4%)
Total	9 (25%)	6 (16,6%)	12 (33,3%)	9 (25%)	36(100%)

En la presente tabla se puede visualizar que del 55,5% pertenecientes a la zona rural, el 35% está separado de sus hijos alrededor de 16 a 20 años, en cambio del 44,4% que pertenece a la zona urbana, el 37,5% está separado de sus hijos alrededor de 11 a 15 años.

Tabla 6. Zona de residencia y representante legal del estudiante

Zona de residencia	Representante Legal					Total
	Padre	Madre	Abuelo/a	Tío/a	Primo/a	
Rural	0	12 (60%)	2 (10%)	5 (25%)	1 (5%)	20
Urbano	1(6,25)	12 (75%)	2 (12,5%)	1 (6,25%)	0	16
Total	1 (2,7%)	24(66,6%)	4 (11%)	6 (16,6%)	1 (2,7%)	36

En la siguiente tabla se puede observar que, del 55,5% pertenecientes a la zona rural el 60% tienen como representante a su madre, el 25% a su tío, el 10% a sus abuelos y el 5% a su primo. Del 44,4% quienes pertenecen a la zona urbana, el 75% tiene a su madre como representante, el 12,5% tienen a sus abuelos, el 6,25 tienen a su padre y el 6,25 tienen a sus tíos como representantes.

Tabla 7. Sexo relacionado a los niveles de depresión de Beck

Sexo	Niveles de depresión de Beck						Total
	normal	leve	Intermitente	Moderado	Grave	Extremo	
Femenino	1 (4,16%)	6 (25%)	3 (12,5%)	7 (29,16%)	4 (16,6%)	3 (12,5%)	24 (66,7%)
Masculino	5 (41,6%)	1 (8,3%)	3 (25%)	1 (8,3%)	2 (16,6%)	0	12 (33,3%)
Total	6 (16,6%)	7 (19,4%)	6 (16,6%)	8 (22,2%)	6 (16,6%)	3 (8,3%)	36 (100%)

En la tabla expuesta se puede visualizar que del 66,6% perteneciente al sexo femenino el 29,16% manifiesta presentar depresión moderada, en cambio del 33,3% perteneciente al sexo masculino solamente el 25% manifiesta tener estados de depresión intermitentes.

Tabla 8. Edad en relación a los niveles de depresión de Beck

Edad	Niveles de depresión de Beck						Total
	normal	leve	Intermitente	Moderado	Grave	Extrema	
14	1 (14,2%)	1 (14,2%)	1 (14,2%)	1 (14,2%)	2 (28,5%)	1 (14,2%)	7 (19,4%)
15	2 (18,1%)	2 (18,1%)	2 (18,1%)	1 (9%)	3 (27,2%)	1 (9%)	11(30,5%)
16	2 (14,2%)	2 (14,2%)	2 (14,2%)	6 (42,8%)	1 (7%)	1 (7%)	14(38,9%)
17	1(25%)	2 (50%)	1(25%)	0	0	0	4(11%)
Total	6	7	6	8	6	3	36

En la siguiente tabla se observa que un 42,8% de los adolescentes de 16 años presentaron un nivel de depresión moderada y un 27,2% de adolescentes de 15 años manifestaron depresión grave.

Tabla 9. Niveles de depresión y progenitor migrante

Niveles de depresión	Progenitor migrante			Total
	Padre	Madre	Ambos	
Normal	3 (8,3 %)	2 (5,5 %)	1 (2,7 %)	6 (16,6 %)
Leve	5 (13,8%)	0	2 (5,5 %)	7 (19,4 %)
Intermitente	2 (5,5 %)	0	3 (8,3 %)	5 (13,8 %)
Moderado	7 (19,4 %)	0	2 (5,5 %)	9 (25 %)
Grave	5 (13,8 %)	0	1(2,7 %)	6 (16,6 %)
Extrema	2 (5,5 %)	0	1(2,7 %)	3 (8,3 %)
Total	24 (66,6 %)	2 (5,5 %)	10 (27,7 %)	36 (100 %)

En la presente tabla se puede visualizar que existe un 66,6 % de adolescentes que tienen a su padre migrante manifiestan síntomas depresivos de los cuales un 19,4% presentan depresión moderada, un 13,8% indican una leve perturbación del estado del ánimo y de igual manera un 13,8% presentan depresión grave. Así también un 27,7% de adolescentes que tienen a ambos padres migrantes presentan sintomatología depresiva.

Tabla 10. Relación entre el tiempo de migración y niveles de depresión de Beck

Tiempo de migración	Niveles de depresión de Beck						Total
	normal	leve	Intermitente	Moderado	Grave	Extrema	
0 meses a 5 años	1(11,1%)	3(42,8%)	2 (22,2%)	1(11,1%)	2 (22,2%)	0	9 (25%)
6 años a 10 años	2 (33,3%)	1(16,7%)	1(16,7%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	0	6 (16,7%)
11 años a 15 años	3 (25%)	1(8,33%)	1(8,33%)	3 (25%)	2 (16,7%)	2(16,7%)	12 (33,3%)
16 años a 20 años	0	2(22,2%)	1(11,1%)	4 (44,4%)	1(11,1%)	1 (11,1%)	9 (25%)
Total	6	7	5	9	6	3	36

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,570	15	,782
Razón de verosimilitud	12,794	15	,618
Asociación lineal por lineal	1,647	1	,199
N de casos válidos	36		

En la tabla 10 se observa que un 50% de los hijos de migrantes que se encuentran fuera del país entre 11 a 20 años presentan niveles de depresión, sin embargo, no existe una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de ausencia de los padres y la presencia de depresión.

DISCUSIÓN

Se analizaron 36 estudiantes de 14 a 17 años de la Unidad Educativa Ciudad de Girón, con el objetivo de determinar la relación entre depresión y migración parental en adolescentes hijos de padres migrantes. Bajo este marco presentamos los siguientes aspectos. En cuanto a las características demográficas de la población, la media de edad de los estudiantes es de 15.42 años, siendo el más frecuente el grupo etario de 16 años con un 38,9%, el 66.7% pertenece al sexo femenino y el 55.6% vive en zonas rurales.

Al aplicar el Inventario de depresión de Beck a los estudiantes, 30 obtuvieron un puntaje superior a 10, lo que corresponde a una prevalencia de síntomas depresivos del 83.3%. En algunos estudios que buscaban medir la depresión en adolescentes se obtuvieron resultados con porcentajes inferiores al nuestro, como por ejemplo en un estudio realizado por Muñoz et al. (2021) en la ciudad de Azogues, Ecuador, donde se analizó la prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes de la Unidad Educativa Luis Cordero, se encontró una prevalencia del 29,9% de síntomas depresivos en adolescentes, por lo que existe una gran diferencia con los resultados obtenidos en el presente estudio.

En la investigación de Camacho (2005) con respecto a la variable zona de este estudio se encontró cierta afinidad en los resultados, ya que se puede observar que la mayor parte de personas emigrantes pertenecen a la zona rural, así como también referente al sexo, los padres son los que más emigran con respecto a las madres en la zona rural, esto guarda relación con lo que sostiene el Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del Cantón Girón (2017).

Así mismo, los estudios llevados a cabo por Herrera y Martínez (2001) y de Herrera y Carrillo (2004) mencionan que la separación entre hijos y padres podía ser de hasta diez o quince años, aquello es acorde con lo que se halla en este estudio.

Meza y Cuéllar (2009) y Aguilera et al. (2004) señalan que las esposas son quienes se quedan como jefes del hogar debido a que los esposos son quienes mayormente migran, esto concuerda con los resultados obtenidos en la investigación, ya que se observa que la mayoría son las madres las representantes legales de los adolescentes en la institución.

Si bien sabemos son varios los factores causales de este trastorno en adolescentes, uno de ellos es el distanciamiento de los vínculos parentales como lo mencionan Bernal y Escobar (2000), como es el caso de nuestro grupo de estudiantes participantes puesto que todos tienen

al menos a uno de sus progenitores lejos de ellos a causa de la migración. Con el porcentaje elevado de sintomatología depresiva hallado en los adolescentes en nuestro estudio podemos decir que la migración parental influye en la presencia de depresión, esto coincide con los resultados obtenidos en un estudio realizado en Nicaragua, en el año 2018 donde se analizó la repercusión de la migración de madres-padres en el desarrollo psicosocial de adolescentes, los adolescentes manifiestan una asociación a la migración con sentimientos de soledad, tristeza admitida por la falta que les hacen sus padres para poder suplir la necesidad afectiva de comprensión, acompañamiento y comunicación que es muy necesaria a estas edades tempranas, sin embargo los principales efectos psicológicos y sociales de los adolescentes producto de la migración de sus padres van en dependencia del grado de afectación que les causó el fenómeno.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación con la finalidad de determinar la relación entre depresión y migración parental en adolescentes hijos de padres migrantes se concluye lo siguiente:

Mediante la evaluación realizada a través del Inventario de depresión de Beck a los estudiantes de la Unidad Educativa Ciudad de Girón se evidencia una prevalencia del 83,3% de sintomatología depresiva en donde el 22,2% manifiesta tener depresión moderada, por lo que se puede observar que si existe depresión en los adolescentes hijos de padres migrantes. Sin embargo, no se puede establecer una relación estadísticamente significativa entre depresión de los adolescentes y el tiempo de migración parental, ya que se encontró que la cantidad de años que el padre se encuentra alejado de su hijo a causa de la migración no influye en que el adolescente presente o no niveles de depresión.

Según los datos obtenidos mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica se pudo constatar que de acuerdo a la zona de residencia tanto urbana como rural es el padre quien mayormente emigra, sin embargo, en la zona rural existen casos en los que son ambos progenitores los que emigran, cabe mencionar que en la zona rural no se encontró evidencia de que sea solo la madre la emigrante. En cuanto al tiempo la mayoría de progenitores llevan separados de sus hijos a causa de la migración alrededor de 11 a 17 años y la minoría de ellos llevan entre 0 meses a 10 años, con mayor frecuencia es la madre quien queda a cargo de los hijos, y en determinados casos los tíos o los abuelos asumen esta responsabilidad.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con las conclusiones se recomienda lo siguiente:

- Brindar la ayuda necesaria a los estudiantes que presentaron sintomatología depresiva a través de la ejecución de un taller de prevención de depresión.
- Psicoeducar a los representantes de los estudiantes que manifestaron síntomas depresivos con el fin de que aprendan a identificar dichos síntomas y la forma de intervenir como familiar ante esto.
- Realizar más estudios de investigación cuantitativa en otras instituciones educativas pertenecientes al cantón Girón respecto a los niveles de depresión presentes en los adolescentes hijos de padres migrantes, considerando los resultados obtenidos en este trabajo a manera de ampliar la muestra para adquirir resultados más significativos acerca de la problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilera, R. Carreño, M. & Juárez, F. (2004). Características psicométricas de la CES-D en una muestra de adolescentes rurales mexicanos de zonas con alta tradición migratoria. *Salud Mental*, 27.
- Alcántara, J. (1993). *Cómo educar la Autoestima*. CEAC. S.a
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5ª Edición. Filadelfia: American Psychiatric Pub.
- Armero, M. (2021, 6 febrero). *La triada cognitiva de Beck*. La Mente es Maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/la-triada-cognitiva-de-beck/>
- Aruj, R. (2008). Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. *Scielo*, 14 (55). http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252008000100005
- Avila, A. (1990). Psicodinámica de la depresión. *Anales de psicología*. 6(1). https://www.um.es/analesps/v06/v06_1/04-06_1.pdf
- Barber, J. & Solomonov, N. (2016). Psychodynamic theories. *APA handbook of clinical psychology: Theory and research*. <https://doi.org/10.1037/14773-003>
- Beck, A. Rush, J. Shaw, B. Emery G. (2010). *COGNITIVE THERAPY OF DEPRESSION*. 19ª Edición. The Guilford Press, New York
- Bellorin, D., Catillo, K., Vizcata, G. y Solís, F. (2018). Repercusiones de la migración de madres-padres en el desarrollo psicosocial de adolescentes en Estelí, Nicaragua. *Revista Científica de FAREM-Estelí*, 7 (28), 45-53. <https://www.camjol.info/index.php/FAREM/article/view/7612/7163>
- Bernal, H., & Escobar, L. (2000). Prevalencia de depresión en estudiantes de medicina de la Universidad del Valle. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 29 (3).
- Borrás, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. *Revista Correo Científico Médico de Holguín*, 18 (1), 1-3. <https://www.medigraphic.com/pdfs/correo/ccm-2014/ccm141b.pdf>
- Borrero, A. (1996). *Impacto de la migración en Azuay*. Universidad de Cuenca
- Calero, C. (2019). Depresión en adolescentes asociados a migración familiar, familia disfuncional y bullying en Huánuco 2018. [redalyc.org. https://www.redalyc.org/journal/6357/635767697006/html/#redalyc_635767697006_ref4](https://www.redalyc.org/journal/6357/635767697006/html/#redalyc_635767697006_ref4)
- Camacho, G. (2005). *Migración, Género y Empleo en el Ecuador*. Informe Organización Internacional del Trabajo OIT, Quito: septiembre
- Castillero, O. (2022, 16 marzo). *Las 5 etapas de la depresión y primeras señales de alerta*. Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/clinica/etapas-depresion>
- Corona, J. (2018). Teorías sobre la adolescencia y el embarazo adolescente. *Revista Debates Latinoamericanos*. 16 (32), 1-15. <https://revistas.rlcu.org.ar/index.php/Debates/article/view/361>
- D. (2021, 15 abril). Los tipos de migración que existen. Diferenciador. <https://www.diferenciador.com/tipos-de-migracion/>

- Dallal, E., & Castillo, J. (2000). *Depresión en la adolescencia*. México: Mc Graw Hill.
- Del Burgo, J. Trigueros, M. Ruiz, A. Muñiz, R. Maestre, I. (2006). Prevalencia de síndrome disfórico premenstrual en población general. *ELSIEVER*. 32(8). DOI: 10.1016/S1138-3593(06)73296-8
- E. Carrasco, A. (2017). MODELOS PSICOTERAPÉUTICOS PARA LA DEPRESIÓN: HACIA UN ENFOQUE INTEGRADO. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 51(2),181-189. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28454546004>
- Encalada, R., & Santiago, E. (2010). *Impacto de la migración en la salud mental en niños y adolescentes del cantón Gualaceo, Cuenca 2010*.
- Expansión. (2020, 6 febrero). Aumenta el número de emigrantes ecuatorianos. [Expansión/datosmacro.com](https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/ecuador#:~:text=Ecuador%20tiene%2C%20seg%C3%BAAn%20los%20C3%BAltimos,195%20del%20ranking%20de%20emigrantes). Recuperado 24 de diciembre de 2021, de <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/ecuador#:~:text=Ecuador%20tiene%2C%20seg%C3%BAAn%20los%20C3%BAltimos,195%20del%20ranking%20de%20emigrantes>.
- Flour, E., & Buchanan, A. (2003). The role of mother involvement and father involvement in adolescent bullying behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 18 (6).
- Gaete, Verónica. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86 (6), 436-443.
- García-Allen, J. (2022, 16 abril). *La Terapia Cognitiva de Aaron Beck*. Psicología y Mente. Consultado el 9 de abril de 2022. <https://psicologiymente.com/clinica/terapia-cognitiva-aaron-beck>
- Gilman, S., Kawachi, I., Fitzmaurice, G., Buka, S. (2003). Family disruption in childhood and risk of adult depression. *The American Journal of Psychiatry*, 160 (5).
- GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DEL CANTÓN GIRÓN. (2017, 12 agosto). *Migración*. <https://www.giron.gob.ec/quienes-somos/migracion/#:~:text=La%20Migraci%C3%B3n%20interna%20fue%20muy,%20en%20las%20cacaoteras%20etc>.
- Gómez, J. (2010). La migración internacional: Teorías y enfoques, una mirada actual. *Semestre Económico*, 13 (26), 81-99. <https://www.redalyc.org/pdf/1650/165014341004.pdf>
- Gutiérrez, J., Romero, J., Arias, S. y Briones, X. (2020). Migración: Contexto, impacto y desafío. Una reflexión teórica. *Revista de Ciencias Sociales*, 21 (2), 299-313.
- Gutiérrez, S. (2020, 30 julio). *El DSM-5: ¿Qué es y para qué sirve?* Paradigma 4.0 & PEC. <https://paradigma40pec.com/el-dsm-5-que-es-y-para-que-sirve/>
- Herrera, G. y Carrillo, M. C. (2004). *Jóvenes, migración y familia en la región sur del Ecuador*. Informe de investigación, versión preliminar. FLACSO-Fondo de Solidaridad.
- Hidalgo, M. (2013). Medicina de la adolescencia: Su importancia en la sociedad actual. *Revista Pediatría Integral*, 27 (02), 1-3. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-03/medicina-de-la-adolescencia-su-importancia-en-la-sociedad-actual/>
- https://www.redalyc.org/journal/280/28063431024/html/#redalyc_28063431024_ref21

- https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062015000600010
- Ives, E. (2014). La identidad del Adolescente: Como se construye. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 2 (2), 15-16. <https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/02-01%20Mesa%20debate%20-%20Eddy.pdf>
- Jara, M. (2022, 6 abril). *Las remesas que llegaron al Ecuador rompieron un récord histórico*. El Comercio. [https://www.elcomercio.com/actualidad/remesas-ecuador-record-2022-migrantes-dolares.html#:~:text=Las%20remesas%20que%20llegaron%20al%20Ecuador%20rompieron%20un%20r%C3%A9cord%20hist%C3%B3rico,-Facebook%20Twitter%20WhatsApp&text=Ecuador%20recibi%C3%B3%20USD%204%20262,Central%20del%20Ecuador%20\(BCE\)](https://www.elcomercio.com/actualidad/remesas-ecuador-record-2022-migrantes-dolares.html#:~:text=Las%20remesas%20que%20llegaron%20al%20Ecuador%20rompieron%20un%20r%C3%A9cord%20hist%C3%B3rico,-Facebook%20Twitter%20WhatsApp&text=Ecuador%20recibi%C3%B3%20USD%204%20262,Central%20del%20Ecuador%20(BCE)).
- Korman, G. & Sarudiansky, M. (2011). MODELOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 15(1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630257005>
- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E., & Dijkstra, A. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32 (3).
- Krauskopof, D. (2013). El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios. *Revista Adolescencia y Salud*, 1 (2), 23-31. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004
- Leyva-Jiménez, R. Hernández, A. Nava, G. López, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3). <https://www.redalyc.org/pdf/4577/457745527004.pdf>
- López-Pozos, C. (2009). El costo emocional de la separación en niños migrantes: un estudio de caso de migración familiar entre Tlaxcala y California. *Agricultura, sociedad y desarrollo*. 6(1). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-54722009000100004
- Lucero, G. Jimbo, M. Mayorga, I. (2008). Depresión asociada a la migración en estudiantes del colegio Miguel Moreno de la ciudad de Cuenca. [tesis previa a la obtención del título de médico]. Universidad de Cuenca.
- Martínez-Casasola Hernández, L. (2020, 15 diciembre). *Tríada cognitiva de Beck: ¿qué es este modelo teórico sobre la depresión?* Psicología y mente. <https://psicologiymente.com/clinica/triada-cognitiva-beck>
- Meza, L. & Cuéllar, M. (2009). *La vulnerabilidad de los grupos migrantes en México*. Pública.
- Mora, H. (2016). Relación entre migración de progenitores y conductas de riesgo en adolescentes, comunidad El Salto [Tesis de graduación previo a la obtención del título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Universidad del Azuay]. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6446>
- Muñoz, K., Arévalo, C., Tipán, J. y Morocho, M. (2021). Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(1), 1-8. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1222375/a6-depresion-y-factores-asociados-a-depresion-en-adolescentes-_vsde5F6.pdf

- OIM. 2018. *Informe sobre las migraciones en el mundo 2018*. Ginebra: OIM.
<https://bit.ly/2KYYXQB>
- ONU. (2008). *ECUADOR: La migración internacional en cifras*. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA – Ecuador.
<http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/1173/1/ONU-025.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). *Depresión*. OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud. Consultado el 6 de abril de 2022.
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Revista Terapia Psicológica*, 29 (1),85-95. <https://www.redalyc.org/pdf/785/78518428010.pdf>
- Pardo, G. Sandoval, A. Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana*, (13). <https://www.redalyc.org/pdf/804/80401303.pdf>
- Rosabal, E., Romero, N., Gaquín, K. y Hernández, R. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2015/cmm152j.pdf>
- Rubio, N. M. (2019, 25 julio). *Las 11 Causas y Consecuencias de la Migración*. Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/social/consecuencias-migracion>
- Salvador, J.(2012). Los Efectos Psicológicos de la Migración Parental sobre la Autoestima de los Adolescentes en Zonas de Alta Tradición Migratoria. *Revista electrónica en Ciencias Sociales y Humanidad Apoyadas por tecnologías*, 1(2).
<https://chat.iztacala.unam.mx/cshat/index.php/cshat/article/view/52/46>
- Vázquez, F. Muñoz, R. Becoña, E. (2000). DEPRESIÓN: DIAGNÓSTICO, MODELOS TEÓRICOS Y TRATAMIENTO A FINALES DEL SIGLO XX. *Psicología Conductual*, 8(3). https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf
- Videon, T. (2002). The effects of parent-adolescent relationships and parental separation on adolescent well-being. *Journal of Marriage and Family*, 64 (2).
- Zárate, L. Córdoba, D. Rivera, E. (2007). La emigración del adulto como factor de riesgo en la autoestima de los adolescentes. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 12(2).
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29212210.pdf>
- Zhingri, C. (2015). *La migración y el impacto económico, social y cultural en el cantón Girón, provincia del Azuay* [Tesis maestría, Universidad de Especialidades Espíritu Santo]. Repositorio digital de la Universidad de Especialidad Espíritu Santo.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha sociodemográfica



FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Nombres y Apellidos: _____

Fecha: _____

Edad: _____

Curso: _____

Nombre de la institución educativa: _____

Sexo: Masculino Femenino

Zona: Rural Urbana

¿Alguno de sus padres a migrado a otro país?

Si _____ No _____

Si su respuesta fue SI, especifique:

Padre

Madre

Ambos

¿Hace cuánto tiempo migró / migraron?

¿Quién es su representante?

Anexo 2. Inventario de depresión de Beck

BDI-II¹

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

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

5. Sentimientos de Culpa

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

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

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

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

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

10. Llanto

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

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition)
Traducido y adaptado con permiso.
© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA.
Todos los derechos reservados.

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

<p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3 Me es difícil interesarme por algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso.</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1 Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.</p> <p>3 No tengo energía suficiente para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b Duermo mucho menos que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día.</p> <p>3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p>	<p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>1 Estoy más irritable que lo habitual.</p> <p>2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.</p> <p>3 Estoy irritable todo el tiempo.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.</p> <p>1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes.</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.</p> <hr/> <p>3a No tengo en apetito en absoluto.</p> <p>3b Quiero comer todo el tiempo.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.</p> <p>2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>
---	---

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

Anexo 3. Consentimiento informado



Consentimiento Informado

Yo _____ declaro que he sido informado/a acerca de que mi representado/a _____, perteneciente al _____ participe en una investigación para la obtención del título de tercer nivel de Psicología Clínica, denominada “Depresión en adolescentes hijos de migrantes de la Unidad Educativa “Ciudad de Girón”, el cual es un proyecto de investigación que cuenta con el respaldo de la Universidad del Azuay. Entiendo que este estudio busca determinar el índice de depresión en adolescentes hijos de padres migrantes de la Unidad Educativa “Ciudad de Girón” y que la participación de mi representado/a se llevará a cabo en la Unidad Educativa “Ciudad de Girón” y consistirá en responder un test psicológico para medir síntomas depresivos que demorará alrededor de 30 minutos. Me han explicado que la información registrada será confidencial, y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por la participación en este estudio. Asimismo, sé que puedo negar la participación de mi representado en cualquier etapa de la investigación. Sí. Acepto voluntariamente que mi representado/a participe en este estudio.

Fecha:

Firma del representante: _____