

CAUSAS SOCIO ECONÓMICAS DE LA EMIGRACIÓN EN EL ECUADOR Y SU IMPACTO EN LA ADOLESCENCIA

Estudio realizado en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce de la ciudad de Guayaquil

¹Emma Saad, ²Julia Saad, ³Edison Cueva, ⁴William Hinostroza

¹Dra., Médico Psiquiatra-Psicoterapeuta Infanto-Juvenil. Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" de Guayaquil

²Dra., Biofísica. Escuela Superior Politécnica del Litoral, jsaad@espol.edu.ec

³Dr., Médico Psiquiatra. Clínica del INSECADI

⁴Dr., Médico Psiquiatra.

INTRODUCCIÓN

Actualmente se considera de suma importancia el hacer un análisis y un estudio estadístico del movimiento migratorio hacia el exterior debido a que este fenómeno socioeconómico y psicosocial se ha incrementado de forma vertiginosa en el último lustro en nuestro país. El objetivo principal de esta investigación era el estudio de las consecuencias a nivel psíquico que se presentaban en los miembros de las familias de emigrantes que permanecían en el país, concretamente en los adolescentes pertenecientes al subsistema filial, para luego poder elaborar estrategias de abordaje global a dicha problemática.

Es de conocimiento público, y la prensa así lo informa cada día, la serie de trastornos emocionales y psicológicos en general que se dan en los hijos de padres emigrantes debido a todos los cambios en diferentes ámbitos que estos menores de edad se ven obligados a enfrentar bruscamente sin haber tenido previamente una preparación para dichas modificaciones. Toda la comunidad no puede dejar pasar una situación tan actual y estresante para nuestra sociedad y esto motivó a plantear este trabajo, que se basó en las siguientes hipótesis:

- Los movimientos migratorios influyen drásticamente en la génesis de las patologías psiquiátricas, especialmente las de tipo afectivo, en los adolescentes pertenecientes al subsistema filial de familias de emigrantes.
- Las depresiones en sus diferentes formas son las patologías más frecuentes presentadas en los adolescentes provenientes de familias de emigrantes.
- El abordaje multidisciplinario es el más efectivo en los adolescentes depresivos pertenecientes a familias de emigrantes.

Cabe recalcar que dado que la investigación se realizó en el Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" de la ciudad de Guayaquil, la mayoría de los pacientes estudiados provenían de la Provincia del Guayas, lo que significa que los resultados reflejarán la realidad de dicha provincia, pues como todos sabemos hay otras zonas del país donde la situación de emigración y sus secuelas es mucho más drástica.

Previo al detalle concreto del análisis estadístico y la discusión de los resultados se va a esbozar brevemente las causas socioeconómicas que han llevado y siguen motivando la emigración de nuestros compatriotas al exterior, así como las modificaciones en el ámbito psíquico y emocional que se produce en los miembros del sistema familiar que quedan en país.

CAUSAS SOCIOECONÓMICAS DE LA EMIGRACIÓN EN EL ECUADOR

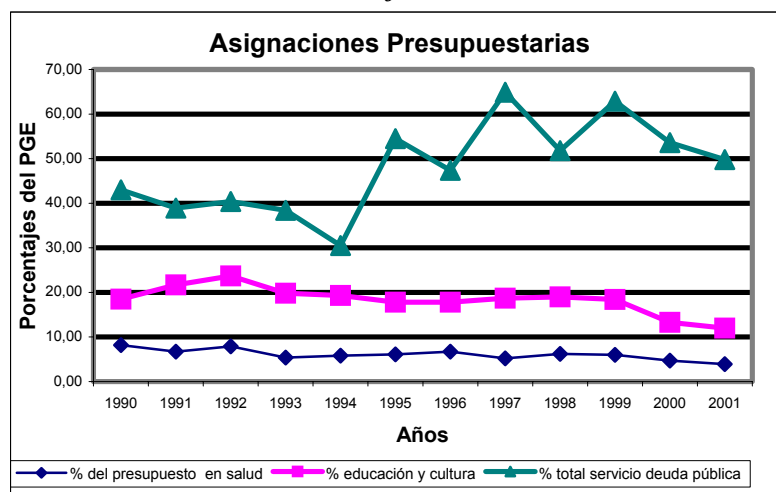
La emigración de ecuatorianos en busca de trabajo ha sido un tema que ha captado la atención del país durante los últimos dos años. Datos proporcionados por las autoridades y organizaciones no gubernamentales (ONG) indican que sólo en el año 2001 salieron del país más de 500 mil personas, quienes prácticamente huyeron para buscar los recursos económicos que aseguren el futuro de sus hijos y otros familiares. Esta emigración masiva hacia otros países es consecuencia de una problemática que se encuentra instalada en el país desde hace muchos años, la misma que es la conjunción de un sinnúmero de problemas que han generado la crisis económica más severa en la historia del Ecuador; entre estos problemas se destacan: políticas gubernamentales sin visión de Estado con escasa o ninguna asignación para salud, educación y vivienda, pago de la deuda externa, congelamiento de depósitos bancarios y devaluación monetaria, desempleo abierto y disfrazado frente a una masa medianamente formada que oferta su trabajo por un salario que no cubre el costo de sus necesidades básicas, aumento del índice de inflación y pobreza, crisis de valores entre las personas que hacen de directivos y trabajadores, indisciplina en instituciones militares, silencio cómplice en las instituciones seculares y otras situaciones que contribuyen a agravar una gran problemática del país: la

corrupción en todos los niveles de la vida nacional.

Se va a comenzar analizando las políticas erróneas de gobierno en nuestro país que asignan un alto porcentaje del Presupuesto General del Estado, PGE, al pago de los intereses de la deuda externa y a los convenios con el Fondo Monetario Internacional. La tercera parte del PGE es para pagar préstamos de la Deuda Externa, mientras que los porcentajes destinados a salud (3,6% del PGE) y educación (menos del 10% del Presupuesto General del Estado) son ínfimos; sólo para tener una idea de la desproporción en este sentido, se tiene que decir que nuestro país se encuentra muy por debajo de los valores mínimos generales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNESCO (30% PGE).

Los costos en el año 2003 de la deuda externa son de \$2198 millones de dólares, y la deuda interna asciende a \$ 3262,4 millones de dólares. En el año 2002 se asigna el 25% del PGE al sector social, mientras que para el año 2003 baja al 19% del Presupuesto General del Estado. El gráfico 1 describe cómo esta problemática se ha acentuado en los últimos años de manera drástica, lo cual es un fuerte golpe para el pueblo ecuatoriano, que día a día tiene más problemas económicos y sociales para los cuales no halla solución, viendo en la emigración una expectativa de progreso.

Gráfico 1



FUENTE: BCE ELABORACIÓN: (DRA. JULIA SAAD)

Además cabe recalcar que son muy pocas las asignaciones del gobierno a la agricultura, ganadería y pequeña industria, lo cual ha originado que estos gremios se vean notablemente estancados en su desarrollo. Según el último Censo agropecuario el 97 % de los agricultores del país no tienen acceso a créditos. Cabe destacar además que el Ecuador tiene los intereses de crédito más altos de la comunidad andina (11,82 %). No se puede pasar por alto el hecho de que en Marzo de 1999 se produjo un Feriado Bancario a nivel nacional que trajo como consecuencia el congelamiento de los depósitos de los ecuatorianos. Actualmente la AGD aún debe aproximadamente a 610.000 depositantes el dinero, fruto del trabajo de muchos años. En Enero del año 2000 se produjo una devaluación monetaria sin precedentes en el país: 25.000 sucres por dólar; en este mismo mes y con esta cotización se decreta la Dolarización de la economía en el Ecuador, es decir que se pierde la identidad monetaria, lo cual agrava aún más la crisis socioeconómica que vive el país.

Con respecto a la evolución del desempleo el INEC, refiere que ha tenido un comportamiento variable, de una tasa de 9.2% en 1997, se elevó al 11.5% en el 98, en 1999 cerró con una tasa de desempleo sin precedentes en el país 16 % (más del doble de la población desempleada en noviembre de 1995). Este incremento del desempleo se debe principalmente a la cesantía o pérdida de trabajo generada por la crisis financiera y el congelamiento de los depósitos bancarios que llevó a muchas empresas a despedir trabajadores. En el año 2000, la tasa desciende al 9.0%, tratándose de explicar esta disminución, debido a que la mano de obra del país, por efecto de la crisis, se ha ocupado en empleos autogenerados y/o de baja productividad e ingresos, dada la necesidad de aportar al presupuesto familiar, razón por la que, la tasa de desocupación decrece y la de subempleo se eleva sustancialmente.

Según datos del Banco Central del Ecuador para mayo del 2003 el 10% de la población económicamente activa (aproximadamente 469.823 personas) se encuentra desocupado en el país. Algunos analistas tratan de explicar la

disminución en la tasa de desempleo por el proceso de migración de nuestros compatriotas, pero éste fenómeno explica sólo una parte de él, como se planteó en el párrafo anterior. No se puede asumir que todos los ecuatorianos que emigraron en el último año eran desocupados. Muchos de ellos eran personas que antes de salir del país se encontraban laborando o eran económicamente activas y que, seguramente, permanecerían en esa misma condición si no hubieran salido del país.

Se puede afirmar que el impacto de la migración en la caída del desempleo en el año 2000 osciló aproximadamente entre 0,5% y 2%. Por lo tanto la reducción de la desocupación se explica por el incremento del subempleo, el cual aumentó entre 2000 al 2001 en el área urbana de 56,9% a 65,9%. Para mayo del 2003 el subempleo se encuentra según datos oficiales en un 48,8 %.

El Ecuador se ubica entre los 15 países más corruptos en una lista de 91 naciones (el segundo en Latinoamérica); basta sólo mencionar que en el país las empresas destinan aproximadamente el 6 % de sus ingresos al pago de sobornos y comisiones para sus negocios. Se estima que la corrupción se lleva cada año 2000 millones de dólares que no tienen registro oficial, pues como se dice en la calle “nadie roba con factura”. Para tener una idea de lo que ese monto significa, podemos decir que con él pudo haberse construido 20 hospitales públicos bien dotados, 10.000 escuelas, 10.000 Km de carreteras, pagárseles cada año a 5000 maestros, 5000 médicos y 5000 jubilados.

Según reportes de la prensa nacional los nichos principales de la corrupción en el país se ubican en el Servicio de Rentas Internas, el Ministerio de Educación y Cultura, la Policía Nacional, el Ministerio de Bienestar Social, Petroecuador, las Aduanas, la Contratación Pública, el Ministerio de Salud Pública, y, el Ministerio Público.

La situación crítica por la que atraviesa actualmente el Ecuador se desarrolla en un contexto de alta y creciente pobreza, el número de personas que viven en hogares cuyo

consumo es inferior al valor de la línea de pobreza aumentó del 34 % en 1995 al 46 % en 1998 y al 56 % en 2000, es decir 6 de cada 10 ecuatorianos pertenecían a hogares carentes de satisfacciones básicas de alimentación, vivienda, educación y salud. La extrema pobreza o indigencia también ha aumentado en el país; entre 1995 y 2000 subió del 12% al 21% (1 de cada 5 ecuatorianos no logra cubrir sus necesidades alimenticias). El ingreso medio en el Ecuador se encuentra actualmente alrededor de \$253,17 lo cual no cubre ni siquiera la canasta básica que para junio del 2003 asciende a \$ 368,72 dólares.

Otro factor importante de destacar es que la vivienda inadecuada y el hacinamiento figuran entre las manifestaciones más visibles de la pobreza, ya que es un reflejo indirecto de las condiciones sociales, económicas y sanitarias de la población. El hacinamiento puede provocar problemas de salud y la falta de privacidad en el hogar, tensiones entre sus miembros. El porcentaje de hogares que sufren de esta condición en el país es del 33% según datos del V Censo de Vivienda.

Cabe destacar que para el año 2003 se espera un crecimiento económico de sólo 3,5%. La balanza comercial hasta abril de este año tenía un saldo negativo de 87,77 millones de dólares. La inflación en lo que va de enero hasta mayo del año 2003 es de 5,05%, en el mes de junio se produce una deflación de 0,21%. Se debe agregar además el alza progresiva de los servicios básicos como son luz, agua y teléfono hacen que la situación socio económica del país se vea cada día más complicada y haga que muchos compatriotas emigren buscando mejores posibilidades.

Datos otorgados por el Ministerio de Relaciones Exteriores del Ecuador, refieren que unos 3 millones de compatriotas estarían en el exterior, de ellos sólo 1'200.000 están registrados en las misiones diplomáticas de los países de destino, el resto está ilegalmente en los diferentes lugares hacia donde emigran. Eso significa que cerca del 25% de la población de nuestro país vive en el extranjero; por cada ecuatoriano legal en Estados Unidos y países europeos, hay dos o tres más que han ingresado ilegalmente. El

promedio de ecuatorianos que sale del país y no retorna es de 351 por día; estas cifras no incluyen las personas que viajan en forma clandestina (vía marítima o terrestre) especialmente a los EEUU.

En las crónicas periodísticas se hace notar cómo los compatriotas viajando ilegalmente son literalmente “exprimidos hasta la última gota” que signifique dinero, sin contar con el hecho de que puede ser un viaje frustrado por el que se paga hasta 20 mil dólares (a los EEUU). Cuando son detenidos en Centroamérica se los somete a una serie de gastos, los mismos que son cubiertos mediante giros de sus familiares en el Ecuador, quienes se endeudan aún más.

Otro aspecto importante que se debe analizar es el de las remesas que envían los emigrantes, las cuales aumentaron 4% el 2001 con relación al 2000, convirtiéndose en el segundo rubro de ingresos del Ecuador después del petróleo, principal producto tradicional de exportación de nuestro país. Se espera que el monto de las remesas en los próximos 2 años sea igual al del 2001, el que ascendió a \$1415 millones de dólares. La mayor parte de ellas llegan de España, Italia y Estados Unidos. La cantidad que ingresó al país por concepto de remesas de emigrantes corresponde al 10% del PIB. Las remesas son equivalentes al 20% del consumo nacional. Desgraciadamente la quinta parte del dinero que envían los emigrantes del extranjero se lo llevan las empresas que actúan como intermediarios financieros, así como gran parte va para cancelar las deudas dejadas aquí en el país por ellos con las personas u organizaciones piratas que los han sacado del Ecuador de forma ilegal en la mayoría de los casos. En muchas ocasiones el triste final de un sueño termina en los encabezados de los diarios nacionales y extranjeros en los que se publica el fallecimiento o el vía crucis que tienen que soportar nuestros compatriotas en el extranjero, costándoles en algunos casos hasta la vida, quedando así varios hogares ecuatorianos desolados con la tragedia ocurrida. Según los registros de la Delegación del Litoral de la Defensoría del Pueblo, entre los meses de enero hasta octubre del 2002, cerca de 60 cadáveres de ecuatorianos habían sido repatriados, lo que significa un promedio

de un cadáver cada cinco días, cifra realmente espeluznante.

Pero pese a esas dificultades, los ecuatorianos continúan emigrando; la situación a la que se exponen es grave, pero las condiciones en las que se vive en el país los lleva a tomar tales riesgos, todo en busca de un mejor nivel de vida, sin pensar en las consecuencias para ellos, y peor aún en las circunstancias y secuelas para los familiares que se quedan en el país sean éstos: cónyuges, hijos, padres, etc.

CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES EN LAS FAMILIAS DE EMIGRANTES

Las familias nucleares, también llamadas tradicionales, se pueden disolver o desestructurar por las llamadas CRISIS DE DESAJUSTE O DESGRACIAS INESPERADAS. Estas crisis corresponden a la presencia de eventos traumáticos, imprevistos que afectan súbitamente al sistema familiar. En estas crisis la tensión es manifiesta, aislada, real, específica y extrínseca, no previsible, surge de fuerzas externas y no ocurrió nunca antes.

Las situaciones imprevisibles y por lo general caóticas que precipitan estas crisis de desajuste son:

Muerte de algún miembro del sistema familiar.
 Calamidades económicas.
 Migraciones: internas y externas.
 Invalidez física y/o mental de algún miembro del sistema familiar.
 Calamidades naturales (condicionado por el nivel económico del sistema afectado).
 Proceso de ruptura: separación, divorcio, abandono o nulidad del vínculo conyugal independientemente del tipo o forma de unión establecida por la pareja; en todo caso se trata de la disolución del subsistema conyugal.
 Familias de padres emigrantes: Son aquellas familias en las que uno o varios miembros del sistema familiar (especialmente del subsistema parental), sale del núcleo original hacia otra parte en busca de mejores perspectivas sociales, laborales y/o económicas. La situación psicosocial de estas familias se caracteriza por fuertes estresores. Los hijos se

quedan en el país de origen de los padres o son llevados con ellos al extranjero y cuando hay dificultades se los devuelve al país de origen para que vivan con parientes. En estas familias los hijos tienen una perspectiva insegura de vida y presentan problemas de adaptación e integración.

La emigración de uno o ambos miembros del subsistema parental, provoca naturalmente una desestructuración familiar momentánea 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.

Las reacciones entre los hijos pueden variar. Estas reacciones se muestran por lo general a través de cambios en el comportamiento, especialmente después de ocurrida la emigración del o los progenitores. El tipo de reacciones depende del sexo de los hijos. Las mujeres tienden a deprimirse de manera melancólica y somatizar estos síntomas mientras que los varones muestran su depresión con agresión e irritabilidad así como con manifestaciones severas de trastornos en su conducta consistentes en problemas de adaptación social y fracaso escolar. Las reacciones psíquicas de los hijos están condicionadas a la edad de ellos. Aunque los adolescentes podrían estar mejor preparados para procesar intelectualmente la ausencia de sus padres, también ellos presentan reacciones emocionales ante esta situación, mostrando sentimientos de ira, dolor y miedo al futuro. La distancia física entre los subsistemas filial y parental produce en esta etapa de la vida riesgo para la independencia e identidad del adolescente y cambios abruptos en la relación entre padres e hijos.

Finalmente el temperamento y carácter de los hijos influye en la forma en que éstos reaccionan ante el fenómeno de la emigración. Aquellos que son autocríticos y anancásticos reaccionan con ansiedad y depresión frente a los procesos de adaptación que una separación requiere. Los hijos que minimizan el significado de los hechos, no se enfrentan a sus sentimientos y no resuelven los conflictos psíquicos, están en peligro de desarrollar problemas psicológicos.

Se consideran ahora los cambios que originan los movimientos migratorios desde la perspectiva funcional (dinámica o interaccional) de la familia. La emigración mira el fenómeno desde el país que abandona el emigrante para establecerse en otro diferente y los cambios que se dan en las relaciones familiares entre los miembros del sistema que se queda en el país de origen. Se analizarán las modificaciones en el funcionamiento familiar de aquellos miembros que permanecen en el país de origen. Existen muchas fases en el ciclo evolutivo de una familia que requieren la negociación de nuevas reglas familiares. Estos problemas de transición se plantean en muchas situaciones, entre las que se pueden mencionar cambios en la estructura familiar, ya sea por acoger nuevos miembros o pasar a pertenecer a otro sistema, lo que puede generar una hipo- o hiperfuncionalidad entre los subsistemas. Las situaciones estresantes también se generan por tener que adaptarse a una disminución del número de miembros de la familia, causada por circunstancias entre las que se cuentan los procesos migratorios. Cuando un miembro del sistema familiar emigra, esto constituye una pérdida para los familiares que quedan en el país de origen, ya sea por las dificultades de comunicación con el emigrante, la posibilidad de que sea una separación definitiva, problemas de espacio físico, muerte y/o enfermedad de aquellos que viajaron. Además se corre el riesgo de una desorganización y desintegración familiar, se puede producir infidelidad marital mutua, lo que genera la ruptura del subsistema parental y en numerosas ocasiones la organización de familias simultáneas, abandono emocional y muchas veces económico de los hijos.

La vida psíquica y emocional de los familiares que se quedan en el país se resquebraja, creándose automáticamente una desconexión del entorno social, familiar, académico y/o laboral deformando de alguna manera su adaptación a la realidad. Muchas veces se encuentran situaciones de “abismos generacionales”, que pueden resultar insuperables. Todo esto trae como consecuencia un proceso de duelo, especialmente en los menores de edad que están en proceso de desarrollo psíquico e intelectual, y precisan de una estabilidad y seguridad en su entorno; un medio familiar

inestable podría producir en los niños y adolescentes reacciones emocionales extremas tales como intentos de suicidio, consumo de sustancias psicoactivas, actitudes violentas e impulsivas y hasta conductas delictivas.

Se va a analizar ahora concretamente la realidad del Ecuador como escenario de movimientos migratorios masivos en los últimos 5 años. Las causas socioeconómicas enunciadas anteriormente, ha dado como resultado que en la actualidad los hogares ecuatorianos que recurren a la emigración tengan como promedio cerca de 2 miembros migrantes (generalmente uno de ellos es parte del subsistema parental).

Este fenómeno social es un tema que compromete la salud mental de los habitantes del país, trayendo consecuencias graves para la sociedad y la familia ecuatoriana que ha entrado en crisis por su desestructuración. Como resultado de la emigración reciente en el Ecuador se observa un drástico incremento en el número de niños dejados atrás por uno o ambos padres: de aproximadamente 17.000 en 1990 a 150.000 en el año 2000 (SIISE).

El abandono de los hijos ha obligado a estas familias a reorganizarse y reestructurarse, notándose un incremento en el número de familias monoparentales, extensas y ampliadas. No se dispone de cifras oficiales en el ámbito nacional; sin embargo una investigación realizada en la provincia de Loja arrojó como resultado que de esta provincia emigraron en el año 2001 un total de 21.497 padres de familia, de los cuales 8.140 fueron a España, 1.320 a EEUU, 634 a otros países de Europa, 262 al Perú y más de 11.000 a lugares desconocidos. De los menores de edad cuyos padres salían del país el 41,7% quedó bajo la responsabilidad de sus abuelos, el 30,6% bajo la tutela de la madre y 8% sólo del padre; el 19,7% restante con otros parientes como tíos, hermanos e inclusive personas sin parentesco consanguíneo y/o jurídico. La mayoría de estos hogares se torna disfuncional, existe un alto grado de violencia física y psicológica especialmente dirigida hacia los nuevos miembros del sistema familiar.

Desde el punto de vista psicosocial se han incrementado los índices de depresión, suicidios, trastornos de conducta, bajo rendimiento académico y deserción escolar en la población infantil y adolescente perteneciente a estos hogares. Como ejemplo se puede citar que en un solo cantón de la Provincia del Cañar, 4 establecimientos se quedaron sin alumnos por el fenómeno de la emigración. Según los registros de la Subsecretaría de Educación del Austro y de la Dirección de Educación del Azuay, los casos de deserción escolar se duplican anualmente; en esta provincia entre los años 1998 y 2001 dejaron sus estudios 26.033 alumnos, de los cuales 8.299 lo hicieron por esta problemática.

Por otro lado muchos menores de edad reciben dinero del exterior que ha sido enviado por sus padres y lo gastan sin ningún tipo de control, invirtiéndolo en muchas ocasiones de manera errónea llegando inclusive a utilizarlo en el consumo de sustancias psicoactivas.

Por último, cabe acotar que los compatriotas que emigran al extranjero, presentan problemas de tipo adaptativo que generan en ellos actitudes de violencia que en muchas ocasiones pueden llegar hasta el crimen. Esta problemática está especialmente acentuada en España, es así que diarios madrileños reportan que en la mayoría de los hechos violentos en esa ciudad están involucrados inmigrantes ecuatorianos.

MATERIALES Y METODOLOGÍA

Para realizar el presente estudio se realizó una revisión de un total de 209 historias clínicas correspondientes a los pacientes atendidos por primera vez en el Pabellón de Adolescentes del Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" de la ciudad de Guayaquil tanto en el servicio de Consulta Externa como de Hospitalización en el período comprendido entre el 01.01.02 al 30.09.02. Para cumplir con el objetivo de esta investigación, el análisis se centró en aquellos pacientes provenientes de familias donde por lo menos un miembro del sistema había emigrado, quedando entonces una muestra de 61 pacientes que presentaban algún tipo de patología psiquiátrica de inicio posterior a la

emigración del familiar. Los datos recolectados fueron codificados en una tabla diseñada especialmente para las siguientes variables utilizadas:

- Mes de atención del paciente
- Sexo
- Edad: pacientes comprendidos entre los 11 y 18 años cumplidos
- Nivel de instrucción del paciente: con una paleta que iba desde ninguna instrucción (analfabetismo) pasando por primaria incompleta y completa, secundaria incompleta y completa y en determinados casos hasta instrucción superior incompleta.
- Nivel socioeconómico de la familia de emigrantes: diferenciando entre clase indigente, popular, media baja y hasta media típica.
- Ubicación de la vivienda: pudiendo ser ésta urbana, rural o marginal
- Familiar que emigró: estableciendo el parentesco del emigrante con el paciente.
- País al que emigró
- Legalidad del viaje: diferenciando entre emigrantes legales e ilegales.
- Financiamiento del viaje: determinando la forma en que fue solventado el viaje del familiar.
- Diagnóstico del paciente: codificados según el ICD-10 como método de clasificación internacional.
- Ocupación del emigrante en el Ecuador (antes del viaje al exterior) y en el extranjero (ocupación actual).
- Estructura familiar antes y después de la emigración: clasificándolas según la tipología familiar desde la perspectiva estructural.
- Modalidad de tratamiento aplicado: distinguiendo entre farmacoterapia aislada, combinación de fármaco y psicoterapia individual y por último la combinación multimodal incluida la terapia familiar de corte sistémico.
- Evolución después de 8 semanas: determinando si el paciente presentó una mejoría en su cuadro psiquiátrico o si por el contrario se estancó en su evolución o abandonó el tratamiento.
- Dependencia económica de la familia con el familiar que emigró: diferenciando entre

dependencia total, parcial o por el contrario ninguna clase de dependencia.

La única variable numérica fue la edad que se midió en años cumplidos. Las otras variables fueron categorizadas. Finalmente se realizó una extracción de la muestra tomando para la última parte de nuestro estudio bivariado únicamente aquellos adolescentes que presentaban alguna forma de depresión (que fue la patología más frecuente), sea ésta leve, moderada o grave, o en combinación con disocialidad o ansiedad.

La investigación fue realizada por 3 médicos psiquiatras y una Biofísica miembro del Centro de Investigaciones Económicas (CIEC) de la Escuela Superior Politécnica del Litoral (ESPOL).

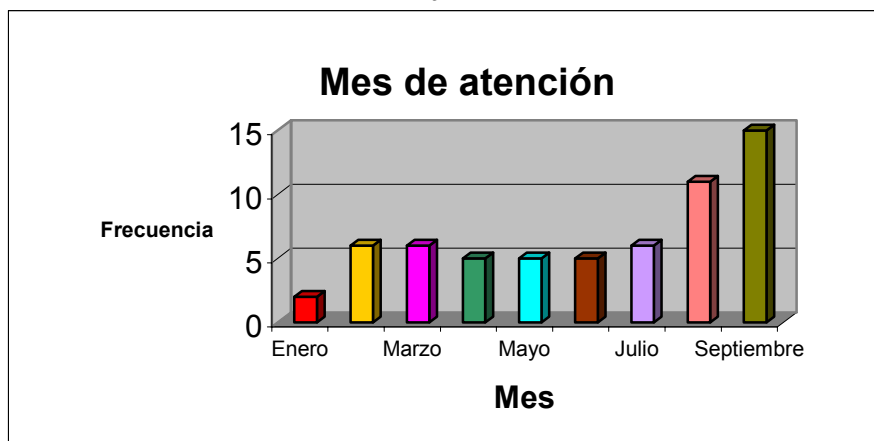
El estudio estadístico se realizó en 2 partes: la parte univariada (descriptiva), donde se hizo análisis de frecuencias relativas y absolutas, de medidas de tendencia central como la media y la moda que en algunos casos es más representativa. La segunda parte consistió en un análisis bivariado, para lo cual se prepararon tablas de tabulación cruzada (tablas de contingencia), posteriormente se efectuaron pruebas de hipótesis: comparaciones de proporciones observadas en grupos independientes utilizando la prueba chi cuadrado, la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis Test para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre las modalidades de tratamiento aplicado.

Una vez depurada la muestra se procedió a comparar si los tratamientos aplicados eran iguales o no a través de una prueba de comparación de medias; además se hicieron pruebas de correlación con variables ordinales con el propósito de medir el grado de relación existente entre 2 o más variables. Se hizo uso del programa SPSS10.0.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En primer lugar se presentarán los hallazgos del análisis descriptivo considerando la frecuencia y el porcentaje obtenido en las diferentes variables. De acuerdo a los criterios establecidos, se analizaron 209 historias clínicas de pacientes adolescentes atendidos por primera vez en el Hospital “Lorenzo Ponce” de la ciudad de Guayaquil entre el 01.01.02 al 30.09.02. Como se explicó con anterioridad, esta investigación se centró únicamente en aquellos pacientes pertenecientes a las denominadas familias de emigrantes, obteniendo una muestra de 61 casos. Como muestra el Gráfico 2, en los últimos tres meses de la investigación se ha dado una tendencia al incremento del número de casos de pacientes con patologías psiquiátricas por causa de la emigración de sus familiares (especialmente de algún miembro del subsistema parental), es así que en julio’02 se encontraron 6 casos, en Agosto’02 11 y en Septiembre del año en curso el número de pacientes de estas características ascendió a 15.

Gráfico 2



La edad promedio de los adolescentes provenientes de familias de emigrantes que presentaron alteraciones psíquicas fue de 14,2 años y la moda 12 años cumplidos. El 50,8% de los pacientes pertenecían al sexo masculino y el 49,2% eran mujeres. Además es importante recalcar que el 77% (47 casos) tenían un nivel de instrucción de secundaria incompleta. Debido a la ubicación geográfica del Hospital "Lorenzo Ponce", no fue de extrañar que la mayoría de los pacientes estudiados (90,2% = 55 casos) venían de la provincia del Guayas, específicamente de la ciudad de Guayaquil (62,3% = 38 casos). La clase económica mayormente representada en estas familias de emigrantes fue la popular con un 65% de los casos, seguida por la media baja con un 20%; en tercer lugar encontramos a los indigentes que sólo representaron el 13% de la muestra; de ellos el 62,3% tenía su vivienda ubicada en la zona urbana de la ciudad y un 26,2% en el área marginal de la urbe.

En la tabla 1 se puede observar que en 33 casos (54,1%) el familiar que emigró había sido el padre, mientras que 22 pacientes (36,07%)

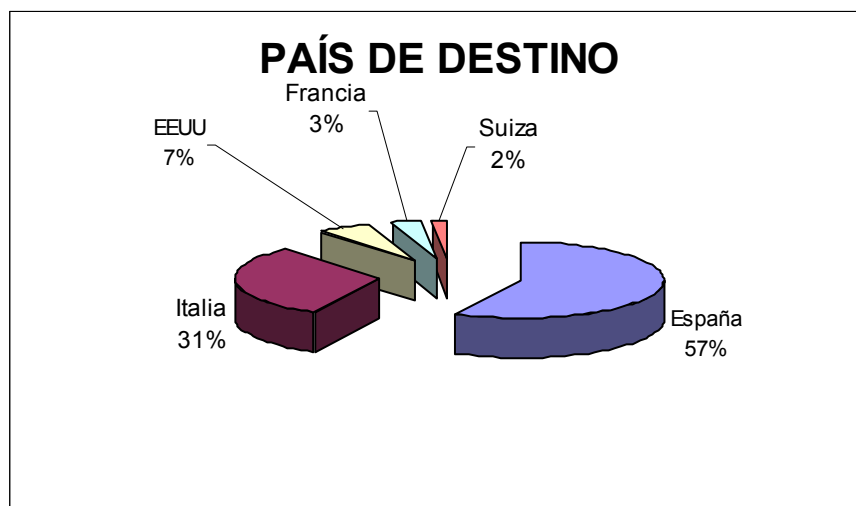
respondió que había sido su madre quien había viajado al exterior. Otras modalidades de familiares emigrantes se encontraron representados con menor porcentaje.

Tabla 1

Familiar que emigró	Frecuencia	Porcentaje
Padre	33	54.10
madre	22	36.07
Padre y madre	2	3.28
hermano	4	6.56
Total	61	100

Como es sabido a nivel nacional, los emigrantes de la Costa ecuatoriana lo hacen principalmente a países de Europa con leyes de inmigración flexibles y con facilidades de idioma. Este hallazgo se corroboró en esta investigación: el 57% de los familiares viajó a España y el 31% a Italia. Países como EEUU y otros países Europeos presentaron un porcentaje menor. (Ver Gráfico 3).

Gráfico 3



La mayoría de los que emigraron financiaron su viaje en base a préstamos de diferente índole (40%), sin embargo un 38% de los pacientes no quiso responder a la pregunta sobre la forma en que su familiar pagó su viaje al exterior. Se sabe además que el 90,2% de estos familiares (55 casos) viajó de forma ilegal.

El 78,7% de las familias de emigrantes que permanecieron en el país dependían económicamente de forma parcial del familiar que tenían en el exterior, mientras que 19,7% de ellas lo hacían de forma total. Como muestra la Tabla 2, se analizaron los porcentajes y frecuencias de los diagnósticos presentados por los adolescentes estudiados. Se encontró que el Trastorno de la conducta de tipo oposicionista desafiante (ICD-10: F91.3) fue el más representado con una frecuencia de 10 casos (16,39%), seguido por los trastornos psicossomáticos diversos (F45.8) y el trastorno depresivo moderado con síntomas somáticos (F32.11), ambos con una frecuencia de 9 casos que equivale al 14,75% de la muestra. El trastorno depresivo moderado sin síntomas somáticos (F32.10) se dio en 8 de los adolescentes (13,11%) y el de tipo leve con síntomas somáticos (F32.01) en 7 casos (11,48%). Las formas mixtas de trastornos de conducta o ansiedad con depresión se presentaron en menor frecuencia, lo mismo que aquellos síndromes por lesión orgánica cerebral. Cabe sin embargo destacar que la mayoría de las patologías presentadas por adolescentes pertenecientes a familias de emigrantes corresponden a los trastornos depresivos, incluidas aquellas formas mixtas con ansiedad o disocialidad. Se quiere además hacer énfasis en el hecho de que todos los síntomas característicos de estos síndromes se presentaron en los pacientes después del éxodo de su familiar, y que el 88,5% de ellos no tenía ningún tipo de antecedente patológico familiar que pudiese ser considerado como parte de la génesis de su patología.

Tabla 2

Diagnóstico del paciente	Frecuencia	Porcentaje
F32.01	7	11.48
F07.8	2	3.28
F91.3	10	16.39
F92.0	5	8.20
F45.8	9	14.75
F32.11	9	14.75
F32.10	8	13.11
F41.2	2	3.28
F41.1	3	4.92
F32.2	3	4.92
F06.8	1	1.64
F06.2	1	1.64
F93.1	1	1.64
Total	61	100

Se presentará ahora el análisis bivariado para lo cual utilizamos tablas de contingencia. En la tabla 3 se muestran las variables ocupación del familiar emigrante en el Ecuador y ocupación actual en el extranjero. Como se puede ver, de aquellos que viajaron al exterior sólo 2 eran cesantes en el país, el resto tenían trabajo remunerado; sin embargo de los 61 emigrantes actualmente 29 son desocupados en el extranjero (incluidos aquellos que tampoco tenían trabajo en el Ecuador). Es de destacar el hecho de que entre los que emigraron se encontraban personas con educación superior, así tenemos que habían 3 abogados, 2 administradores de empresas, 1 médico y 2 enfermeras; todos ellos se encuentran en la actualidad laborando en tareas que apenas requieren una educación media, es decir como obreros calificados. Por último se debe acotar que de aquellos que han conseguido trabajo en el exterior, la mayoría labora en agrícolas (especialmente los hombres, 10 casos), o se encuentran empleados en labores domésticas tareas (12 personas).

Tabla 3.- Ocupación en el extranjero

	Agricultor	Desempleo	Doméstica	Albañil	Aux. enf.	Chofer	Fallecido	Vendedor	Mesero
vendedor	2	2	5						
Emp. banco	1	1	1						
doméstica		3	1						
Agricultor	1	5							
Negocio propio			1		1				1
Chofer	1	5				1	1		
Conserje				1					
Peluquera			1						
Albañil	1	3							
Administrador	1				1				
Abogado						1		1	1
Desempleado		2							
Mensajero		2							
Empl. Distr.		1							
Secretaria		1							
Empl. Pub.								1	
Comerciante	1	3	2						
Jornalero	1								
Enfermera		1	1						
Médico	1								
Total	10	29	12	1	2	2	1	2	2

La tabla 4 muestra la tabulación cruzada entre la estructura familiar anterior y la estructura familiar actual (clasificación según la perspectiva estructural sistémica).

Tabla 4

Estructura actual	Estructura familiar anterior				Total
	nuclear	monoparental	extensa	padrastral	
monoparental	12				12
tíos-sobrinos	1	4		1	6
abuelos-nietos	2	8	2		12
extensa	9		3		12
reordenamientos fraternos		1			1
ampliada	2				2
unidad doméstica		1			1
nuclear	3				3
madrastral	3				3
padrastral	7		2		9
Total	39	14	7	1	61

Como se puede apreciar claramente en la tabla anterior las familias que han sufrido una drástica modificación en su estructura son aquellas que antes de la emigración del familiar eran familias nucleares o tradicionales: de 39 familias de este tipo 12 se han convertido en monoparentales, 9 en familias extensas y, lo que es aún más complejo para su abordaje terapéutico, 10 de estas familias han pasado a ser familias simultáneas: 7 de tipo padrastral y 3 madrastrales. El resto de familias estudiadas han mantenido en general su estructura anterior.

Se realizó una prueba de independencia entre las variables sexo y diagnóstico, para lo cual se utilizó la distribución Chi cuadrado. Al realizar dicha prueba se encontró una dependencia estadísticamente significativa a un nivel igual o mayor a 0.001 (chi cuadrado = 32.55, p= 0.001).

En la tabla 5 se observa que existe dependencia estadísticamente significativa entre las variables modalidad de tratamiento aplicado y la evolución al cabo de 8 semanas de dicho tratamiento. La prueba de independencia arrojó como resultado un valor Chi cuadrado = 18,91 y p = 0,001.

Tabla 5

Prueba Chi cuadrado Tratamiento aplicado *Evolución			
	Valor	gl	Nivel de significancia
Chi Cuadrado de Pearson	18.91	4	0.001
Razón de Verosimilitud	20.45	4	0.000
Asociación lineal por lineal	9.76	1	0.002
N de casos válidos	61		

Para probar si entre las modalidades aplicadas de tratamiento existía alguna diferencia estadísticamente significativa se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis Test, cuya hipótesis nula nos plantea que los tratamientos aplicados son iguales de efectivos, mientras que la hipótesis alternativa sostiene

que al menos uno de ellos no es igual. La tabla 6 muestra que se acepta la hipótesis alternativa a todos los niveles de significancia estadística, es decir al menos uno de los tratamientos aplicados es diferente a los demás. (Chi cuadrado = 16,731, p = 0,000).

Tabla 6

Prueba estadística (Evolución a las 8 semanas* Modalidad de tratamiento)	
	evolución a las 8 semanas
Chi cuadrado	16.731
gl	2.000
Nivel de significancia	0.000
a	Kruskal Wallis Test
b	Grouping Variable: modalidad de tratamiento

Como se explicó al inicio, de la muestra de 61 pacientes provenientes de familias de emigrantes, se extrajeron aquellos que presentaban alguna forma de trastorno depresivo, quedando así una muestra de 34 pacientes. De estos 34 pacientes el 50% (17 casos) pertenecían al sexo masculino e igual cantidad al femenino. Sin embargo hay que

recaltar el hecho de que la forma de depresión entre hombres y mujeres de este estudio no fue la misma, así se tiene que los varones presentaron con mayor frecuencia aquellas formas de depresión sin somatización o combinadas con trastornos de la conducta social (F32.10 y F92.0), mientras que las mujeres tendían a deprimirse de manera

melancólica o con síntomas somáticos diversos (F32.11, F32.01, F32.2). Entre estas dos variables (sexo y forma de depresión) se realizó una prueba Chi cuadrado, obteniendo una dependencia estadística a un nivel de significación igual o mayor a 0,001: chi cuadrado = 20,85 y $p = 0,001$. La tabla 7 muestra la tabulación cruzada entre las variables modalidad de tratamiento aplicado y resultado obtenido al cabo de 8 semanas. En ella se observa claramente que aquellos que fueron tratados con la forma multidisciplinaria

de abordaje (multimodal) en su mayoría mejoraron (de 21 pacientes, 19 mejoraron notoriamente, 1 se estancó en su evolución y 1 abandonó el tratamiento antes de las 8 semanas), mientras que aquellos que fueron abordados sólo con la combinación de farmacoterapia y psicoterapia individual (bimodal) presentaron en menor frecuencia una evolución favorable (7 pacientes abandonaron el tratamiento, 2 se estancaron y sólo 4 mostraron mejoría).

Tabla 7.- Tabla de contingencia modalidad de tratamiento *
evolución a las 8 semanas

	MEJORÍA	ESTANCAMIENTO	ABANDONO	TOTAL
FARMACOTERAPIA + PSICOTERAPIA INDIVIDUAL	4	2	7	13
FARMACOTERAPIA + PSICOTERAPIA INDIVIDUAL + TERAPIA FAMILIAR	19	1	1	21
TOTAL	23	3	8	34

Se aplicó un coeficiente de correlación entre las variables modalidad de tratamiento y evolución al cabo de 8 semanas (ambas codificadas de manera ordinal) con la finalidad

de medir el grado de relación existente entre ellas, obteniendo un valor positivo, lo cual indica que existe una relación positiva entre ellas, tal cual lo indica la tabla 8.

Tabla 8.- Correlación (modalidad de tratamiento y evolución a las 8 semanas)

		Value	Approx. Sig.
Ordinal by Ordinal	Gamma	0.89	0.000
	Spearman Correlation	0.63	0.000
Interval by Interval	Pearson's R	0.62	0.000

NÚMERO VÁLIDO DE CASOS: 34

Se procedió a comparar si los tratamientos aplicados (bimodal frente al multimodal) con respecto a la evolución del paciente a las ocho semanas eran iguales a través de una prueba no paramétrica U de Mann Whitney obteniendo un valor del estadístico U igual a 52.5 y tiene un valor asociado de $p < 0.01$. Esto indica que

a un nivel de significación de 0.01 la diferencia observada entre las dos medias de rangos es estadísticamente significativa, lo que muestra que el tratamiento multimodal produce una mejor evolución en los pacientes. (Ver tablas 9 y 10).

Tabla 9.- Rangos

modalidad de tratamiento	N	Rango promedio	Suma de rangos
farmacoterapia + psicoterapia individual	13	11.04	143.50
farmacoterapia + psicoterapia individual + terapia familiar	21	21.50	451.50
Total	34		

Tabla 10.- Estadísticos de contraste

	evolución a las 8 semanas
U de Mann-Whitney	52.500
W de Wilcoxon	143.500
Z	-3.617
Sig. asintót. (bilateral)	.000
Sig. exacta [2*(Sig. unilateral)]	.002 ^a

a No corregidos para los empates.

b Variable de agrupación: modalidad de tratamiento

CONCLUSIONES

Las consecuencias principales de la emigración en el ámbito social son, como lo comprueba todo lo expuesto anteriormente, la desestructuración y la disfunción familiar, alteraciones en el ciclo evolutivo natural de las familias y, por sobre todo, modificaciones en el ámbito emocional y psíquico del subsistema filial que tiene que lidiar no solamente con el “proceso de duelo” normal, si se considera que ha perdido de manera temporal o definitiva a uno de sus progenitores por el éxodo de este al extranjero, sino que además tiene en muchas ocasiones que pasar por un proceso de adaptación complejo al verse obligado a integrarse a otro sistema familiar diferente al original.

Antes de exponer un plan de medidas globalizadas, se quiere hacer una breve interpretación de los resultados obtenidos en la investigación realizada en la provincia del Guayas, concretamente en la ciudad de Guayaquil, al estudiar a los adolescentes consultados en el Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce” y que provenían de familias donde uno de sus miembros (en su gran mayoría miembros del subsistema parental) había emprendido el éxodo al exterior en busca de mejores condiciones económicas, laborales y sociales. Se nota que la emigración de los compatriotas hoy en día no sólo compromete a

las provincias de la Sierra, sino que es un fenómeno con tendencia creciente en todo el país. Además con los resultados de esta investigación se comprueban los datos conocidos en el ámbito nacional: no sólo emigran los más pobres y los menos capacitados, sino también aquellos que a pesar de un nivel académico superior y pertenecer a un estrato socioeconómico medio bajo, no encuentran perspectivas de progreso en el país y buscan en el éxodo al exterior cristalizar sus aspiraciones de mejores condiciones de vida; la mayoría de ellos eran personas que antes de abandonar el Ecuador se encontraban trabajando o eran económicamente activas y que, seguramente, permanecerían en esa condición de no haber emigrado. La mayoría de los familiares emigrantes lo hicieron a países de Europa con un idioma igual o similar al español, situación que se ha generalizado en las provincias costeras del país, un gran porcentaje de ellos lo hicieron en forma ilegal financiando su viaje en base a préstamos que dejan una espiral de endeudamiento para los familiares que permanecen en el Ecuador. Un 62,3% de los emigrantes tenía su vivienda ubicada en la zona urbana de Guayaquil, información que muestra similitud con lo que ocurre actualmente a nivel nacional.

El número de hijos afectados por la ausencia de uno o ambos padres, debido a que éstos viajaron al exterior, va en aumento y esto se

comprueba al comparar el número de casos en Enero '02 y al final de este estudio. No existió diferencia en los porcentajes por sexo de los adolescentes que presentaron trastornos por esta causa. La edad de los adolescentes estudiados en la que más frecuentemente se presentaron alteraciones psíquicas y/o emociones por la falta de uno o ambos progenitores fue la de 12 años cumplidos y el nivel de instrucción en un 77% correspondió a los primeros años de secundaria. Este hallazgo muestra que la mayoría de los adolescentes estudiados de familias de emigrantes se hallaban en la etapa conocida como adolescencia temprana (12 a 14 años cumplidos), fase en la cual la personalidad del joven se encuentra en pleno proceso de formación y el adolescente lucha internamente por independizarse de sus padres aunque aún es notablemente dependiente de ambos; es una etapa en la que el individuo logra establecer una continuidad sobre la relación del pasado, el presente y el futuro así como sobre sentimientos vividos anteriormente al relacionarlos con experiencias previas y su historia familiar. A esa edad el joven en cuestión trata de procesar traumas pasados y la identidad sexual comienza a fortalecerse de manera consciente. No es de olvidar tampoco que es una fase en la que el adolescente comienza a experimentar el inicio de la madurez fisiológica y sexual debido a los cambios hormonales y anatómicos que se producen en su figura, lo cual a su vez conlleva un proceso de "duelo" por la pérdida del cuerpo, la identidad y el rol infantil así como de la imagen con que se percibía a los padres durante la infancia, proceso que puede afectarlo emocionalmente de manera transitoria si no se cuenta con el apoyo anímico y las aclaraciones pertinentes sobre estos cambios, tareas que normalmente deben asumir sus progenitores. Un proceso de desestructuración (que de por sí conlleva una sensación de pérdida emocional para el adolescente) y de disfunción familiar en esta etapa de la vida, significa para los jóvenes procesos de adaptación y duelo a varias situaciones complejas simultáneamente, lo cual podría provocar crisis de tipo psíquico y emocional, las mismas que podrían llegar a evolucionar hasta convertirse en verdaderos trastornos de tipo conductual y/o afectivo

como es el caso de los adolescentes de nuestro estudio.

Se validan los datos de estudios internacionales que dicen que los varones, frente a los procesos de ruptura familiar, muestran alteraciones especialmente en su comportamiento social y que las mujeres tienden a deprimirse de manera melancólica y a presentar trastornos psicossomáticos de diferente índole; la mayoría de alteraciones presentadas en los adolescentes de ambos sexos correspondían a alguna forma de depresión. Todos los síntomas de las patologías de los pacientes estudiados aparecieron después de la emigración del familiar, es decir que estaban directamente relacionados con el proceso de desestructuración de su núcleo original.

Uno de los hallazgos más críticos del estudio fue el hecho de que 10 familias previamente nucleares se transformaron al cabo de un tiempo en simultáneas, factor que complicaría aún más la evolución y pronóstico de los miembros afectados del subsistema filial. La modalidad de tratamiento que resultó más efectiva frente a este tipo de pacientes fue la llamada multimodal, forma que compromete a un equipo multidisciplinario conformado por diversos especialistas en Salud Mental con el objetivo principal de enfrentar esta problemática desde el punto de vista farmacológico, psicoterapéutico individual y sistémico familiar. Sin embargo el abordaje de este fenómeno psicosocial que afecta a cientos de miles de compatriotas debe incluir estrategias en el ámbito socioeconómico a nivel nacional, medidas psicosociales en el ámbito comunitario y psicoterapéuticas en el ámbito institucional, para, de alguna manera, tratar de ayudar a los afectados y prevenir que esta situación continúe en creciente aumento en el país.

ESTRATEGIAS SOCIOECONÓMICAS A NIVEL NACIONAL

Si se retoma el inicio de este trabajo, se recordará que se mencionaron las causas principales que habían originado la crisis económica en los últimos 5 años en el Ecuador y que habían provocado que millones de

personas emigren en busca de mejorar su nivel de vida en vista de las escasas oportunidades que brindaba el Ecuador.

Si se dice que se debe tratar de frenar y prevenir que esta problemática continúe en aumento, se deben proponer medidas en el ámbito nacional que disminuyan y, por qué no, solucionen esta crisis en el país. Desde esta perspectiva se proponen 5 puntos específicos para aumentar el nivel socioeconómico de la población:

Crear nuevas fuentes de trabajo en el área de la agricultura, la ganadería y la pequeña industria, otorgando créditos con bajos intereses y plazos flexibles a estos sectores de la economía.

El aumento de la productividad y la competitividad del país, así como el incremento de la producción para disminuir el índice de inflación, el mismo que es exageradamente alto para un país con su economía dolarizada.

Rever los convenios de pago de la deuda externa y disminuir el porcentaje del PIB asignado a este rubro a favor de las políticas de salud, vivienda y educación, lo cual mejoraría las condiciones de vida del pueblo ecuatoriano.

Revisar la política salarial del país de manera que los sueldos y salarios sean más equitativos.

Eliminar la corrupción a todo nivel a través de organismos de control creados por el Estado que sancionen de manera drástica a todo aquél que incurra en la comisión de este delito.

ESTRATEGIAS EN EL ÁMBITO COMUNITARIO

Más allá de las políticas de gobierno para frenar el movimiento migratorio en el Ecuador, es necesario la aplicación de medidas destinadas a dar asistencia psicosocial a aquellas familias que permanecen en el país posterior a la emigración de uno de sus miembros y que se ven abocados a situaciones caóticas en su organización, violencia intrafamiliar, endeudamiento extremo por pagar los préstamos adquiridos para financiar el viaje de su pariente, muchas veces

discriminación social y en numerosas ocasiones procesos de duelo y dolor por la pérdida definitiva de quien emigró. Para esto se hace imprescindible la creación de estrategias comunitarias en el ámbito nacional y seccional que garanticen una asistencia calificada, efectiva, eficiente, accesible, aceptable, inmediata y continua a las personas afectadas por esta problemática. Entre estas medidas podemos mencionar:

Mantener el trabajo conjunto del personal del Gobierno del Ecuador, Consulados de los países que mayor afluencia de emigrantes reciben, y centros de Salud Mental del país en la creación de programas de asesoramiento y apoyo dirigidos a los familiares que se quedan en el país.

Formular a través del Ministerio de Bienestar Social políticas de calidad a aplicarse en organismos especiales financiados por el Gobierno encargados de brindar apoyo psicosocial para evitar y/o atenuar el deterioro emocional que produce la desestructuración familiar, en este caso concreto, por la emigración. Campañas a nivel nacional y seccional utilizando la colaboración de los medios de comunicación para promover las políticas de apoyo mencionadas anteriormente y transmitir el mensaje social de la necesidad inminente de la funcionalidad de las familias sea cual sea su estructura.

Implementar en todos los Centros de Salud del Ecuador un Departamento de Salud Mental en el que se dé cabida a la modalidad de la Terapia Familiar para la elaboración de programas profilácticos y terapéuticos para esta problemática concreta.

Formación de un grupo de profesionales especializados en problemas de Salud Mental Comunitaria para asesorar a los profesores de los Centros de Educación primaria y secundaria y asistir psicológicamente a los miembros del subsistema filial cuyos padres han emigrado.

Estos programas y medidas de asistencia comunitaria deben tener un coordinador a nivel seccional y un coordinador general en el ámbito nacional con formación básica y

metodológica en la planificación, ejecución y evaluación de este tipo de planes, para así garantizar su calidad. Los programas deben ser vigilados y sometidos a revisiones periódicas para hacer el seguimiento adecuado del proyecto y probar su viabilidad y efectividad regularmente. Las metas de estas estrategias deben ser realistas y canalizables. El Gobierno, las autoridades seccionales y los miembros del equipo multidisciplinario que trabajen en el programa de asesoramiento y ayuda a este tipo de familias deben comprometerse al mantenimiento del mismo.

ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES

En el ámbito institucional, es decir en los Centros Especializados de Salud Mental, las formas de abordar la problemática psíquica de los afectados por el fenómeno de la emigración se puede dar en el ámbito individual así como en el plano familiar. Desde el punto de vista individual, es decir considerando directa y únicamente al afectado por la emigración de algún familiar, la terapéutica puede ser efectuada en el plano farmacológico así como en el psicoterapéutico. Ambas terapias no se contraponen sino que se complementan. En el plano familiar el abordaje se hace a través de la terapia familiar siendo la más adecuada para estas familias afectadas por una crisis de desajuste la de corte sistémico.

A continuación se detallan las medidas que se aplican en el Hospital Psiquiátrico “Lorenzo Ponce” de Guayaquil con pacientes provenientes de familias de emigrantes y con todo el sistema familiar.

Medidas individuales

Como se mencionó anteriormente los pacientes afectados por la emigración de uno de sus familiares, especialmente si este es miembro del subsistema parental, pueden presentar diversos tipos de patologías, entre las que se destacan los trastornos de la conducta social, las depresiones en todas sus formas incluidas aquellas mixtas con ansiedad y los trastornos psicossomáticos variados. Frente a estos síndromes se deben aplicar medidas terapéuticas farmacológicas y psicológicas. Lo primero es definir el tipo de trastorno para escoger la terapia adecuada.

Medidas farmacológicas

El primer paso en el tratamiento farmacológico de cualquier patología psiquiátrica que se presente en este tipo de pacientes es la llamada FASE INICIAL (fase aguda), la cual deberá durar un mínimo de 6 a 8 semanas; durante esta fase el objetivo principal es inducir la remisión total de los síntomas presentados por el paciente siguiendo las siguientes pautas:

- Elegir una modalidad de tratamiento inicial psicofarmacológico específico
- Escoger la dosis terapéutica completa
- Evaluar la idoneidad de la respuesta al tratamiento

Luego de concluida exitosamente la fase inicial del tratamiento, es decir cuando el paciente ha alcanzado su remisión, se entra, en caso de tratarse de trastornos de conducta social con agresividad e impulsividad así como de depresiones en cualquiera de sus formas, a la llamada FASE DE CONTINUACIÓN que suele durar entre 16 y 20 semanas. El objetivo de esta etapa es conservar la remisión del paciente y evitar las recaídas. La única excepción de trastornos presentados por los pacientes estudiados donde no se recomienda fases posteriores a la inicial en la farmacoterapia, son los de tipo psicossomático, ya que se corre el riesgo de la interpretación cognitiva errónea de que efectivamente existe un problema orgánico que debe ser medicado; en estos trastornos se aconseja, luego de 6 a 8 semanas, una reducción paulatina de la medicación ansiolítica hasta suprimirla completamente; lógicamente el paciente debe recibir una psicoterapia individual intensiva que sé sí se debe mantener por largo tiempo.

Medidas psicoterapéuticas

En la práctica los terapeutas de la salud mental usan una combinación o una síntesis de los diversos enfoques y estrategias psicoterapéuticas, que a su vez se determinan de forma individual para cada paciente a partir de sus trastornos concretos y su capacidad de enfrentarse a ellos. Este tipo de terapia también debe cumplir las fases iniciales y de continuación en cada paciente y su duración será de acuerdo al tipo de patología y la gravedad de sus síntomas. En pacientes adolescentes que se enfrentan a crisis de

desajuste emocional por la separación temporaria o definitiva de uno o de ambos padres, hay que saber escoger las modalidades más efectivas de terapia, pues es sabido que hay determinadas técnicas que aún no cuentan con respaldo de estudios clínicos válidos en este tipo de pacientes.

Las modalidades psicoterapéuticas que más se recomiendan en adolescentes con las patologías que se han descrito en nuestro estudio son 3:

1. Psicoterapia psicodinámica breve que sirve para intervenciones en crisis de pacientes que presentan un problema grave específico. No se contraponen al uso de farmacoterapia. Este procedimiento psicoterapéutico está aconsejado en trastornos depresivos severos y moderados así como de la conducta social sobre la base de algún conflicto subyacente.

2. Terapia cognitivo-conductual: que otorga al paciente estrategias para la modificación de su comportamiento y de sus concepciones cognitivas. El cambio de conducta se puede lograr utilizando la técnica del llamado condicionamiento operante, el cual se basa en la observación de que las conductas se fortalecen o se debilitan en función de las consecuencias que generan en su entorno.

Todas las técnicas se pueden realizar en forma de terapia individual o con grupos pequeños de pacientes que presenten sintomatología similar, debido a que la situación estresante generadora de síntomas es la misma: una crisis de desajuste por ruptura familiar debido a movimientos migratorios.

3. Psicoterapia interpersonal (TIP): es una formalización de la psicoterapia de apoyo que resulta práctica, fácil de aprender. Ha demostrado efectividad en los trastornos depresivos en los adolescentes y como terapia reguladora del ritmo social.

Las áreas problemáticas en las que debe trabajar la TIP son:

Duelo
Disputas (conflictos) interpersonales
Transiciones (cambios) de rol

Déficit interpersonales

En definitiva es una terapia que busca que el paciente reconozca y acepte los afectos dolorosos, hasta saber manejarlos de forma positiva, es decir que alienta la expresión de los afectos reprimidos.

Medidas familiares

Como se mencionó anteriormente, en las familias de emigrantes, especialmente en aquellas con miembros adolescentes que se ven afectados psíquica y emocionalmente por la partida de algún miembro del subsistema parental, se aconseja el uso de la terapia sistémica familiar, por ser una forma de abordaje que trata a la familia como una unidad interdependiente ya que no sólo visiona el sistema familiar sino también otros sistemas. Es una forma práctica de terapia, orientada al problema y a corto plazo. La terapia sistémica trabaja con determinados entrenamientos y tareas terapéuticas y está indicada en problemas generacionales, del ciclo evolutivo de los miembros así como en depresiones por problemas en la interacción familiar.

El abordaje concreto en las familias de emigrantes se debe hacer en tres fases debidamente protocolarizadas:

Expresión de sentimientos de todos los miembros (2-3 sesiones)
Atender las situaciones de reestructuración familiar (3 sesiones)
Orientación a nivel del ciclo vital

BIBLIOGRAFÍA

Benkert O, Hippus H, Wetzel H. Psychiatrische Pharmakotherapie. Berlín: Springer Verlag, 1996. Pp: 67-70, 81-84, 116-141.

Cobos F. Psiquiatría infantil. Bogotá: Editorial Pluma Ltda., 1980. pp: 582-658.

Cierpka M. Handbuch der Familiendiagnostik. Berlín: Springer Verlag, 1996. Pp: 2-5, 202-221.

Diario "El Universo", Edición del 29.07.02. Pp. 2-3.

Ebert D. *Psychiatrie systematisch*. Lorch: Uni-Med Verlag AG, 1995. Pp: 252-260.

Gran Martínez A, Meneghello J. *Psiquiatría y Psicología de la infancia y adolescencia*. México: Editorial Panamericana, 2000.

Grawe K, Donati R. *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe Verlag, 1995. Pp: 517-555.

Heigl-Evers A, Heigl F, Ott J. *Lehrbuch der Psychotherapie*. Berlín: Gustav Fischer Verlag, 1994. Pp: 145-151.

Huber G. *Psychiatrie*. Stuttgart: Schattauer Verlag, 1994. Pp: 565-576.

Kaplan H, Sadock B. *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores, 1992. pp: 592-597.

Kass FI, Oldham JM, Pardes H. *Das grosse Handbuch der seelischen Gesundheit*. Weinheim: Quadriga Verlag, 1996. pp: 242-316, 320-332.

Manrique C, Escobar P. Estudio retrospectivo de pacientes adolescentes que fueron atendidos en el Hospital Psiquiátrico "Lorenzo Ponce" con trastornos depresivos que presentaron ideación o intento suicida, como consecuencia de factores familiares. Tesis de Postgrado en Psiquiatría. Guayaquil, mayo 2002.

Mardomingo MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos SA, 1994. pp: 499-519, 623-636.

Margraf J. *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlín: Springer Verlag, 1996. Pp: 251-258.

Möller H-J. *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1993. Pp: 715-732.

Parmelee D. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Versión en español. Madrid: Harcourt Brace SA, 1998. Pp: 8-14, 25-27, 229-231, 319-320.

Peña V, Toral M, Barriga T. Proyecto de orientación y apoyo a familias en riesgo de desintegración familiar. Universidad Católica de Guayaquil: marzo 2001. pp: 9-18.

Polaino A. *Depresión y suicidio en los adolescentes-Las depresiones infantiles*. Madrid: Ediciones Morata SA, 1988. pp: 161-190.

Quintero AM. *Trabajo Social y procesos familiares*. Buenos Aires: Editorial Lumen Pp: 17-23, 48-51.

Rotthaus W. *Stationäre systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen, 1998. pp: 25-60.

Saad E, Morla R. *Patologías Psiquiátricas en Adolescentes y Desestructuración Familiar en nuestro medio*. Trabajo de Investigación. Guayaquil, 2002. pp: 4-8, 28-29.

Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE) SEVIP – MEC. 1998

Statistical Package for Social Science (SPSS) Base 8,0 Applications Guide. Chicago: SPSS Inc., 1998.

Slaikue KA. *Intervención en crisis-Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno Ediciones, 1998. pp: 140-148.

Stewart R, Collins A, Sellar T, ET col. *PSA-R Nr. 7: Trastornos del estado de ánimo*. Colombia: Educación Médica Continua Ltda. , 2001. pp: 5-50.

Villegas J. *La familia y la terapia sistémica (material de cátedra)*. Bilbao, 1997.

Walpole R, Myers S. *Probabilidad y Estadística para ingenieros*. México: Prentice hall 1998.

Weller E. *Pediatric Management of Depresión*. *Pediatrics Annals*. Feb 1989. 18:2

WHO. *Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10)*. Göttingen: Verlag Hans Huber, 1992.

