



RESUMEN

Objetivos: Determinar el impacto que tiene la migración en la salud mental de los niños y adolescentes que permanecen en el país.

Metodología: Estudio transversal en 450 estudiantes entre 6 y 16 años en Gualaceo, en la provincia del Azuay (2009), se realizó por muestreo aleatorio sistémico. Para el diagnóstico de salud mental se utilizó el test SDQ en los estudiantes y en sus padres o representantes. La razón de prevalencia (RP) con IC 95% y Chi-cuadrado se usaron para buscar asociación entre migración y patología mental.

Resultados: La prevalencia de trastornos mentales es mayor en hijos de migrantes (30%). Más del 50% de la migración fue paterna y por más de 5 años. Los niños entre 6 a 10 años con migración presentaron mayor prevalencia de trastornos mentales (35%). El trastorno más prevalente fue el de conducta (54,5%). En aquellos entre 11 a 16 años el trastorno más prevalente fue el trastorno emocional (41.7%).

Conclusiones. Los hijos de los migrantes tienen 2 veces mayor probabilidad de desarrollar patología emocional, conductual y problemas con compañeros que los hijos de no migrantes ($p < 0.001$ - $p < 0.008$). La hiperactividad y la conducta prosocial no están relacionadas con la migración. La migración incrementó la prevalencia de patología mental, mientras que no hubo asociación específica ni diferencia en relación al tiempo de migración así como al progenitor que migró. No tener migración de padres es un factor protector para los trastornos mentales

Palabras clave: Migración, SDQ, salud mental, impacto psicosocial, niños y adolescentes, cantón Gualaceo.



ABSTRACT

Objective: Determination of immigration impact at the mental health of children and adolescents left behind at the country.

Methodology: A transversal study was developed in a sample of 450 students aged 6 to 16 years old in Gualaceo province of Azuay (2009). The sample was made for systemic randomized method. The SDQ test was used to mental health diagnosis. The prevalence reason (PR) with IC 95% and square Chi were used for finding statistical association between immigration and mental pathology.

Results: The prevalence of mental illness was higher in immigrant's children (30%) More than 50% of immigration was paternal for a period longer than 5 years. The children aged 6 to 10 years with immigration showed higher prevalence of mental problems (35%). The highest mental problem prevalence at immigrant's children was the behavioral disorder (54.5%). Children aged 11 to 16 years at immigrant's group the higher prevalence was the emotional disorder (41.7%).

Conclusion: Immigrants children have two times higher probability to have emotional disorders, behaviors disorders, peer relationships problems than non immigrants children ($p < 0.001-0.008$). The hyperactivity and prosocial behavior did not show association with immigration. The immigration increases the prevalence of mental pathology whereas there were not specific association with the time of immigration and the migrated progenitor. Do not have immigration is a protective factor to the development of mental pathology.

Key words: Immigration, SDQ, mental health, psychosocial impact, children, adolescents, Gualaceo.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	1
Índice	2
Responsabilidad	4
Agradecimiento	5
Dedicatoria	6
CAPÍTULO I	8
Introducción.	8
Planteamiento del problema.	9
Justificación	10
CAPÍTULO II	11
Fundamento teórico	11
CAPÍTULO III	17
Hipótesis, objetivos, definición y operacionalización de las variables	17
Hipótesis	17
Objetivo general	17
Objetivos específicos	17
Definición y operacionalización de las variables	18
CAPÍTULO IV	19
Metodología	19
Tipo de estudio	19
Universo, muestra y muestreo	19
Criterios de inclusión	20
Criterios de exclusión	20
Procedimientos de recolección de la información e instrumentos	21
Métodos para control de calidad de los datos	22
Normas éticas	23
Plan de tabulación y análisis	24
CAPÍTULO V	25
Resultados fase descriptiva	25
Resultados fase analítica	47
CAPÍTULO VI	74
Discusión	74
CAPÍTULO VII	88
Conclusiones y recomendaciones	88
Conclusiones	88
Recomendaciones	89
CAPÍTULO VIII	90
Propuesta de intervención	90
Referencias bibliográficas	97
Anexos	102
Abreviaturas	113



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE PEDIATRÍA

**IMPACTO DE LA MIGRACIÓN EN LA SALUD MENTAL EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES,**

CUENCA 2010

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA.

Autor: Dr. Santiago Ron Encalada

Director: Dr. Bolívar Quito Riera

Asesor: Dra. Lorena Encalada Torres

Cuenca – Ecuador

Octubre 2010



RESPONSABILIDAD

**El presente trabajo de investigación
es responsabilidad del autor:
Dr. Santiago Ron Encalada.**

C.I. # 0301563854

.....



AGRADECIMIENTO

**A los niños con sus caritas tristes quienes
nos enseñaron que la salud va mas allá
del bienestar físico.**

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

**Al Ilustre Municipalidad de Gualaceo,
así como a las instituciones educativas que colaboraron
para realización de este estudio.**



DEDICATORIA

**A todas las personas que nos apoyaron
a lo largo de nuestro posgrado, a mi madre Sara
por todo el apoyo recibido.**

**A los migrantes, a sus hijos, a sus esposas,
a sus hermanos.**



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Según la División de Población de las Naciones Unidas, para el 2004 una de cada 35 personas a nivel mundial residen fuera de su país natal (Villar 2007), para el 2005 el 5,1% de la población mundial fueron emigrantes y dentro de los 10 países de mayor emigración se encuentran: México, Colombia, Cuba, Brasil, El Salvador, República Dominicana, Jamaica, Ecuador y Perú. (Ratha 2008). La principal causa de migración fue el desempleo, pobreza y subempleo (Castillo 2008).

El Ecuador ha vivido en sus últimas décadas fenómenos socioeconómicos y políticos importantes 1 de cada 10 ecuatorianos se encuentra viviendo en el extranjero (Dupret 2007). Si bien la migración es un rasgo típico de la humanidad, las escasas asignaciones para salud, desempleo, inflación y corrupción han generado en la migración una forma de satisfacer sus necesidades de vivienda, alimentación y salud. Aunque los beneficios económicos que las remesas generan impactan positivamente, la desestructuración familiar y la ruptura del vínculo familiar repercuten significativamente sobre el bienestar general de los hijos de los migrantes (Paiewonsky 2007).

Este fenómeno genera patología sobre la salud física y mental de los niños y adolescentes. Las reacciones psíquicas que se producen pueden variar de acuerdo a la edad, sexo u otras características de las nuevas estructuras familiares generadas por este fenómeno. La determinación del estado de salud mental así como el diagnóstico temprano de patología psiquiátrica es imprescindible. Los hijos de emigrantes son presa fácil de discriminación, violencia y maltrato. Un estudio hecho en Cuenca-Ecuador por el Banco Interamericano de Desarrollo en febrero del 2008 señaló que el 60% de la población establece que los estudiantes hijos de migrantes no son buenos estudiantes, y en un 45% señaló que están envueltos en actividades ilícitas (Soruco 2008). El presente estudio pretende hacer una aproximación del impacto que tiene la migración sobre el estado de salud mental de los niños y adolescentes de acuerdo a las características de ésta población en riesgo.



1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Entre 1975 y el 2005 la migración mundial total creció a una tasa anual del 2.7%. Cada año en el mundo 3. 5 millones de personas han migrado desde su país de origen. En términos globales para el 2005 América Latina y el Caribe representan el 3.5% del total de migrantes (Verdera 2008). El Ecuador es un país donde más de un millón de ecuatorianos por año abandonan el país en busca de mejores condiciones de vida (Arauz 2009). Según el Ministerio de Trabajo, se calcula que esto equivale a casi un 10% de la Población Económicamente Activa según datos del 2008. En la provincia del Azuay, el cantón Gualaceo se encuentra en el segundo lugar en frecuencia del fenómeno migratorio (9-10%) (INEC 2009).

En las 2 últimas décadas se habla de un proceso de feminización de la migración, en el año de 1995 por cada 8 hombres emigrantes, hubo 1 a 2 mujeres que emigraron; sin embargo la relación para el año 2005 cambió y por cada hombre una mujer ha migrado (Arauz 2009). Esta catástrofe social ocasiona que los menores sean vulnerables a la pérdida de una estructura familiar, maltrato, abandono o negligencia, privación de vínculo parenteral, formación de nuevos sistemas familiares y mal uso de las remesas lo que hace de estos menores un grupo poblacional en riesgo. (Saad 2003).

Es necesario establecer el diagnóstico de salud mental en los hijos de los migrantes que permanecen en el país de origen, así como buscar una asociación entre este factor y problemas emocionales, de conducta, hiperactividad, problemas de socialización, agresividad y conducta.

El Estado ante este problema, ha creado ciertos grupos y políticas que se han encargado del bienestar de los migrantes en el extranjero pero no se ha tomado las medidas necesarias para garantizar la salud física y mental en estos menores así como tampoco se les ha considerado un grupo en riesgo. El período de tiempo en el que los niños y adolescentes sufren las consecuencias de este fenómeno es mandatorio en el desarrollo de la autoestima, confianza, y otros valores de un futuro adulto, es decir el daño podría ser irreparable (Dupret 2007).



1.3. JUSTIFICACIÓN

En Ecuador, en el cantón Gualaceo un 9% de la población ha migrado siendo uno de los lugares con mayor migración de la provincia del Azuay. La emigración afecta tanto a las áreas rurales como a las urbanas y no existen datos precisos sobre el estado mental de esta población así como las consecuencias que ésta tiene sobre nuestros menores.

Este estudio permitirá establecer la patología mental de la población en estudio, y conocer las consecuencias de la migración sobre la salud mental de los niños y adolescentes hijos de padres migrantes que permanecen en nuestro país, permitirá distinguir si el hecho de tener uno o ambos padres migrantes genera diferencias en el desarrollo de patología mental. Identificará a éstos menores como grupo de riesgo ante las instituciones educativas, personal de salud, entidades a cargo del manejo de migrantes y la comunidad en general. Los conocimientos obtenidos serán identificados en base a alteraciones de la salud mental que presenten en el área emocional, en la conducta, en los problemas con compañeros, hiperactividad y conducta prosocial, lo cual esperamos genere un aporte científico y social al considerar la migración como un problema emergente de salud pública.

Los resultados serán difundidos a través de las instituciones participantes, en este caso, las escuelas y colegios que se integra en el este estudio. Se publicarán los resultados en los medios de prensa local, además se procurará la publicación de este trabajo en revistas con aval científico académico.

Los beneficiarios de este estudio serán las instituciones y su personal, los familiares de migrantes a cargo de estos menores, la comunidad, el personal de salud, los posibles nuevos migrantes y la población en general, así como los niños y jóvenes del grupo de estudio en los que se encuentren alteraciones de su salud mental para que puedan recibir un tratamiento adecuado.



CAPÍTULO II

2.1 FUNDAMENTO TEÓRICO

Según los patrones migratorios de América Latina donde el continuo flujo de migrantes ha llegado a representar en términos generales más del 10% del total de movimiento de las personas, la diversificación de los patrones migratorios, barreras, requisitos de ingreso, posibilidades de trabajo, la cercanía geográfica y cultural entre los diversos países han contribuido a cimentar el patrón latinoamericano migratorio (Mora 2009).

La emigración para los ecuatorianos ha sido un tema que ha captado la atención del país en las últimas décadas. Para el 2001 más de 500.000 personas salieron del país para buscar recursos económicos que aseguren el bienestar de sus hijos y familiares (Saad 2003). En el 2005 más de un millón de personas emigraron constituyendo los dos países principales de destino Estados Unidos y España (Arauz 2009). Según la dirección nacional de migración, el 25% de viajeros legales no retornan al país, el fenómeno de la migración aunque continúa siendo nacional tiene una pronunciada concentración en las provincias de Azuay, Cañar, Loja y Pichincha, sumando el 66.3% del total de las remesas recibidas (Arauz 2009). Según datos obtenidos por el INEC el grupo de edad poblacional entre los 20 a 50 años constituye más del 60% de la población emigrante, es decir población en edad económicamente activa y en consecuencia padres de familia.

Esto puede reflejar que los ecuatorianos viajan al exterior en busca de trabajo (INEC 2009). De esta población activa el 35% lo constituyen trabajadores no calificados, con una relación hombre/mujer de 1/1. Ante estos hechos la explicación para este fenómeno es de carácter multifamiliar.

En el Ecuador la tasa de desempleo y subempleo para el 2009 afecta a más del 60% de la población. En el año 2000, 1 de cada 5 ecuatorianos no pudo cubrir sus necesidades básicas, la pobreza extrema fue del 21% de la población, la pobreza en general 67% y el hacinamiento en un 33% (INEC 2009, Saad 2003, Paredes 2004). Ante esta situación, el Estado no dispuso de políticas migratorias



oportunas y acertadas con el objetivo de disminuir el fenómeno migratorio y tratar de repatriar a la población migrante; podría ser que esto se justifique por el hecho de que las remesas para el año 2006 significaron más allá del 7% del PIB (Arauz 2009) y representaron la segunda fuente de ingresos después del petróleo.

La emigración de uno o ambos miembros del subsistema parental, provoca naturalmente una desestructuración familiar temporal y muchas veces definitiva, siendo esto uno de los factores más estresantes en la vida de los hijos y con severas consecuencias a corto, mediano y largo plazo en el subsistema filial (Saad 2003). Ante este fenómeno migratorio, solo el 1 al 2 % de los menores pueden emigrar junto con sus padres mientras que el 98-99% permanece en el país.

La familia constituye en el Ecuador una entidad social, la ruptura del vínculo parenteral provoca que tanto las madres o los padres dejen en el país niños desde pocos días de vida hasta adolescentes o adultos jóvenes, con el fin de buscarles una vida mejor, la familia por tanto queda como un ente disperso (Dupret 2007).

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

Un trabajo realizado en Guatemala señala que el 15% de su población es migrante, y que el cambio en la estructura familiar, en el contexto social, y en las relaciones entre los menores y sus nuevos encargados es suficiente para explicar el costo emocional que esto trae como secuela.

A pesar de este fenómeno, muchas madres de Guatemala en la actualidad piensan que la migración sería una experiencia positiva para el bienestar de sus familias desconociendo su real impacto (Moran 2008).



Una investigación publicada en el 2009 señala que la migración a países y lugares distantes incrementa la disrupción matrimonial, que el padre y la madre juegan roles diferentes socioculturales y de que esto depende el impacto que produzca la migración sobre el menor que permanece en el país de origen así como de los que logran migrar con sus padres que no son más del 2% del total de esta población (Clark 2009, Moran 2008).

El artículo 45 de nuestra constitución establece como derechos de los niños tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria. El sexto derecho del niño estipula que siempre que sea posible el menor deberá crecer en el amparo y bajo la responsabilidad de sus padres, salvo circunstancias emocionales, no debe separarse al niño de su madre. Cuando un miembro de la familia emigra, la vida psíquica y emocional de los familiares que quedan en el país se resquebraja, se produce una desconexión del entorno social, familiar, académico.

Como resultado de esta etapa los menores de edad que se encuentran en un proceso de desarrollo psíquico e intelectual precisan de estabilidad, de un medio familiar y de seguridad en su entorno. De esta forma ante el hecho de que uno de los padres migre los menores afectados entran en un proceso conocido como duelo (Saad 2003) o posteriormente la pérdida definitiva de uno de sus padres creando reacciones emocionales extremas como actitudes violentas e impulsivas, conductas delictivas, depresión e intento de suicidio y consumo de sustancias psicoactivas favorecidas por el mal uso de las remesas.

En este contexto, las familias al reorganizarse establecen familias mono parenterales, extensas o ampliadas. Un estudio hecho en la ciudad de Loja en el año 2000, determinó que cerca de 20.000 padres de familia que emigraron, el 41,7% de los menores quedó a cargo de sus abuelos, el 30,6% bajo la tutela de la madre, el 8% solo del padre y el resto 19% con otros parientes como tíos, hermanos o personas sin relación familiar. (Saad 2004).



Este deterioro de los vínculos familiares, se manifiesta de acuerdo a la pérdida de el progenitor, si es la madre. El menor vive el abandono o igual que la muerte de la misma, sobre todo en niños de corta edad donde estos son seres inermes, frágiles y sensibles. La pérdida del padre no permite afianzar las identificaciones masculinas, se dificulta la estructuración psicosocial del niño, el cumplimiento de reglas, valores y conducta así como el consumo sin límites, gracias a las sumas de dinero que reciben de sus progenitores (Dupret 2007).

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

Otro trabajo realizado en el año 2004 en un Hospital de la Ciudad de Ambato - Ecuador realizado en 100 niños y adolescentes, 59% masculino, 41% femenino y la edad de 0 a 16 años, todos hijos de emigrantes de la provincia de Tungurahua de los cuales en 86 de ellos se obtuvo el diagnóstico de salud mental, mostraron que el 26,3% presentan trastornos de la conducta, trastorno de las emociones en un 26% y otros trastornos 13% (Paredes 2004). La edad media de este estudio fue 7 +- 3,9 años.

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



El período de ausencia del país era como promedio 6 años. Internacionalmente los estudios se han realizado en dos principales patologías: ansiedad y depresión.

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

Un nuevo estudio realizado en 80 familias en México en la comunidad de Chicahuaxtla, Oaxaca, El Arador y Texmelucan mostró que en promedio los hijos de los migrantes tienen depresión en un 63%, ansiedad en un 15%, problemas de conducta en 18% y de socialización en un 3% (Aguilar 2008). Otro trabajo hecho en Ocotlán - Texas, mostró que la ausencia de los padres se relacionó con violencia y problemas de conducta con un 47% y 50% del grupo de estudio.

En Trinidad México en el año 2004 en un trabajo realizado en 50 familias el 55% de los familiares de los migrantes mostraron ansiedad, depresión en un 42%, violencia 50% y delincuencia en el 4% de esta población (Vargas 2004). En China en una escuela secundaria los hijos de emigrantes mostraron que 16,6% se sienten abandonados, 12.3% afirman que no tienen problemas para conseguir ayuda, el 6.5% presentan ansiedad (Yeho 2006). Sin embargo ninguno de estos estudios incluyó un grupo para establecer la prevalencia de patología mental en los menores que no son hijos de migrantes.

Los estudios mencionados, muestran discordancia en los resultados, es posible que esto ocurra por no comparar poblaciones de características socioculturales similares para crear un diagnóstico del estado mental y así determinar si la migración representa o no un factor que incrementa la aparición de dicha patología mental y si lo hace considerar con una visión más diversa que abarque desde alteraciones de la conducta, de las emociones, hiperactividad, problemas de socialización hasta la conducta pro social para poder hacer un diagnóstico de salud mental, ya que muchos estudios realizados de orden nacional y en el extranjero, consideraron la depresión y ansiedad como objeto principal de



estudio; dejando otros trastornos mentales sin ser investigados o diagnosticados, sin saber si la migración aumenta la incidencia y por tanto la prevalencia de trastornos mentales, quedando la interrogante: la migración es un factor desencadenante o no de alteración en la salud mental?, con que patología está relacionada, y si hay una diferencia significativa entre los hijos de migrantes y no migrantes. Por último son verdaderamente un grupo en riesgo los hijos de los migrantes?

El manejo de la ansiedad, depresión, maltrato o negligencia, prevención de violencia, hiperactividad, y otras patologías sigue siendo la terapia cognitivo conductual, pero cuántos de los hijos de los migrantes reciben asistencia especializada para disminuir sus consecuencias. (Turner 2008; Bjornstad 2009; Ipser 2009; James 2009; Mac Donald 2008).



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS, OBJETIVOS, DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

3.1 HIPÓTESIS

La prevalencia de trastornos en la salud mental de los niños y adolescentes del cantón Gualaceo es mayor en los que tienen al menos uno de sus padres migrantes que en aquellos que no tienen padres migrantes?

3.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto de la migración sobre la salud mental en los niños y adolescentes hijos de padres migrantes del cantón Gualaceo, Azuay, 2009.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1.- Determinar la prevalencia de trastornos emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y trastornos de la conducta prosocial en los hijos de migrantes que permanecen en el país de origen así como de los que no presentan este fenómeno según edad, tiempo de migración y familiar que migró.

2.- Establecer la relación entre trastornos de la salud mental infantil como: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y trastornos de la conducta prosocial y la asociación con la migración de padres y el tiempo de migración.

3.- Elaboración de una propuesta de intervención de salud de acuerdo a los resultados obtenidos.

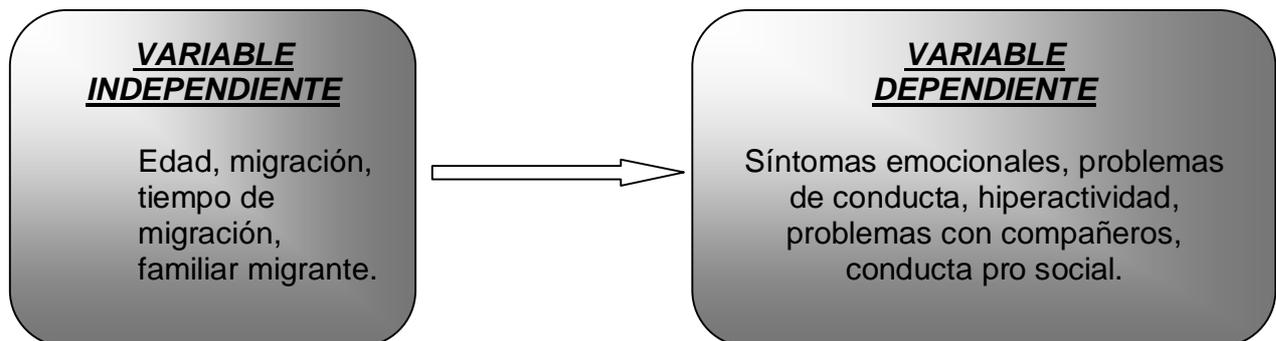


3.3 Definición y operacionalización de las variables:

3.3.1 Independientes: Edad, migración, tiempo de migración y familiar migrante.

3.3.2 Dependientes: Presencia de síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta pro social

3.3.3 Relación empírica de las variables:



3.4 Operacionalización de las variables (Ver anexo 5).



CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Tipo de estudio

Se trata de un estudio transversal de prevalencia realizado en las escuelas y colegios del Cantón Gualaceo provincia del Azuay en niños y adolescentes entre 6 a 16 años.

4.2 Universo

Los niños y adolescentes entre 6 años 0 días a 16 años 11 meses 29 días matriculados y cursando sus estudios en instituciones públicas o privadas del centro urbano del cantón Gualaceo al momento de aplicar el cuestionario.

4.3 Muestra

Para el cálculo se consideró los 4783 estudiantes matriculados en Gualaceo en el año 2009 comprendidos entre 5 a 16 años.

Se calculó la muestra en el programa Epi Info, con un intervalo de confianza del 95% con un índice error 5% se usó la variable de menor prevalencia (1,64% trastornos delirantes). Se obtuvo una muestra de 361 estudiantes, a esto se sumó un 20% de no respuesta dando un total de 434 pero la muestra se a redondeo a 450 estudiantes en total.

4.4 Muestreo

Se realizó por muestreo aleatorio sistemático.

Formula para el cálculo del intervalo constante: N (población) / n (muestra)

Entonces: $4783/450=10.6$. Se toma el inmediato superior es 11.

Se sortea un número ente 1 y 11. Resultó 8.

Posteriormente, se utiliza la lista de estudiantes de cada grado o curso por



numeración.

El primero de la lista será el número 8, los siguientes serán los números 16, 27, 35 y así sucesivamente hasta llegar a los 450 estudiantes.

Los estudiantes fueron seleccionados de cada institución, comenzando por el primer curso o grado "A".

Se verificó que los estudiantes no presenten criterios de exclusión, para aquellos que fueron excluidos se tomó al siguiente de la lista.

4.5 Criterios de Inclusión

Se incluyeron en este estudio los niños y adolescentes que tenían uno o ambos padres migrantes y que tengan una edad comprendida entre 6 años 0 días hasta 16 años 11 meses 29 días que estuvieron matriculados y cursando sus estudios en las instituciones del cantón Gualaceo.

Se incluyeron en este estudio los hijos de padres no migrantes que convivían con sus dos padres y que tuvieron una edad comprendida entre 6 años 0 días hasta 16 años 11 meses 29 días.

4.6 Criterios de exclusión

Todos los niños y adolescentes entre 6 años 0 días hasta 16 años 11 meses 29 días que se encontraron en orfandad, con retardo mental, parálisis cerebral, déficit o enfermedad neurológica y enfermedades discapacitantes.

Todos los hijos de padres prófugos de la justicia o en prisión, con enfermedades neurológicas o mentales, hijos de padres divorciados o que no vivían con sus hijos por otro motivo que no sea la migración, así como los menores hijos de padres con adicción o abuso de sustancias.



4.7 Procedimientos de recolección de la información e instrumentos a utilizar

4.7.1 Cuestionario base: Para la recolección de información, se empleó un cuestionario, que incluyó sexo, edad, procedencia, tiempo de migración de los familiares y los familiares que emigraron elaborado por el autor. (Anexo # 1).

4.7.2 Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ)

Para el screening de trastornos mentales, se utilizó el “Cuestionario de Cualidades y Dificultades” (SDQ). (Anexos 2, 3, 4)

Para los niños entre 6 a 10 años, se utilizó el test para padres o representantes, a diferencia en los niños entre 11 a 16 años donde se utilizó además del test para padres el autotest, el mismo que está desarrollado solo para uso en este grupo de edad (Goodman 2000)

En el grupo con migración, el test se aplicó a los padres si al menos uno de ellos se encontraba en el país o los representantes (encargados o familiares) en el caso que ambos padres no estuvieran en el país. En el grupo sin migración, entre 6 a 10 años el test aplicó a los padres y en el grupo de 11 a 16 años se aplicó también el autotest.

El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) creado por Robert Goodman en el instituto de Psiquiatría de Londres, es aplicable en un grupo poblacional entre 4 a 16 años y se divide en 5 escalas de 5 ítems cada uno de ellas, dichas escalas hacen referencia a síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta positiva de socialización (Rodríguez 2006).



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

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

Varios estudios realizados encontraron el uso de este test como una medida genuinamente dimensional del estado de salud mental de niños entre 4 a 16 años, de buen uso clínico, epidemiológico y como screening preliminar para la investigación de posibles trastornos psiquiátricos en la niñez (Goodman A. 2008; Godman R. 2008; Shojaei 2008; Ramos 2005), estableciendo al SDQ test como el instrumento más útil para investigación sobre la salud mental así como de sus atributos positivos que permiten la comparación entre diferentes poblaciones siendo esta valoración sensible a los cambios (Vostains 2006).

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

El SDQ es un instrumento validado en la actualidad en Australia, Reino Unido, en muchos países de Europa y Estados Unidos (Mathai 2008), algunos autores recomiendan el uso rutinario de este test en la atención pediátrica ya que la especificidad de este test en el diagnóstico psiquiátrico es de 94,6% y sensibilidad sobre el 70% de los individuos con hiperactividad, depresión, problemas de conducta entre otros (Goodman 2000) lo cual es comparable a través de entrevistas clínicas que en promedio logra una sensibilidad del 73% (Mathai 2004);



un coeficiente alfa de Cronbach de 0.82 siendo este cuestionario fiable y homogéneo (Rothenberger 2008).

4.8 Métodos para el control de calidad de los datos

La recolección de datos se realizó por el autor de este trabajo, para la aplicación del test se estará presente para explicar cualquier aspecto o pregunta que cause confusión. Los autores de esta manera fueron los responsables de recopilar la información y controlar que esta no esté incompleta o no sea clara. Además se realizó un estudio piloto de otra institución ajena a la del estudio para el control de calidad de los datos.

4.9 Normas éticas

Se presentó este protocolo al comité de Ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca quienes valoraron su aprobación.

Se elaboró un documento de consentimiento informado para los padres, personas en cuidado de los menores y un documento de asentimiento informado para los sujetos de estudio entre 12 a 18 años así como para las autoridades o profesores de las instituciones donde se explicará detalladamente los objetivos, propósitos, beneficios, riesgos y la confidencialidad del presente estudio. (Anexos 6, 7 y 8)



4.10 Plan de análisis y tabulación

Para la tabulación de datos se usó el programa SPSS versión 15.0 para Windows y Microsoft Office Excel 2007. Para el análisis se utilizó estadística descriptiva y de asociación. Los resultados se entregaron como porcentajes, medias y desviación estándar. Para buscar la asociación estadística se utilizó la RP (razón de prevalencia) con un intervalo de confianza del 95% y el Chi-cuadrado para buscar significancia estadística. Para la razón de prevalencia se utilizó el cálculo en la tabla de contingencia en el programa Epidat 3.1 mostrada a continuación:

TABLA DE CONTINGENCIA 2 X 2

TRASTORNOS MENTALES			
FACTORES ASOCIADOS	ENFERMOS	SANOS	TOTAL
Expuestos	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>a+b</i>
No expuestos	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>c+d</i>
TOTAL	<i>a+c</i>	<i>b+d</i>	<i>n</i>

Fórmula para el cálculo de la razón de prevalencia:

Prevalencia en expuestos= $a/(a+b)$

Prevalencia en no expuestos= $c/(c+d)$

RP= $a/(a+b) / c/(c+d)$



CAPÍTULO V

5.1. RESULTADOS

5.1 FASE DESCRIPTIVA

5.1.1 ESCUELA A LA QUE PERTENECE

Tabla 1.

Distribución de 450 estudiantes del cantón Gualaceo según a la institución a la que pertenecen.

Cuenca-2010.

INSTITUCION	N=450	%=100
Mercedes de Jesús Molina.	70	15.5
Mercedes Vásquez Correa	61	13.5
Miguel Malo Gonzales	60	13.3
Alfonso Lituma	54	12.0
Santo Domingo de Guzmán	51	11.3
Luis Cordero Dávila	45	10.0
Marta Bucarám de Roldós	40	8.8
Dr. Mariano Cueva	39	8.6
Rodrigo Cordero Crespo	30	6.6

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.

La tabla 1, muestra la distribución de los sujetos de estudio de acuerdo a institución en la cual estuvieron matriculados, la de mayor prevalencia fue la institución Mercedes de Jesús Molina con un 15.5,%(70) del total, en segundo lugar la escuela Mercedes Vásquez Correa con un 13.5%(61), seguida del colegio Miguel Malo Gonzales con un 14,3%(60). Las escuelas Alfonso Lituma y la institución Santo Domingo de Guzmán con un 12%(54) y 10% (45) respectivamente. Por último las instituciones Marta Bucarám de Roldós, Dr. Mariano Cueva y Rodrigo Cordero Crespo con menos del 10% para cada una.



5.1.2 EDAD, SEXO, MIGRACIÓN Y RESIDENCIA

Tabla 2.

Distribución de 450 estudiantes del cantón Gualaceo según edad, sexo, migración, y residencia.

Cuenca -2010.

	n=450	%=100
EDAD*		
6-10 Años	193	42.9
11-16 Años	257	57.1
SEXO		
Masculino	216	48
Femenino	234	52
MIGRACIÓN		
Con migración	169	37.6
Sin migración	281	62.4
RESIDENCIA		
Rural	235	52,2
Urbano	215	47,8

*x =11.2 años

DS= 2.9

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.

La tabla 2 indica que la edad de mayor prevalencia del estudio fue el grupo de 11 a 16 años con un 57.1%(257), y el grupo de 6 a 10 años con un 42.9%(193). La media de edad se ubicó en 11.2 años con un DS de 2.9 años.

El sexo más prevalente fue el femenino con un 52% (234) y el masculino en un 48% (216). En relación a la migración, el 62.4%(281) no tuvieron ninguno de sus padres migrantes y el 37.6% (169) tuvieron uno o ambos padres migrantes. El 52.2% (235) de los estudiantes pertenecieron al área rural y el 47.8% (215) al área urbana del cantón Gualaceo.



5.1.3 FAMILIAR QUE HA MIGRADO Y TIEMPO DE MIGRACIÓN

Tabla 3.

Distribución de 169 estudiantes del cantón Gualaceo, según el familiar que ha migrado y tiempo de migración. Cuenca-2010.

	n=169	%=100
FAMILIAR MIGRANTE		
Padre	91	53.8
Madre	30	17.7
Padre y Madre	48	28.4
TIEMPO DE MIGRACIÓN		
Desde 1 día a 2 años 6 meses	24	14.2
Desde 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años	33	19.5
Más de 5 años	112	66.2

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.

En la tabla 3, se muestra la distribución de los estudiantes según el padre que ha migrado, el grupo de mayor prevalencia fue el de la migración paterna con un 53.8%(91), el 28.4%(48) fue el grupo donde migraron tanto el padre y la madre y por último el grupo de menor prevalencia, el de la migración materna con un 17,7%(30).

La mayor prevalencia del tiempo de migración fue para aquellos en donde al menos uno de los padres migró hace más de 5 años con un porcentaje del 66.2% (112), en segundo lugar con un 19.5%(33) aquellos con migración en un tiempo entre 2 años y medio 1 día hasta 5 años y finalmente el 14.20%(24) con migración desde 1 día a 2 años 6 meses.

5.1.4 FACTORES DE RIESGO.

5.1.4.1 Puntuación para síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros, y conducta prosocial en el test aplicado a los padres o sus representantes.



Tabla 4
Distribución de 450 estudiantes entre 6 a 16 años del cantón Gualaceo por síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en el SDQ-cas para padres, según migración. Cuenca-2010

TRASTORNO MENTAL	Normal n=(%)	Límite n=(%)	Anormal n=(%)	Total n=(%)
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
6-10 años				n=193
SIN MIGRACIÓN	74(58.3%)	23(18.1%)	30(23.6%)	127(28.2%)
CON MIGRACIÓN	22(33.3%)	13(19.7%)	31(47.0%)	66(14.6%)
11 – 16 años				n=257
SIN MIGRACIÓN	87(56.5%)	30(19.5%)	37(24.0%)	154(34.2%)
CON MIGRACIÓN	45(43.7%)	14(13.6%)	44(42.7%)	103(22.8%)
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
6-10 años				n=193
SIN MIGRACIÓN	69(54.3%)	33(2%)	25(19.7%)	127(28.2%)
CON MIGRACIÓN	21(31.8%)	9(13.6%)	36(54.5%)	66(14.6%)
11 – 16 años				n=257
SIN MIGRACIÓN	80(51.9%)	40(26.0%)	34(22.1%)	154(34.2%)
CON MIGRACIÓN	38(36.9%)	13(12.6%)	52(50.5%)	103(22.8%)
HIPERACTIVIDAD				
6-10 años				n=193
SIN MIGRACIÓN	94(74.0%)	17(13.4%)	16(12.6%)	127(28.2%)
CON MIGRACIÓN	51(77.3%)	4(6.1%)	11(16.7%)	66(14.6%)
11 – 16 años				n=257
SIN MIGRACIÓN	123(79.9%)	15(9.7%)	16(10.4%)	154(34.2%)
CON MIGRACIÓN	73(70.9%)	18(17.5%)	12(11.7%)	103(22.8%)
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
6 A 10 años				n=193
SIN MIGRACIÓN	79(62.2%)	24(18.9%)	24(18.9%)	127(28.2%)
CON MIGRACIÓN	24(36.4%)	10(15.2%)	32(48.5%)	66(14.6%)
11-16 años				n=257
SIN MIGRACIÓN	84(54.5%)	45(29.2%)	25(16.2%)	154(34.2%)
CON MIGRACIÓN	51(49.5%)	21(20.4%)	31(30.1%)	103(22.8%)
CONDUCTA PROSOCIAL				
6-10 años				n=193
SIN MIGRACIÓN	107(84.3%)	12(9.4%)	8(6.3%)	127(28.2%)
CON MIGRACIÓN	51(77.3%)	9(13.6%)	6(9.1%)	66(14.6%)
11 – 16 años				n=257
SIN MIGRACIÓN	135(87.7%)	11(7.1%)	8(5.2%)	154(34.2%)
CON MIGRACIÓN	80(77.7%)	10(9.7%)	13(12.6%)	103(22.8%)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.



En la tabla 4, se muestran los resultados obtenidos para las diferentes escalas del test, SDQ en la escala de síntomas emocionales, en el grupo comprendido entre 6 a 10 años (193), en el grupo sin migración, el 58.4%(74) mostró puntuaciones normales frente al 33.3%(22) del grupo con migración. No obstante en la puntuación anormal, estuvo el grupo de mayor prevalencia con migración 47%(31) en comparación al grupo sin migración con un 23.6%(30).

En el grupo de 11 a 16 años (257), el 56.5%(87) de los que no tuvieron migración, fueron normales para la escala de síntomas emocionales frente al 43.7%(45) de los que sí tuvieron migración. Las puntuaciones límites fueron del 19.5%(30) y 13.6%(14) para los grupos sin migración y con migración respectivamente. El grupo de mayor prevalencia con puntuación anormal fue con migración con un 42.7%(44) y el grupo sin migración con un 24%(37).

En la escala de los problemas de la conducta, en el grupo de 6 a 10 años el 54.3%(69) sin migración, y el 31.8%(21) del grupo con migración obtuvieron una puntuación normal. En la puntuación límite, el 25.9%(33) el grupo sin migración y el 13.6%(9) con migración. Cabe señalar, que los puntajes anormales fueron el 54.5%(36) del grupo con migración y el 19.7%(25) sin migración.

Entre los 11 a 16 años, la puntuación normal para el grupo sin migración fue del 51.9%(80) y en el grupo con migración del 36.9%(38). La puntuación límite se presentó en el 26%(40) del grupo sin migración, y en el 12.6%(13) con migración. Mientras que, la mayor prevalencia para puntuación anormal fue el grupo con fenómeno migratorio con un 54.5%(36) y solo el 19.7%(25) de los individuos sin migración.

En la escala de hiperactividad, en el grupo de 6 a 10 años, la puntuación normal fue de un 74%(94) y 77.3%(51) para el grupo sin migración y con migración respectivamente. La puntuación límite fue de mayor prevalencia para el grupo sin migración con un 13.4%(17) y las puntuaciones anormales, el 16.7%(11) correspondió al grupo con migración frente al 12.6%(16) en aquellos sin el



fenómeno.

En el segundo grupo de 11 a 16 años, el 79.9%(123) de los estudiantes sin migración obtuvieron puntajes normales y el 70.9%(73) del grupo con migración. El 17.5%(18) y el 9.7%(15) del grupo con migración y sin migración respectivamente obtuvieron puntajes límites en la escala. Cabe señalar que la puntuación anormal fue alrededor del 10% para ambos grupos.

En la escala problemas con compañeros, en el grupo entre 6 a 10 años 62.2%(79) de los estudiantes sin migración y el 36.4%(24) de los con migración obtuvieron puntuaciones normales. La puntuación límite para este grupo fue de 18.9%(24) y el 15.2%(10) para el grupo sin migración y con migración respectivamente. Adicionalmente, en los puntajes anormales el más prevalente fue el grupo con migración con un 48.5%(32) frente al sin migración con un 18.9%(24).

En el grupo de 11 a 16 años, los puntajes normales fueron 54.5%(84) para el grupo sin migración, y el 49.5%(51) para el grupo con dicho fenómeno. La puntuación límite fue de mayor prevalencia para el grupo sin migración 29.2%. La mayor prevalencia en puntuación anormal fue del 30.1%(31) para el grupo con migración y en el 16.2%(25) sin migración.

En la escala de conducta prosocial, en el grupo de 6 a 10 años, el 84.3%(107) y el 77.3%(51) de los estudiantes sin migración y con migración respectivamente fueron normales. El puntaje límite fue del 10% para ambos grupos y cabe referir, que el puntaje anormal en el grupo con migración fue mayor con 9.1%(6) que en el grupo sin migración con 6.3%(8).

El segundo grupo de 11 a 16 años, en el 87.7%(135), y el 77.7%(80) de los grupos sin migración y con migración respectivamente el puntaje fue normal. La puntuación en límite fue menor al 10% para ambos grupos y tan solo el 12.6% (13) del grupo con migración fue anormal en relación al 5.2%(8) en el grupo sin migración.



5.1.4.2 Puntuación para síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros, y conducta prosocial en el test auto aplicado.

Tabla 5

Distribución de 257 estudiantes entre 11 a 16 años del cantón Gualaceo según síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en los resultados del SDQ-cas auto aplicado según migración de los padres. Cuenca-2010.

TRASTORNO MENTAL	Normal n=(%)	Límite n=(%)	Anormal n=(%)	Total n=(%)
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
11 – 16 años				n=257
SIN MIGRACIÓN	104(67.5%)	18(11.7%)	32(20.8%)	154(59.9%)
CON MIGRACIÓN	50(48.5%)	11(10.7%)	42(40.8%)	103(40.1%)
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
11 – 16 años				n=257
SIN MIGRACIÓN	103(66.9%)	32(20.8%)	19(12.3%)	154(59.9%)
CON MIGRACIÓN	54(52.4%)	21(20.4%)	28(27.2%)	103(40.1%)
HIPERACTIVIDAD				
11 – 16 años				n=257
SIN MIGRACIÓN	129(83.8%)	14(9.1%)	11(7.1%)	154(59.9%)
CON MIGRACIÓN	77(74.8%)	14(13.6%)	12(11.7%)	103(40.1%)
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
11-16 años				n=257
SIN MIGRACIÓN	90(58.4%)	50(32.5%)	14(9.1%)	154(59.9%)
CON MIGRACIÓN	51(49.5%)	36(35.0%)	16(15.5%)	103(40.1%)
CONDUCTA PROSOCIAL				
11-16 años				n=257
SIN MIGRACIÓN	134(87.0%)	12(7.8%)	8(5.2%)	154(59.9%)
CON MIGRACIÓN	85(82.5%)	9(8.7%)	9(8.7%)	103(40.1%)

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: El autor

La Tabla 5 muestra que de los 257 estudiantes entre 11 a 16 años en los cuales se utilizó el autotest en la escala de síntomas emocionales, el 67.5%(104) de los estudiantes sin migración tuvieron un puntuación normal, frente a un 48.5%(50)



de los que tuvieron migración. Para el puntaje límite ambos grupos tuvieron un porcentaje cercano al 10% y más aún, fueron anormales el 40.8%(42) del grupo con migración, siendo este más prevalente que el grupo sin migración en el que se encontró un 20.8%(32).

En la escala de los problemas con conducta aquellos con migración y los que no tuvieron este fenómeno mostraron un resultado normal en el 66.9%(103) y en el 52.4%(54) respectivamente. La prevalencia de puntuación límite fue de alrededor del 20% para ambos grupos. Por último, los que mostraron puntuación anormal mas prevalente fue el grupo con migración en un 27.2%(28) frente al sin migración con un 12.3%(19).

En los resultados de la escala de hiperactividad, el 83.8%(129) sin el fenómeno migratorio y el 74.8%(77) con migración fueron normales. Los que se encontraron en límite, fueron el 13.6%(14) y el 9.1 (14)%de los estudiantes sin migración y con migración respectivamente. Finalmente para los anormales los de mayor prevalencia fueron el grupo con migración con un 11.7%(12).

De la puntuación obtenida para la escala de los problemas con compañeros, el 58.4%(90) del grupo sin migración y el 49.5%(51) del grupo con migración fueron normales. La puntuación límite fue cercana al 30% para ambos grupos y los encontrados anormales de mayor prevalencia, fueron aquellos con migración en un 15.5%(16) frente al 9.1%(14) de los que no tienen migración.

En la escala de la conducta prosocial, los valores normales fueron de más del 80% para ambos grupos, el puntaje límite alrededor del 8% en los dos grupos y el 8.7%(9) de los que tienen migración fueron anormales.

5.1.5 TIPO DE FAMILIAR MIGRANTE

5.1.5.1 Puntuación para síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros, y conducta prosocial en el test para padres según el padre que migró.



Tabla 6

Distribución de 169 estudiantes entre 6 a 16 años del cantón Gualaceo según síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en los resultados del SDQ-cas aplicado a los padres según la migración de los padres. Cuenca 2010.

TRASTORNOS MENTAL	Normal n=(%)	Límite n=(%)	Anormal n=(%)	Total n=(%)
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
6-10 años				n=66
Padre migrante	15(42.9%)	6(17.10%)	14(40.0%)	35(20.7%)
Madre migrante	2(13.3%)	4(26.70%)	9(60.0%)	15(8.8%)
Padre y Madre migrantes	5(31.3%)	3(18.80%)	8(50.0%)	16(9.4%)
11 a 16 años				n=103
Padre migrante	22(39.3%)	8(14.30%)	26(46.4%)	56(33.1%)
Madre migrante	7(46.7%)	2(13.30%)	6(40.0%)	15(8.8%)
Padre y Madre migrantes	16(50.0%)	4(12.50%)	12(37.5%)	32(18.9%)
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
6-10 años				n=66
Padre migrante	14(40%)	5(14.3%)	16(45.7%)	35(20.7%)
Madre migrante	42(6.70%)	2(13.3%)	9(60%)	15(8.8%)
Padre y Madre migrantes	3(18.8%)	2(12.5%)	11(68.8%)	16(9.4%)
11-16 años				n=103
Padre migrante	24(42.9%)	7(12.5%)	25(44.6%)	56(33.1%)
Madre migrante	4(26.7%)	1(6.7%)	10(66.7%)	15(8.8%)
Padre y Madre migrantes	10(31.3%)	5(15.6%)	17(53.1%)	32(18.9%)
HIPERACTIVIDAD				
6-10 años				n=66
Padre migrante	29(82.9%)	2(5.7%)	4(11.4%)	35(20.7%)
Madre migrante	11(73.3%)	1(6.7%)	3(20%)	15(8.8%)
Padre y Madre migrantes	11(68.8%)	1(6.3%)	4(25%)	16(9.4%)
11-16 años				n=103
Padre migrante	40(71.4%)	7(12.5%)	9(16%)	56(33.1%)
Madre migrante	10(66.7%)	4(26.7%)	1(6.7%)	15(8.8%)
Padre y Madre migrantes	23(71.9%)	7(21.9%)	2(6.3%)	32(18.9%)
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
6-10 años				n=66
Padre migrante	12(34.3%)	6(17.1%)	17(48.6%)	35(20.7%)
Madre migrante	7(46.7%)	2(13.3%)	6(40%)	15(8.8%)
Padre y Madre migrantes	5(31.3%)	2(12.5%)	9(56.3%)	16(9.4%)
11-16 años				n=103
Padre migrante	30(53.6%)	12(21.4%)	14(25.0%)	56(33.1%)
Madre migrante	7(46.7%)	4(26.7%)	4(26.7%)	15(8.8%)
Padre y Madre migrantes	14(43.8%)	5(15.6%)	13(40.6%)	32(18.9%)
CONDUCTA PROSOCIAL				
6-10 años				n=66
Padre migrante	29(82.9%)	3(8.6%)	3(8.6%)	35(20.7%)
Madre migrante	10(66.7%)	3(20.0%)	2(13.3%)	15(8.8%)
Padre y Madre migrantes	12(75%)	3(18.8%)	1(6.3%)	16(9.4%)
11 - 16 años				n=103
Padre migrante	43(76.8%)	6(10.7%)	7(12.5%)	56(33.1%)
Madre migrante	12(80%)	2(13.3%)	1(6.7%)	15(8.8%)
Padre y Madre migrantes	25(78.1%)	2(6.3%)	5(15.6%)	32(18.9%)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.



En la tabla 6, en los puntajes obtenidos para la escala de síntomas emocionales, el grupo de 6 a 10 años (66) el de mayor prevalencia para normalidad fue aquel en el que el padre fue el migrante con un 42.9%(15). En la puntuación límite, El grupo más prevalente con el 26.7%(4) tuvieron la madre migrante. El más prevalente en puntuación anormal fue la migración materna con un 60% (9), el 50%(8) y el 40%(14) para ambos padres y migración paterna en el mismo orden.

En el grupo de 11 a 16 años, la escala emocional fue normal en el 50%(16) de los que tuvieron ambos padres migrantes y en el 46.7%(7) de aquellos con migración materna. El puntaje límite de mayor prevalencia fue 14.3% para el padre migrante. De los que tuvieron puntuación anormal, el 46.4%(26) fue el de mayor prevalencia en aquellos con migración paterna, en segundo lugar la migración materna con un 40%(6) y por último el 37.5%(12) con ambos padres migrantes

En la escala de los problemas de conducta, en el primer grupo de 6 a 10 años, el 40%(14) de los estudiantes que tuvieron su padre migrante obtuvieron puntuación normal. La puntuación límite fue mas prevalente con el 14.3%(5) para los que tuvieron el padre migrante. Obtuvieron la mayor prevalencia en puntuación anormal aquellos con ambos padres migrantes con un 68.8%. En el grupo de 11 a 16 años la puntuación normal más prevalente fue del 42.9%(24) en la migración paterna. Las puntuaciones límites más prevalentes fueron del 15.6%(5) de los estudiantes con ambos padres migrantes. En la puntuación anormal, los de mayor prevalencia fueron los estudiantes con migración materna con un 66.7%(10), seguidos del 53.1%(17) con ambos padres migrantes y en último lugar el 44.6%(25) con migración paterna.

En la escala de hiperactividad, en el grupo de 6 a 10 años fueron normales el 82.9%(29) de los que tuvieron el padre migrante. Las puntuaciones anormales fueron más prevalentes en el grupo con migración de ambos padres con un 25%(4) seguidos del 20%(3) de los que tienen la madre migrante.



En el grupo de 11 a 16 años, el 71.9%(23) de los que tuvieron ambos padres migrantes fueron normales. En la escala límite, el 26.7%(4) siendo el más prevalente correspondió a la migración materna. Los resultados anormales fueron para el grupo con migración paterna con un 16%(9); el 6.7% y 6.3% para la madre y ambos padres migrantes.

En la escala de problemas con compañeros; en el grupo de 6 a 10 años, las puntuaciones normales más prevalentes fueron del 46.7%(7), para los estudiantes con migración materna. En puntuación límite se encontró más prevalente al 17.1%(6) de los que tuvieron padre migrante. La mayor prevalencia de anormales fue de 56.3%(9) en los que tenían ambos padres migrantes, el 48.6% (17) de los que tenían el padre migrante y 40%(6) de los que tenían la madre migrante.

En el grupo de 11 a 16 años, las puntuaciones normales fueron de mayor prevalencia fueron el 53.6%(30) para los estudiantes con migración materna. En el límite se encontró más prevalente el 26.7%(4) del grupo con migración materna. Obtuvieron puntajes anormales, el 40.6%(13) de los que tuvieron ambos padres migrantes, el 26.7%(4) de los que tuvieron la madre migrante y 25%(14) de los que tuvieron el padre.

En la escala de la conducta prosocial, en el grupo de 6 a 10 años, el 82.9%(29), fue normal para aquellos con el padre migrante. La puntuación límite más prevalente fue el grupo donde la madre migró con un 20%(3). Obtuvieron puntajes anormales, el 13.3%(2) de los que tuvieron la madre migrante, 8.6%(3) de los que tuvieron su padre migrante y el 6.3%(1) cuando ambos padres migraron.

En el grupo comprendido entre 11 a 16 años, el 80%(12) de los que tuvieron migración materna fueron los más prevalentes con puntuaciones normales. En el límite se encontraron el 13.3%(2) de los que tuvieron migración materna y el 10.7%(6) de aquellos con migración paterna. Puntajes anormales obtuvieron en mayor prevalencia aquellos con migración de ambos padres con un 15.6%(5) seguidos del 12.5%(7) de los que tuvieron migración paterna y en el último lugar



el 6.7%(1) para la migración materna.

5.1.5.2 Puntuación para síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros, y conducta prosocial en el autotest según la migración de los padres.

Tabla 7

Distribución de 103 estudiantes entre 11 a 16 años del cantón Gualaceo según síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en los resultados del SDQ-cas auto aplicado según migración de los padres. Cuenca- 2010.

TRASTORNO MENTAL	Normal n=(%)	Limite n=(%)	Anormal n=(%)	Total n=(%)
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
11 – 16 años				n=103
Padre migrante	27(48.2%)	6(10.7%)	23(41.1%)	56(54.3%)
Madre migrante	7(46.7%)	1(6.7%)	7(46.7%)	15(14.5%)
Padre y Madre migrantes	16(50%)	4(12.5%)	12(37.5%)	32(31.2%)
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
11 – 16 años				n=103
Padre migrante	34(60.7%)	11(19.6%)	11(19.6%)	56(54.3%)
Madre migrante	6(40%)	5(33.3%)	4(26.7%)	15(14.5%)
Padre y Madre migrantes	14(43.8%)	5(15.6%)	13(40.6%)	32(31.2%)
HIPERACTIVIDAD				
11 – 16 años				n=103
Padre migrante	40(71.4%)	8(14.3%)	8(14.3%)	56(54.3%)
Madre migrante	13(86.7%)	0(0%)	2(13%)	15(14.5%)
Padre y Madre migrantes	24(75%)	6(18.8%)	2(6.3%)	32(31.2%)
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
11 – 16 años				n=103
Padre migrante	29(51.8%)	18(32.1%)	9(16.1%)	56(54.3%)
Madre migrante	7(46.7%)	5(33.3%)	3(20%)	15(14.5%)
Padre y Madre migrantes	15(46.9%)	13(40.6%)	4(12.5%)	32(31.2%)
CONDUCTA PROSOCIAL				
11-16 años				n=103
Padre migrante	46(82.1%)	6(10.7%)	4(7.1%)	56(54.3%)
Madre migrante	15(100%)	0(0%)	0(0%)	15(14.5%)
Padre y Madre migrantes	24(75%)	3(9.4%)	5(15.6%)	32(31.2%)

Fuente: Formulario de recolección de datos
Realizado por: El autor.



La tabla 7, indica la puntuación en la escala de síntomas emocionales en el autotest realizado al grupo de 11 a 16 años. El 50%(16) de los que tuvieron ambos padres migrantes fueron normales. En la puntuación límite, el grupo de mayor prevalencia fue del 33.3%(5) que correspondió al grupo con migración materna. Los anormales fueron el 46.7%(7) de los que tuvieron la madre migrante, el 41.1% (23) en el caso del padre y el 37.5% (12) en los que tuvieron ambos padres migrantes.

En la escala de la conducta, obtuvieron puntuación normal más prevalente el 60.7%(34) de los que tuvieron el padre migrante. En el límite se encontró la mayor prevalencia para aquellos con migración materna con un 33.3%. A diferencia, la prevalencia de puntuación anormal fue de un 40.6%(13) para aquellos que tuvieron ambos padres migrantes, el 26.7%(4) para los que tuvieron la madre migrante y el 19.6% para el grupo con migración paterna.

En la escala de la hiperactividad, 86.7%(13) de los estudiantes con migración materna fueron normales. Los valores límites fueron de mayor prevalencia para el grupo con migración de ambos padres 18.8%(6). En adición, el 14.3%(8) de los que tuvieron padre migrante fueron anormales seguidos del 13%(2) con migración materna y en último lugar un 6.3%(2) de los que tuvieron ambos padres migrantes.

En la escala problemas con compañeros, el grupo más prevalente con un 51.8% tuvieron el padre migrante. En la puntuación límite, el de mayor prevalencia fue el grupo con migración de ambos padres con un 40.6%. Obtuvieron puntajes anormales el 20%(3) de los que tuvieron migración materna siendo este el más prevalente, seguidos del 16.1%(9) de los que tuvieron el padre migrante y el



12.5%(4) para el grupo con ambos padres migrantes.

En la escala de la conducta prosocial, el 100%(15) de los niños con migración materna fueron normales. La puntuación límite fue del 10.7%(6) y el 9.4%(3) de aquellos que tuvieron ambos padres migrantes así como los que tuvieron solo el padre migrante. La puntuación anormal fue del 15.6%(5) y el 7.1%(4) de los que tuvieron ambos padres y el padre migrante respectivamente.

5.1. 6 TIEMPO DE MIGRACIÓN DE FAMILIAR

5.1.6.1 Puntuación para síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros, y conducta prosocial en el test para padres según el tiempo de migración.

(Tabla en la siguiente página)



Tabla 8
Distribución de 169 estudiantes entre 6 a 16 años del cantón Gualaceo según síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en los resultados del SDQ-cas aplicado a los padres según el tiempo de migración de los padres. Cuenca .2010.

TRASTORNO MENTAL	Normal	Limite	Anormal	Total
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
6-10 años				
Desde 1 día a 2 años 6 meses	4(36.4%)	3(27.30%)	4(36.4%)	11(6.5%)
Desde 2 años seis meses y 1 día hasta 5 años	3(16.7%)	4(22.2%)	11(61.10%)	18(10.6%)
Más de 5 años	15(40.5%)	6(16.20%)	16(43.20%)	37(21.8%)
11 – 16 años				
Desde 1 día a 2 años 6 meses	8(61.5%)	1(7.7%)	4(30.8%)	13(7.6%)
Desde 2 años seis meses y 1 día hasta 5 años	3(20%)	4(26.7%)	8(53.3%)	15(21.7%)
Más de 5 años	34(45.3%)	9(12.0%)	32(42.7%)	75(44.3%)
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
6-10 años				
Desde 1 día a 2 años 6 meses	3(27.3%)	0(0%)	8(72.7%)	11(6.5%)
Desde 2 años seis meses y 1 día hasta 5 años	3(16.7%)	5(27.8%)	10(55.6%)	18(10.6%)
Más de 5 años	15(40.5%)	4(10.8%)	18(48.6%)	37(21.8%)
11-16 años				
Desde 1 día a 2 años 6 meses	6(46.2%)	0(0%)	7(53.8%)	13(7.6%)
Desde 2 años seis meses y 1 día hasta 5 años	5(33.3%)	1(6.70%)	9(60.0%)	15(8.8%)
Más de 5 años	27(36.0%)	12(16.0%)	36(48.0%)	75(44.3%)
HIPERACTIVIDAD				
6-10 años				
Desde 1 día a 2 años 6 meses	8(62.7%)	1(9.1%)	2(18.2%)	11(6.5%)
Desde 2 años seis meses y 1 día hasta 5 años	14(77.8%)	2(11.1%)	2(11.1%)	18(10.6%)
Más de 5 años	29(78.4%)	1(2.7%)	7(18.9%)	37(21.8%)
11-16 años				
Desde 1 día a 2 años 6 meses	10(76.9%)	3(23.1%)	0(0%)	13(7.6%)
Desde 2 años seis meses y 1 día hasta 5 años	10(66.7%)	4(26.7%)	1(6.7%)	15(8.8%)
Más de 5 años	53(70.7%)	11(14.7%)	11(14.7%)	75(44.3%)
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
6-10 años				
Desde 1 día a 2 años 6 meses	4(36.4%)	1(9.1%)	6(54.5%)	11(6.5%)
Desde 2 años seis meses y 1 día hasta 5 años	8(44.4%)	5(27.8%)	5(27.8%)	15(8.8%)
Más de 5 años	12(32.4%)	4(10.8%)	21(56.8%)	37(21.8%)
11-16 años				
Desde 1 día a 2 años 6 meses	7(53.8%)	4(30.8%)	2(15.4%)	13(7.6%)
Desde 2 años seis meses y 1 día hasta 5 años	4(26.7%)	3(20%)	8(53.3%)	15(8.8%)
Más de 5 años	40(53.3%)	14(18.7%)	21(28%)	75(44.3%)
CONDUCTA PROSOCIAL				
6-10 años				
Desde 1 día a 2 años 6 meses	9(81.8%)	2(18.2%)	0(0%)	11(6.5%)
Desde 2 años seis meses y 1 día hasta 5 años	15(83.3%)	3(16.7%)	0(0%)	18(10.6%)
Más de 5 años	27(73%)	4(10.8%)	6(16.2%)	37(21.8%)
11-16 años				
Desde 1 día a 2 años 6 meses	11(84.6%)	1(7.7%)	1(7.7%)	13(7.6%)
Desde 2 años seis meses y 1 día hasta 5 años	12(80%)	0(0%)	3(20%)	15(8.8%)
Más de 5 años	57(76%)	9(12%)	9(12%)	75(44.3%)

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.



En la tabla 8, se dividen los grupos de 6 a 10 años y 11 a 16 años en tres subgrupos para cada uno, de acuerdo al tiempo de migración de sus padres. Las puntuaciones anormales, límites y normales fueron analizadas en referencia al porcentaje que estas representaron dentro del subgrupo conformado en relación al tiempo migratorio.

La Tabla 8, indica que en la escala de síntomas emocionales, en el primero grupo de 6 a 10 años, el 40.5%(15) de los estudiantes cuyos padres migraron por el lapso de tiempo mayor de 5 años fueron normales siendo este el de mayor prevalencia. Para la puntuación límite, el más prevalente fue los que tuvieron un período de migración menor a 2 años 6 meses con 27.3%(3).

La puntuación anormal más prevalente en la escala emocional fue para el 61.1%(11) de los que tienen un período de migración comprendido entre 2 años 6 meses un 1 hasta 5 años, con un 43.2%(32) los que tienen migración de al menos uno de sus padres por más de 5 años, y por último el 36.4%(4) de los que tiene el fenómeno menos de 2 años 6 meses.

En el segundo grupo, en la escala de síntomas emocionales, los resultados de mayor prevalencia normales fueron obtenidos en un 61.5%(8) cuando la migración fue menor a 2 años 6 meses. La puntuación límite, fue de mayor prevalencia para los que tenían migración en el período entre 2 años 6 meses un día hasta 5 años con un 26.7%(4). La mayor prevalencia en puntuación anormal mostró el grupo cuando la migración fue entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años, con un 53.3%(8) de este grupo, seguido del 42.7%(32) en los que tenían migración mayor a 5 años y un 30.8%(4) en los que la migración fue menor a 2 años 6 meses.

En la escala de problemas de conducta, en el grupo de 6 a 10 años, los resultados normales fueron de mayor prevalencia para el grupo con migración por más de 5



años con un 40.5%(15). La puntuación límite más prevalente fue de un 27.8%(5) para aquellos con un período de migración entre 2 años 6 meses 1 día a 5 años. En los resultados anormales, el de mayor prevalencia fue para el grupo con el período de migración menor a 2 años y seis meses con un 72.7%(8) en segundo lugar el período de 2 años 6 meses 1 día a 5 años con un porcentaje del 55.6%(10) y finalmente con un 48.6%(18) los que tienen el fenómeno migratorio por más de 5 años.

En el grupo de 11 a 16 años, en la escala de problemas de la conducta, el de mayor prevalencia para puntuación normal y con 46.2%(6) fueron los que tienen migración de al menos uno de sus padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. La puntuación límite más prevalente fue para aquellos que tuvieron migración por más de 5 años con un 16%(12). En la puntuación anormal encontramos que el 60%(9) de los que tenían al menos un padre migrante en el período de tiempo entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años obtuvieron puntuaciones anormales, seguidos del 53.8%(7) que correspondió al período entre 1 día a 2 años 6 meses y finalmente el 48%(46) los que tuvieron migración de al menos uno de sus padres por más de 5 años.

En la escala de hiperactividad, en el grupo de 6 a 10 años, el de mayor prevalencia en resultados normales fue del 78.4%(29) y correspondió al período migratorio mayor a 5 años. La puntuación límite fue más prevalente para el 11.1%(2) de los que tuvieron migración entre 2 años 6 meses 1 día a 5 años. En los resultados anormales, el de mayor prevalencia fue el grupo con migración por más de 5 años con un 18.9%(7), seguidos del 18.2%(2) en el grupo que tienen un período comprendido menor a 2 años 6 meses.

En el segundo grupo de 11 a 16 años, en la escala de hiperactividad, la puntuación normal fue más prevalente con el 76.9%(10) en los estudiantes con fenómeno migratorio familiar menor de 2 años 6 meses. La puntuación límite mas



prevalente fue para el grupo donde la migración ocurrió entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años con un 26.7%(4). Fueron encontrados anormales el 14.7%(11) de los que tuvieron migración de al menos uno de sus padres por más de 5 años siendo este el mas prevalente y en segundo lugar con 6.7%(1) el grupo comprendido entre 2 años y medio y 1 día hasta 5 años. No hubo puntajes anormales en los que presentaron migración menor a 2 años y 6 meses.

En la escala de problemas con compañeros, el grupo de estudiantes entre 6 a 10 años, la mayor prevalencia de puntajes normales fue del 44.4%(8) en los que tenían migración de al menos uno de sus padres por un período de tiempo entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años.

En el límite, se encontró al 27.8%(5) del grupo con migración entre 2 años 6 meses 1 día a 5 años. Mientras que los resultados anormales fueron más prevalentes para el grupo con más de 5 años de migración con un 56.8%(21), seguidos del grupo que tienen migración menor a 2 años 6 meses con un 54.5%(6), de menor prevalencia el grupo con migración de 2 años 6 meses 1 día a 5 años con el 27.8%(5).

En los resultados de la escala de los problemas con compañeros en el grupo de 11 a 16 años, el de mayor prevalencia para resultados normales fue aquel con período de tiempo migratorio desde 1 día hasta 2 años 6 meses con un 53.8%(7). La puntuación límite se encontró en el 30.8%(4) de los que tuvieron este fenómeno por un período de tiempo menor a 2 años 6 meses. Las puntuaciones anormales fueron de mayor prevalencia para el grupo que tuvo este fenómeno por un tiempo entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años presentándose en un 53.3%(8) de ellos. En segundo lugar con un 28%(21) se encontró el grupo con un período de tiempo migratorio mayor a 5 años y en último lugar el grupo con migración cuando el tiempo es menor a 2 años 6 meses con 15.4%(2).



En la escala de la conducta prosocial, en la puntuación normal, en el grupo de 6 a 10 años, el más prevalente fue aquel con migración entre 2 años 6 meses 1 día a 5 años con un 83.3%(15). La puntuación límite fue de mayor prevalencia para el grupo con un período migratorio de 1 día hasta 2 años 6 meses con un 18.2%(2). Solo hubieron puntuaciones anormales en el 16.2%(6) de los estudiantes con migración por un período mayor a 5 años.

En la escala de conducta prosocial, en el segundo grupo de estudiantes entre 11 a 16 años, el 84.6% de los que tuvieron un período de migración de al menos uno de sus padres de 1 día hasta 2 años 6 meses fueron normales. Para la puntuación límite, el grupo de mayor prevalencia fue aquel con fenómeno migratorio mayor a 5 años con el 12% (9). El grupo más prevalente para puntuación anormal fue aquel con tiempo de migración entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años con el 20%(3) del mismo, el grupo con un período mayor a 5 años con un 12%(9) y por último con el 7.7%(1) aquellos con menor a 2 años 6 meses.



5.1.6.2 Puntuación para síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros, y conducta prosocial en el autotest según el tiempo de migración.

Tabla 9

Distribución de 169 estudiantes entre 11 a 16 años del cantón Gualaceo según síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en los resultados del SDQ-cas autotest según el tiempo de migración de los padres. Cuenca-2010.

TRASTORNOS MENTALES	Normal	Limite	Anormal	Total
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
11 – 16 años				n=103
Desde 1 día a 2 años 6 meses	9(69.2%)	0(0%)	4(30.8%)	13(12.6%)
Desde 2 años y 1 día hasta 5 años	8(53.3%)	0(0%)	7(46.7%)	15(14.5%)
Más de 5 años	33(44%)	11(14.7%)	31(41.3%)	75(72.8%)
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
11-16 años				n=103
Desde 1 día a 2 años 6 meses	8(61.5%)	1(7.7%)	4(30.8%)	13(12.6%)
Desde 2 años y 1 día hasta 5 años	8(53.3%)	3(20%)	4(26.7%)	15(14.5%)
Más de 5 años	38(50.7%)	17(22.7%)	20(26.7%)	75(72.8%)
HIPERACTIVIDAD				
11-16 años				n=103
Desde 1 día a 2 años 6 meses	9(69.2%)	2(15.4%)	2(15.4%)	13(12.6%)
Desde 2 años y 1 día hasta 5 años	12(80%)	0(0%)	3(20%)	15(14.5%)
Más de 5 años	56(74.7%)	12(16%)	7(9.3%)	75(72.8%)
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
11-16 años				n=103
Desde 1 día a 2 años 6 meses	5(38.5%)	7(53.8%)	1(7.7%)	13(12.6%)
Desde 2 años y 1 día hasta 5 años	5(33.3%)	4(26.7%)	6(40%)	15(14.5%)
Más de 5 años	41(54.7%)	25(33.3%)	9(12%)	75(72.8%)
CONDUCTA PROSOCIAL				
11-16 años				n=103
Desde 1 día a 2 años 6 meses	11(84.6%)	1(7.7%)	1(7.7%)	13(12.6%)
Desde 2 años y 1 día hasta 5 años	11(73.3%)	2(13.3%)	2(13.3%)	15(14.5%)
Más de 5 años	63(84%)	6(8%)	6(8%)	75(72.8%)

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: El auto

En la tabla 9, en la escala de síntomas emocionales, el 69.2%(9) del grupo con migración de al menos uno de sus padres por el período de tiempo comprendido



entre 1 día hasta 2 años 6 meses fue normal siendo este el de mayor prevalencia, Las puntuación límite solo fue encontrada en el grupo con tiempo de migración mayor a 5 años y fue del 14.7%(11). En los resultados anormales, el de mayor

prevalencia fue el grupo con un tiempo de migración entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años, en segundo lugar con migración mayor a 5 años con un 41.3%(31), y finalmente el grupo cuando la migración fue menor de 2 años 6 meses con 30.8%(4).

En la escala de la conducta, la puntuación normal fue de mayor prevalencia en el grupo donde el período migratorio fue menor de 2 años 6 meses con un 61.5%(8). La puntuación límite más prevalente fue obtenida por el 22.7%(17) del grupo con más de 5 años de migración. Para la puntuación anormal, el grupo más prevalente con un 30.8%(4) fue el que migración menor a 2 años 6 meses, y con un 26.7% se mostraron ambos grupos, con tiempo de migración entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años y el grupo con tiempo mayor de 5 años.

En la escala de la hiperactividad, mostraron puntuación normal el 80%(12) del grupo con tiempo de migración entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años. La puntuación límite más prevalente del 16%(12) fue el grupo con migración mayor a 5 años. En la puntuación anormal, el más prevalente fue el grupo con tiempo de migración entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años con un 20%(3), seguido del 15.4%(2) de los que tuvieron migración menor a 2 años 6 meses y por último el grupo con más de 5 años de migración con un 9.3%(7).

En la escala problemas con compañeros, los resultados normales fueron de mayor prevalencia para el grupo con migración por un tiempo mayor a 5 años con un 54.7%(41). La puntuación límite de mayor prevalencia fue el grupo con migración menor a 2 años 6 meses con el 53.8%(7). Los resultados anormales fueron más prevalentes en el grupo con migración entre 2 años 6 meses 1 día a 5



años con 40%(6), el 12%(9) fue el grupo con migración mayor a 5 años, y el 7.7%(1) cuando la migración fue menor a 2 años 6 meses.

En la escala de la conducta prosocial, los resultados normales fueron el 84.6%(11) del grupo con migración menor a 2 años 6 meses fue el más prevalente. Las puntuación límite de mayor prevalencia con el 13.3%(2) para el grupo con migración de 2 años 6 meses 1 día a 5 años. Los resultados anormales fueron del 13.3%(2) para el grupo con migración de 2 años 6 meses 1 día a 5 años, el 8%(6) del grupo con migración mayor de 5 años y un 7.7%(1) del grupo con migración menor a 2 años 6 meses.



5.2 FASE ANALÍTICA

5.2.1 MIGRACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO

5.2.1.1 Resultados del test aplicado a los padres o representantes.

Tabla 10

Distribución de 450 estudiantes entre 6 a 11 años del cantón Gualaceo por resultado anormales, límites y normales en las escalas de síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en el SDQ-cas para padres en asociación a migración. Cuenca- 2010.

TRASTORNO MENTAL	Con migración n=(%)	Sin migración n=(%)	RP(IC 95%)	Valor P
SINTOMAS EMOCIONALES				
6-10 años				
Anormal	31(47.0%)	30(23.6%)	1.9(1.3-2.9%)	0.001
Límite	13(19.7%)	23(18.1%)	1.0(0.3-1.2)	0.788
Normal	22(33.3%)	74(58.3%)	0.5(0.3-0.8)	0.001
11 a 16 años				
Anormal	44(42.7%)	37(24.0%)	1.7(1.2-2.5)	0.001
Límite	14(13.6%)	30(19.5%)	0.6(0.3-1.2)	0.219
Normal	45(43.7%)	87(56.5%)	0.7(0.5-1.0)	0.004
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
6-10 años				
Anormal	36(54.5%)	25(19.7%)	2.7(1.8-4.1)	0.001
Límite	9(13.6%)	33(26.0%)	0.5(0.2-1.0)	0.043
Normal	21(31.8%)	69(54.3%)	0.5(0.3-0.8)	0.002
11 a 16 años				
Anormal	52(50.5%)	34(22.1%)	2.2(1.6-3.2)	0.001
Límite	13(12.6%)	40(26.0%)	0.4(0.2-0.8)	0.009
Normal	38(36.9%)	80(51.9%)	0.7(0.5-0.9)	0.017
HIPERACTIVIDAD				
6-10 años				
Anormal	11(16.7%)	16(12.6%)	1.3(0.6-2.6)	0.431
Límite	4(6.1%)	17(13.4%)	0.4(0.1-1.3)	0.125
Normal	51(77.3%)	94(74.0%)	1.0(0.8-1.2)	0.619
11 a 16 años				
Anormal	12(11.7%)	16(10.4%)	1.1(0.5-2.2)	0.750
Límite	18(17.5%)	15(9.7%)	1.7(0.9-3.3)	0.069
Normal	73(70.9%)	123(79.4%)	0.6(0.5-0.9)	0.017
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
6-10 años				
Anormal	32(48.5%)	24(18.9%)	2.5(1.6-3.9)	0.001
Límite	10(15.2%)	24(18.9%)	0.8(0.4-1.5)	0.517
Normal	24(36.4%)	79(36.4%)	0.5(0.4-0.8)	0.001
11 a 16 años				
Anormal	31(30.1%)	25(16.2%)	1.8(1.1-2.9)	0.008
Límite	21(20.4%)	45(29.2%)	0.6(0.4-1.1)	0.112
Normal	51(49.5%)	84(54.5%)	0.9(0.6-1.1)	0.428
CONDUCTA PROSOCIAL				
6-10 años				
Anormal	6(9.1%)	8(6.3%)	1.4(0.5-3.9)	0.478
Límite	9(13.6%)	12(9.4%)	1.4(0.6-3.2)	0.375
Normal	5(7.7.3%)	107(84.3%)	0.9(0.7-1.1)	0.232
11 a 16 años				
Anormal	13(12.6%)	8(5.2%)	2.4(1.1-5.6)	0.033
Límite	10(9.7%)	11(7.1%)	1.3(0.5-3.0)	0.461
Normal	80(77.7%)	135(87.7%)	0.8(0.7-0.9)	0.037

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: El autor.



En la tabla 10 y 11 se muestra los resultados obtenidos en las tablas 2 x 2, haciendo hincapié en que se dicotomizó bajo la recomendación del autor del test (SDQ-cas) las puntuaciones anormales en el primer grupo y aquellos con puntuación normal mas las puntuaciones límites fueron tomados como normales; ya que el autor recomienda el uso de esta dicotomización para evitar los falsos positivos.(Goodman 2000, Goodman 2009).

Para fines científicos nuestro trabajo realizó también las siguientes dicotomizaciones: la primera entre las puntuaciones anormales frente a las límites y normales (recomendación del autor), la segunda puntuaciones límites frente a anormales mas las normales y la tercera las puntuaciones normales frente a anormal mas los límites. De esta manera se pudo obtener los datos de asociación estadística de las puntuaciones límites y normales con respecto a la presencia o no de migración parenteral. Las tablas se muestran en este formato para poder demostrar las dicotomizaciones realizadas con los diferentes grupos expuestos.

Escala de Síntomas Emocionales test aplicado a padres o representantes.

En la tabla 10, en el grupo de 6 a 10 años en el test aplicado a los padres o sus representante, se encontró que en los estudiantes con migración tienen 1.9 veces más probabilidad de desarrollar patología emocional de los que no presentan migración con un IC 95%(1.3-2.9) y un $p < 0.001$ lo que demostró que fue estadísticamente significativo. No hubo asociación ni significancia estadística al comparar entre los estudiantes con puntuación límites con migración frente a los que no tuvieron migración. Se encontró además, que en los estudiantes sin migración presentaron un RP 0.5 con IC 95%(0.3-0.8) lo que determina un factor protector de los que no tienen migración frente a los que si tienen con un $p < 0.001$ lo que demuestra que es estadísticamente significativo.



En el grupo de 11 a 16 años, los que presentaron migración tuvieron 1.7 veces más probabilidad de tener patología emocional frente a los que no tuvieron migración con un IC 95%(1.2-2.5) lo que establece asociación estadística y un $p < 0.001$ indica que fue estadísticamente significativo. De igual manera los estudiantes con puntajes límites con migración no mostraron asociación estadística ni significancia en relación a los que no tenían migración. Los estudiantes con puntajes normales sin migración tienen un RP 0.7 con un IC (0.5-1.0) con un $p < 0.004$ lo que demuestra que el hecho de no tener migración puede ser un factor protector para no desarrollar patología emocional y que tiene significación estadística.

Escala de problemas de conducta test aplicado a padres o representantes.

En la tabla 10 en el grupo de 6 a 10 años, se muestra que aquellos que tuvieron migración tuvieron 2.7 veces más probabilidad de problemas de conducta que aquellos que no tienen migración con un IC 95%(1.8 a 4.1) y con un $p < 0.001$ lo que demuestra que estos resultados son estadísticamente significativos. Los estudiantes encontrados con puntaje límite con migración y sin migración no mostraron asociación ni significancia estadística entre ellos. Aquellos que fueron encontrados normales muestran que el hecho de no tener migración constituye un factor protector RP 0.5 (0.3-0.8) frente a los que tuvieron migración con un $p < 0.002$ siendo estadísticamente significativo.

En el grupo de 11 a 16 años, los hijos de migrantes presentaron 2.2 veces más probabilidad de tener patología conductual que aquellos que no tenían migración de uno de sus padres con un IC 95% (1.6 a 3.2) y un $p < 0.001$ lo que demostró asociación como significancia estadística. Los que obtuvieron puntuación límite no mostraron asociación ni significancia estadística al comparar el grupo de los que tuvieron migración frente a los que no. Aquellos con puntuaciones normales muestran que el no tener migración es un factor protector para desarrollar problemas de conducta con respecto a los que tienen migración y los resultados



tuvieron asociación y significancia estadística con un RP 0.5 IC 95%(0.3-0.8) y $p < 0.017$).

Escala para la valoración de hiperactividad test aplicado a padres o representantes.

La tabla 10 muestra que los estudiantes que fueron encontrados anormales tienen 1.3 veces más probabilidad de desarrollar hiperactividad si tienen al menos uno de sus padres migrantes, sin embargo un IC 95%(0.6-2.6) el cual contiene la unidad y el valor $p < 0.431$ nos indica que no hay asociación ni significancia estadística. Los sujetos encontrados en la puntuación límite no mostraron asociación estadística ni significancia al comparar entre el grupo con migración y sin migración. Aquellos sujetos encontrados normales, no mostraron tener asociación ni significancia entre el grupo de migrantes y no migrantes y su RP fue 1.0 con IC 95% (0.6-1.2), y un $p < 0.619$.

En el grupo de 11 a 16 años en la escala de hiperactividad, aquellos encontrados anormales y con migración tienen un RP 1.1 con un IC 95% (0.5-2.2), lo cual al contener la unidad no demuestra asociación y el $p < 0.431$ demostró que no hubo significancia estadística. La puntuación límite no demostró ni asociación ni significancia entre los que tuvieron migración y los que no. Aquellos que tuvieron puntaje normal en la escala de hiperactividad mostraron que hay un factor protector para aquellos que no tiene migración un RP 0.6 con IC 95%(0.5-0.9), el valor $p < 0.017$ demuestra que hay significación estadística.

Escala de problemas con compañeros test aplicado a padres o representantes.

En la escala de problemas con compañeros, en el grupo de 6 a 10 años, los estudiantes que tuvieron al menos uno de los padres migrantes presentan 2.5 veces más probabilidad de tener problemas con compañeros que aquellos que no



tienen padres migrantes con una RP de 2.5 IC 95%(1.6-3.9) tuvieron asociación estadística y un valor $p < 0.001$ siendo estadísticamente significativo. La puntuación límite no demostró ni asociación ni significancia entre los que tuvieron migración y los que no presentaron esta característica. De los que obtuvieron puntuaciones normales, aquellos que no tuvieron migración presentaron un factor protector frente a los que sí tuvieron migración con una RP 0.5 con un IC (0.4-0.8) que no contiene la unidad y con un valor $p < 0.001$ mostrando asociación estadística así como significancia estadística.

En el grupo comprendido entre 11 a 16 años, los que tuvieron al menos uno de sus padres migrantes presentaron 1.8 veces mayor probabilidad de tener problemas con compañeros, con un IC del 95% (1.6 a 3.9) y un valor $p < 0.001$ lo que demuestra que fue estadísticamente significativo. Los que obtuvieron puntuación límite no mostraron ninguna relación entre el grupo de los que tuvieron padres migrantes frente los que no tuvieron migración de sus padres, es decir no hubo ninguna asociación ni significancia estadística. De los que obtuvieron puntuaciones normales, el no tener migración, fue un factor protector con una RP de 0.9 con un IC 95%(0.6-1.1), sin embargo no demuestra verdadera asociación, y el valor $p < 0.428$ nos muestra que no fue estadísticamente significativo.

Escala de la conducta prosocial test aplicado a padres o representantes.

La tabla 10, en la escala de la conducta prosocial en el grupo de 6 a 10 años, en aquellos encontrados con patología o anormales, los que tuvieron migración presentan 1.4 veces mayor probabilidad de tener patología en la conducta prosocial, con un IC del 95%(0.5-3.9) que contiene la unidad no existe asociación estadística verdadera, y mostraron un valor $p < 0.478$ lo que indicó que no existió significación estadística. Los que obtuvieron el puntaje límite, no mostraron ni asociación ni significancia estadística entre el grupo de migrantes y no migrantes en la dicotomización de los mismos. Aquellos que obtuvieron un puntaje normal en la escala no mostraron asociación estadística ni significación al comparar el grupo



de los que tuvieron padres migrantes con los que no tuvieron migración, los valores para este grupo fue una RP de 0.9, IC 95% (0.7 a 1.1), $p < 0.232$.

En el grupo entre 11 a 16 años, los puntajes anormales muestran que existe una probabilidad de 2.4 veces mayor de tener patología en el área de la conducta prosocial en aquellos que tuvieron al menos un padre migrante que en los que no tuvieron, el IC del 95% (0.5-3.9) y un $p < 0.478$ muestran que no hay asociación ni significancia estadística. Las puntuaciones límites no demostraron ni significancia ni asociación estadística entre el grupo de migrantes y no migrantes. Para las puntuaciones normales, existe un factor protector con un RP de 0.8 con un IC 95%(0.7 a 0.9), al no contener la unidad existe asociación estadística sin embargo no significancia por el valor $p < 0.037$.



5.2.1.2 Resultados del test auto aplicado.

Tabla 11

Distribución de 257 estudiantes entre 11 a 16 años del cantón Gualaceo según puntuación anormal, límite o normal en la escala de síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en los resultados del SDQ-cas auto aplicado en asociación a migración de los padres. Cuenca-2010

TRASTORNO MENTAL	Con migración n=(%)	Sin migración n=(%)	RP(IC 95%)	Valor P
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
11 a 16 años				
Anormal	42(40.8%)	32(20.8%)	1.9(1.3-2.8)	0.001
Límite	11(10.7%)	18(11.7%)	0.9(0.4-1.8)	0.802
Normal	50(48.5%)	104(67.5%)	0.7(0.5-0.9)	0.002
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
11 a 16 años				
Anormal	28(27.2%)	19(12.3%)	2.2(1.3-3.7)	0.002
Límite	21(20.4%)	32(20.8%)	0.9(0.6-1.6)	0.939
Normal	54(52.4%)	103(66.9%)	0.7(0.6-0.9)	0.019
HIPERACTIVIDAD				
11 a 16 años				
Anormal	12(11.7%)	11(7.1%)	1.6(0.7-3.5)	0.214
Límite	14(13.6%)	14(9.1%)	1.4 (0.7-3.0)	0.256
Normal	77(74.8%)	129(83.8%)	0.8(0.7-1.1)	0.158
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
11 a 16 años				
Anormal	16(15.5%)	14(9.1%)	1.7(0.8-3.3)	0.114
Límite	36(35.0%)	50(32.5%)	1.0 (0.7-1.5)	0.679
Normal	51(49.5%)	90(58.4%)	0.8(0.6-1.1)	0.158
CONDUCTA PROSOCIAL				
11 a 16 años				
Anormal	9(8.7%)	8(5.2%)	1.6(0.6-4.2)	0.262
Límite	9(8.7%)	12(7.1%)	1.1(0.4-2.5)	0.782
Normal	85(82.5%)	134(87.0%)	0.9(0.8-1.0)	0.207

Fuente: Formulario de recolección de datos

Realizado por: El autor.

La tabla 11, muestra los resultados del test autoaplicado a los estudiantes de 11 a 16 años obtenidos de la dicotomización de los mismos.

En la escala emocional, según los resultados anormales, existe 1.9 veces mayor probabilidad de presentar trastornos emocionales en aquellos que tienen al menos uno de sus padres viviendo en el extranjero que en los que no tienen migración de ninguno de sus padres, con un IC 95%(1.3-2.8) y con un valor $p < 0.001$ lo que demostró que existe tanto asociación como significancia estadística. Para los que



tuvieron valores límites, no existió ni asociación ni significancia estadística. De los que obtuvieron valores normales, podemos decir que existe un factor protector en los que no tienen padres migrantes con un RP 0.7, un IC 95%(0.5-0.9) y un valor $p < 0.002$ lo que demuestra que hay asociación como significancia estadística respectivamente.

En la escala de los problemas con conducta, existe 2.2 veces mayor probabilidad de presentar problemas de conducta en aquellos que por lo menos tienen uno de sus padres migrantes frente a los que no tienen este fenómeno. Las puntuaciones límites no mostraron ni asociación ni significancia estadística. Aquellos que obtuvieron puntajes normales mostraron que el no tener migración de sus padres, constituye un factor protector frente a los problemas de conducta con una RP 0.7 un IC 95%(0.6-0.9). $p < 0.019$ siendo esto estadísticamente significativo y mostrando asociación.

En la escala de la hiperactividad, aquellos que tuvieron migración presentaron 1.6 veces mayor probabilidad de presentar hiperactividad, sin embargo el IC 95% (0.7-3.5) contiene en su distribución la unidad por lo que no existe una asociación estadística verdadera, y con un valor $p < 0.214$ lo que demuestra que no hay significancia estadística. Las puntuaciones límites no mostraron significancia ni asociación estadística. Para los resultados normales, el hecho de tener o no tener padres migrantes no mostro asociación estadística ni significancia con hiperactividad los valores fueron una RP de 0.8, IC 95%(0.7-1.1) y un valor $p < 0.158$.

En la escala de problemas con compañeros, existe una probabilidad de 1.7 veces mayor en los que tienen migración de uno o ambos padres que en los que no tienen migración, el IC 95% (0.8-3.3) demuestra que no existe una asociación estadística, y con un valor $p < 0.114$ que señala que no es estadísticamente significativo.



Los que obtuvieron un puntaje límite no mostraron asociación ni significancia estadística. Aquellos que obtuvieron los puntajes normales, al dicotomizar entre los que tenían migración y los que no tenían padres migrantes mostraron un RP 0.8 con un IC 95% (0.6-1.1) y un valor $p < 0.158$ sin encontrarse asociación estadística ni significancia.

En la escala de la conducta prosocial, los hijos de migrantes tienen 1.6 veces mayor probabilidad de presentar problemas en la conducta prosocial que los que no tienen padres migrantes, sin embargo con un IC 95% (0.6-4.2) no hay una asociación estadística, el valor $p < 0.262$ indica que el resultado no es estadísticamente significativo. En la puntuación límite al comparar el grupo de los migrantes con los no migrantes, no hubo asociación ni significancia estadística. Para los que obtuvieron puntajes normales no hubo asociación estadística ya que el RP fue 0.9 con un IC del 95% (0.8-1.0). Tampoco se encontró que fuese estadísticamente significativo por el valor $p < 0.207$.

5.2.2 TIPO DE FAMILIAR MIGRANTE COMO FACTOR DE RIESGO

Para la obtención de estos resultados se usó la tabla 2x 2 y se dicotomizó de la siguiente manera.

El primer grupo constituyó los que tuvieron el padre migrante frente a los que tuvieron la madre migrante más los que tuvieron ambos padres migrantes.

En el segundo grupo, los que tuvieron la madre migrante frente a los que tuvieron el padre migrante más los que tuvieron ambos padres migrantes y un tercer grupo los que tuvieron ambos padres migrantes frente al grupo que tuvo la madre migrante más los que tuvieron al padre migrante.

Se consideró al grupo con puntuaciones anormales como enfermos y a los que fueron límites y normales como sanos según la recomendación del autor del test usado para evitar los falsos positivos (Goodman 2000; Goodman 2009).



5.2.2.1 Resultados del test aplicado a los padres o representantes en asociación a migración de los padres.

Tabla 12

Distribución de 169 estudiantes entre 6 a 16 años del cantón Gualaceo según síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en los resultados del SDQ-cas aplicado a los padres en asociación a migración de los padres. Cuenca-2010.

SÍNTOMAS EMOCIONALES	Anormal n=(%)	Límite y normal n=(%)	RP(95%)	Valor P
6-10 años	n=31	n=35		
Padre migrante	14(45.2%)	21(60.0%)	0.7(0.4-1.2)	0.228
Madre migrante	9(29.0%)	6(17.1%)	1.6(0.6-4.2)	0.250
Padre y Madre migrantes	8(25.8%)	8(22.9%)	1.1(0.4-2.6)	0.780
11 – 16 años	n=44	n=59		
Padre migrante	26(59.1%)	30(50.8%)	1.1(0.8-1.6)	0.406
Madre migrante	6(13.6%)	9(15.3%)	0.8(0.3-2.3)	0.817
Padre y Madre migrantes	12(27.3%)	20(33.9%)	0.8(0.4-1.4)	0.472
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
6-10 años	n=36	n=30		
Padre migrante	16(44.4%)	19(63.3%)	0.7(0.4-1.1)	0.125
Madre migrante	9(25.0%)	6(20.0%)	1.2(0.5-3.1)	0.629
Padre y Madre migrantes	11(30.6%)	5(16.7%)	1.8(0.7-4.6)	0.189
11 – 16 años	n=52	n=51		
Padre migrante	25(48.1%)	31(60.8%)	0.7(0.5-1.1)	0.195
Madre migrante	10(19.2%)	5(9.8%)	1.9(0.7-5.3)	0.175
Padre y Madre migrantes	17(32.7%)	15(29.4%)	1.1(0.6-1.9)	0.719
HIPERACTIVIDAD				
6-10 años	n=11	n=55		
Padre migrante	4(36.4%)	31(56.4%)	0.6(0.2-1.4)	0.377
Madre migrante	3(27.3%)	12(21.8%)	1.2(0.4-3.7)	1.000
Padre y Madre migrantes	4(25.8%)	12(21.8%)	1.6(0.6-4.2)	0.520
11 – 16 años	n=12	n=91		
Padre migrante	9(75.0%)	47(51.6%)	1.4(0.9-2.1)	0.126
Madre migrante	1(8.3%)	14(15.4%)	0.5(0.0-3.7)	0.820
Padre y Madre migrantes	2(16.7%)	30(33.0%)	0.5(0.1-1.8)	0.415
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
6-10 años	n=32	n=34		
Padre migrante	17(53.1%)	18(52.9%)	1.0(0.6-1.5)	0.998
Madre migrante	6(18.8%)	9(26.5%)	0.7(0.2-1.7)	0.454
Padre y Madre migrantes	9(28.1%)	7(20.6%)	1.3(0.5-3.2)	0.475
11 – 16 años	n=31	n=72		
Padre migrante	14(45.2%)	42(58.3%)	0.7(0.5-1.1)	0.218
Madre migrante	4(12.9%)	11(15.3%)	0.8(0.2-2.4)	0.992
Padre y Madre migrantes	13(41.9%)	19(26.4%)	1.5(0.9-2.7)	0.117
CONDUCTA PROSOCIAL				
6-10 años	n=6	n=60		
Padre migrante	3(50.0%)	32(53.3%)	0.9(0.4-2.1)	0.784
Madre migrante	2(33.3%)	13(21.7%)	1.5(0.4-5.2)	0.889
Padre y Madre migrantes	1(16.7%)	15(25.0%)	0.6(0.1-4.2)	0.963
11 – 16 años	n=13	n=90		
Padre migrante	7(53.8%)	49(54.4%)	0.9(0.5-1.6)	0.967
Madre migrante	1(7.7%)	14(15.6%)	0.4(0.1-3.4)	0.740
Padre y Madre migrantes	5(38.5%)	27(30.0%)	1.2(0.6-2.7)	0.373

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.



Escala de síntomas emocionales test aplicado a padres o representantes.

En la tabla 12 en el grupo de 6 a 10 años, se mostró que no existe mayor probabilidad o factor de protección de presentar patologías emocionales en aquellos que tuvieron el padre migrante en relación a los que tuvieron la madre y ambos padres migrantes con una RP de 0.7 con un IC del 95% (0.4-1.2) y un valor $p < 0.228$ sin significancia estadística. De igual manera, el tener la madre migrante existe una RP 1.6 con un IC 95% (0.6-4.2) que no demostró asociación estadística con un valor $p < 0.250$ ni ser estadísticamente significativo en relación a tener su padre o ambos padres migrantes. Al tener los dos padres migrantes tampoco hubo asociación estadística para presentar patología emocional frente a lo que tienen el padre o la madre migrante los resultados fueron un RP de 1.1 con un IC 95% (0.4-2.6) y un valor $p < 0.780$ lo que indicó no tener significancia estadística.

En el grupo de 11 a 16 años en la tabla 12 se indica que no existió asociación de tener patología emocional en los que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 1.1 con un IC 95% (0.8-1.6) y con un valor $p < 0.406$ demostró no tener asociación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a la patología emocional entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron RP 0.8 con un IC 95% (0.3-2.3) y con un valor $p < 0.817$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no se halló asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 0.8 con un IC 95%(0.4-1.4) con un valor $p < 0.472$ que no fue significativo.



Escala de problemas de conducta test aplicado a padres o representantes.

En la tabla 12 en grupo de edad entre 6 a 10 años, demuestra que no existió asociación de tener problemas de conducta en los que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 0.7 con un IC 95% (0.4-1.1) y por un valor $p < 0.125$ demostró no poseer relación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a problemas de conducta entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron RP 1.2 con un IC 95% (0.5-3.1) con un valor $p < 0.629$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no se halló asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 1.8 con un IC (0.7-4.6) y con un valor $p < 0.189$ que no fue significativo.

En el grupo de 11 a 16 años en la tabla 11 se indica que no existió mayor probabilidad de tener problemas de conducta en los que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes, la RP fue de 0.7 con un IC 95% (0.5-1.1) con un valor $p < 0.195$ señaló no tener asociación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a problemas de conducta entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron RP 1.9 con un IC 95% (0.7-5.3) un valor $p < 0.175$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no existió asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 1.1 con un IC (0.6-1.9) y con un valor $p < 0.719$ que no fue significativo.



Escala de hiperactividad test aplicado a padres o representantes.

En la tabla 12 en grupo de edad entre 6 a 10 años, se indica que no existió mayor probabilidad o factor de protección de presentar hiperactividad en los que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 0.6 con un IC 95% (0.2-1.4) con un valor $p < 0.377$ demostró no tener relación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a la hiperactividad entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron RP 1.2 con un IC 95% (0.4-3.7) con un valor $p < 1.000$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no se halló asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 1.6 con un IC (0.6-4.2) un valor $p < 0.520$ que no fue significativo.

En el grupo de 11 a 16 años, la tabla 12 indica que no existió mayor probabilidad de presentar hiperactividad en los que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 1.4 con un IC 95% (0.9-2.1) y un valor $p < 0.195$ demostró no tener asociación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a la patología emocional entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron RP 0.5 con un IC 95% (0.0-3.7) y un valor $p < 0.820$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no existió asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 0.5 con un IC 95% (0.1-1.8) y con un valor $p < 0.415$ que no fue significativo.



Escala de problemas con compañeros test aplicado a padres o representantes.

En la tabla 12 en el grupo de edad de 6 a 10 años, se indica que no existió mayor probabilidad o factor de protección para presentar problemas con compañeros en los que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 1.0 con un IC 95% (0.6-1.5) y un valor $p < 0.998$ demostró no tener relación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a los problemas con compañeros entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron RP 0.7 con un IC 95% (0.2-1.7) y un valor $p < 0.454$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no existió asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 1.3 con un IC (0.5-3.2) un valor $p < 0.475$ que no fue significativo.

En el grupo de 11 a 16 años, la tabla 12 muestra que no existió mayor probabilidad o factor de protección para problemas con compañeros en los que tiene su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 0.7 con un IC 95% (0.5-1.1) y un valor $p < 0.218$ demostró no tener asociación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a problemas con compañeros entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron RP 0.8 con un IC 95% (0.2-2.4) y un valor $p < 0.992$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no existió asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 1.5 con un IC (0.9-2.7) y un valor $p < 0.415$ que no fue significativo.



Escala de conducta prosocial test aplicado a padres o representantes.

En la tabla 12 en grupo de edad entre 6 a 10 años, se indica que no existió mayor probabilidad o factor de protección para presentar problemas en la conducta prosocial en los que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 0.9 con un IC 95% (0.4-2.1) y un valor $p < 0.784$ demostró no tener relación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a los problemas de la conducta prosocial entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron RP 1.5 con un IC 95% (0.4-5.2) y un valor $p < 0.889$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no existió asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 0.6 con un IC (0.1-4.2) y el valor $p < 0.963$ que no fue significativo.

En el grupo de 11 a 16 años, la tabla 12 enseña que no se halló asociación para presentar problemas en la conducta prosocial en los que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 0.9 con un IC 95% (0.5-1.6) y un valor $p < 0.967$ demostró no tener asociación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a problemas en la conducta prosocial entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron RP 0.4 con un IC 95% (0.1-3.4) y con un valor $p < 0.740$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no existió asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 1.2 con un IC (0.6-2.7) y un valor $p < 0.373$ que no fue significativo.



5.2.2.2 Resultados del test autoaplicado en asociación a migración de los padres.

Tabla 13

Distribución de 103 estudiantes entre 11 A 16 Años del cantón Gualaceo según síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en los resultados del SDQ-cas autoaplicado en asociación a migración de los padres. Cuenca-2010.

TRASTORNOS MENTALES	Anormal n=(%)	Normal y Limite n=(%)	RP (IC 95%)	Valor P
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
11 a 16 años	n=42	n=61		
Padre migrante	23(54.8%)	33(54.1%)	1.0(0.7-1.4)	0.947
Madre migrante	7(16.7%)	8(13.1%)	1.2(0.4-3.2)	0.615
Padre y Madre migrantes	12(28.6%)	20(32.8%)	0.8(0.4-1.5)	0.649
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
11-16 años	n=28	n=75		
Padre migrante	11(39.3%)	45(60%)	0.6(0.3-1.0)	0.060
Madre migrante	4(14.3%)	11(14.7%)	0.9(0.3-2.8)	0.961
Padre y Madre migrantes	13(46.4%)	19(25.3%)	1.81(1.0-3.1)	0.039
HIPERACTIVIDAD				
11-16 años	n=12	n=91		
Padre migrante	8(66.7%)	48(52.7%)	1.2(0.8-1.9)	0.362
Madre migrante	2(16.7%)	13(14.3%)	1.1(0.2-4.5)	0.829
Padre y Madre migrantes	2(16.7%)	30(33.0%)	0.5(0.1-1.8)	0.251
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
11-16 años	n=16	n=87		
Padre migrante	9(56.3%)	47(54.0%)	1.0(0.6-1.6)	0.869
Madre migrante	3(18.3%)	12(13.8%)	1.3(0.4-4.2)	0.895
Padre y Madre migrantes	4(25.0%)	28(32.2%)	0.7(0.3-1.9)	0.781
CONDUCTA PROSOCIAL				
11 – 16 años	n=9	n=94		
Padre migrante	4(44.4%)	52(55.3%)	0.8(0.3-1.7)	0.783
Madre migrante	0(0%)	15(16.0%)	-----	-----
Padre y Madre migrantes	5(55.6%)	27(28.7%)	1.9(0.9-3.7)	0.096

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.

Escala de síntomas emocionales, autotest.

La tabla 13 indica, que no se halló mayor probabilidad o factor de protección para presentar patología emocional en los que tienen su padre migrante frente a los



que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 1.0 con un IC 95% (0.7-1.4) y un valor $p < 0.947$ por lo tanto no tuvo asociación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a problemas emocionales entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron una RP de 1.2 con un IC 95% (0.4-3.2) y un valor $p < 0.615$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no existió asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 0.8 con un IC (0.4-1.5) y un valor $p < 0.373$ que no fue significativo estadísticamente.

Escala de problemas de conducta, autotest.

La tabla 13 indica, que no existió mayor prevalencia ni factor protector para presentar problemas de conducta en los estudiantes que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 0.6 con un IC 95% (0.3-1.0) y un $v p < 0.060$ demostró no tener asociación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a problemas en la conducta entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron una RP de 0.9 con un IC 95% (0.3-2.8) y un valor $p < 0.961$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes, no se halló asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 1.8 con un IC (1.0-3.1) y un valor $p < 0.039$ que no fue significativo estadísticamente.

Escala de hiperactividad, autotest.

La tabla 13 indica, que no existió mayor probabilidad o factor de protección para presentar hiperactividad en los estudiantes que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 1.2 con un



IC 95% (0.8-1.9) y un valor $p < 0.362$ demostró no tener asociación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró tener asociación estadística ni significancia en relación a hiperactividad entre estos y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron una RP de 1.1 con un IC 95% (0.2-4.5) y un valor $p < 0.829$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no existió asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 0.5 con un IC (0.1-1.8) y un valor $p < 0.251$ que no fue estadísticamente significativo.

Escala de los problemas con compañeros, autotest.

La tabla 13 indica, que no existió mayor probabilidad o factor de protección para presentar problemas con compañeros en los estudiantes que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 1.0 con un IC 95% (0.6-1.6) y un valor $p < 0.869$ demostró no tener asociación ni significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se demostró haber asociación estadística ni significancia en relación a presentar problemas con compañeros entre este grupo y los estudiantes que tienen el padre o ambos padres migrantes, los resultados fueron una RP de 1.3 con un IC 95% (0.4-4.2) y un valor $p < 0.895$. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no existió asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 0.7 con un IC (0.3-1.9) y un valor $p < 0.781$ que no fue estadísticamente significativo.

Escala de la conducta prosocial, autotest.

La tabla 13 muestra, que no existió asociación para presentar problemas con compañeros en los estudiantes que tienen su padre migrante frente a los que tienen la madre o ambos padres migrantes ya que la RP fue de 0.8 con un IC 95% (0.3-1.7) y un valor $p < 0.783$ lo que demostró no tener asociación ni



significancia estadística. De los estudiantes que tienen la madre migrante, no se realizó el cálculo del la RP ni el valor p. debido a que existía un grupo con 0 estudiantes en una de los valores necesarios para la elaboración de la tabal 2 x 2. En el grupo donde ambos padres fueron los migrantes no existió asociación estadística ni significancia en relación a los que tienen la madre o el padre migrantes con una RP de 1.9 con un IC (0.9-3.7) que y un valor $p < 0.096$ que no fue estadísticamente significativo.

5.3 TIEMPO DE MIGRACIÓN COMO FACTOR DE RIESGO.

Para la elaboración de las tablas de 2 x 2, se dicotomizó los resultados en dos grupos, el primero aquellos que obtuvieron puntajes anormales fueron los enfermos y el segundo la suma de aquellos que obtuvieron puntajes límites y normales fueron los sanos. Para el tiempo se dicotomizaron aquellos con migración de al menos uno de sus padres por el lapso menor a 2 años 6 meses y para el otro grupo aquellos con migración mayor a 2 años 6 meses 1 día.

Esta dicotomización se realizó en base a que la migración según estudios realizados, luego de los 2 a 3 años de ausencia de los padres, los menores que permanecen en el país tiene un período de mejoría y habituación a su nueva vida, se acostumbran a sus nuevas familias, mejorando su salud mental (Dupret 2007; Arauz 2009).

5.3.1.1 Resultados del test aplicado a los padres o sus representantes en asociación a tiempo de migración.



Tabla 14

Distribución de 169 estudiantes entre 6 A 16 Años del cantón Gualaceo según síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en los resultados del SDQ-cas para padres en asociación a tiempo de migración. Cuenca-2010.

TRASTORNO MENTAL	Migración más de 2.5 años	Migración hasta 2.5 años	RP (IC 95%)	Valor P
SINTOMAS EMOCIONALES				
6 a 10 años	n=55	n=11		
Anormal	27(49.1%)	4(36.4%)	1.3(0.5-3.0)	0.659
Limite y Normal	28(50.9%)	7(63.6%)		
11 a 16 años	n=90	n=13		
Anormal	40(44.4%)	4(30.8%)	1.4(0.6-3.3)	0.527
Limite y Normal	50(63.6%)	9(62.2%)		
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
6 a 10 años	n=55	n=11		
Anormal	28(50.9%)	8(72.7%)	0.7(0.4-1.0)	0.319
Limite y Normal	27(49.1%)	3(27.3%)		
11 a 16 años	n=90	n=13		
Anormal	45(50.0%)	7(53.8%)	0.9(0.5-1.5)	0.970
Limite y Normal	45(50.0%)	6(46.2%)		
HIPERACTIVIDAD				
6 a 10 años	n=55	n=11		
Anormal	9(16.4%)	2(18.2%)	0.9(0.2-3.6)	0.767
Limite y Normal	46(83.6%)	9(82.8%)		
11-16 años	n=90	n=13		
Anormal	12(13.3%)	0(0%)	-----	-----
Limite y Normal	78(86.7%)	13(100%)		
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
6 a 10 años	n=55	n=11		
Anormal	26(47.3%)	6(54.5%)	0.8(0.4-1.5)	0.912
Limite y Normal	29(52.7%)	5(45.5%)		
11-16 años	n=90	n=13		
Anormal	29(32.2%)	2(15.4%)	2.0(0.5-7.7)	0.360
Limite y Normal	61(67.8%)	11(84.6%)		
CONDUCTA PROSOCIAL				
6 a 10 años	n=55	n=11		
Anormal	6(10.9%)	0(0%)	-----	-----
Limite y Normal	49(89.1%)	11(100%)		
11 – 16 años	n=90	n=13		
Anormal	12(13.3%)	1(7.7%)	1.7(0.2-12.2)	0.899
Limite y Normal	78(86.7%)	12(92.3%)		

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.



Escala de síntomas emocionales test aplicado a padres o representantes.

La tabla 14 muestra que en el grupo de 6 a 10 años, los que tuvieron migración mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 1.3 veces mayor de desarrollar patología emocional en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses con un IC 95% (0.5-3.0) y con un $p < 0.659$ no existió asociación estadística ni los resultados fueron estadísticamente significativos.

La tabla 14 revela que en el grupo de 11 a 16 años, los de estudiantes con migración parenteral mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 1.4 veces mayor de desarrollar patología emocional en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. Sin embargo con un IC 95% (0.6-3.3) y un $p < 0.527$ no demostró asociación estadística ni ser estadísticamente significativo.

Escala de los problemas de conducta test aplicado a padres o representantes.

En la tabla 14, en el grupo de 6 a 10 años, los estudiantes con migración parenteral mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 0.7 veces menor de desarrollar problemas de conducta en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. Sin embargo con un IC 95% (0.4-1.0) y un $p < 0.319$ demostró no tener asociación estadística, y los resultados fueron estadísticamente no significativos.

En la tabla 14, en el grupo de 11 a 16 años, los estudiantes con migración de uno o ambos padres por un tiempo mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 0.9 veces menor de desarrollar problemas de conducta en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. No obstante con un IC 95% (0.5-1.5) y un $p < 0.319$ demostró no tener asociación estadística, ni ser un factor protector y los resultados fueron



estadísticamente no significativos.

Escala de hiperactividad test aplicado a los padres o representantes.

En la tabla 14, en el grupo de 6 a 10 años, los estudiantes con migración de uno o ambos padres por un tiempo mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 0.9 veces menor de desarrollar hiperactividad en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. No obstante con un IC 95% (0.2-3.6) no hubo asociación y un $p < 0.767$ los resultados no fueron estadísticamente significativos.

En el grupo de 11 a 16 años, la tabla de 2 x 2 no pudo ser elaborada por que uno de los valores fue el cero absoluto.

Escala de los problemas con compañeros test aplicado a los padres o representantes.

En la tabla 14, en el grupo de 6 a 10 años, los estudiantes con migración de uno o ambos padres por un tiempo mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 0.8 veces menor de desarrollar problemas con compañeros en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. Sin embargo con un IC del 95% (0.4-1.5) y un $p < 0.912$ los resultados no presentaron una asociación estadística y no fueron estadísticamente significativos.

En la tabla 14, en el grupo de 11 a 16 años, los estudiantes con migración de uno o ambos padres por un tiempo mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 2.0 veces mayor de desarrollar problemas con compañeros en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. Sin embargo con un IC del 95% (0.5-7.7) y un $p < 0.360$ los resultados no fueron estadísticamente significativos ni existió



Escala de la conducta prosocial test aplicado a padres o representantes.

En el grupo de 6 a 10 años, la tabla de 2 x 2 no pudo ser elaborada por que uno de los valores fue el cero absoluto.

En la tabla 14, en el grupo de 11 a 16 años, los estudiantes con migración de uno o ambos padres por un tiempo mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 1.7 veces mayor de desarrollar problemas en la conducta prosocial en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. Sin embargo con un IC del 95% (0.2-12.2) y un $p < 0.360$ los resultados no fueron estadísticamente significativos ni existió una verdadera asociación estadística.



5. Resultados del test autoaplicado en asociación a tiempo de migración.

Tabla 15

Distribución de 103 estudiantes entre 11 A 16 Años del cantón Gualaceo según síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros y conducta prosocial obtenidos en los resultados del SDQ-cas aplicado a padres en asociación a tiempo de migración. Cuenca-2010.

TRASTORNO MENTAL	Migración más de 2 años 6 meses 1 día.	Migración menor a 2 años 6 meses	RP (IC 95%)	Valor P
SÍNTOMAS EMOCIONALES				
11 a 16 años	n=90	n=13		
Anormal	38(42.2%)	4(30.8%)		
Límite y Normal	52(57.8%)	9(69.2%)	1.3(0.5-3.2)	0.628
PROBLEMAS DE CONDUCTA				
11 a 16 años	n=90	n=13		
Anormal	24(26.7%)	4(30.8%)		
Límite y Normal	66(73.3%)	9(69.2%)	0.8(0.3-2.0)	0.981
HIPERACTIVIDAD				
11-16 años	n=90	n=13		
Anormal	10(11.1%)	2(15.4%)		
Límite y Normal	80(88.9%)	11(84.6%)	0.7(0.1-2.9)	0.989
PROBLEMAS CON COMPAÑEROS				
11-16 años	n=90	n=13		
Anormal	15(16.7%)	1(7.7%)		
Límite y Normal	75(83.3%)	12(92.3%)	2.1(0.3-15.0)	0.670
CONDUCTA PROSOCIAL				
11 – 16 años	n=90	n=13		
Anormal	8(8.9%)	1(7.7%)		
Límite y Normal	82(91.1%)	12(92.3%)	1.1(0.1-1.1)	0.702

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.

Escala de síntomas emocionales, autotest.

En la tabla 15, los estudiantes entre 11 a 16 años con migración de uno o ambos padres por un tiempo mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 1.3 veces mayor de desarrollar patología emocional en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. Sin embargo con un IC del 95% (0.5-3.2) que contuvo la unidad y un $p < 0.628$ los resultados no fueron estadísticamente significativos ni existió asociación estadística.



Escala de problemas de conducta, autotest.

En la tabla 15, los estudiantes entre 11 a 16 años con migración de uno o ambos padres por un tiempo mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 0.8 veces menor de desarrollar problemas de conducta en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. Sin embargo con un IC del 95% (0.3-2.0) y un $p < 0.981$ los resultados no fueron estadísticamente significativos ni existió una verdadera asociación estadística.

Escala de hiperactividad, autotest.

En la tabla 15, los estudiantes entre 11 a 16 años con migración de uno o ambos padres por un tiempo mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 0.7 veces menor de desarrollar hiperactividad en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. Sin embargo con un IC del 95% (0.1-2.9) que contuvo la unidad y un $p < 0.989$ los resultados no fueron estadísticamente significativos ni existió una verdadera asociación estadística.

Escala de problemas con compañeros, autotest.

En la tabla 15, los estudiantes entre 11 a 16 años con migración de uno o ambos padres por un tiempo mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 2.1 veces mayor de desarrollar problemas con compañeros en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. Sin embargo con un IC del 95% (0.1-2.9) y un $p < 0.989$ los resultados no fueron estadísticamente significativos ni existió una asociación estadística.



Escala de conducta prosocial, autotest.

En la tabla 15, los estudiantes entre 11 a 16 años con migración de uno o ambos padres por un tiempo mayor de 2 años 6 meses, mostraron una probabilidad 1.1 veces menor de desarrollar problemas de conducta prosocial en relación a los que tuvieron migración de uno o ambos padres por un tiempo menor a 2 años 6 meses. Sin embargo con un IC del 95% (0.3-15.0) que contuvo la unidad y un $p < 0.989$ los resultados no tuvieron asociación estadística ni fueron estadísticamente significativos.

5.3.1.2 Prevalencia de trastornos mentales en hijos de migrantes y no migrantes.

Tabla 16

Prevalencia de trastornos mental en los estudiantes entre 6 a 16 años del cantón Gualaceo en los hijos de padres migrantes y el los hijos de no migrantes .Cuenca-2010

Edad	Total de trastornos mentales en hijos de migrantes.	Total de trastorno mentales en hijos de no migrantes.
Test para padres		
6 a 10 años	35.1%	16.2%
11 a 16 años	29.5%	15.5%
Test autoaplicado		
6 a 11 años	20.7%	10.9%

Fuente: Formulario de recolección de datos.

Realizado por: El autor.

La tabla 16, muestra el promedio del total de trastornos mentales en los niños entre 6 a 10 años obtenida en el test para padres. El 35.1% del total de aquellos que tuvieron al migración presentaron trastornos mentales y solo el 16.2% de los



que no tuvieron padres migrantes presentaron trastornos mentales. En el grupo de 11 a 16 años, el 29.5% de los hijos de migrantes tuvieron patología mental y el 15.5% de los que sus padres no migraron.

En los resultados del autotest realizado a los estudiantes entre 11 a 16 años, el de 20.7% del grupo de los hijos de migrantes presentaron trastornos mentales en relación al 15.5% de los hijos de no migrantes.



CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Al estudiar la influencia del fenómeno migratorio sobre la salud mental en los 450 estudiantes de de 6 a 16 años del cantón Gualaceo, el grupo de 11 a 16 años constituyó el 57.1%(257) de la muestra, y el 42.9%(193) el grupo de 6 a 10 años. La media para la edad se ubicó 11.2 años con un DS 2.9 años. El sexo femenino fue del 52%(234) y el masculino con un 48% (216). Un estudio realizado por Paredes, en la ciudad de Ambato-Ecuador en el 2004, en 100 historias clínicas de niños escogidos al azar mostró una distribución del género masculino en un 59% y 41% el femenino. La edad media fue de 7 años con un DS de 3.9 años (Paredes 2004). Las diferencias encontradas con este trabajo en la edad media, podría deberse a que el test usado en nuestro proyecto se realizó en los estudiantes entre 6 a 16 años en cambio en el trabajo expuesto por Paredes, los niños fueron de edad menor (edad media 7 DS 3.9 años).

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

El 37.6% (169) de nuestra muestra fueron hijos de migrantes, y el 62.4% (281) no tuvieron padres migrantes. En el estudio realizado en la provincia de Cañar-Ecuador en el 2008, el 27% del total de los niños y adolescentes del cantón Cañar tenían al menos un padre en el extranjero, pero este porcentaje oscilaba entre el 44% en los hogares indígenas y el 19% en los hogares no indígenas. Como se mostró, en nuestro proyecto se incluyó estudiantes de procedencia rural y urbana así como población indígena y mestiza; por lo tanto creemos que el 37.6% hallado en nuestro trabajo no diverge mayormente del estudio realizado en la provincia de



Cañar. (Escobar A. 2008).

El trabajo realizado por Pinos G. en el año 2004 en 1044 estudiantes de la ciudad de Cuenca-Ecuador, mostraba que 352 (33.7%) eran hijos de migrantes y 692 (66.3%) hijos de no migrantes coincide con la distribución encontrada en nuestro trabajo. (Pinos 2007)

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

El 52.2% (235) de los estudiantes con migración y sin migración en nuestro estudio, procedieron del área rural y el 47.8% del área urbana, a diferencia de un estudio realizado en el hospital psiquiátrico "Lorenzo Ponce" de la ciudad de Guayaquil-Ecuador por Saad E., en donde al realizarse un estudio sobre salud mental en adolescentes hijos de migrantes, el 62.3% procedió de la zona urbana, y 26.2% de zona rural y el resto fueron de otras provincias. (Saad 2003).

Esta diferencia podría explicarse por la localización del hospital en Guayaquil, donde se concentra gran cantidad de pacientes de las diferentes provincias, a diferencia del cantón Gualaceo donde se llevo nuestro estudio.

De los 169 estudiantes que tuvieron padres migrantes en nuestro estudio, el 53.3%(91) perteneció al grupo donde el padre fue el migrante, el 28.4% al grupo donde ambos padres migraron y el 17.7%(30) la migración fue materna.

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



Este trabajo demostró que no hubo asociación entre patología mental en asociación y si fue el padre, la madre o ambos los migrantes (Tabla 11), lo que se coincide con los resultados hallados por Pinos G. en el año 2007 en un estudio en los hijos de migrantes en la ciudad de Cuenca-Ecuador donde no se encontraron diferencias estadísticas significativas con relación a este hecho (Pinos 2007).

En el trabajo realizado por Paredes P. En el 2004 en Ambato-Ecuador, tampoco se encontró ninguna diferencia significativa ($p > 0.05$) en patologías específicas entre los niños que estuvieron a cargo de los abuelos, el padre o la madre. (Paredes 2004).

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

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

Para el 2005 por cada hombre que migró, una mujer lo hizo, una década atrás esta relación era de 8-10 a 1 (Ratha 2008). En un estudio realizado en el año 2008 en Cañar, el 63% de los progenitores migrantes eran hombres y el 37% mujeres sin embargo este estudio no incluyó el hecho de la migración de ambos padres como otro grupo. (Escobar 2008) por lo tanto no se puede comparar con nuestro trabajo.



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

En el tiempo de migración, el estudio mostró que el 66.2%(112) de los hijos de migrantes tienen un período de tiempo mayor a 5 años desde que uno o ambos padres migraron. En segundo lugar aquellos con migración entre 2 años 6 meses 1 día hasta 5 años con un 19.5%(33) y aquellos con migración menor a 2 años 6 meses alcanzaron el 14.2%(24). El promedio de ausencia de los padres en el estudio realizado en el Hospital Municipal de Ambato-Ecuador fue de 2 años 3 meses con un DS de 1.2 años, dato que diverge de nuestros resultados para lo que hay que considerar que este estudio se realizó en el 2004 y que lamentablemente la mayoría de los migrantes no han retornando a nuestro país (Paredes 2004).

El estudio realizado citado antes por Pinos G. en el 2004 en Cuenca-Ecuador mostró que el período de migración de mayor prevalencia fue mayor a 5 años (48.8%) resultados que son ligeramente menores a la prevalencia encontrada en nuestro grupo de estudio, sin embargo se correlaciona con el hecho de que la mayoría tienen padres migrantes que abandonaron el país hace mas de 5 años.

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

En Bolivia en el año 2008-2009, en 291 estudiantes, 51% varones, 49% mujeres, mostró que el 47% se los padres migraron hace mas de 4 años, 18% hace menos de un año y el 35% entre uno a tres años, (Fe y Alegría 2010) lo que demuestra



que el período de tiempo migratorio fue similar al encontrado nuestro trabajo.

En nuestro trabajo se evidenció que el tiempo de migración no mostró asociación con el desarrollo de patologías específicas, es decir no hubo diferencia significativa entre el tiempo de migración y las patologías encontradas. Ninguno de los trastornos mentales estudiados se correlacionó con un progenitor en especial, todas nuestras RP contuvieron la unidad, y los p fueron no significativos (Tabla 10, 11). En un estudio realizado en Ambato-Ecuador por Paredes L., no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el tiempo de migración y trastornos mentales encontrados ($p > 0,05$) al igual que en nuestro estudio. Pinos G., concluyo en su estudio que no existen diferencias significativas del funcionamiento familiar en relación con el tiempo de migración, lo que creemos confirma nuestros hallazgos (Pinos 2007).

A nivel local e internacional se encontraron escasos estudios que comparen el tiempo de migración de los padres con el desarrollo de patologías específicas; comparen los hijos de migrantes con los no migrantes, es por eso que planteamos que estos proyectos locales sean la imagen o el piloto para estudios posteriores.

Cuando se analizó a la migración como factor de riesgo se utilizó el test aplicado a padres o representantes en los dos grupos estudiados de 6 a 10 años y de 11 a 16 años, los mismos que fueron realizados para el uso del test utilizado (SDQ-cas) con el propósito, según el autor del test para diferenciar la niñez y el inicio de la pubertad, considerando a esta como una etapa crítica, lábil y de cambios en el crecimiento tanto físico como psicológico hacia la adultez. (Goodman 2000).

En los estudiantes, entre 6 a 10 años, los que no tuvieron migración presentaron trastornos mentales en el 16.2% y aquellos entre 11 a 16 años en el 15.5%. La puntuación para el autotest entre 11 a 16 años fue del 10.9%. Si comparamos con la prevalencia de trastornos mentales encontrados en niños y adolescentes a nivel Global que fue del 7% al 22% en general (Barra 2009), en EEUU del 32%,



Canadá 33.8%, Brasil 19%, Puerto Rico 16%, Emiratos Árabes 10,4% (Recart 2002) vemos que la variabilidad es amplia y que nos encontramos alrededor de la media del promedio global.

Un trabajo realizado en la zona metropolitana de Sao Paulo-Brasil por Paula C., mostró una de las más altas prevalencias en patología mental en niños y adolescentes a nivel mundial. De los 479 sujetos entre 6 a 17 años, el 24.6% presentó patología mental, sin embargo este estudio fue hecho en una comunidad pobre y aislada del Brasil (Paula 2007) donde no tienen los servicios básicos, lo que nos diferencia de nuestra muestra al azar donde los estudiantes no fueron divididos de acuerdo a la clases social ni a sus ingresos.

Cuando reconocemos la prevalencia de patología mental en la última década en seis países (Brasil, Chile, Guatemala, México, Colombia y Puerto Rico) encontramos que los rangos van desde el 15% a 21% lo cual es similar a los resultados encontrados en este estudio (15%).

Un estudio analítico transversal en el que se utilizó el SDQ-cas en 179 niños (57,5% varones y 42.5% mujeres) realizado en España en un centro de Salud por Ferrer en el 2009, en niños de 5 a 6 años, mostró que el 15% de ellos tuvo patología mental (Ferrer 2009) que se correlaciona con nuestro estudio.

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

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

Al comparar con un estudio de prevalencia realizado en la ciudad de Ambato-Ecuador en 85 niños con padre, hermano(a), o madre migrante, el 17% en



promedio mostraron patología mental, nuestro grupo en general obtuvo puntajes mayores (30%), lo que creemos que se debe a que este estudio utilizó un test de menor sensibilidad ante el tamizaje de patología mental y la muestra fue menor así como los criterios de inclusión y exclusión fueron diferentes (Paredes 2004).

HIJOS DE NO MIGRANTES DE 6 A 10 AÑOS.

De acuerdo a las patologías presentadas, en el grupo de edad entre 6 a 10 años en aquellos en los que no tuvieron migración, el trastorno mental más prevalente fue la patología emocional con un 23.6%(30), en segundo lugar los problemas de conducta con 19.7%(25), en tercer lugar los problemas con compañeros en un 18.9%(24), con un 12.6%(16) y 6.3%(8) aquellos con hiperactividad y problemas en la conducta prosocial respectivamente. En el estudio realizado en Brasil en el 2002 en 107 estudiantes de las escuelas públicas, y con el uso del SDQ test, se encontró en que los niños de 6 a 11 años, el trastorno de salud mental más frecuente fue el emocional con un 30.8%, problemas de conducta 17.7%, 16.8% hiperactividad, 14% problemas con compañeros. Al comparar estos resultados los síntomas emocionales fueron mayores en los niños brasileños que en nuestro grupo de estudio, los problemas de conducta mostraron porcentajes similares, sin embargo los problemas con compañeros fueron tenuemente más prevalentes en los niños ecuatorianos que en los brasileños. La hiperactividad fue sutilmente más prevalente en los brasileños. (Ramos 2003).

En la franja de Gaza, un estudio publicado en niños árabes, mostró puntuaciones anormales en el 34% para síntomas emocionales lo que se ratifica nuestros resultados, en el 22.7% para los problemas de conducta y en el 8.5% para hiperactividad (Ramos 2003), fueron distintos con nuestros resultados. Estas diferencias pueden deberse a la diversidad entre las poblaciones de estudio ya que la nuestra en este caso es aquellos que no tienen migración y cumplan todos los criterios de inclusión y exclusión, es decir una muestra seleccionada. En el caso del estudio en la franja de Gaza, los puntos de corte para la edad fueron



distintos, cabe recordar que es un territorio que ha permanecido en conflicto armamentista por mucho tiempo lo que creemos podría generar mayores problemas de conducta así como mayor depresión y ansiedad.

A continuación se presentan los resultados obtenidos considerando que los mismos fueron diferentes en relación al informante que contestó el test, es decir si fue autoplicado o fueron los padres o encargados los que lo hicieron. Dependiendo del informante, el test tiene diferente sensibilidad y especificidad para los resultados en cada una de las escalas patológicas. (Goodman 2000, Goodman 2009).

HIJOS DE MIGRANTES DE 6 A 10 AÑOS.

Aquellos hijos de migrantes entre 6 a 10 años presentaron una prevalencia mayor a los problemas de conducta con un 54.5%(36) siendo mayor a otros trabajos realizados en el Ecuador. En Ambato se encontró que un 26.3% de los hijos de los emigrantes presentaron problemas de conducta. Los problemas de conducta fueron 2.7 veces más frecuentes en este grupo que en el grupo sin migración. (RP 2.7 IC95% (1.8-4.1) $p < 0.001$). No se hallaron datos locales o internacionales en comparación entre aquellos hijos de migrantes y no migrantes, más bien existían datos aislados hacia cada grupo.

En segundo lugar nuestro estudio muestra que el 48.5%(32) de los hijos de migrantes presentaron problemas con compañeros (RP 2.5 IC 95% 1.6-3.9 $p < 0.001$) en referencia a los no migrantes, seguidos con un 47%(31) los que tuvieron patología emocional (1.9 IC 95% (1.3-2.9) $p < 0.001$).

Un porcentaje equivalente se encontró en el estudio hecho por Saad en el 2003 en Guayaquil, en el que un 40% de los hijos de los migrantes presentaron patología emocional (Saad 2003). El estudio realizado en Tarqui-Azuay- Ecuador por Pinos G. en 56 niños hijos de padres migrantes mostró cifras de depresión por observación directa en un 23.2% y por medio del test del garabato y Sacks en



un 26.7%(Pinos 1998), por lo que se debe recordar que el test SDQ utilizado constituye un método de tamizaje donde se engloban las patologías en 5 escalas generales en este caso la síntomas emocionales, en cambio los métodos utilizados por Pinos G. sirven para el diagnóstico de patología.

En México Aguilera J., realizó en la comunidad de Chicahuaxtla un estudio en hijos de migrantes en donde se encontró que un 63 % de ellos tuvieron depresión y el 18% presentaron problemas de conducta (Aguilera 2008), siendo la depresión mas prevalente en los mexicanos que los síntomas emocionales en nuestros estudiantes y siendo esta también la prevalencia más alta encontrada en la bibliografía. No conocemos con exactitud las características con las que se hizo este estudio mexicano pero sabemos que la comunidad donde se la realizó constituye una de las regiones con mayor migración México-Estados Unidos.

En nuestro estudio encontramos que 16.7%(11) de los hijos de migrantes mostraron síntomas hiperactividad y no presentaron una diferencia estadística (RP 1.3 IC95%(0.6-2.6 valor $p < 0.431$) con los que no tuvieron migración 12.6% (16) (tabla 9). Los resultados encontrados por Pinos A. en una escuela en Tarqui-Ecuador se correlacionan en el grupo con migración ya que la hiperactividad fue hallada en el 14.2% de hijos de migrantes. En Brasil, (Ramos 2003) en hijos de migrantes y no migrantes la hiperactividad fue alrededor del 16.8% lo que no difiere de nuestro estudio.

La conducta prosocial fue anormal en el 9.1%(6) de los hijos de migrantes y en el 6.3%(8) de los hijos de no migrantes, no mostró diferencias significativas con el 5.6% encontrados en los estudiantes Brasil. (Ramos 2003).



HIJOS DE NO MIGRANTES DE 11 A 16 AÑOS.

En los estudiantes de 11 a 16 años que no tuvieron padres migrantes, los resultados del test a los padres, mostraron que la patología emocional fue la más prevalente encontrándose en un 24%(37) del total. Un estudio realizado en 164 menores de 18 años con una edad media de 11 años en Chile por Recart C. donde se utilizó los criterios diagnósticos del DSM IV encontró que el 20% de estos pacientes presentaron patología emocional lo cual no se aparta de nuestro estudio. (Recart 2002).

En una encuesta realizada en el 2009 en el Ecuador, "Mi opinión si cuenta", el 55% hijos de migrantes afirmaban sentirse emocionalmente tristes, sin embargo no se realizó diagnóstico de patología emocional por lo que no pudo ser comparado con nuestro trabajo. ("Encuesta. Mi opinión si cuenta 2009")

El segundo lugar en este grupo, encontramos con un 22.1%(34) los problemas de conducta, y con un 18.9%(24) los problemas con compañeros. Una publicación realizada en Madrid-España, mostró que la prevalencia de trastornos de conducta fue del 23% en un grupo de 404 sujetos, 256 varones y 139 mujeres entre 0 a 18 años, resultado similar al hallado en el presente estudio.

El mismo estudio, mostró que un 14.6% presentó depresión y el 14.6% ansiedad (Alaez 2000). Las prevalencias menores podrían deberse a la diferencia de la población ya que en este caso nosotros consideramos solo a los hijos de no migrantes con familias biparenterales, en cambio el estudio español hace referencia a todos sin excepción.

El tercer lugar en prevalencia en nuestro estudio estuvieron los problemas con compañeros que se presentaron en el 18.9%(24) de hijos de no emigrantes seguidos del 10.4%(16) y el 5.2% (8) para hiperactividad y conducta prosocial respectivamente.



En un artículo publicado acerca de 108 niños en Valladolid-España, donde la edad media fue de 8 años y 8 meses, en niños pertenecientes a la consulta en área sanitaria con exclusión a todo menor con diagnóstico de patología mental conocida; mostró que el 5% de la población presentó hiperactividad (Mata 2009), este resultado mostró similitud con los resultados hallados con nuestro trabajo.

En Tarqui- Ecuador, en 1997 se encontró que el 15.6% de los hijos de no migrantes presentaron conflictos interpersonales, (Pinos 1998) lo que es menor a nuestros hallazgos, creemos que esta diferencia se debe al hecho de que nuestra población fue mayor en edad a la del grupo comparado y que nuestro test mide los problemas con compañeros.

HIJOS DE MIGRANTES DE 11 A 16 AÑOS.

El grupo de estudiantes hijos de padres migrantes entre 11 a 16 años mostró que el 42.7%(44) de ellos en el test para padres presentaron puntuaciones anormales en la escala emocional, y 40.8%(42) en el autotest, con una RP 1.9 IC del 95%(1.3-2.8) y un valor p de 0.001 en referencia a los no migrantes.

En la ciudad de Cuenca, en el 2004 Pinos G. encontró que el 25% de adolescentes tuvieron síntomas de ansiedad y depresión (Pinos 2007), valores menores a los encontrados en nuestro trabajo, sin embargo el test usado en este estudio SDQ realiza un screening y probabilidad de presentar patología emocional en general, y por tanto no realiza un diagnóstico específico de como depresión. De esta forma podrían explicarse las diferencias encontradas.

En el 2009 se llevó a cabo una investigación en los familiares de los migrantes mexicanos a Estados Unidos, encontrando un OR de 1.38 con un IC del 95% (1.08-1.78) en relación con el desarrollo de depresión en los familiares de los migrantes. (Itziar 2010) lo que sugiere que en ambos trabajos hubo mayor prevalencia de patología emocional en los hijos de no migrantes y la asociación en



ambos es significativa sin embargo nosotros encontramos probabilidad mayor a lo que este estudio señaló. Las diferencias podrían ser que en este estudio mexicano se tomó en cuenta no solo a los hijos sino a los conyugues de los migrantes.

En Tailandia en el 2009, un trabajo realizado por Panyayon uso el SDQ en 2.884 estudiantes entre 11 a 18 años en aéreas donde hubo migración familiar e insurgencia, este señaló que el 37.2% de los niños presentaron síntomas emocionales (Panyayong 2009). Los resultados hallados por nosotros fueron débilmente mayores en los síntomas emocionales, pero la muestra fue diferente ya que en nuestro trabajo en este caso, tomo solo hijos de migrantes, en cambio en Tailandia, fue una comunidad en insurgencia y abandono en donde algunos menores viven con sus padres y otros viven en el abandono.

El estudio casos y controles realizado en China en el 2009, por Zhaobao, en 629 (casos) niños y adolescentes que fueron abandonados o se encontraban al cuidado de parientes o un extraño, y 645 (controles) niños viviendo con sus padres, tuvieron más problemas de conducta y emocionales en comparación al grupo de controles ($p < 0.001$ Cohen $d = 0.20-0.32$) lo que se relaciona con la mayor probabilidad encontrada en nuestro trabajo para presentar problemas de conducta (RP 2.2 IC 95% (1.6-3.2) $p < 0.001$) y emocionales (RP 1.7 IC 95% (1.2-2.5) $p < 0.001$) en los hijos de migrantes que en los hijos de no migrantes.

El estudio desarrollado por Encalada M. en el año 2005 en alumnos de los colegios urbanos de Gualaceo-Ecuador en edades de 10 y 19 años, a hijos de migrantes y con la aplicación del test síntomas SRQ, encontró que un 34.7% de ellos presentaron depresión y el 23.6% ansiedad que no difieren mayormente de nuestros hallazgos ya que es este estudio se hizo el diagnóstico patológico mientras que el nuestro busca un tamizaje.

En los estudiantes entre 11 a 16 años hijos de migrantes, los problemas de conducta se ubicaron en segundo lugar en prevalencia, con un promedio de



38.8%, un 50.5%(52) en el test para padres y en un 27.2%(28) en el autotest, diferencias que según el autor del test, se deben a las diferencia entre la sensibilidad del autotest en relación al test para padres. (Goodman 2000; Goodman 2009). A diferencia, del estudio efectuado en Ambato-Ecuador en el 2004 en el Hospital Municipal el 26.3% de los hijos de emigrantes tuvieron trastorno de conducta con una prevalencia menor a la encontrada en nuestro estudio (Paredes 2004).

En la comunidad de Oaxaca-México un estudio a las familias de los emigrantes encontró que los problemas de conducta se presentan hasta en el 36% de los niños lo que coincide con nuestros resultados. (Vargas 2008).

En tercer lugar en nuestro estudio, aquellos hijos de emigrantes que presentaron problemas con compañeros tuvieron una prevalencia del 30.1%(31) en el test para padres y en el autotest del 15.5% (16). Cabe recalcar que las diferencias en prevalencia se explicarían según el autor de este test en la mayor sensibilidad que tiene el test realizado para padres que en el autoaplicado para los problemas de conducta (Goodman 2000, Goodman 2009).

Pinos G. en 1997 en Ecuador, mostró, que la agresividad se presentó en el 28.5% de los hijos de los migrantes, y que el 17.8% mostraron áreas de conflicto en las relaciones interpersonales sin embargo hay que considerar que esta muestra fue realizada en escolares y la nuestra en escolares y adolescentes, por lo que no se puede comparar ya que la patología es diferente en los adolescentes que en los niños.

En China en el 2009, en los niños y adolescentes que fueron dejados al cuidado de un familiar, extraño o los abuelos, se mostró que la prevalencia en problemas con compañeros es mayor en niños abandonados o en cuidado de personas ajenas a los progenitores o un solo progenitor que en aquellos que están a cuidado de sus padres (valor F de 8.1, Cohen 0.21, un valor $p < 0.001$). (Fang 2010).



En nuestro trabajo encontramos una probabilidad entre 1.7 y 2.5 (autotest y test de padres) veces de que los hijos de migrantes entre 11 a 16 años presenten problemas con compañeros que los que no tienen padres migrantes, el IC fue del 95% (1.6-3.9) y el valor $p < 0.001$ (test para padres) lo que corrobora nuestros resultados. (Tabla 9 y 10).

En cuarto y quinto lugar los hijos de migrantes entre 11 a 16 años, mostraron que la prevalencia, para hiperactividad y conducta prosocial en el test de padres y autotest fueron del 16.7%(11), 11.7%(12), 12.6%(13) y 7.1%(12) respectivamente. No se mostró diferencias significativas entre migrantes y no migrantes. No hubo mayores diferencias en la prevalencia encontrada en grupos locales hijos de migrantes (14.2%) para hiperactividad (Pinos 1998). Estudios realizados en España por Ferrer donde se encontró la prevalencia de hiperactividad del 15.1% (Ferrer 2009) corrobora nuestros hallazgos. Creemos que la hiperactividad disminuyó en el grupo entre 11 a 16 años por la edad de los mismos en vez de que tenga una relación o asociación con la migración.



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. 1 CONCLUSIONES

1.- Aunque el fenómeno migratorio ha experimentado un proceso de feminización a nivel global, en el presente estudio, la figura de mayor prevalencia fue la paterna con más del 50% del total.

2.- En nuestro estudio el número de estudiantes varones y mujeres fueron similares, el 37.6%(169) de los sujetos de estudio son hijos de padres migrantes Y la procedencia urbano y rural fue similar.

3.- La migración de los padres en el 70% fue por un lapso mayor de 5 años lo que coincidió con los datos de estudios locales e internacionales.

4.- En general los niños de 6 y 16 años que no tienen padres migrantes presentan una prevalencia del 15 % de trastornos mentales, cifra similar encontrada en países vecinos (15%-21%). En tanto que los hijos de migrantes tienen una prevalencia del 30% de trastornos mentales.

5.- Se encontró mayor prevalencia de trastornos mentales en los niños hijos de migrantes entre 6 a 10 años (35%) que entre los niños entre 11-16 años (25%).

6.- No se encontró asociación ni significancia estadística en relación al tiempo ni al progenitor que ha migrado para el incremento o disminución en la prevalencia de patologías mentales específicas en niños o adolescentes.

8.- En los hijos de migrantes entre 6 a 10 años, alrededor del 50% de ellos presentaron trastornos de la conducta, problemas con compañeros y patología emocional, resultados que fueron de mayor prevalencia en relación a estudios locales pero que coinciden con las cifras de estudios internacionales. En el grupo



de 11-16 años, el 40% presentaron patología emocional y problemas de conducta, resultados que fueron de mayor prevalencia en relación a los estudios locales. Los problemas con compañeros se encontraron en el 25%, siendo de menor prevalencia que en el grupo de 6 a 10 años.

9.- Los hijos de migrantes tienen en general 2 veces mayor probabilidad de desarrollar patología en relación a síntomas emocionales, problemas de conducta y problemas con compañeros que aquellos que aquellos que no tienen sus padres migrantes ($p < 0.001$ - $p < 0.008$). La patología en la conducta prosocial e hiperactividad no tiene ninguna relación ni significancia estadística entre hijos de migrantes y no migrantes.

10.-El hecho de no tener migración es un factor protector para problemas emocionales, de conducta y problemas con compañeros.

11.-Los resultados obtenidos mostraron diferencias de acuerdo al informante al que se aplica el test, es decir si este fue autoaplicado o si los padres o encargados fueron la fuente de información.

7.1.2 RECOMENDACIONES

1. Establecer a nivel de las instituciones educativas, proyectos y programas de apoyo para hijos de migrantes, mantener una vigilancia estrecha de los mismos con la finalidad de prevenir el desarrollo de trastornos mentales y sus consecuencias irreversibles en la adultez.

2. Todos los hijos de migrantes deberían ser incluidos en un programa de protección contra la aparición de trastornos mentales.

3. Proponemos el uso del test SDQ rutinariamente como método rápido y efectivo de screening de patología mental en niños y adolescentes hijos de migrantes y población pediátrica en general.



CAPÍTULO VIII

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN AL PROBLEMA DE SALUD TRASTORNOS MENTALES EN HIJOS DE MIGRANTES DEL CANTÓN GUALACEO

I. IDENTIFICACIÓN

REGIÓN	Gualaceo.
PROVINCIA	Azuay.
NOMBRE DE LA PROPUESTA	Diagnóstico oportuno y mejoramiento de los trastornos mentales en niños y adolescentes hijos de padres migrantes.
PROBLEMA DE SALUD PRIORIZADO	Deterioro de la salud mental en los hijos de migrantes. Mayor prevalencia de trastornos mentales en los hijos de migrantes.
PROGRAMA O LÍNEA ESTRATÉGICA	Incorporación de la autoridad escolar, profesores, dirigentes, autoridades de salud y gubernamentales como el municipio. Incorporación de los padres o personas a cargo de los estudiantes que tienen al menos uno de los padres migrante.
UNIDADES RESPONSABLES	Ministerio de salud pública, instituciones educativas, profesores, dirigentes, orientadores, psicólogos y autoridades institucionales. Padres o encargados de los hijos de los migrantes.
PERÍODO	Continuo desde el 2011



II. JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN: DIAGNÓSTICO, POBLACIÓN Y EVALUACIÓN ANTE DEL PROBLEMA

<p align="center">DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL</p> <p>La trastornos de salud mental en de los hijos de los emigrantes son mas prevalentes. (30%). La pobreza las necesidades insatisfechas así como la falta de adecuadas políticas migratorias han hecho que la migración sea una forma de suplir para los padres las necesidades de la familia. (Arauz 2009).</p>	<p align="center">POBLACIÓN IDENTIFICADA:</p> <p>Cerca del el 40% de niños y adolescentes tienen migración de uno de los padres en el cantón Gualaceo, Azuay-Ecuador.</p>
<p align="center">DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA:</p> <p>La migración en Gualaceo es del 10% del total población</p> <p>La feminización migratoria creciente.</p> <p>Los trastornos mentales en hijos de migrantes no están diagnosticados ni reciben tratamiento oportuno.</p> <p>La niñez y la adolescencia son cruciales para el desarrollo de la salud mental en la adultez.</p> <p>Las políticas migratorias son ineficientes.</p> <p align="center">CAUSAS SOCIALES:</p> <p>Pobreza Abandono Abuso infantil Desempleo Corrupción No se cumplen los derechos de los menores</p>	<p align="center">DETERMINANTES:</p> <p>Los hijos de migrantes son población en riesgo que necesitan atención, diagnóstico y tratamiento oportuno de trastornos mentales.</p> <p>Los problemas de conducta, emocionales y problemas con compañeros son los más frecuentes en este grupo por lo tanto el manejo debe ser realizado por especialidad.</p> <p>Políticas inadecuadas Distribución no equitativa de recursos</p>



--	--



III. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

Identificación de la estrategia de intervención:

1) Capacitación a profesionales de salud: a psicólogos de las instituciones educativas, a pediatras en las consultas públicas y privadas. Capacitar a cerca de los trastornos mentales que presentan los hijos de migrantes y así como realizar un diagnóstico rápido, en este caso proponemos el uso del test SDQ (Goodman 2009).

Necesidad de personal de salud capacitado para el tratamiento de patología mental: crear la necesidad de psicólogos infantiles y psiquiatras para el cantón Gualaceo por cargo de las autoridades sanitarias específicas en este caso el Ministerio de Salud Pública.

2) Actividades con promotores de salud: auxiliares, enfermeras, personal que labora en salud, jefes o representantes de comunidades, demostrar el efecto migración-salud mental.

3) Actividades con profesores, dirigentes y autoridades educativas: Para el apoyo y manejo a los hijos de migrantes, son los educadores quienes tienen mayor tiempo de interrelación con los estudiantes y pueden ayudar a identificar los problemas en los mismos.

4) Actividades desarrolladas en la comunidad:

Explicación de la relación salud mental-migración.

Entrega de un directorio con los nombres de los profesionales los que recibieron la capacitación y las instituciones públicas en que laboran.



IV. OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL : Mejoramiento de la salud mental de los hijos de migrantes

META: Considerar a los hijos de migrantes como población de riesgo, realizar un diagnóstico oportuno de patología mental, incentivar a las autoridades respectivas a que se realice el tratamiento correspondiente con la participación de las autoridades de salud, instituciones escolares, profesores, padres y encargados de los hijos de migrantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Disminuir la prevalencia de enfermedades mentales en los hijos de migrantes.
2. Implementar una conducta de vigilancia continua en la salud mental de los hijos de migrantes.
3. Fomentar el trabajo intersectorial, (Municipios, Hospital de Gualaceo, autoridades sanitarias e institucionales para tratar el problema y lograr que los organismos responsables entreguen recursos económicos y capacitación técnica, en la operación y mantenimiento de esta propuesta

+



V. ACTIVIDADES

COMPONENTE/ ACTIVIDAD	ACCIÓN	MEDIOS	IMPLICADOS
Diagnóstico de Patología.	Tamizaje de patología mental Debe ser de uso fácil. Sensibilidad y especificidad aceptable.	Test propuesto SDQ. (Goodman 2009)	Se puede aplicar a todos los estudiantes hijos de migrantes.
Efectores	Aplicación test por personal capacitado. Preferentemente: (Personal de Salud)	Médicos. Psicólogos. Profesores. Orientadores. Personal entrenado	Se aplica a todos los hijos migrantes.
Evaluación y confirmación de los resultados obtenidos.	Entrevista o Encuesta por especialidad de los que obtuvieron puntaje anormal	Reevaluación por psicólogo o psiquiatra para confirmación del diagnóstico.	Todos los que obtuvieron puntajes anormales en el SDQ test.
Informe a los padres o encargados del diagnóstico de patología mental Propuesta de intervención necesaria, tratamiento o terapia.	A través entrevista médico-paciente, médico-familiar-encargado, se explica la patología encontrada.	Informe del tipo de intervención y tiempo necesario para el manejo y tratamiento de la patología encontrada.	Las reuniones, o terapias programadas deben efectivas y contar con el 100% de participación de los implicados
Evaluación de la Intervención	Elaboración del informe de intervención o progreso en los tratamientos	Uso del SDQ post intervención (Goodman 2010) por psicólogos o psiquiatras preferentemente.	Todos los estudiantes hijos de migrantes en tratamiento o terapia para los trastornos mentales.



VI. RECURSOS:

La necesidad de recursos humanos:

Psicólogos o Psiquiatras para la atención a los hijos de migrantes en las instituciones educativas.

Médicos, enfermeras, y personal necesario para atención en salud mental.

Personal y autoridades institucionales profesores, dirigentes, directores de los diferentes establecimientos que se capaciten acerca del problema que genera la migración.

Recursos económicos:

Los cuales deben ser provistos por el Estado para uso de remuneraciones, costos de terapia, impresión de documentos, elaboración de informes, asistencia social, medicación y todos los insumos necesarios para desempeñar esta labor que le corresponde totalmente al gobierno por su responsabilidad sobre la salud mental como derecho inapelable.

VII. SUPUESTO GENERAL PARA LA INTERVENCIÓN:

Ya que la migración es un fenómeno consecuencia de varias décadas de políticas inadecuadas así como situaciones específicas como pobreza y desempleo, para la regulación de la misma se necesitara un tiempo prolongado y de cambios graduales, sin embargo el diagnóstico y tratamiento de patología mental en los hijos de los migrantes es de mayor importancia y necesita un manejo inmediato. Por tanto, nos enfocaremos en el manejo de los hijos de los migrantes sin olvidar las políticas migratorias así como los factores asociados.

Recomendamos gestionar la formación de un centro de manejo de patología mental y apoyo psicológico para la familia de los emigrantes que permanecen en el país para el cantón Gualaceo. así como la formación grupos de soporte entre familias de migrantes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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



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



21. Mata D, Suarez A, Torres C, Carro A, Ortega E. Uso del cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ) como instrumento de cribado de trastornos psiquiátricos en la consulta de pediatría de Atención Primaria. Rev Boletín pediatría 2009; 49: 259-262 Disponible en: www.sccalp.org/documents/.../BolPediatr2009_49_259-262.pdf
22. Mathai J, Anderson P, Bourne A. Comparing psychiatric diagnoses generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with diagnoses made by clinicians. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2004. 38, 639-643.
23. Mathai J, Jespersen S, Bourne A, Donegan T, Akinbiyi A, Gray K. Use of the Strengths and Difficulties Questionnaire in identifying emotional and behavioural problems in children of parents with a mental illness in Australia. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. Volume 7, Issue 3. 2008.
24. Montgomery P, Bjornstad G, Dennise J. Media-based behavioural treatments for behavioural problems in children. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: the Cochrane Library, Issue 3 Art. No. CD002206. DOI: 10.1002/14651858.CD002206.pub1
25. James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3 Art. No. CD004690. DOI: 10.1002/14651858.CD004690.pub4Abstract
26. Larn L, Nordheim L, Edleand E, Hagen K, Heian F. Exercise in Prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, Art. No. CD004691. DOI: 10.1002/14651858.CD004691.pub3
27. Macdonald G, Higgins J, Ramchandani P. Intervenciones cognitivo-conductuales para el abuso sexual de los niños (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, CD001930. 2008.
28. Mytton J, DiGiuseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: The Cochrane Library, Issue 3, 2009, Art. No. CD004606. DOI: 10.1002/14651858.CD004606pub3
29. Mora, Claudia. Estratificación social y migración intrarregional: algunas caracterizaciones de la experiencia migratoria en latinoamérica*. Universum. 2009, vol.24, n.1, pp. 128-143 . 23762009000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0718-2376. doi: 10.4067/S0718-23762009000100008. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718



30. Moran T. When Mothers and Fathers Migrate North: Caretakers, Children, and Child Rearing in Guatemala. *Latin American Perspectives* 2008. Pp 35-39 disponible en:
<http://hinarigw.who.int/shalecomlap.sagepub.com/whalecom0/cgi/reprint/35/4/79>
31. Paredes P, Bravo L, Calle A. Impacto de la migración en la salud infantil. *Boletín Pediátrico* 2004; 44, 137-149
32. Paiewonsky D. Los Impactos de la migración en los hijos e hijas de migrantes: Consideraciones conceptuales y hallazgos parciales de los estudios del INSTRAW. 2007.
33. Panyayong B, Juntalasena S. Mental health problems among students in the area with continuous insurgency in the deep South of Thailand. *Journal of Mental Health of Thailand*, 2009, Vol 17. Number 1 .Jan.
34. Pinos G, Ochoa L. Migración y Salud mental. *Rev. Facultad de Ciencias medicas*, Vol, 1998 Ecuador pag 7-17
35. Pinos A, Peralta J, Osorio C, Pinos N. Intervención psicológica en problemas emocionales y de conducta de adolescentes, hijos de migrantes 2003-2004. *Revista de la Universidad de Cuenca. Anales ciencia y tecnología*, Tomo 53, Diciembre 2007, pág. 45-50
36. Paula Cristiane S, Duarte Cristiane S, Bordin Isabel A S. Prevalence of mental health problems in children and adolescents from the outskirts of Sao Paulo City: treatment needs and service capacity evaluation. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 2007 Mar ; 29(1): 11-17. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462007000100006&lng=en. Epub Oct 18, 2006. doi: 10.1590/S1516-44462006005000012.
37. Ramos C, Hércules J. Strengths and Difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Riberáo Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2003. 25(3): 139-45
38. Ratha D, Xu Z. Migration and Remittance Factbook. Equipo de migración y remesas, análisis de desarrollo del Banco Mundial. Disponible www.worldbank.org/prospects/migrationandremittances.
39. Recart H Constanza, Castro O Paulina, Alvarez A Hernán, Bedregal G Paula. Características de niños y adolescentes atendidos en un consultorio psiquiátrico del sistema privado de salud en Chile. *Rev. méd. Chile [revista en la Internet]*. 2002 Mar; 130(3): 295-303. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000300008&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872002000300008.



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



ANEXO 1

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE PEDIATRÍA**

Nombre y apellidos del alumno.....

Edad en años.....

Escuela a la que pertenece.....

Sexo masculinofemenino.....

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

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

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

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

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

Desde 1 día a 2 años y 6 Meses.....

Desde 2 años y medio 1 día hasta 5 años.....

Más de 5 años



ANEXO 2 (test para padres o representantes)

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

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

Nombre del niño/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento

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

Firma

Fecha

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

Muchas gracias por su ayuda

© Robert Goodman, 2005



ANEXO 3 (Autotest 11-16 años)

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

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

Nombre Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

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

Firma

Fecha

Muchas gracias por su ayuda

© Robert Goodman, 2005



ANEXO 4. PUNTUACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

(TEST DE PADRES)

Puntuación del Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ-Cas): P⁺¹⁶, M⁺¹⁶

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

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

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



(PUNTUACIÓN TEST AUTOAPLICADO)

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

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

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

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



INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

(TEST PARA PADRES)

Intrepretación de los resultados y definición de los casos

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

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

Completada por los profesores

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

(AUTOTEST)

Intrepretación de los resultados y definición de los casos

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

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



ANEXO 5

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

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



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



ANEXO 6

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE PEDIATRÍA**

IMPACTO DE LA MIGRACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES O REPRESENTANTES

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

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

Firma o Huella Digital.....

.....



ANEXO 7

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE PEDIATRÍA**

IMPACTO DE LA MIGRACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AUTORIDADES y PROFESORES

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

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

Firma o Huella Digital.....

.....



ANEXO 8

FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
POSTGRADO DE PEDIATRÍA**

IMPACTO DE LA MIGRACIÓN SOBRE LA SALUD MENTAL

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA MENORES ENTRE 12 A 18 AÑOS

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

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

Firma o Huella Digital.....

.....



ABREVIATURAS

IC: Intervalo de confianza

RP: Razón de prevalencia

SDQ: Cuestionario de cualidades y dificultades.

