

Estado Actual De Las Investigaciones Desarrolladas Sobre Migración Y Depresión En
Población Infanto- Juvenil Surgidas En Países Latinoamericanos Entre Los Años 2003 Al
2019

López, L, Martínez, A, Ospino, A & Pion, E

Universidad Del Sinú - Seccional Cartagena
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Programa de Psicología.
Cartagena de Indias.

Diciembre 11, 2020

Estado Actual De Las Investigaciones Desarrolladas Sobre Migración Y Depresión En
Población Infanto- Juvenil Surgidas En Países Latinoamericanos Entre Los Años 2003 Al
2019

López, L, Martínez, A, Ospino, A & Pion, E

Asesor Metodológico:

Cecilia Vergara.

Tesis

Universidad Del Sinú - Seccional Cartagena

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Programa de Psicología.

Cartagena de Indias.

Diciembre 11, 2020

Tabla de contenido

Planteamiento del problema	4
Formulación del problema.....	8
Objetivos.	9
Justificación	10
Antecedentes	11
Marco teórico.....	23
Marco conceptual	60
Marco legal	63
Operacionalización de categorías/ variables.	75
Metodología.	77
Cronograma	79
Presupuesto	80
Resultados	81
Conclusiones	93
Referencias	95
Anexos	99

Estado actual de las investigaciones desarrolladas sobre migración y depresión en población Infanto- Juvenil surgidas en países Latinoamericanos entre los años 2003 al 2019.

Planteamiento Del Problema

La migración es un fenómeno que siempre se ha presentado a lo largo de toda la historia del hombre ya que desde tiempos antiguos los movimientos sociales se han presentado a consecuencia de diversas dificultades sociales como el buscar refugio, abastecimiento de alimentos etc.

Según autores como Bribona (2002) argumenta que “la migración es causada por ciertas fuerzas sociales, económicas, políticas y ecológicas (o una mezcla de estas) que preceden claramente al movimiento de población en una secuencia temporal de causa-efecto.” Es decir, los problemas políticos, sociales, ambientales, culturales, personales y económicos, principalmente, se manifiestan como las causas más comunes por las cuales el individuo decide migrar. La búsqueda de mejores oportunidades de vida y de salir adelante es una constante que siempre está presente en la cotidianidad del ser humano. Podemos ver que el aumento progresivo de los desequilibrios económicos regionales y la existencia de sistemas democráticos con regímenes políticos que hacen uso de la fuerza violando los derechos humanos son motivos bastante poderosos por los cuales la gente decide dejar sus comunidades y buscar un mejor lugar para vivir. (Borivsona, op. cit., p. 44).

La migración implica varios tipos de pérdidas, nos referimos a la característica de multiplicidad que poseen las pérdidas migratorias, es decir, con la mudanza se dejan muchas cosas valiosas para el migrante, y en muchas ocasiones de una sola vez. Al

movilizarse de una comunidad a otra, se viven pérdidas afectivas de familia, amigos y demás personas, significativas que se quedan en el lugar de origen; pérdida por la lengua, y toda la simbología particular que esta implica; pérdidas de prácticas culturales cotidianas como, hábitos, valores, costumbres, rituales y tradiciones, careciendo en ocasiones de los medios para darles continuidad aun cuando así lo desean; pérdidas de estatus o nivel social; pérdidas de referentes físicos y ecológicos con los que a su vez tenían lazos ancestrales, etc.; situación que se complica por los riesgos físicos que implica de por sí la migración y el desmoronamiento del proyecto migratorio idealizado (Falicov, 2002; González, 2006; Martín, 2006).

En el caso de niños y jóvenes, dadas las condiciones específicas de esta población, se han reportado distintos tipos de estresores y síntomas en estudios hechos con adultos. En cuanto a los estresores, el hecho de que estén en plena construcción de su personalidad al momento de migrar puede significar el que éstos presenten efectos traumáticos permanentes. Por su parte, algunos de los síntomas diferentes a los de los adultos por su condición infantil serían el fracaso escolar y una alteración en sus relaciones de apego afectivo (Espeso, 2008). Por lo tanto Algunos de los estresores más comúnmente hallados en el contexto de la migración se encuentran, la soledad, el fracaso del proyecto migratorio, la lucha por la subsistencia, el miedo a los peligros físicos, en cuanto a la sintomatología, esta es muy variada, y va desde síntomas depresivos como la tristeza, llanto, culpa e ideación suicida; síntomas ansiosos como el nerviosismo, las preocupaciones recurrentes y excesivas, irritabilidad, e insomnio; dentro del área de las somatizaciones algunas manifestaciones como cefalea, fatiga, problemas osteomusculares; así como problemas en el área confusional, desorientación espacial y temporal, fallas en la memoria, dificultades

en las funciones de atención y concentración, etc. (Achotegui, 2006; Giorguli, 2004; Guevara y Porras, 2007).

Las circunstancias y condiciones de vida de la mayoría de los niños, niñas o adolescentes que se ven afectados por su migración o la de sus padres, así como por las políticas que regulan dicha movilidad, es de altos niveles de vulnerabilidad. Esta vulnerabilidad está determinada principalmente por la diversidad de desafíos y abusos a sus derechos humanos básicos que se manifiestan, por un lado, a través de los factores que los conducen a migrar; y por el otro, a lo largo de todo el ciclo migratorio partida, tránsito, destino, retorno.

Los indicadores ligados a las principales causas de la migración (pobreza, violencia, exclusión social, reunificación familiar, entre otras) dan cuenta de cómo se ven afectados de manera particular cuantitativa y cualitativamente los niños, niñas y adolescentes, así mismo desde el análisis de las causas que motivan la migración, ya sean solos o acompañados, así como la migración de adultos dejando a sus hijos en el país de origen evidencia en primer lugar la complejidad del fenómeno, la profundidad de los problemas que subyacen a la migración en la región, y por ende, la necesidad de atenderlas de manera adecuada, oportuna y eficaz. Los datos estadísticos en materia de pobreza, analfabetismo, deserción escolar, falta de oportunidades, desempleo de adolescentes y jóvenes, formas variadas y crecientes de violencia (social, institucional, crimen organizado, violencia de género y violencia doméstica); impunidad frente a esos hechos de violencia; trabas en el acceso a la justicia; altos índices de corrupción; convivencia entre organismos públicos y actores vinculados al crimen organizado; políticas de institucionalización de niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad; sistemas de bienestar infantil disfuncionales y

asistencialistas; separación de los padres, déficits habitacionales y sanitarios; desigualdad de género y con base en el origen étnico (población indígena); explotación y trabajo infantil; trata de personas, entre otros indicadores, revelan un nivel considerablemente preocupante de privación de derechos básicos de la niñez. (Action Canada for Population and Development, Migrant Children, p. 19).

Según el informe sobre las migraciones en el mundo 2020 “En 2019, residían en América del Norte más de 26 millones de migrantes de esta región. La población de América Latina y el Caribe que vive en América del Norte ha aumentado considerablemente con el tiempo, pasando de un número estimado en 10 millones en 1990 y en 25,5 millones en 2015 a 26,6 millones en 2019”. (Cap. 3 Pág. 111).

Según el DAES de las naciones unidas (2019) presentó un informe en el cual se evidencian los 20 países de la región que tuvieron las mayores variaciones proporcionales de la población entre 2009 y 2019. En todos ellos aumentó el tamaño de la población durante este período, y las mayores variaciones proporcionales se registraron en Centroamérica. Belice experimentó el cambio porcentual más grande, con un aumento de la población del 24% entre 2009 y 2019. Le siguieron Guatemala y Honduras, con incrementos de casi el 23% y el 20%, respectivamente.

Así mismo México es, con diferencia, el principal país de emigración de América Latina y el Caribe. En 2019, vivían en el extranjero alrededor de 12 millones de mexicanos. México es también el segundo mayor país de origen de migrantes del mundo, después de la India. La mayoría de los emigrantes mexicanos viven en los Estados Unidos de América, constituyendo el que sigue, siendo el principal corredor migratorio de país a país de todo el

mundo. Muchos otros países centroamericanos como El Salvador, Guatemala y Honduras también tienen grandes poblaciones de migrantes en los Estados Unidos de América, al igual que países de América del Sur como Colombia, Ecuador, Brasil y el Perú. Además, grandes poblaciones de migrantes sudamericanos residen en otras partes de la región. Colombia y la República Bolivariana de Venezuela tenían la segunda y la tercera cifra más alta de emigrantes de la región en 2019 (2,9 millones y 2,5 millones, respectivamente). Alrededor de 1 millón de venezolanos vivían en Colombia, a raíz del reciente desplazamiento transfronterizo desde la República Bolivariana de Venezuela.

El problema anteriormente expuesto presenta intereses investigativos, por diferentes frentes, las investigadoras se interesan en identificar las investigaciones que estén relacionadas con migración y depresión haciendo uso de la técnica revisión documental.

Es una técnica de observación complementaria que permite hacerse una idea de la evolución y características de los procesos y obtener información que confirma o pone en duda el cuestionamiento planteado por los investigadores, esta técnica es muy importante ya que permite identificar las investigaciones realizadas con previa anterioridad, su autoría, discusiones, delinear el objeto de estudio, construir premisas de partida, consolidar autores, desarrollar una base teórica, hacer relaciones entre trabajos, preguntas y objetivos de investigación; observar la estética de los procedimientos (metodologías de enfoque); establecer similitudes y diferencias entre las obras y las ideas del investigador; clasificar por categoría experiencias; distinguir sus esquemas de observación; y especificar áreas no exploradas.

Formulación del Problema

Las investigaciones enfocadas en la migración se centran en los factores económicos, políticos o étnicos involucrados durante este proceso. En este trabajo nos proponemos analizar el estado actual de las investigaciones en Latinoamérica enfocándose en los temas de migración y depresión en población infantojuvenil, es por tal motivo que las investigadoras se formulan el siguiente interrogante:

¿Cuál es el estado actual de las investigaciones desarrolladas sobre migración y depresión en población infanto juvenil surgidas en países latinoamericanos entre los años 2003 al 2019?

Objetivos

Objetivo General

Describir el estado actual de investigaciones desarrolladas sobre migración y depresión en población infanto juvenil en países latinoamericanos entre los años 2003 al segundo semestre del año 2019.

Objetivos Específicos

- Buscar estudios relacionados con la migración y depresión en población infantojuvenil en países latinoamericanos entre los años 2003 al segundo semestre del año 2019.
- Identificar las diversas percepciones de migración y depresión por medio de revisión documental

- Evidenciar la importancia de la migración y depresión en la población infanto juvenil en países latinoamericanos entre los años 2003 al segundo semestre del año 2019.

Justificación

La presente investigación se enfocará en realizar una revisión documental de las investigaciones desarrolladas sobre migración y depresión en población Infanto- Juvenil surgidas en países Latinoamericanos entre los años 2003 al 2019, ya que la migración es un fenómeno que acontece en la mayor parte de las sociedades llevando problemáticas que influyen negativamente no solo una pequeña cantidad de sujetos si no que este fenómeno social que se ha incrementado a lo largo de los últimos años, siendo resultado de las condiciones socio-económicas deprimentes de países latinoamericanos en estos momentos, desplazamiento, amenazas, falta de oportunidades y de trabajo llevan a la extrema pobreza y hacen que las familia salgan hacia otros países con la esperanza de buscar y poder brindar una mejor calidad de vida a sus seres queridos ,generando condiciones negativas por lo que para los padres e hijos se puede crear un pérdida de identidad, dificultad para adaptarse y costumbres sociales llevando a esto una barrera para su

desarrollo humano, es por tanto que los integrantes más vulnerables de la familia como lo son los niños, actualmente se encuentran atravesando junto con sus padres grandes dificultades sociales, sanitarias, alimenticias y psicológicas. Por tales motivos las investigadoras consideran importante interesarse en realizar un proceso de investigación. Por tales motivos las investigadoras consideran que es relevante interesarse por realizar un proceso de investigación acerca del Estado actual de las investigaciones relacionadas con la migración y depresión en población Infanto- Juvenil surgidas en países Latinoamericanos entre los años 2003 al 2019.

En esta investigación trabajaremos enfocándonos en la que consideramos la población con mayor riesgo, que es la población infantojuvenil, ya que esta es una etapa fundamental en el desarrollo humano, sin embargo, cabe resaltar que no se trabajara de forma directa con esta población, si no con las investigaciones anteriores.

Según la ONU DAES identificó tres grandes patrones migratorios: la inmigración extranjera, la migración intrarregional, la emigración de sudamericanos hacia países desarrollados. Los países de América del Sur con más emigrantes son Venezuela con 4,769,498. Colombia con 2,869,032 emigrantes. Brasil con 1,745,339 emigrantes. Perú con 1,512,920 emigrantes y Ecuador con 1,183,685 emigrantes. Otros países de América del Sur se encuentran: Argentina con 1,013, 414 emigrantes. Bolivia con 878,211. Paraguay con 871,638 emigrantes. Chile con 650,151 emigrantes. Uruguay con 633,439 emigrantes.

Las razones para migrar están relacionadas con el nivel educativo y estrato de riqueza. La población de estratos superiores migra con una frecuencia relativamente más alta por motivos de trabajo y estudio. Por tanto, la población más pobre migra con relativa frecuencia mayor por motivos familiares, de salud, fenómenos naturales y la violencia de

los grupos armados. Mostrar la revisión documental de los estados actuales de las investigaciones desarrolladas sobre migración y depresión en población Infanto- Juvenil fortalece nuestras competencias y nos proporciona significado como futuras psicólogas. Además, motivándonos a dar un paso adelante en el conocimiento permitiéndonos realizar lecturas a fondos relacionadas con la carrera de psicología.

Antecedentes Investigativos

En Ecuador Bermeo. D y Heras. E (2007) llevaron a cabo una investigación acerca de la sintomatología depresiva en los niños con padres migrantes de las escuela con zonas urbanas en cuenca, teniendo como objetivo identificar sintomatología depresiva en los niños con padres migrantes, seleccionando una muestra no probabilística por criterio de 38 niños, 19 alumnos de la institución educativa "sagrado corazón de todos los Santos" y 19 niños alumnos de la Unidad educativa "tres de noviembre" en el año lectivo 2015- 2016 contaron con criterios para llevar a cabo esta investigación, 1) inclusión era que uno de los padres o ambos hayan migrados, 2) que cuenten con la autorización de su representante legal y que decidan participar voluntariamente en él. Esta investigación fue de enfoque cuantitativo ya que se centró en la recolección de datos para probar hipótesis, empleando la medición numérica y el análisis estadístico, con ello se pretendió asentar patrones de comportamiento y probar teorías., se utilizaron la técnica de modalidad encuesta cara a cara, debido a que ofrece mayor fiabilidad en las respuestas de esta población, y para los niños de 9 a 11 años se empleó la modalidad autoinforme, el cual es oportuno para este rango de edad, se empleó el Inventario de Depresión Infantil, creado por M. Kovacs (1992) y adaptado por V. del Barrio y M. A. Carrasco

(2004). Es un cuestionario auto administrado de manera individual o colectiva. El tiempo de aplicación osciló entre 10 y 25 minutos; está dirigido a una población infantil en edades comprendidas de 7-15 años, su objetivo es evaluar los síntomas depresivos, obteniendo Dentro de los resultados se pudo encontrar que ser hijo de padres migrantes, no influye para que los niños presenten sintomatología depresiva. (pag.16). De los 38 casos estudiados, 6 manifiestan sintomatología depresiva, número que no es representativo. Respecto a la autoestima negativa, los casos que reportaron tener un índice alto fueron 5 casos del total de la muestra, resultado que no es significativo, mientras que en la escala de disforia se presentaron 14 casos, siendo este un índice alto, valor que es representativo. (pág. 26) Es importante recalcar que, aunque los índices de sintomatología depresiva son bajos, los niveles de disforia son elevados. Además, esta investigación mostró que la ausencia del padre genera mayor impacto en los niveles de sintomatología depresiva, seguida por la migración de ambos progenitores, siendo la ausencia materna la que produce menor impacto. (pág. 28).

En España Navarro J.C y Rodríguez, W (2003) estos autores realizaron una investigación acerca de Depresión y ansiedad en inmigrantes: un estudio exploratorio en Granada (España) que tuvo como objetivos Identificar la presencia de síntomas ansiosos o depresivos en una muestra no aleatoria de inmigrantes del tercer mundo de la ciudad de Granada y describir probables factores sociodemográficos de estos inmigrantes, relacionados con la aparición de síntomas ansiosos o depresivos. Se contactó a los inmigrantes del tercer mundo en la ciudad de Granada (sur de España), a quienes se les suministró una ficha de afiliación con datos básicos generales Posteriormente, les fue entregada la escala had (Hospital Anxiety and Depresión Scale) para valoración de

ansiedad y depresión, El cuestionario had consta de catorce ítems: siete corresponden a la subescala de depresión y siete a la subescala de ansiedad. Puntuaciones en cualquiera de las subescalas que estén por debajo de ocho se consideran en el rango de la normalidad; entre ocho y diez indica casos dudosos; y por encima de diez indican síntomas ansiosos o depresivos. Respondieron a la encuesta aplicada 51 inmigrantes, de los cuales 35 son hombres (68.6 por ciento) y 16 son mujeres (31.4 por ciento). Por país de origen, la mayoría de los sujetos procedían de Marruecos. La edad media de la muestra es 27.2 años con una desviación típica de 4.38. El tiempo medio de permanencia en España de la muestra es de 1.22 años, con una desviación típica de 1.01. En la subescala had de ansiedad se descubrieron en el nivel bajo por ciento de los sujetos; en el nivel intermedio, 17 por ciento y 53 por ciento en el nivel alto, es decir, reflejaban síntomas de ansiedad. En la subescala had de depresión, 54 por ciento de los sujetos se encuentran en el nivel bajo); 35 por ciento en el intermedio y sólo 11 por ciento de los inmigrantes están en el alto Concluyendo que La población inmigrante del tercer mundo, por sus características singulares, puede ser una población en riesgo para desarrollar síntomas ansiosos o depresivos, máxime cuando no existe en parte de la sociedad española una visión integradora que facilite los mecanismos de adaptación necesarios en todo proceso migratorio y evite, en la medida de lo posible, el "desamparo" y "rechazo" que este colectivo puede llegar a percibir. Al ir en aumento el fenómeno migratorio, los profesionales sanitarios de la salud mental se deben preparar para el diagnóstico y manejo adecuado de la patología generada por este movimiento de población.

Noriega e J. A. R. Luján (2010) realizaron una investigación acerca de condiciones de vida y psicosociales de niños migrantes en el noroeste de México en la cual tuvieron como

objetivo comparar el estado de salud mental de niños migrantes y sedentarios, se estudió a una población de 358 niños migrantes del estado de Guerrero entre 9 y 13 años que viajaban con sus padres a los campos agrícolas tecnificados de riego del noroeste de México y se compararon con 150 niños pareados vecinos y amigos sedentarios residentes de la zona del municipio de Acatlán, Guerrero, México. Así mismo utilizaron medidas como la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada (CMAS-R), El Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) diseñado por Lang y Tisher en 1978 en Australia y traducido al castellano en España en el año de 1983, El Inventario de Estrés Infantil (IEI) elaborado por Ramírez (2005) y Vega (2007) con población mexicana, diseñado originalmente por 63 ítems con 6 opciones de respuesta en escala Likert, obteniendo como resultado que en las subescalas en las medias más altas son para niños y niñas que no hablan la lengua original; los más pequeños de 8 a 10 años y los de quinto grado pertenecientes todos al grupo de migrantes. Los valores más altos corresponden a las comparaciones migrante-no migrante y hablante- no hablante de la lengua. (pág. 8). Podemos con certeza indicar que los niños migrantes puntualmente los más pequeños se encuentran con niveles de estrés más altos que los de los no migrantes y este proceso afecta su estado de ánimo y tranquilidad. En esta condición de migrante ser no hablante y niños más que el grado escolar y la edad parecen ser variables indicativas de mayor estrés. De los modelos y teorías que la psicología ha desarrollado para estudiar este fenómeno podemos decir que, resaltan algunos como el modelo de Migración y Salud propuesto por Bhugra (2004), o la teoría del Síndrome de Ulises desarrollada por Achotegui (2006). Sin embargo, estos han sido creados bajo realidades desiguales como la migración internacional, o los desplazamientos permanentes (con asentamientos). Así mismo los resultados del análisis factorial muestran dimensiones

consistentes y con pesos factoriales mayores a .35. El 20% de los menores migrantes presentaba ansiedad, 10.6% mostraba depresión, y 41.3% manifestaba niveles de estrés por encima del rango saludable. Los análisis comparativos muestran que los niños migrantes presentan mayores riesgos de padecer ansiedad, depresión y estrés. (pág. 18).

Este artículo desarrollado por Castilblanco, D (2019) sobre sintomatología depresiva en niños migrantes venezolanos entre los 7 y 12 años aborda el fenómeno de migración, este proceso que se da por distintas causas. En el caso de Venezuela, se dio por la crisis socioeconómica, que ha puesto en riesgo la vida de sus habitantes. Los mismos, se han visto obligados a desplazarse de manera individual o en grupos a otros lugares geográficamente distantes, en su mayoría, se trasladan a los países vecinos de América, entre ellos, Colombia. Este estudio cuantitativo, descriptivo no experimental, tuvo como objetivo describir la sintomatología de depresión en un grupo de niños y de niñas migrantes ubicados en el Barrio Unir, de la ciudad Bogotá, Colombia. Participaron 30 niños con edades entre los 7 y 12 años, quienes viven junto a sus padres y/o familiares, pertenecientes a diferentes grupos étnicos del país vecino Venezuela. Los niños leyeron y respondieron el cuestionario CDI (Kovacs, 2011), después de que sus acudientes aprobaron y firmaron el consentimiento informado. Este proceso tuvo acompañamiento de la investigadora. Los resultados indican que no existen diferencias significativas por género, mientras que la edad es una variable relacionada con la depresión, pues a menor edad mayor incidencia depresiva, tanto en el perfil de disforia como en autoestima negativa. Sin embargo, los puntajes obtenidos indican que existe una incidencia, en la muestra, del 10% de sintomatología depresiva, ya sea leve y/o severa, debido a condiciones de migración. Este estudio tiene un alcance descriptivo, y está dentro de las investigaciones cuantitativas no experimentales.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), este tipo de estudios, pretenden especificar las características propias de la población estudiada; de este modo, se procedió a analizar y describir el fenómeno dado en los niños venezolanos en situación de migración en su contexto natural.

Florez (2012) realizó una investigación acerca de problemas conductuales y emocionales en niños inmigrantes latinos entre 6 y 12 años, teniendo como objetivo conocer la prevalencia de trastornos mentales en niños inmigrantes latinoamericanos, residentes en Palma de Mallorca comparándolos con niños españoles de similares características socioeconómicas, utilizando la metodología de estudio observacional, de diseño transversal, de corte o prevalencia en población general y estudio en doble fase, En la primera fase se entregó a los padres de los niños a estudio el cuadernillo de recogida de datos para que ellos lo cumplimentaran. Este constaba de un cuestionario que recoge variables sociodemográficas (sexo, edad, composición familiar), variables de la inmigración (país de origen, duración de su residencia en España, existencia de reunificación familiar, etc.), variables relacionadas con el grado de aculturación (deseo de regresar a su país) y estrés aculturativo (percepción de discriminación en padres o hijos) así mismo se utilizó General Health Questionnaire (GHQ-28) sirve de screening para determinar probables casos psiquiátricos entre los padres de los niños a estudio. Fue desarrollado (Goldberg & William, 1996) como método de identificación de casos psiquiátricos en la práctica clínica general y en la comunidad. el Child Behavior Checklist (CBCL) y en segunda fase el Diagnostic Interview Schedule (DISC-P IV) validados al español. Se estudió a *niños inmigrantes de primera o segunda generación de origen latinoamericano, *con edades comprendidas entre 6 y 12 años, escolarizados en los colegios públicos de Palma de

Mallorca. Dichos niños se han comparado con una muestra control de niños españoles escolarizados en sus mismos centros educativos. La selección de los niños inmigrantes se hizo en función de la nacionalidad y no del lugar de nacimiento por lo que de esta forma también se incluyeron a niños nacidos en España con al menos uno de los padres de origen latino, como resultado de obtuvo que la prevalencia de psicopatología entre los niños latinos residentes en Palma de Mallorca y con edades comprendidas entre 6 y 12 años es muy alta, de forma que 1 de cada 5 niños presentan un trastorno mental. La importancia de este estudio reside principalmente en dos aspectos. Por una parte hay pocos estudios epidemiológicos publicados sobre salud mental realizados en población infantil general en España; la mayoría de los estudios han analizado poblaciones clínicas o bien se han centrado en un único trastorno. Por otra parte, nuestro estudio investiga dos poblaciones culturalmente diferentes.

Guzmán, González, Rivera (2014) realizaron una investigación acerca de recursos psicológicos y percepción de la migración en menores con familiares migrantes participaron 177 estudiantes de primaria de la comunidad de Jesús del Monte, Michoacán como método utilizaron un estudio transversal con un diseño mixto. Seleccionamos la muestra de manera no probabilística e intencional. Iniciaron con la fase cuantitativa en la que utilizaron las escalas de recursos psicológicos de Rivera-Heredia, Andrade y Figueroa (2006) en la adaptación infantil realizada por Pedro Cisneros y Zamora-Villegas (2011). La escala está compuesta por 23 reactivos: recursos afectivos (14 reactivos) y recursos cognitivos (9 reactivos) que se califican en una escala Likert del 1 al 4: Siempre (4), Casi Siempre (3), Casi nunca (2) y Nunca (1). Su coeficiente de confiabilidad fue $\alpha = 0.77$ en recursos afectivos y $\alpha = 0.84$ en recursos cognitivos y así mismo utilizaron la Escala de

Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.i) diseñada por Rivera-Heredia y Andrade (2010), y adaptada por Ortega-Ferreira y Huerta-Araiza (2011) para la población infantil, escala que está compuesta por 12 reactivos que se califican en una escala Likert del 1 al 5. En la fase cualitativa, tomaron en cuenta la edad y etapa de desarrollo infantil; por ello diseñaron dos técnicas de recolección de datos: para los niños y niñas más pequeños, que cursan tercero y cuarto de primaria, utilizaron el juego con marionetas, y para los más grandes de quinto y sexto de primaria, emplearon grupos focales. En ambas técnicas contaron con la presencia de niños y niñas que tuvieran y que no tuvieran experiencia de migración familiar.

Trabajaron en un aula especial en donde instalaron una cámara de video que dio la posibilidad de grabar las sesiones para posteriormente realizar los análisis correspondientes.

Como resultado obtuvieron un total de 177 niños y niñas participantes 124 (70.1%) contaban con experiencia de migración familiar y solo 53 (29.9%) no habían vivido dicho fenómeno. Al analizar el tipo de experiencia de migración familiar de acuerdo a la clasificación que proponen Pérez-Padilla, Rivera-Heredia y Uribe-Alvarado (2012), encontramos que de los 177 niños y niñas participantes, el 54% contaban con migración indirecta, que hace referencia a la migración de la familia extensa, también se encontró un 17% de migración directa la cual hace referencia a la migración de los integrantes de la familia nuclear, ya sean el padre y/o la madre, los hermanos y hermanas, y los hijos e hijas. Un 29.9% de los menores participantes no tenían experiencia de migración en su familia, dentro de los recursos psicológicos individuales. Los niños y niñas con familiares migrantes presentaron mayor desarrollo de sus recursos afectivos, debido a que les fue más fácil hablar de sus emociones y sentimientos ante la migración de algún familiar; expresaron que hablar de ellos y con ellos, jugar, rezar, y pensar en que van a regresar pronto, son formas

que tienen para manejar sus emociones ante la lejanía de sus familiares, por lo que las utilizan para autorregularse y con ello mantener el equilibrio interno. En cuanto a sus recursos cognitivos, ambos grupos consideran que la migración es una opción para que la familia consiga estabilidad económica; perciben que laborar en otro país les permite tener una mejor calidad de vida. La diferencia radica en que los niños y niñas con experiencia de migración familiar tienen mayor conocimiento y claridad de los posibles riesgos que se pueden presentar durante la trayectoria entre los dos países.

Bonilla. Jimbo & Mayorga (2008) Realizaron una investigación con el nombre LA DEPRESIÓN ASOCIADA A LA MIGRACIÓN EN ESTUDIANTES DEL COLEGIO MIGUEL MORENO DE LA CIUDAD DE CUENCA EN EL AÑO LECTIVO 2008 -2009, con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en estudiantes cuyos padres sean migrantes, el tiempo de migración y la severidad clínica de la depresión; en estudiantes del ciclo básico del colegio Miguel Moreno. Aplicaron una investigación retrospectiva, descriptiva, cuantitativa a los estudiantes del ciclo básico sección diurna de un total de 568. La muestra fue representativa en la cual se consideraron a los 193 alumnos cuyos padres son migrantes. Lograron identificar los casos de depresión de acuerdo con la calificación del “Test de Depresión Infantil de Kovack”. En esta investigación se presentaron casos positivos 10.9% de depresión en los estudiantes hijos de migrantes. Se asoció los diferentes y principales factores que podrían afectar al estado de ánimo de los adolescentes como la identificación del familiar migrante, el tiempo de permanencia fuera del país, y persona con la que permanece al cuidado. Los adolescentes se encuentran más afectados cuando ambos progenitores están ausentes (11.86) al igual que el tiempo de migración afecta más el estado de ánimo cuando la madre ha migrado hace poco tiempo (menos año) 25%, a diferencia del

padre donde la mayor parte de casos positivos (13.79%) que corresponde a 11-15 años de migración que coincide con la edad de los encuestados los mismos que prácticamente no conocieron la figura paterna. Mientras que al considerar la persona responsable del cuidado del adolescente la depresión se presentó mayormente (25%) en los que el padre asume este cargo.

Patiño, C & Kirchner, T (2011) Este estudio titulado Estrés migratorio y sintomatología depresiva: Rol mediador del afrontamiento, busca determinar el rol mediador de las estrategias de aproximación y de las de evitación entre estrés migratorio y depresión. Participaron 295 inmigrantes latinoamericanos de entre 18 y 69 años reclutados mediante un muestreo de casos consecutivos en ONG catalanas. Los resultados muestran que el afrontamiento de aproximación no denota valor mediacional entre estrés y depresión ni en hombres ni en mujeres. El afrontamiento de evitación es un mediador parcial entre estrés y depresión únicamente en mujeres. Se establece que las estrategias de evitación que median la relación entre estrés migratorio y depresión en mujeres pueden repercutir en la implementación de terapias psicológicas. mayores de edad, residentes en la ciudad de Barcelona, reclutados mediante un muestreo de casos consecutivos, cuyos criterios de exclusión fueron ser menores de edad y llevar como mínimo un mes inmigrados. Se estableció contacto con los inmigrantes mediante la colaboración de una ONG catalana, cuyos servicios están dirigidos principalmente a inmigrantes latinoamericanos. El 33.9% de los participantes eran colombianos, 20.3% bolivianos, 15.3% peruanos, 15.2% hondureños y 15.3% paraguayos. En su mayoría, los participantes pertenecen al sexo femenino (63.1%). La media de edad fue de 34.59 años (rango 18 – 69 años, dt = 9.8). En relación con el estado civil, 46.8% fue soltero, 41.4% está casado o tiene pareja, 10.8% se encuentra

separado o divorciado y 1% restante está constituido por viudos. La media de permanencia en España es de 23.33 meses ($dt = 25.39$), en un rango comprendido entre 1 y 120 meses. Se obtuvieron los estadísticos descriptivos para las tres variables analizadas en función del género: estrés (total pss), depresión (dep scl-90-r) y afrontamiento (cri-a). El nivel de estrés referido por los inmigrantes fue medio, siendo significativamente más elevado en las mujeres en comparación con los hombres. Las variables más diferenciadoras entre géneros aluden a que las mujeres se sienten más afectadas que los hombres por sucesos inesperados y creen controlar en menor medida sus vidas. En relación con la presencia de síntomas de depresión, se observan nuevamente diferencias debidas al género, obteniendo las mujeres medias más elevadas que los hombres. Es importante mencionar que, comparada con la población no-clínica autóctona de la adaptación española del scl-90-r, la escala de depresión en la población inmigrante alcanza el centil 85, tanto en hombres como en mujeres. Comparada con la muestra clínica-psiquiátrica el centil equivalente es de 35 para los hombres y de 30 para las mujeres. En general, se advierte un incremento de respuestas de afrontamiento en la población inmigrada, comparada con la autóctona de la adaptación española del cri-a, especialmente de las estrategias de aproximación ($d = 0.60$); por el contrario, en las de evitación las diferencias entre ambas poblaciones son escasas ($d = 0.36$). El uso de estrategias de afrontamiento también varía según el sexo, encontrándose que, en comparación con los hombres inmigrados, las mujeres hacen un mayor uso de las estrategias de evitación. Se realizaron correlaciones para establecer la relación entre estrés, afrontamiento y depresión.

Guzmán, K. Gonzales, B & Rivera, M. (2015) Desarrollaron la investigación titulada Recursos psicológicos y percepción de la migración en menores con familiares migrantes.

Cuyo fin es describir y comparar los recursos psicológicos de los niños y niñas que tienen experiencia de migración dentro de su familia con los de quienes no la tienen. Participaron 177 estudiantes de primaria de la comunidad de Jesús del Monte, Michoacán (México). Aplicamos una metodología mixta. En la fase cuantitativa empleamos las Escalas de Recursos Psicológicos y de Evaluación de las Relaciones Intrafamiliares. En la fase cualitativa realizamos grupos focales y un juego con marionetas. Encontramos que la experiencia de migración impactó de manera semejante a los niños y niñas, quienes mostraron un mayor desarrollo de sus recursos familiares (unión y apoyo) que quienes no tenían experiencia de migración familiar. Realizaron un estudio transversal con un diseño mixto. Seleccionamos la muestra de manera no probabilística e intencional. Acudieron a una escuela pública de la localidad suburbana de Jesús del Monte Michoacán, ubicada de manera colindante con la ciudad de Morelia. Contamos con 177 participantes de los cuales el 49.4% eran mujeres y el 50.6% hombres, con un rango de edad de los 8 a los 14 años, siendo la edad más frecuente los 9 años. Todos ellos representaron el 80% del total de las niñas y niños que cursan de tercero a sexto grado de primaria. Del total de los 177 niños y niñas participantes 124 (70.1%) contaban con experiencia de migración familiar y solo 53 (29.9%) no habían vivido dicho fenómeno. Al analizar el tipo de experiencia de migración familiar de acuerdo a la clasificación que proponen Pérez-Padilla, Rivera-Heredia y Uribe-Alvarado (2012), encontramos que de los 177 niños y niñas participantes, el 54% contaban con migración indirecta, que hace referencia a la migración de la familia extensa que incluye a los abuelos y abuelas, tías y tíos, primas y primos, cuñados y cuñadas, y sobrinas y sobrinos; por su parte; también se encontró un 17% de migración directa la cual hace referencia a la migración de los integrantes de la familia nuclear, ya sean el padre y/o la

madre, los hermanos y hermanas, y los hijos e hijas. Un 29.9% de los menores participantes no tenían experiencia de migración en su familia. Al sumar la migración directa con la indirecta se detectó un 70.1% de menores con experiencia de migración en su familia. En el gráfico 1 pueden apreciarse las relaciones de parentesco que tienen los niños y niñas participantes con sus familiares migrantes.

Marco Teórico

En países latinoamericanos hay actualmente 7.6 millones de personas migrantes de los cuales son irregulares o están en vía de regularización y de ellos gran parte de la población infantojuvenil. Es importante determinar que la niñez y la adolescencia son etapas trascendentales en la vida adulta que durante este periodo ciertos acontecimientos pueden marcar de forma positiva o negativa la salud mental del individuo. Cualquier elemento vital negativo o intenso puede detonar cierta patología mental como depresión y ansiedad, con características específicas dependiendo de la edad y del período evolutivo en el que se encuentra el sujeto. Dentro del contexto de la migración cualquier condición supone un acontecimiento estresor, de no contenerse y tratarse con una adecuada red de apoyo podrá propender al desarrollo de enfermedades mentales. Es por tanto de vital importancia que a través de la crisis humanitaria en la que se encuentra sumergido Latinoamérica dar importante atención a la población infantojuvenil para asegurarse de que tengan un futuro favorecedor, es por tanto de gran interés para nosotros hacer una revisión documental que nos permitan tener información y así obtener una investigación profunda de todos los elementos que se encuentran sumergidos en el proceso migratorio y en especialmente para esta población.

Migración

El hombre comenzó a migrar desde el primer momento en que se enfrentó con la necesidad de buscar más y mejores oportunidades de vida, es un hecho tan común en el ser humano, que se puede decir que es parte de su naturaleza. Sin embargo, no podemos pasar por alto que la migración es generada principalmente por problemas sociales, políticos, económicos, personales, culturales, entre muchos más, con los que se enfrenta el hombre día a día.

La movilidad de personas siempre ha existido, pero en los últimos años se ha incrementado. Algunos analistas consideran que el siglo XXI será caracterizado como el siglo de las migraciones. Por migración entendemos los desplazamientos de personas que tienen como intención un cambio de residencia desde un lugar de origen a otro de destino, atravesando algún límite geográfico que generalmente es una división político-administrativa.

Michael Kearney y Bernadete Beserra (2002) definen a la migración como un movimiento que atraviesa una frontera significativa que es definida y mantenida por cierto régimen político un orden, formal o informal- de tal manera que cruzarla afecta la identidad del individuo.

Asimismo, Ludmila Borisovna Biriukova (2002) en su libro *Vivir un espacio. Movilidad geográfica de la población*, menciona que “la decisión de migrar es el resultado de un cálculo racional en el cual cada individuo compara los costos de la migración con sus recompensas”. Todo aquel que decida en un momento dado migrar de su lugar de origen, tiene que analizar todas y cada una de las opciones que tenga presente y saber el costo-

beneficio de la decisión que tome. De la misma manera Iain Chambers apunta “la migración implica un movimiento en el que el lugar de partida y el punto de llegada no son inmutables ni seguros. Exige vivir en lenguas, historias e identidades que están sometidas a una constante mutación.” Es muy importante que la persona que decida abandonar o cambiar su lugar de origen debe de estar consciente del proceso de asimilación al que se va a enfrentar y saber que en muchos casos no es nada sencillo adoptar nuevas formas de convivir y de desarrollarse en una sociedad distinta a la suya. La migración se asocia generalmente con grandes sufrimientos y miseria, es un proceso doloroso provocado principalmente por razones socioeconómicas, las cuales impulsan a dejar el lugar de origen en busca de mejores condiciones de vida para el migrante y los suyos hacia otro país en donde el bienestar político, económico y social es mejor. El Consejo Estatal de Población del estado de Puebla (COESPO) señala que Ningún país ni región del mundo escapa a la dinámica de las migraciones o puede mantenerse ajeno a sus consecuencias. La mayoría de los movimientos migratorios se debe a la búsqueda de mejores condiciones de vida, y su dinámica es favorecida por complejos factores estructurales como las asimetrías económicas entre las naciones, la creciente interdependencia económica y las intensas relaciones e intercambios entre los países.

Tipos de Migración

Blanco, C (2000) define la migración como los movimientos que suponen para el sujeto un cambio de entorno político administrativo, social y/o cultural relativamente duradero; o, de otro modo, cualquier cambio permanente de residencia que implique la interrupción de actividades en un lugar y su reorganización en otro. señala 3 dimensiones que facilitan determinar cuándo un desplazamiento es considerado migración o no:

Espacial: el movimiento ha de producirse entre dos delimitaciones geográficas significativas (como son los municipios, las provincias, las regiones o los países).

Temporal: el desplazamiento ha de ser duradero, no esporádico.

Social: el traslado debe suponer un cambio significativo de entorno, tanto físico como social.

Existe una tipología de migración que abarca el tiempo, el modo de vida, las necesidades y demandas profesionales, la edad y el grado de libertad. Según el tiempo pueden ser también: Estacionales, temporales reiteradas, de varios años e indefinidas. Según el modo de vida: pueden darse: Buscando un status profesional estable, exigencia de la actividad profesional, búsqueda de un desarrollo superior. Según la edad: Infantil, de adultos, de ancianos. Según el grado de libertad: Voluntarias y forzosas.

Dentro de las teorías referentes a la migración se encuentra: *Teoría neoclásica* de acuerdo con esta teoría, las migraciones internacionales obedecen a decisiones individuales sobre costo beneficio adoptadas para maximizar la renta, es decir, por diferencias entre las tasas salariales entre el país de origen y el país de destino. Los flujos laborales van de países de bajos salarios a países de salarios altos. Como resultado, la migración ejerce una presión a la baja sobre los salarios de los países de destino y una presión al alza en los países emisores hasta que se alcanza el equilibrio.

La teoría de los factores push–pull: Surge como resultado de la teoría neoclásica conocida como la teoría del push – pull, es un modelo que se basa en una serie de elementos asociados tanto al lugar de origen como al lugar de destino. En principio existen

una serie de factores que empujan (push) a abandonarlo al compararlo con las condiciones más ventajosas que existen en otros lugares, las que ejercen una fuerza de atracción (pull), generando de esta manera, una dinámica de expulsión (push) y atracción (pull). Este modelo destaca las motivaciones personales de los migrantes que, tras una evaluación de los costos y beneficios que supone la migración, optarán por la alternativa más ventajosa. La decisión de emigrar se analiza a partir de una racionalidad instrumental que induce a elegir libremente entre las oportunidades que ofrece el mercado dentro y fuera del país.

Desarrollo Biosocial Infantil

Los patrones culturales afectan el crecimiento en muchas familias del sur de Asia. Los varones son alimentados mejor que las niñas en consecuencia las niñas tienen hacer mucho más bajas y más pequeñas que los varones y tienen más probabilidades de morir en la primera infancia (la tasa de mortalidad en la India es casi el doble en las niñas) (Costello y Manandhar, 2000). Por el contrario, los varones son más vulnerables que las niñas en la mayoría de las Naciones desarrolladas. Por ejemplo si bien los niños de ambos sexos en los Estados Unidos generalmente son saludables y están bien alimentados los varones tienen una probabilidad 25% mayor que las niñas de padecer una enfermedad grave (U.S. Bureau of the Census, 2004-2005).

Nivel Socioeconómico

Los ingresos económicos también afectan el crecimiento físico, tradicionalmente las familias de bajos ingresos de todos los grupos étnicos que sus hijos estaban malnutridos y

por lo tanto se volvieron vulnerables a la enfermedad. En otra época era un miedo razonable los adultos intentaban asegurarse de que los niños comieran lo suficiente, esa reacción se ha vuelto destructiva, no protectora. Por ejemplo, en 1975 en Brasil, dos tercios de todos los problemas nutricionales se relacionaban con la desnutrición en 1997 dos tercios de los problemas se relacionaban con la sobre alimentación. En Brasil los ingresos más bajos se correlacionan tanto con más casos de bajo peso como de sobrepeso (Montero y cols., 2004).

La sobrealimentación es un problema reciente que todavía no se observa en todas las naciones actualmente en algunos países. Como varias partes de Asia y África el alimento sigue siendo escaso y por eso los niños son mucho más bajos que sus pares genéticos de las naciones más ricas. Hay otros factores que también influyen entre ellos el orden de nacimiento el sexo la presencia de enfermedad y la religión (Eveleth y Tanner, 1990). Los varones primogénitos saludables que viven en ciudades al nivel del mar tienen a ser más altos que sus padres que viven en otras geografías si bien tradicionalmente estos varones podían considerarse con ventajas en más grandes no siempre es mejor si los varones altos y pesados se convierten en hombres altos y pesados serán vulnerables a muchas enfermedades en la adultez.

Hábitos Alimentarios

En comparación con los lactantes los niños pequeños sobre todo los de la época actual que son más sedentarios que sus padres o sus abuelos necesita muchas menos calorías por kilo de peso corporal el apetito disminuye entre los 2 y los 6 años y muchos padres se preocupan los amenazan o los extorsionan ("si comes toda la cena, puedes tomar helado").

La reducción del apetito en la primera infancia no es problema médico A menos que el niño sea extraordinariamente Delgado o no aumenta de peso en absoluto los percentiles indican si los niños están perdiendo ganando peso en comparación con sus padres estas medidas constituyen una mejor guía para la deficiencia nutricional o la sobrealimentación que lo que pueda en el plato después de comer.

Depresión

Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales.

El término depresión se utiliza especialmente para referirse a cualquiera de los trastornos depresivos. En la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos:

- Trastorno depresivo mayor (a menudo denominado depresión)
- Trastorno depresivo persistente (distimia)
- Otro trastorno depresivo especificado o no especificado

Otros son clasificados por la etiología:

- Trastorno disfórico premenstrual
- Trastorno depresivo debido a otra enfermedad
- Trastorno depresivo inducido por sustancias/fármacos

Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es típico su desarrollo en la adolescencia y entre los 20 y los 30 años (ver Trastornos depresivos en niños y adolescentes). Hasta el 30% de los pacientes refieren síntomas depresivos en los centros de atención primaria, pero < 10% tendrá una depresión mayor. Es importante resaltar que la depresión puede afectar a cualquier persona, no todas las personas con depresión tienen los mismos síntomas. La cantidad de síntomas, su gravedad, su frecuencia y su duración varían de una persona a otra y pueden depender de la enfermedad que tengan. Los síntomas también pueden variar dependiendo de la etapa de la enfermedad.

Depresión Infantil

Antes de la pubertad, las niñas y los niños tienen la misma probabilidad de desarrollar depresión. Los niños con depresión pueden fingir estar enfermos, no querer ir a la escuela, aferrarse a sus padres, o preocuparse de que sus padres puedan morir. Debido a que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a otra, puede ser difícil darse cuenta si un niño sólo está pasando por una “etapa” transitoria o si está sufriendo de depresión. A veces los padres se preocupan de cuánto ha cambiado el comportamiento de su niño o un maestro menciona que “su hijo no parece ser el mismo de antes”. En tal caso, si después de una consulta con el pediatra se descartan los síntomas físicos, el médico probablemente sugerirá que se evalúe al niño, preferiblemente por un profesional de la salud mental que se especialice en el tratamiento de niños. La mayoría de los trastornos crónicos del estado de ánimo, como la depresión, comienzan en los niños como niveles altos de ansiedad.

Los años de la adolescencia pueden ser difíciles. Los adolescentes están formando una

identidad separada de sus padres, lidiando con cuestiones nuevas de sexualidad y de género, y tomando decisiones independientes por primera vez en sus vidas. Es normal que tengan mal humor de vez en cuando, pero la depresión es diferente. Los niños mayores y los adolescentes con depresión pueden ponerse de mal humor, meterse en problemas en la escuela, ser negativos e irritables, y sentirse incomprendidos. Si no está seguro si su hijo adolescente está deprimido o simplemente está “siendo un adolescente”, considere cuánto tiempo han estado presentes los síntomas, que tan graves son, y si ahora se comporta muy diferente de como antes se comportaba. Los adolescentes con depresión también pueden tener otros trastornos como la ansiedad o trastornos de la alimentación o abuso de sustancias. También pueden tener un mayor riesgo de suicidarse. Por lo general, los niños y adolescentes dependen de que los padres, maestros, u otros cuidadores reconozcan que están sufriendo y les consigan el tratamiento que necesitan. Muchos adolescentes no saben a dónde ir para obtener tratamiento de salud mental o piensan que el tratamiento no les ayudará. Otros no reciben ayuda porque creen que los síntomas de depresión pueden ser sólo parte de la tensión típica de la escuela o de ser un adolescente. Algunos adolescentes se preocupan de lo que otras personas piensen si buscan atención para su salud mental. La depresión a menudo persiste, se repite y continúa hasta la edad adulta, especialmente si no se trata. La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza vital y profunda, mayor en intensidad y duración que envuelve al niño/a hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás, presentando sentimientos de desesperación y desaliento; siendo el eje principal de la depresión infantil, la tristeza. La depresión infantil no existía, que la infancia era una época de felicidad y alegría permanente, que la tristeza y la preocupación de quienes se encontraban en la niñez, eran

totalmente pasajeras; sin embargo, en el mundo real existen niños/as deprimidos que están llenos de preocupaciones, incluso más que un adulto, puesto que su desarrollo cognitivo no le permite encontrar explicaciones racionales a gran parte de las cosas que le ocurren, además de preocuparse no sólo por los problemas reales, sino también por los imaginarios; esto puede generarle un sentimiento de inseguridad y conducir a emociones negativas y por lo tanto a la depresión infantil.(Manual de Psicología Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana pág. 221)

La depresión infantil es una realidad que no debemos ignorar, debemos aprender a reconocer los factores que pueden llevar a un niño/a la depresión infantil. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad a teorías biológicas y teorías psicológicas, y, dentro de ésta considerar factores familiares y socioculturales que combinados dan lugar a la aparición de una conducta desajustada. La aparición de un acontecimiento o evento estresante puede favorecer la existencia de pensamientos depresores, sobre todo en la edad preescolar en la que el niño/a es mucho más sensible a situaciones problemáticas.

Para poder tener una visión global del tema es necesario mirar las distintas concepciones teóricas de la depresión como lo son:

Biológicas. Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos; por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos). Se explican la aparición de la depresión infantil por genes que tienen un papel en la producción en el desarreglo en la producción de los elementos bioquímicos, que están en la base de la explicación biológica de la depresión.

La herencia de un sistema neuroendocrino defectuoso sería la explicación biológica de la aparición de la depresión infantil, esta idea se ha consolidado por el hecho de que tener antecedentes familiares depresivos es un riesgo importantísimo de aparición de la depresión infantil. En el caso de los niños/as esto se sabe que es así, pero es muy difícil determinar qué es lo que realmente está transmitido como una base genética o lo que está funcionando como un ambiente depresivo en el niño/a. Una madre no sólo transmite genes, sino también un cierto ambiente de falta de refuerzos, de acontecimientos negativos, de no actividad, y eso también puede ser interpretado como causa de la depresión infantil no exclusivamente biológica. Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. (Manual de Psicología Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág. 233, 234) 2. Teorías psicológicas: Las teorías psicológicas se refieren a episodios anteriores, repertorios básicos de conducta, comorbilidad y personalidad. En la teoría psicológica podemos distinguir tres corrientes:

Conductual. En la psicología conductista la causa de la depresión infantil es la ausencia de refuerzos: Para esta escuela, la depresión infantil se produce estrictamente por esta causa. La vida tiene una serie de actividades que producen contento, y si esas actividades no se llevan a cabo u otros no producen sentimientos positivos sobre nosotros, entonces aparece la depresión infantil, también influye que haya en el entorno acontecimientos negativos que no solamente no producen refuerzos, sino que producen disgustos, y éstos serían acumulativamente una explicación para la aparición de la depresión infantil.

Cognitiva. El modelo cognitivo propuesto por Beck, Rush, Emery y Shaw (1983)

señala que la depresión infantil está producida por estilos particulares del pensamiento que incluyen una visión negativa acerca de sí mismo, del mundo y del futuro. Estos estilos son el producto de experiencias negativas tempranas del niño/a que han generado esquemas cognitivos inadecuados relacionados con las predicciones sobre la incontrolabilidad de los acontecimientos negativos. Estos esquemas son patrones relativamente estables y se activan con las semejanzas en situaciones estimulares dando lugar a la triada cognitiva, es decir, la visión negativa sobre sí mismo (baja autoestima), la interpretación de sus experiencias en forma negativa (atribuciones) y su visión pesimista sobre el futuro (desesperanza), la cual provoca los nocivos efectos motivacionales, la inhibición y apatía y el afecto negativo características de la depresión. (Manual de Psicología Clínica Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág.232, 234).

Perspectiva Clínica de la Depresión Infantil.

Un porcentaje significativo de la población infantil mundial presenta depresión como trastorno de estado de ánimo, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2003, aparece como “la principal causa de discapacidad”. Se pronostica que para el año 2020, este trastorno ocupará el segundo lugar entre los trastornos mentales y físicos. Los trastornos depresivos son de las principales causas de morbilidad y mortalidad en edades tempranas de la vida, con una prevalencia entre el 2% y el 5%, y en la adolescencia, entre el 4% y el 8%, con una prevalencia del 25% al final de la adolescencia. Los trastornos depresivos tienen una prevalencia igual en niños y niñas, que cambia en la adolescencia. Los trastornos del ánimo siguen siendo los predictores más altos de suicidio en adolescentes y, cuanto más temprano se instala el trastorno depresivo, mayor es el riesgo de suicidio y de intentos de suicidio, siendo este de interés en salud pública.

Aunque la etiología y fisiopatología de la depresión no está del todo clara, existen aspectos biológicos que están relacionados con su aparición; heredabilidad genética, desregulación de los sistemas serotoninérgicos y noradrenérgicos, disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y la influencia de las hormonas sexuales durante la pubertad. Dentro de los factores ambientales se describe: vivir con un solo padre o con otras personas (no padres), experiencias de pérdida o abuso, antecedente de psicopatología de algún progenitor y un entorno familiar disfuncional.

La depresión en niños y adolescentes sigue un curso crónico y prolongado. La mayoría remite de su primer episodio en 7 a 9 meses, sin embargo, ese período se suele asociar a alteraciones a nivel cognitivo con pobre rendimiento escolar, dificultad en las relaciones con pares y familiares, mayor riesgo de abuso de sustancias, ideación suicida y nuevos episodios recurrentes

Signos y Síntomas de Depresión.

Los niños se sienten tristes, decaídos, deprimidos o, a veces, irritables. Sin embargo, algunos insisten en que sólo han perdido el interés en casi todas las actividades que antes les gustaban según el profesor James Morrison y la psiquiatra infantil Kathryn Flegel argumentan que otros síntomas incluyen fatiga, incapacidad para concentrarse, sensación de no valer nada, culpa, deseos de muerte o pensamientos suicidas. Tres áreas sintomáticas pueden mostrar un aumento o disminución respecto de lo normal: sueño, apetito/peso y actividad psicomotriz. (En éstas, el cuadro clásico incluye una disminución, pero algunos pacientes con depresión mayor atípica muestran un aumento.)

Preescolares (3 a 6 años de edad)

El síntoma de presentación más frecuente es la ansiedad. En niños pequeños, la ansiedad se manifiesta con las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis). Se observa con cara triste, indiferente o inexpresiva, falta de socialización, no juega con otros, habla poco y no se relaciona; hay disminución del hambre sin causa aparente, somatizaciones, entre las más frecuentes cefaleas y dolores abdominales, manifiesta irritabilidad y rabietas frecuentes. También pueden presentar retraso en el peso esperado para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.

Escolares (7 años de edad a la pubertad)

Se puede observar cara triste, apatía, irritabilidad, agresividad, letargo o hiperactividad, tristeza y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y, en ocasiones, ideas recurrentes de muerte, conductas de autorriesgo, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en área escolar, trastorno del sueño, disminución o aumento del apetito y trastornos somáticos.

Adolescentes

Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, con conductas de autorriesgo más marcadas; se observan negativistas y disociales, se exponen al abuso de alcohol y sustancias, tienen marcada irritabilidad, agresividad, sentimientos de no ser aceptado, aislamiento, descuido en el autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, anhedonia y cogniciones de autorreproche, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima. En ocasiones, pueden tener pensamientos relativos al suicidio o a las autoagresiones (cortes superficiales en extremidades, abdomen, golpearse contra las paredes, quemarse, pellizcarse, rasguñarse, entre otros). Es frecuente en cualquiera de las

edades de presentación que el trastorno depresivo se manifieste asociado con otros trastornos, como se describe en las comorbilidades de esta revisión.

Mitos

- Los niños no se deprimen.
- La depresión infantil es una etapa del desarrollo humano normal.
- La depresión infantil es una enfermedad poco frecuente.
- La depresión infantil no existe antes de una edad determinada.
- La depresión infantil es una enfermedad transitoria.

Realidad

- La depresión no solamente se refleja con tristeza o con llanto inesperado.
- es un trastorno que afecta a niños de todas las edades.
- Existen niños/as deprimidos que están llenos de preocupaciones, incluso más que un adulto.
- La duración de los episodios de depresión infantil son muy variables, a veces pueden desencadenarse rápidamente, precipitados por un acontecimiento grave.

Diagnóstico

La identificación de los trastornos depresivos se ha incrementado debido a la mejor definición diagnóstica y al uso de diversos instrumentos de evaluación. El diagnóstico debe realizarse mediante entrevista clínica y no ser derivado únicamente de cuestionarios. Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, son la Clasificación Internacional de Enfermedades (trastornos mentales y

del comportamiento, CIE-10) y la de la American Psychiatric Association (DSM-5).

Crterios diagn3sticos seg6n la CIE-10

- El episodio depresivo debe durar al menos 2 semanas.
- El episodio no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
- S3ndrome somático: com6nmente se considera que los s3ntomas somáticos tienen un significado cl3nico especial y en otras clasificaciones se les denomina melanc3licos o endogenomorfos: P3rdida importante del inter3s o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
 - Ausencia de reacciones emocionales frente a acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
 - Despertarse por la ma1ana 2 o m1s horas antes de la hora habitual
 - Empeoramiento matutino del humor depresivo
 - Presencia de enlentecimiento motor o agitaci3n
 - P3rdida marcada del apetito
 - P3rdida de peso de al menos 5% en el 6ltimo mes
 - Notable disminuci3n del inter3s sexual.

La CIE-10 divide el cuadro depresivo en leve, moderado o grave (con o sin s3ntomas psic3ticos). Siempre deben estar presentes al menos dos de los tres s3ntomas considerados t3picos de la depresi3n: 1nimo depresivo, p3rdida de inter3s y de la capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad.

Crterios diagn3sticos seg6n el DSM-5

El trastorno depresivo se diagnostica si cumple con la presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer que está presente la mayor parte del día durante las 2 últimas semanas, y que se acompaña de cinco de los siguientes síntomas: pérdida o ganancia de peso, insomnio, enlentecimiento motor o agitación psicomotriz, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio. Estos síntomas deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social o laboral en el niño o adolescente.

Tratamiento

La guía de la American Academy of Children and Adolescent Psychiatry (AACAP) en los Estados Unidos recomienda diferentes intervenciones según la gravedad de la sintomatología. En depresión leve, dar terapia de apoyo con vigilancia de la respuesta durante las primeras 6-8 semanas. En depresión moderada, iniciar terapia cognitivo-conductual y/o un antidepresivo. Y en depresión severa, se recomienda antidepresivo inicialmente siempre asociado con algún tipo de psicoterapia. La guía de la National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH) del Reino Unido recomienda psicoterapia como primera línea en cualquier tipo de gravedad de la depresión durante 12 semanas, y luego poder evaluar, si no hay respuesta, la necesidad de un antidepresivo. A continuación, se describe cada enfoque de tratamiento.

Psicoeducación

Es muy importante explicarles a los encargados del niño acerca de la depresión infantil y la aceptación de los padres ante este diagnóstico. Deben reconocerse cuáles serían los

factores protectores a esta condición, pues reducen la probabilidad de depresión en presencia de factores de vulnerabilidad o de activación:

- Encontrar actividades o medios sociales que le puedan generar un buen sentido del humor. Tener buenas relaciones sociales, que involucren mejores amigos.
- Tener buenas relaciones familiares; ojalá sean estrechas con uno o más miembros de la familia
- Que las personas a su alrededor le reconozcan logros personales.

Psicoterapias

La que más reportes de eficiencia y eficacia dan para esta población es la psicoterapia de tipo cognitivo-conductual, que se fundamenta en la modificación, mediante la combinación sistemática de técnicas cognitivas y conductuales, de ciertas conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados con situaciones específicas y actitudes desadaptativas, que estarían relacionadas con la génesis de la sintomatología depresiva. La mayor parte de estos se ha llevado a cabo en adolescentes, encontrándose más limitaciones en su aplicación en niños, ya que su desarrollo cognitivo aún no se ha completado y presentan un mayor grado de dependencia de los padres, lo que obliga a ajustar las intervenciones al estadio evolutivo del paciente. La terapia familiar ha demostrado ser útil como coadyuvante de las psicoterapias individuales anteriormente mencionadas. Su valor es aún mayor cuando se trata de cuadros de disfunción familiar o de duelo. Lo importante es que la familia esté dispuesta a iniciar el proceso y a realizar los cambios que sean necesarios, dado que en ocasiones la depresión de un niño es la actuación de un conflicto familiar.

Psicofármacos

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) Los inhibidores de la recaptación de serotonina constituyen actualmente el tratamiento farmacológico de elección en la depresión de niños y adolescentes, tanto por su eficacia como por sus escasos efectos adversos y su seguridad. El más extensamente estudiado es la fluoxetina, el primero que fue aprobado por la Food and Drug Administration (FDA) para el tratamiento de la depresión infantil, en niños a partir de los 8 años de edad. Otros más frecuentemente utilizados en esta población son: fluvoxamina, sertralina y escitalopram. A pesar de que algunos ensayos clínicos han obtenido respuestas prometedoras con la paroxetina, este ISRS es el que más resultados negativos ha obtenido en estudios de eficacia en esta población, motivo por el que no se recomienda su utilización actualmente.

Perspectiva social de la depresión

La depresión es la principal causa de deterioro del bienestar psicológico en el mundo y afecta a 121 millones de personas en el mundo, señala la Organización Mundial de la Salud (OMS). En la actualidad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea el enfoque de salud al completo estado del bienestar físico, mental y social, y no solo a la ausencia de enfermedad o incapacidad. Según datos de la Organización Panamericana de Salud (OPS), hay 100 millones de nuevos casos de depresión cada año en el mundo, con mayor prevalencia en adultos, con un 15 % de hombres y 24 % de mujeres. El porcentaje mayor comprendido entre las edades de 18 y 45 años que como se conoce es la etapa de mayor productividad del individuo. La depresión forma parte también de un problema o

fenómeno no sólo médico sino también social. Los pacientes deprimidos tienen múltiples factores de riesgo, es decir, la probabilidad que tiene un individuo de desarrollar una enfermedad dada a lo largo de un periodo preestablecido.

Se trata de un problema psicológico, porque es la persona quien la sufre, y social porque no es sino en el contexto social del individuo donde dicha experiencia cobra sentido. Como estado afectivo negativo vendría caracterizado por manifestaciones de tristeza, desmoralización, aislamiento, desesperanza, fracaso y pensamientos de suicidio, mientras que el malestar físico haría referencia a problemas como la falta de apetito, la pérdida de peso, las dificultades para conciliar el sueño, el agotamiento, etcétera. Hasta la década de 1970, los principales enfoques psicológicos explicativos de la depresión generalmente procedían del psicoanálisis o estaban basados en las teorías del aprendizaje. Modelos teóricos que intentan explicar la aparición de la depresión inician a finales de 1960, no sólo a reconocer y enfatizar el papel que algunos factores de naturaleza mental o cognitiva juegan en la génesis de la depresión. Hasta finales de la década de 1970, uno de los modelos más utilizados para explicar la depresión fue la teoría de la indefensión aprendida de Seligman, que se situaba, si bien de forma crítica, dentro de las coordenadas del condicionamiento operante skinneriano. En este modelo, la depresión es el resultado de la exposición de la persona a situaciones en las que no existe un control sobre las consecuencias del comportamiento.

El modelo atributivo de la depresión se convirtió en uno de los modelos más utilizados para explicar la sintomatología depresiva, argumentando que las personas que realizan atribuciones internas, estables y globales sobre acontecimientos negativos de su vida cotidiana tienen una mayor probabilidad de sufrir una depresión. Frente a este modelo

característico de una psicología social de corte psicológico, existen otras perspectivas más sociológicas en las que la depresión es vista como la respuesta del individuo a las condiciones del medio, relacionando la depresión con la posición que la persona ocupa en la estructura social y con sus propias interacciones sociales (Blanco & Díaz 2007; Sánchez, Garrido y Álvaro 2003).

La alienación y la autoestima permiten ampliar una perspectiva psicosociológica en el estudio de los estados emocionales de las personas. Estas dimensiones implican todas ellas una pérdida del control personal sobre el medio y hacen referencia a los efectos de la deficiente integración del individuo en su sociedad. Este debilitamiento de las relaciones del individuo con el marco moral de la colectividad está vinculado a otro concepto de la tradición sociológica como es el de anomia. Un individuo alienado está despojado de su capacidad de influir sobre su medio, ya que actúa en un vacío normativo, simbólico e interpersonal. La falta de expectativas para transformar las circunstancias y sucesos adversos, la incapacidad para predecir el futuro, la no existencia de normas sociales, la ausencia de significado y propósito en la vida personal, así como el sentimiento de separación y distanciamiento con respecto a sus ideas, acciones y sentimientos, sujetos al control o decisión de otros, hunden sus raíces en las condiciones sociales de existencia fijadas por la posición social. Asimismo, la autoestima, como valoración de la identidad personal, depende de las actitudes de los otros significativos: la autoimagen no se da en un vacío social, sino que es a través de la interacción con otros como tomamos conciencia de nosotros mismos.

Las fortalezas familiares

Cada familia es única y diferente entre sí y entre culturas. Sin embargo, sostienen que

existe también una similitud importante entre los recursos entre diferentes contextos culturales. En dicho modelo, mencionan Stinnet y DeFrain (2006) y Rivadeneira (2013), se identifican seis cualidades esenciales que se toman en consideración al hablar de fortalezas o recursos familiares:

- **Compromiso con la familia:** hace referencia a los esfuerzos de los miembros de la familia que se centran en el bienestar mutuo; autores como Donati (2003) y Borafull (2008) mencionan que dicho compromiso implica el sentirse parte de, donde el interés no solo se encuentra en las relaciones verticales (padre e hijos) sino también en las horizontales (entre hermanos) e incluso intergeneracionales.
- **Comunicación positiva:** implica la capacidad de la familia para desarrollar una comunicación adecuada, según Borafull (2008), con mensajes claros y congruentes. La comunicación es fluida y se goza de una eficaz capacidad de expresar realmente lo que sienten con precisión y, a la vez, capacidad de dialogar.
- **Aprecio y afecto:** relacionado con el invertir tiempo en muestras de cariño para los miembros de la familia; desde los aportes de Olson y Defrain (2006), Lyubomirsky (2008) y Borafull (2008), el compromiso se alimenta y fortalece con las muestras expresivas de aprecio, donde destacan los abrazos, besos, respeto, amabilidad, cumplidos, entre otros.
- **Tiempo compartido:** se refiere a la importancia dada a los espacios y momentos familiares; además, el bienestar espiritual, relacionado con el trascender más allá de los obstáculos y dedicarse a lo que se considere familiarmente sagrado y el manejo exitoso del estrés y la crisis (resiliencia), a partir de la creatividad y efectividad (Rivadeneira, 2013).

Duelo

Los seres humanos poseen la característica de depositar muchos afectos y esperanzas en los demás; asimismo, unen su vida con otros mediante una amplia red de relaciones emocionales, sociales, laborales y económicas que, en términos generales, son de dependencia. La extinción de éstas es también, en mayor o menor medida, la conclusión de una parte de lo que han llegado a ser quienes estaban en la relación; así, mueren uniones comunes que ayudan a que las personas sean y se sientan de determinada manera. Por eso se requiere tiempo para realizar el proceso de elaboración del duelo y éste suele ser doloroso.

La palabra duelo proviene del latín *dolus*, que significa dolor, y se define como la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo o también, como la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, cuya intensidad y duración son proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. Es un proceso normal, por lo tanto, en principio no se requiere el uso de psicofármacos ni de intervenciones psicológicas para su resolución. En su trabajo *Duelo y melancolía*, Freud compara a la melancolía con el duelo, y lo considera un afecto normal que hace posible la comprensión de la melancolía.

En todas las situaciones vitales hay cierto grado de aflicción y duelo. Incluso, cambios tan comunes como mudarse a otra casa o trasladarse a una nueva región implican que las persona sienten pesar por la pérdida del contexto en el que siempre han vivido y, a veces, por la falta de contacto cercano con los amigos. Otros ejemplos de pérdidas son: cuando un

profesional obtiene un nuevo puesto y experimenta tristeza por tener que alejarse de sus pacientes y colegas; cuando termina un periodo de aprendizaje y los estudiantes lamentan abandonar a los maestros que han enriquecido sus conocimientos, e incluso se preguntan cómo podrán arreglárselas sin su apoyo y ayuda.

Cada paso que se da hacia adelante, al mismo tiempo que gratifica y ofrece nuevas oportunidades, significa que se está dejando algo atrás. Es posible apartarse de esto con un sentimiento de desilusión e ira, pero en la medida que el pasado contenga cosas que una persona valora y considera buenas, sentirá tristeza y aflicción al abandonarlas. Incluso, cuando los adolescentes llegan a esta etapa suelen experimentar un pesar profundo debido a que su infancia ha concluido. En la madurez se hace el duelo por la pérdida de la juventud, lo cual implica “perder” los ideales y las ambiciones juveniles que no fueron satisfechos; tiempo después, en la vejez, se realiza el duelo por el deterioro de la energía y de distintas funciones, así como por la proximidad a la muerte.

El duelo conlleva dos tipos de afrontamientos: un afrontamiento emocional y otro racional. Es el primero el más difícil y el que más tiempo necesita; el segundo resulta más accesible transcurridos los primeros momentos de la pérdida. La doctora Klüber-Ross (2000) habla de las fases de negación, rabia, negociación, depresión y aceptación.

El tránsito por estas fases/etapas/tareas no es lineal, sino que hay movimientos adelante y hacia atrás, progresiones y regresiones, es lo que Carrasquilla (2004) denomina “la montaña rusa” en el duelo, es decir, momentos buenos y malos, apareciendo con frecuencia, especialmente en las fases iniciales e intermedias de este proceso, las llamadas

“oleadas de angustia” o “espasmos” que son momentos de aflicción aguda coincidentes con recuerdos, evocaciones, fechas significativas.

Duelo migratorio

Para referir duelo migratorio se utilizan distintas denominaciones, para hacer referencia a la pérdida que sufren las personas que se ven abocadas a abandonar su país y emigrar a otro para buscar un futuro mejor: “Síndrome de Ulises”, “Duelo Migratorio”, “Mal del Inmigrante”, “Síndrome del Emigrante”, “Morriña”, “Melancolía”, “Nostalgia del Extranjero”, “El bajón de los seis meses”. Este tipo de duelo sería aplicable no solo a situaciones de emigración motivadas por precariedad económica y condiciones de subsistencia, sino también a aquellas personas que tienen que salir del territorio donde habitan por motivos de violencia, guerras, persecución. En todos los casos, junto con los problemas propios del proceso migratorio (condiciones del desplazamiento, precariedad, rechazo en el país de destino.) se suman también la pérdida extraordinariamente significativa de los vínculos con la tierra y con las gentes que los vieron crecer.

Según Achotegui y González (2006), los estresores más importantes que afectan al inmigrante son la soledad, la sensación de fracaso ante el proceso migratorio, la lucha por la supervivencia (alimentación, vivienda, etc.) y el miedo ante peligros físicos (en el proceso migratorio) o a la detención y expulsión (una vez se ha llegado al país receptor).

Este fenómeno no es algo nuevo siempre ha estado presente en el transcurrir del tiempo y la historia, éste siempre se ha visto atrapado entre dos pulsiones polarizadas:

1. La necesidad-deseo de conocer-explorar nuevos territorios.

2. El deseo-necesidad de echar raíces y afincarse en los territorios conocidos.

En La Odisea, Ulises el navegante expresa: “Deseo y anhelo continuamente irme a mi casa y ver lucir el día de mi vuelta”. Tomando el nombre del mítico héroe, el término “síndrome de Ulises” es una denominación particular empleada para expresar el malestar, la desesperanza, el desánimo, la depresión, el sufrimiento que sienten muchos inmigrantes por estar lejos de los suyos. En muchas ocasiones, antes de la partida el emigrante suele idealizar (o le idealizan) el destino; al llegar, no todo es como le habían dicho o como se imaginaba. Se encuentra frecuentemente con condiciones difíciles de vida, con problemas para encontrar trabajo, problemas de regularización, de vivienda, del idioma, presiones externas, dificultades de adaptación, rechazo, exclusión, todo lo anterior dificulta la aceptación de la nueva situación y la integración del distanciamiento respecto de su país de origen.

El autor Achotegui (2002) refiere que, transcurrido los primeros momentos de la novedad, y tras de observar lo distinto del país receptor (un tiempo variable) aparece la nostalgia generalmente acompañada de tristeza, llanto, cambios de humor, sentimientos de culpa, ideas de muerte, somatizaciones y desórdenes psíquicos varios. El proceso migratorio es un cambio muy drástico. Todos los cambios están llenos de ganancias y pérdidas, de riesgos y beneficios. Integrar las pérdidas requiere un proceso de reorganización interna. Este proceso de reorganización (duelo) no se resuelve solo con un buen trabajo y una situación legal estable. Sin duda, si los beneficios superan las pérdidas, el duelo resulta menos dificultoso por cuanto el individuo se inclina a sopesar y reduce sus sufrimientos con aquello que está logrando. Si ciertamente para ningún duelo es recomendable el olvido, igualmente para el duelo migratorio.

Características del duelo migratorio.

1. Es un duelo parcial, recurrente y múltiple: Es un Duelo Parcial en tanto que el “objeto” de la pérdida no desaparece como tal y para siempre, sino que existe la posibilidad del reencuentro. Al contrario de lo que ocurre con el Duelo Total en el que el “objeto” de la pérdida desaparece para siempre y no hay posibilidad de que vuelva, no hay opción al reencuentro. Falicov (2002) señala que, a diferencia del inalterable hecho de la muerte, las pérdidas del inmigrante son a la vez más amplias y más reducidas; amplias ya que la inmigración trae pérdidas de todo tipo; y también más reducidas que el alcance de la propia muerte en sí misma. Las pérdidas de la inmigración no son tan claras, completas o irrevocables. Según Boss (2001), se trataría de una “pérdida ambigua”. En este caso el objeto del duelo (el país de origen) no desaparece, no se pierde propiamente para el individuo, pues permanece donde estaba y es posible contactar e incluso volver nuevamente con él. Se trataría pues más de una separación que de una pérdida definitiva en sí misma. Realmente el duelo migratorio es una separación en el tiempo y el espacio del país de origen donde (según las circunstancias) cabe la posibilidad del reencuentro temporal o definitivo. Un Duelo Recurrente, con gran facilidad para reactivarse. Esta dimensión incorpora una enorme complejidad al proceso de elaboración ya que el duelo siempre se está reabriendo: el contacto telefónico, internet, los viajes esporádicos, la llegada de paisanos hacen que el vínculo se revive. Más recurrente se vuelve el duelo cuando las circunstancias en el país de destino no marchan bien, es muy común que aparezca la “fantasía del regreso” (Achotegui, 2000).

Un Duelo Múltiple, se pierden muchas cosas a la vez, todas valiosas, importantes, significativas:

El duelo por la familia y los amigos. Este duelo comprende la separación de la familia: hijos pequeños, padres mayores, hermanos, familia extensa, además de los amigos y relaciones íntimas. Supone una pérdida de la red familiar. Hay que destacar que este proceso no es de pérdida total, por cuanto una de las tendencias más frecuentes es al “reagrupamiento”. En cualquier caso, el reagrupamiento no puede ser completo y en muchos casos este no se llega a dar ni en una mínima parte.

El duelo por la lengua. La pérdida del idioma o lengua materna para el uso cotidiano en la mayoría de los contextos hace dificultoso la expresión de los aspectos íntimos. El aprendizaje de la nueva lengua no conlleva la incorporación de claves y códigos que permitan la expresión de lo que cada cual lleva dentro.

El duelo por la cultura. Se siente una pérdida por aquellos hábitos, valores, formas de vida propios de la cultura de procedencia. Se intenta revivir día a día esas costumbres y usos. Desde el tipo de comidas que se cocinan, el tipo de indumentarias que se visten, los colores con los que se pintan las paredes.

El duelo por la tierra. Este tipo de duelo entiende la “tierra” en sentido amplio: los paisajes, los colores, los olores, la luminosidad, cuando una persona no quiere estar en un lugar tiende a magnificar los aspectos negativos de ese lugar y lo vive como asfixiante y agobiante.

El duelo por nivel social. La migración comporta una pérdida de nivel social, el inmigrante se incorpora al último escalafón social independientemente del estatus que ostentara en su país de origen. Cuando la estancia en este peldaño se hace prolongada,

máxime cuando no es esta la expectativa, la persona tiende a desmoralizarse, desmotivarse y valorar en negativo su esfuerzo de adaptación y progreso.

El duelo por el contacto con el grupo étnico. nuestra mayor seguridad la obtenemos en el encuentro con nuestro grupo de pertenencia, donde nos identifican, reconocen. Sin embargo, la confluencia de la distancia de lo nuestro y posibles situaciones de rechazo y aislamiento hace más patente esa pérdida.

El duelo por los riesgos físicos. Los riesgos del viaje, las amenazas para la salud y para la integridad física hacen vivir de manera muy intensa la inseguridad. En muchos casos los riesgos presentes no son tan elevados como los dejados atrás, especialmente en aquellos casos en los que el abandono del país de origen viene de la mano de la amenaza bélica.

Duelo por la pérdida del proyecto migratorio. Algunas personas vienen con un plan más o menos trazado de lo que pretenden hacer, lo que pretenden conseguir, lo que quieren alcanzar para sí y para su familia. Otras en cambio, vienen con unas expectativas poco realistas o con información deficiente. El no poder llegar a conseguir los objetivos por los cuales emprendieron el viaje es un factor desestabilizante a la vez que estresante y culpabilizador.

Duelo por no poder regresar. El sentimiento y el deseo de volver siempre está, no se abandona nunca. Para el inmigrante por motivos económicos, si las condiciones económicas y administrativas lo permiten es posible regresar en algún momento, aunque sea para visitar a los seres queridos, sin embargo, esa visita momentánea no siempre satisface el deseo de volver (en algunos casos ese reencuentro y la nueva marcha se vive como otra verdadera pérdida, y un reinicio del duelo).

Duelo por no poder regresar. El sentimiento y el deseo de volver siempre está, no se abandona nunca. Para el inmigrante por motivos económicos, si las condiciones económicas y administrativas lo permiten es posible regresar en algún momento, aunque sea para visitar a los seres queridos, sin embargo, esa visita momentánea no siempre satisface el deseo de volver (en algunos casos ese reencuentro y la nueva marcha se vive como otra verdadera pérdida, y un reinicio del duelo).

Se vive en la ambivalencia continua.

Es posible que el inmigrante vaya desarrollando su proyecto migratorio, los logros, los éxitos parciales resultan reconfortantes, no obstante, en ocasiones producen emociones contradictorias: alegría-tristeza; logros- desesperanza; ausencia-presencia; esto favorece el llamado “duelo perpetuo” (Falicov, 2002).

Achotegui (2002, p.17) señala: “es frecuente que esta expresión de ambivalencia se haga muy patente en la siguiente forma: cuando se está en el país de acogida se elogia desmesuradamente el país de origen; se está en el país de origen, se elogia desmesuradamente el país de acogida”. Terminan sintiéndose mal en todas partes. Un caso extremo de ambivalencia es la “depresión del éxito”, hace referencia a dos tipos de sentimientos de culpa que se pueden dar en el caso de que la migración resulte exitosa: cuando se compara las ganancias de la migración sabiendo lo que se ha dejado atrás; y cuando se tienen importantes ganancias de la migración pese a despreciar el país de acogida.

El duelo migratorio es transgeneracional.

Boss (2001, p.15) señala en su libro “La pérdida ambigua” como la nostalgia por los seres queridos se transformó en una parte central de “mi cultura familiar. Nunca supe muy bien quién formaba parte de la familia, o dónde estaba realmente mi hogar. ¿En el viejo país o en el nuevo? ¿Eran de verdad mi familia esas personas a las que nunca había llegado a ver o encontrar?” “Nunca llegaron a superar la pérdida de esos familiares queridos, y en consecuencia los que vivíamos con ellos también experimentamos la ambigüedad de la ausencia y la presencia”. Muchos hijos de los inmigrantes tienen la sensación de estar atrapados en un callejón sin salida. De una parte, han nacido o se han criado en el país de acogida; y de otra, han interiorizado fuertemente la cultura de los padres del país de origen. No se sienten al completo ni de aquí, ni de allí. La inclusión no es completa en el país de acogida, sin embargo, tampoco lo es en el país de origen. Cuando viaja a ver a su familia extensa siente que no es como el resto de los familiares, ni tampoco como los nativos del país de acogida. Otro factor importante es la transmisión generacional de los estilos de afrontamiento, las conductas y mecanismos de defensa ante el duelo. Los padres llevan a cabo una serie de conductas adaptativas ante las nuevas circunstancias y un proceso de elaboración de lo que han dejado atrás; pero estos procesos no quedan solo en las figuras parentales o en los adultos de la familia, son transmitidas e influyen y moldean la personalidad de los niños a través de las identificaciones que éstos realizan con las figuras parentales. En términos generales, se podría decir que como los padres/madres elaboran sus duelos, así los hijos/as aprenden en parte a elaborar los suyos. La forma en que elaboran el duelo los progenitores ejerce una profunda influencia sobre las siguientes generaciones.

Un factor que puede ayudar a las siguientes generaciones para el proceso de elaboración radica en los vínculos y las redes que se establezcan en el país de acogida. De otra parte, la

posibilidad de expresar las vivencias que se tiene; acceder a servicios de ayuda sin el temor que podían sentir la primera generación, sobre todo si no tenía el tema administrativo resuelto.

La elaboración de los duelos se caracteriza por:

“Un equilibrio entre la asimilación de lo nuevo y la reubicación de lo dejado atrás”. Es un proceso complejo de elaboración, de integración no exento de dolor y de sufrimiento. El duelo migratorio no es un tipo de duelo único, sino que cada persona lo vive de manera distinta, influyen muchos factores: los recursos personales de cada cual, las redes sociales de apoyo, el nivel de integración social, las condiciones de vida, las condiciones dejadas atrás. Como en el caso de otro tipo de pérdidas, el proceso de elaboración es lento y generalmente está sujeto a una serie de etapas o fases. En la primera parte de este trabajo hemos descrito algunas clasificaciones generales de esas etapas que son de aplicación al duelo migratorio, si bien como ya se ha dicho, la recurrencia, la ambivalencia, la multiplicidad incorporan más complejidad y dificultad al proceso.

El proceso de elaboración de este tipo de duelo depende de muchos factores. Además de tener en cuenta lo ya señalado, según Salvador (2001) influye: cómo ha elaborado la posición depresiva en su infancia; de su personalidad; de su momento vital; de la realidad externa; y de las causas de la migración. Según Achotegui (2002) se observan diferencias de género, los hombres tienen una fase inicial de negación más intensa y más duradera que las mujeres. La expresión del duelo surge antes en la mujer que en el hombre. Esta circunstancia es común a otros tipos de duelo, el modelo “machoman” parece imponer una serie de conductas aprendidas y transmitidas que agudizan las diferencias de género. Según

Achotegui (2002) en la elaboración del duelo se ponen en marcha una serie de mecanismos de defensa, los más utilizados son:

- Negación: “todo es igual que en mi país”; “a mí no me afectan estos cambios”.
- Proyección: “aquí la gente es muy diferente”; “en mi país no somos tan mal intencionados”.
- Idealización: “mi país es el más bonito del mundo, y la comuna donde yo vivo más aún”; “aquí sí que se vive bien”.
- Animismo: Es una forma de antropomorfismo ingenuo, atribuir rango humano a entes no humanos: lengua, cultura, país que sufren, están tristes, gozan de salud como los humanos.
- Formación reactiva: Hacer lo contrario de lo que demanda el impulso; en el intento de amoldarse a la nueva cultura intentan rechazar su cultura de origen.
- Racionalización: Separar el componente afectivo del cognitivo, evitando el sufrimiento.

Después de la elaboración de los duelos, si ésta ha sido adecuada, se produce un crecimiento y desarrollo, una evolución de las personas. La elaboración, aun de las peores pérdidas supone un paso hacia el futuro y una mejora de la persona. La elaboración del duelo migratorio conlleva pues la integración de la nueva situación, integrar el país de acogida con sus normas, ritos, costumbres, sentirse parte de éste; pero no por ello supone olvidar el país de origen, más al contrario incorporar su recuerdo en la vida diaria conciliando ambas vivencias. Ciertamente esta pugna entre los orígenes y el destino es un duelo, que implica la acomodación sin olvidar. El duelo migratorio suele quedar como un proceso doloroso, íntimo y reservado, no siempre se verbaliza al exterior, ni incluso con las

personas más cercanas y de mayor confianza. Esta sociedad occidental que nos hemos dado, si hay algo que no favorece es la expresión emocional de nuestros miedos, temores, pérdidas, todo aquello que pueda ser entendido como mostrarse vulnerable o débil, hay que ocultarlo. Sin duda esto dificulta el propio proceso.

Adaptación

Sroufe (citado por Vidal, 2000) dice que la adaptación es un proceso activo del individuo en interacción con el medio ambiente para alcanzar o satisfacer sus necesidades y metas. La adaptación involucra la reorganización del comportamiento en respuesta a diferentes factores circunstanciales.

Ancona (citado por Vida, 2000) menciona que la adaptación es una relación dinámica armónica y recíproca entre el organismo y el medio ambiente y en que comprende todos los procesos vitales, biológicos y psicológicos que entran en el juego en la vida familiar y escolar. Cabe resaltar que la personalidad desempeña un papel importante en la forma en que valoramos e interpretamos sucesos, afrontamos, nos adaptamos, nos ajustamos a los altibajos en nuestra vida, ciertas características de personalidad que se relacionan con una mala adaptación y perjudiciales resultados en la vida se describen como trastornos de la personalidad (Larsen y Buss, 2005)

En el proceso de migración entran en contacto personas de culturas diferentes, y en este intercambio no resulta fácil interpretar correctamente las acciones y los significados que los individuos intentan transmitir con ellas. Algunos autores sugieren que, para actuar de forma efectiva en otro contexto, las personas deben interesarse en contactar sujetos de grupos culturales diversos y ser sensibles a las diferencias entre la propia cultura y la ajena

(Fowers & Davidov, 2006; Hammer, Bennett & Winsemann, 2003, en Castro Solano, 2011).

Adaptación sociocultural

La adaptación sociocultural y conductual refiere al aprendizaje de habilidades y conocimientos culturalmente apropiados, tales como: el mantenimiento de cierto contacto de apertura, el intercambio, la retroalimentación y el afrontamiento de los problemas de la vida cotidiana provenientes del contexto del sujeto. Por otro lado, el logro de la adaptación psicológica depende de factores como: la personalidad del individuo, el manejo y ajuste de los cambios por los que atravesó en su historia, y el apoyo o redes sociales de los que disponga, por lo que un mayor nivel de estrés y menor de apoyo social conlleva a un peor ajuste psicológico (Ataca & Berry, 2002). Así mismo, la adaptación sociocultural también depende del conocimiento que el migrante tenga acerca de la nueva cultura, del distanciamiento y de las identidades culturales, de la habilidad en el manejo del lenguaje de la sociedad receptora, del tiempo de residencia en esta y del número de contacto con sus miembros. Torres y Rollock (2004) denominan a esta adaptación aprendizaje cultural.

Según Zlobina (2004), el individuo que abandona su cultura de origen y tiene que adaptarse a un nuevo contexto cultural, debe afrontar dificultades socioculturales en tres dimensiones:

- Dificultades culturales para adaptar costumbres: comprende aspectos relacionados con el conocimiento de las normas, tabúes y costumbres de la cultura de la sociedad receptora y con el conocimiento del idioma. Los roces y

malentendidos se producen cuando la persona que migra se encuentra en otra cultura cuyas reglas de funcionamiento desconoce.

- Dificultades prácticas/básicas: describe los principales problemas, como la obtención de permisos de residencia, acceso al mercado laboral, cobertura de las necesidades de salud física y vivienda, y conocimiento del funcionamiento administrativo de varios organismos oficiales y asistenciales.
- Dificultades para preservar las costumbres: se refiere a los obstáculos relacionados con el mantenimiento de las tradiciones y costumbres de la cultura de origen, lo que se puede reflejar en una comida específica, un estilo de vida particular, actividades de recreación y el lugar de las prácticas religiosas.

El proceso de aculturación se compone de dos dimensiones ortogonales: la identidad de origen y la participación en la cultura de acogida, cuya intersección genera cuatro formas de aculturación conocidas como integración, asimilación, separación y marginalización. Estas opciones se han denominado actitudes de aculturación cuando se refieren a las preferencias de los grupos de inmigrantes y, expectativas de aculturación, cuando están relacionadas con las preferencias de la sociedad de acogida sobre las opciones de aculturación de los inmigrantes o grupos minoritarios (Berry, 2001).

Teoría del consenso cultural (tcc) La antropología cognitiva se define como el estudio de la relación entre la sociedad humana y el pensamiento humano que está íntimamente ligado a la psicología: el cómo los grupos sociales particulares categorizan y razonan, inevitablemente lleva a preguntas acerca de la naturaleza básica de tales procesos cognitivos y se integran como “cultura”; un conjunto de comportamientos o creencias adquiridos o compartidos y la creencia cultural, son las creencias normativas de un

grupo determinado, enfoque central de estudio de la antropología cognitiva. Surge a fines de los 1950's, pero comenzó como un campo de estudio profesional a fines del siglo XIX cuyo propósito era el llenar el "vacío" de la historia humana (o "prehistoria"), de donde derivaron la arqueología (restos físicos de civilizaciones), la etnografía (estudio observacional de los estilos de vida de las personas primitivas) y la antropología biológica (información en similitudes y diferencias entre grupos humanos para que los patrones de migración y relaciones entre los grupos fueran determinados. Se atribuye a Lounsbury & Ward Goodenough en 1956, el análisis semántico de los términos de familiaridad o afinidad, en donde la tarea del antropólogo en la cual el resto de todo su esfuerzo depende, es el escribir adecuadamente culturas específicas. (Andrade,2003).

el construccionismo social se puede entender como un procedimiento mediante el cual se estudia la selección histórico-social de los contenidos ideacionales, sobre entendiéndose que los contenidos mismos son independientes de la causalidad histórico- social, por consiguiente, inaccesibles al análisis sociológico. Así mismo, el construccionismo social enfatiza la retención que nuestra cultura tiene sobre nosotros. Moldea la manera de cómo vemos las cosas (incluso la manera en cómo las sentimos) y nos da una visión un tanto definitiva del mundo. Todo nuestro entendimiento está contextualmente incrustado, forjado interpersonal y necesariamente limitado (Gergen,2007).

Teoría Ecológica de Bronfenbrenner

Esta teoría propone como ocurre el desarrollo de los seres humanos, enfocándose en el gran impacto que genera el contexto e interacciones con los suyos, así como el mismo lo destacó “interconexiones ambientales y su impacto sobre las fuerzas que afectan directamente el desarrollo psicológico”. El artículo sobre el modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología; Torrico et al. (2002) resalta el punto principal e importante de la teoría afirmando que: El postulado básico de Bronfenbrenner es que los ambientes naturales son la principal fuente de influencia sobre la conducta humana, con lo cual la observación en ambientes de laboratorio o situaciones clínicas nos ofrecen poco de la realidad humana. Afirmó que el funcionamiento psicológico de las personas está, en gran medida, en función de la interacción de ésta con el ambiente o entorno que le rodea. Viéndolo de una manera más fácil, es de suma importancia el ambiente cambiante en el cual nos desenvolvemos para así lograr comprender el desarrollo de un niño a partir de 4 niveles o sistemas que Bronfenbrenner postuló:

Microsistema En el microsistema el individuo en desarrollo juega un rol directo, tiene experiencias e interacciones sociales con otros de manera inmediata; inicia la socialización con aquellos que son emocional y prácticamente más cercanos (Swick & Williams, 2006; Neal & Neal, 2013; Mc Guckin & Minton, 2014) (Ruvalcaba, Orozco, 2018 p.99). El microsistema por excelencia como ya se ha mencionado es la familia; posteriormente, la escuela y el grupo de pares conformarán otros microsistemas relevantes para el desarrollo del infante. Las relaciones que se cimentan en el sistema familiar servirán como base para las interacciones en los demás sistemas (Cyrulnik, 2004; Walsh, 2004). Ese nivel es fundamental para el niño ya que aquí sienta las bases necesarias para su desarrollo tales como personalidad, moralidad, valores entre otras.

Mesosistema En el mesosistema se representan interacciones sociales entre miembros de distintos microsistemas del niño, por ejemplo, madre y maestra (Neal & Neal, 2013). Para Bronfenbrenner Comprende las relaciones de dos o más entornos en los que la persona participa activamente” (Ruvalcaba, Orozco, 2018, p.100). En este nivel el niño trata de comprender las relaciones de dos o más entornos nuevos en los que él participará activamente integrando sus conocimientos diseccionándolos a ese entorno.

Exosistema Se trata del sistema psicológico a partir del cual las personas siguen “conectadas” sin encontrarse físicamente juntas, por ejemplo, el niño puede percibir el estrés laboral de los padres sin necesidad de estar físicamente en el lugar de trabajo (Swick & Williams, 2006). Bronfenbrenner lo define refiriéndose a uno o más entornos que no incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que afectan a lo que ocurre en el entorno que comprende a la persona en desarrollo o que se ven afectadas por lo que ocurre en ese entorno (Ruvalcaba, Orozco, 2018, p.100). Se comprende cómo las relaciones indirectas de su entorno que, si son cambiantes, afectan al niño y provocan cambios aun así sin estar presentes en los contextos.

Macrosistema Los ambientes ecológicos son interdependientes, suceden como un proceso, entendido como “modos de interacción entre las personas que se mantienen en un curso recíproco de relaciones entre ellos y su ambiente” (Rosa & Tudge, p. 247). (Ruvalcaba, Orozco, 2018, p.100.)

El niño aprende gracias a la interacción con familiares y cercanos y logra poner en práctica las ideas y creencias, valores y su moralidad previa, cuando se encuentra en sociedad. Pero no podemos dejar a un lado al último nivel, que fue publicado luego de “La

ecología del desarrollo humano” Bronfenbrenner enriquece su modelo con un concepto que engloba de algún modo a los demás subsistemas, se trata del crono sistema, entendido como “la influencia de los cambios (y continuidades) en el desarrollo de la persona a través del tiempo en el ambiente en el que vive” (Neal & Neal, 2013, p. 724). Este abarcaría la migración como el cambio o experiencia más drástica e inesperada del niño durante su desarrollo, si su ambiente se ve cambiado influye de manera biológica, psicológica, familiar, cultural, ambiental y temporal viéndose reflejado en su comportamiento alterando la relación entre sus familiares, amigos y entorno.

Enfoque Teórico de Sistema Migratorio

Se define el sistema migratorio como dos o más países unidos por flujos y contraflujos de personas. Su modelo integra las perspectivas macro y micro, y establece categorías - I) relaciones entre estados; II) conexiones de la cultura de masas; III) redes familiares y personales; IV) actividades de la agencia migrante y tipos de vínculos (tangibles, regulatorios y relacionales) en los sistemas migratorios. (Riva, Muñoz, Villarreal, 2019 p.86)

Para Bakewell (2014) la propuesta teórica del sistema migratorio centra la mirada en las partes que constituyen el sistema, es decir, el enfoque de sistemas exige el análisis de las áreas de origen y de destino; y analiza los vínculos dinámicos entre estas áreas y las decisiones y flujos de migración. El enfoque debe analizar también los factores intermedios (como instituciones y políticas migratorias) y las formas en que las experiencias de migración en un período pueden moldear las condiciones para futuros movimientos. (Riva, Muñoz, Villarreal, 2019 p. 87).

Marco Conceptual

A continuación, se relacionan los conceptos claves del estudio:

Depresión Infantil: La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza vital y profunda, mayor en intensidad y duración que envuelve al niño/a hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás, presentando sentimientos de desesperación y desaliento; siendo el eje principal de la depresión infantil, la tristeza. La depresión infantil no existía, que la infancia era una época de felicidad y alegría permanente, que la tristeza y la preocupación de quienes se encontraban en la niñez, eran totalmente pasajeras; sin embargo, en el mundo real existen niños/as deprimidos que están llenos de preocupaciones, incluso más que un adulto, puesto que su desarrollo cognitivo no le permite encontrar explicaciones racionales a gran parte de las cosas que le ocurren, además de preocuparse no sólo por los problemas reales, sino también por los imaginarios; esto puede generarle un sentimiento de inseguridad y conducir a emociones negativas y por lo tanto a la depresión infantil. (Manual de Psicología Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez y Ana pág. 221).

Vulnerabilidad Social:

Moreno Crossley sostiene que hay una coincidencia general en considerar a la vulnerabilidad social como una condición de riesgo o indefensión, la susceptibilidad a sufrir algún tipo de daño o perjuicio, o de padecer la incertidumbre. A partir de allí, los autores tratados tienden a concentrarse en dos principales interpretaciones de la vulnerabilidad social: como fragilidad o como riesgo (Moreno Crossley, 2008:2,4)

Migración

Término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones. Este término comprende una serie de categorías jurídicas bien definidas de personas, como los trabajadores migrantes; las personas cuya forma particular de traslado está jurídicamente definida, como los migrantes objetos de tráfico; así como las personas cuya situación o medio de traslado no estén expresamente definidos en el derecho internacional, como los estudiantes internacionales. (OIM, 2019).

Infancia

La infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros de sí mismos y recibir el amor y el estímulo de sus familias y de una comunidad amplia de adultos. Es una época valiosa en la que los niños y las niñas deben vivir sin miedo, seguros frente a la violencia, protegidos contra los malos tratos y la explotación. Como tal, la infancia significa mucho más que el tiempo que transcurre entre el nacimiento y la edad adulta. Se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años. (OMS 2005).

Adolescencia

La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual el sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia et. al., 2001)

Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. (OMS, 2017).

Educación

Educación: Sarraoa (2000) es un intento de síntesis sostiene que la educación tiene que ver con las siguientes características

- Proceso de humanización
- Acción dinámica del sujeto educando con otros sujetos y con su entorno.
- Intervención de una escala de valores.
- Permite la integración social de los individuos.
- Elemento fundamental de la cultura.
- Proceso permanente inacabado.

Crisis

indica inseguridad, desgracia y prueba y refiere a un futuro incierto, cuyas condiciones no pueden ser lo suficientemente dilucidadas (Koselleck, 2002).

Duelo

Es un proceso y no un estado natural en el que el doliente atraviesa una serie de fases o tareas que conducen a la superación de dicho proceso, como señalan Pérez et al. (2000).

Marco Legal

Teniendo en cuenta la revisión documental es necesario argumentar las leyes que complementan este proceso haciendo un énfasis en las leyes colombianas y los países latinoamericanos acerca de la migración y salud mental entre ellos México, Chile, Ecuador, honduras, salvador, Perú, puerto rico, Argentina, Bolivia, república dominicana.

Colombia

- **Decreto 1288 del 2018** A partir de las constantes movilizaciones humanas y sociales que se han visto a lo largo de los últimos años, Colombia por ser un país fronterizo se ha visto afectado por diversidad ideologías políticas externas de sistemas políticos de bases poco sólidas que han generado afectaciones psicosociales a raíz de esta problemática se ha generado un amparo legal que enfatiza lo siguiente.
 - El presidente de la República de Colombia, en ejercicio de sus facultades constitucionales y legales, en particular las que le confieren el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política, el artículo 140 de la Ley 1873 de 2017, el artículo 4° de la Ley 1565 de 2012, el artículo 89 de la Ley 115 de 1994
 - Que el Permiso Especial de Permanencia (PEP) es un documento que sirve de identificación a los nacionales venezolanos en territorio colombiano, el cual les

permite permanecer temporalmente en condiciones de regularización migratoria y acceder a la oferta institucional en materia de salud, educación y trabajo así como a otro tipo de servicios como la apertura de cuentas bancarias, y en esa medida, es imperioso que todos los nacionales venezolanos inscritos en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos cuenten con este documento;

- Leyes 1098 de 2006, 1804 de 2016 y las demás relacionadas con las atenciones priorizadas, en el marco de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia.

Ley salud mental

Ley 1616 21 De Enero 2013 Por medio de la cual se expide la ley de Salud Mental y se dictan otras disposiciones.

ARTÍCULO 1o. OBJETO. El objeto de la presente ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Ley del psicólogo colombiano

Ley 1090 DE 2006 (miércoles 6 de septiembre) por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. El Congreso de Colombia.

Artículo 1°. Definición. La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar.

México

Ley de migración del 25 de mayo del 2011

Está dirigida a regular el ingreso y salida de personas extranjeras y mexicanas, así como el tránsito y estancia de personas extranjeras en el territorio de los Estados Unidos Mexicanos.

Art 10. El Estado mexicano garantizará a los migrantes que pretendan ingresar de forma regular al país o que residan en territorio nacional con situación migratoria regular, así como a aquéllos que pretendan regularizar su situación migratoria en el país, el derecho a la preservación de la unidad familiar.

Ley de salud mental del distrito federal en el año 2014

MARCELO LUIS EBRARD CASAUBON, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, a sus habitantes sabed: Que la H. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, V Legislatura.

Decreta Artículo 2°. La salud mental, se define como el bienestar psíquico que experimenta de manera consciente una persona como resultado de su buen funcionamiento

en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, que le permiten el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación, de manera que pueda contribuir a su comunidad.

Chile

Ley N° 69, de 27 de Abril de 1953

Artículo 1.- El ingreso al país, la residencia, la permanencia definitiva, el egreso, el reingreso, las sanciones y el control de los extranjeros se regirán por Decreto Ley N° 1.094, de 14 de julio de 1975, y sus posteriores modificaciones, el presente Reglamento y el Decreto con Fuerza de Ley N° 69, de 27 de abril de 1953.

Todos los extranjeros que ingresen al territorio nacional deberán cumplir los requisitos que señala este Reglamento, y para permanecer en él deberán observar sus exigencias, condiciones y prohibiciones.

Los residentes, residentes oficiales e inmigrantes deberán ingresar al territorio nacional premunidos de visaciones, entendiéndose por tal, para los efectos de este Reglamento, el permiso otorgado por la autoridad competente estampado en un pasaporte o documento análogo, válido, y que autoriza a su portador para entrar al país y permanecer en él por el tiempo que determine. La visación se considerará válida desde el momento que se estampe en el pasaporte.

Ley de salud mental

Chile es uno de los pocos países que no cuenta con una "Ley de Salud Mental", que resulta indispensable para enfrentar y prevenir los problemas de salud mental en nuestro país.

Honduras

Ley de migración

Decreto N° 208-2003 Ley de Migración y Extranjería Honduras La Gaceta, 3 marzo del 2004

ARTÍCULO 1. OBJETO DE LA LEY. El objeto de la presente Ley es regular la política migratoria del Estado, la entrada o salida de personas nacionales y extranjeras, la permanencia de estas últimas en territorio hondureño y la emisión de los documentos migratorios. 2 La inmigración debe responder a los intereses sociales, políticos, económicos y demográficos de Honduras.

ARTICULO 11. DERECHOS. Los extranjeros están sujetos a los mismos derechos y obligaciones que los hondureños y hondureñas, con las restricciones que por razones calificadas de orden público, seguridad nacional interés o conveniencia social establezcan la Constitución y las leyes.

Ley de salud mental

La política de salud mental de Honduras fue revisada en el año 2001 e incluye los siguientes componentes: organización de servicios de atención primaria de salud mental, recursos humanos, defensa y promoción de la salud mental, protección de los derechos humanos de los usuarios, igualdad de acceso a los servicios de salud mental, mejora de la calidad de la atención y sistema de evaluación de los servicios. La última revisión del plan de salud mental se realizó en el año 2007. Este plan contiene los siguientes componentes: organización y desarrollo de los servicios de salud mental, desarrollo del componente de salud mental en atención primaria, promoción de la salud mental, financiamiento y sistema de evaluación. Además, se mencionan el presupuesto, actividades y metas. No existe una legislación específica para salud mental.

Ecuador

“PROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE MOVILIDAD HUMANA”

Quito, 9 de enero de 2017

Artículo 1.- Objeto y ámbito. La presente Ley tiene por objeto regular el ejercicio de derechos, obligaciones, institucionalidad y mecanismos vinculados a las personas en movilidad humana, que comprende emigrantes, inmigrantes, personas en tránsito, personas ecuatorianas retornadas, quienes requieran de protección internacional, víctimas de los delitos de trata de personas y de tráfico ilícito de migrantes; y, sus familiares.

Casos excepcionales para repatriación de personas ecuatorianas en vulnerabilidad. Se considera repatriación el regreso al Ecuador bajo la tutela total o parcial del Estado ecuatoriano. Este procedimiento aplicará a:

1. Las personas privadas de libertad con sentencia ejecutoriada, de acuerdo con los instrumentos internacionales suscritos por el Ecuador;
2. Niñas, niños y adolescentes no acompañados o en situación de vulnerabilidad;
3. Las víctimas de trata de personas o de tráfico ilícito de migrantes;
4. La persona cuyo caso ha sido calificado como excepcional por la máxima autoridad de movilidad humana.
5. Personas que se encuentran con enfermedades catastróficas o enfermedades terminales.
6. Personas afectadas por graves catástrofes naturales.

Ley de salud mental

Actualmente no existe una ley de salud mental, pero el sistema de salud mental del Ecuador se encuentra en un proceso de transición entre un modelo hospital acéntrico y un modelo de atención comunitaria. El Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015-2017 constituyen un avance significativo en este proceso, en la medida

en que conciben la atención en salud mental desde un enfoque comunitario, a través de estrategias tales como el desarrollo de servicios ambulatorios en el primer nivel, la creación del mecanismo de supervisión de enlace desde el segundo nivel para brindar apoyo técnico al personal de atención primaria en salud, así como el proceso de desinstitucionalización.

SALVADOR

Ley de migración

Ley de migración decreto n° 2772. la asamblea legislativa de la república de el salvador

Artículo 5.- Los extranjeros podrán ingresar a la República como Turistas, Residentes Temporales o Residentes Definitivos.

Artículo 10.- En ningún caso se permitirá el ingreso al territorio nacional, en calidad de Residentes Temporales o Definitivos, a las personas siguientes: a)- Las que padezcan de enfermedades contagiosas; b)- Las que profesen ideas anárquicas o contrarias a la democracia; c)- Quienes en alguna forma puedan poner en peligro la tranquilidad o la seguridad del Estado; y, d)- Aquellas cuya presencia en el territorio.

Ley de salud mental

DECRETO N.º 29 EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA DE EL SALVADOR Que de conformidad al Decreto Legislativo No. 716, de fecha 29 de junio de 2017, publicado en el Diario Oficial No. 132, Tomo No. 416, del 17 de julio del mismo año, se emitió la Ley de Salud Mental.

Art. 1.- El presente Reglamento tiene por objeto desarrollar las disposiciones de la Ley de Salud Mental, en adelante "la Ley", para garantizar el derecho a la protección de la salud mental de las personas, desde su promoción, prevención, atención, restablecimiento y rehabilitación en las diferentes etapas de su desarrollo, con enfoque de derechos humanos.

Perú

Ley de migración

DECRETO LEGISLATIVO DE MIGRACIONES TÍTULO PRELIMINAR PRINCIPIOS

Artículo I.- Principio de respeto a los derechos fundamentales En atención al respeto de la dignidad de toda persona humana conforme a la Constitución Política del Perú, el Estado garantiza al extranjero el respeto por sus derechos fundamentales conforme a lo previsto en el marco normativo vigente.

Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Relaciones Exteriores, y del artículo 6 de la Ley 27891 que establece al Sector como responsable de velar por el cumplimiento del derecho internacional de los refugiados; Que, el artículo 2° y 6° del Decreto Legislativo N° 1130 que crea la Superintendencia Nacional de Migraciones – MIGRACIONES establece que tiene competencia en materia de política migratoria interna y participa en la política de seguridad interna y fronteriza. Coordina el control migratorio con las diversas entidades del Estado que tengan presencia en los puestos de control migratorio o fronterizo del país para su adecuado funcionamiento. Tiene competencia de alcance nacional; Que, el inciso b) del artículo 6° establece que es función de MIGRACIONES ejecutar la política migratoria interna, en el marco de su competencia y de conformidad con la normativa y los tratados internacionales, promoviendo la integración de las personas migrantes a la sociedad peruana.

Ley de salud mental

LEY N° 30947

Artículo 1.

1.1 La presente ley tiene por objeto establecer el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad.

1.2 La atención de la salud mental considera el modelo de atención comunitaria, así como el respeto ineludible a los derechos humanos y dignidad de la persona, sin discriminación, y el abordaje intercultural, que erradique la estigmatización de las personas con problemas en su salud mental.

Puerto Rico

Ley de migración

Desde PR, no tienen que pasar por inmigración, siempre que el vuelo sea directo de PR a un estado. Sin embargo, para fines de identificación, debe llevar algún tipo de documento de identidad, como su licencia de conducir, un carné emitido por una agencia estatal o federal o un certificado de nacimiento original.

Ley de salud mental

Ley Núm. 408 de 2 de Octubre de 2000, según enmendada (Contiene enmiendas incorporadas por las siguientes leyes: Ley Núm. 183 de 6 de Agosto de 2008) Para establecer las necesidades de prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación en salud mental; crear las "Cartas de Derecho" para adultos y menores que reciben servicios de salud mental; uniformar lo relativo a los procedimientos relacionados con estos derechos; establecer los principios básicos de los niveles de cuidado en el ofrecimiento de servicios de salud mental; derogar la Ley Núm. 116 de 12 de junio de 1980, conocida como "Código de Salud Mental de Puerto Rico" y establecer penalidades.

Argentina

Ley de migración

Ley 25.871

Política Migratoria Argentina. Derechos y obligaciones de los extranjeros. Atribuciones del Estado. Admisión de extranjeros a la República Argentina y sus excepciones. Ingreso y egreso de personas. Obligaciones de los medios de transporte internacional. Permanencia de los extranjeros. Legalidad e ilegalidad de la permanencia. Régimen de los recursos. Competencia. Tasas. Argentinos en el exterior. Autoridad de aplicación. Disposiciones complementarias y transitorias.

ARTÍCULO 1º — La admisión, el ingreso, la permanencia y el egreso de personas se rigen por las disposiciones de la presente ley y su reglamentación.

Art 3 Son objetivos de la presente ley

Promover y difundir las obligaciones, derechos y garantías de los migrantes, conforme a lo establecido en la Constitución Nacional, los compromisos internacionales y las leyes, manteniendo en alto su tradición humanitaria y abierta con relación a los migrantes y sus familias.

Ley de salud mental

Ley 26.657 Derecho a la Protección de la Salud Mental

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional, sin perjuicio de las

regulaciones más beneficiosas que para la protección de estos derechos puedan establecer las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Bolivia

Ley de migración

LEY N° 370 LEY DE MIGRACIÓN Promulgada el 8 de mayo de 2013

tiene como objetivo principal la de regular el ingreso, tránsito, permanencia y salida de personas en el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, y establecer espacios institucionales de coordinación que garanticen los derechos de las personas migrantes bolivianas y extranjeras, de conformidad a la Constitución Política del Estado, los Instrumentos Internacionales en materia de Derechos Humanos ratificados por el Estado y normas vigentes.

DERECHOS ESTABLECIDOS EN LA LEY N° 370 DE MIGRACIÓN • A la migración. • A la salud, derechos sexuales y reproductivos. • A un hábitat y vivienda adecuada. • Al trabajo, a la seguridad social, a los servicios y prestaciones sociales básicas; a ejercer una actividad remunerada por cuenta propia o ajena. • Al acceso a una enseñanza básica y superior. • A la petición individual o colectiva. • A la libertad de residencia, permanencia y circulación en todo el territorio boliviano. • A la reunificación familiar con sus padres, cónyuges, hijos dependientes o hijos mayores con discapacidad. • A sufragar en las elecciones municipales. • A pedir y recibir refugio. • A la libertad de pensamiento, espiritualidad, religión y culto. • A expresar y difundir libremente pensamientos u opiniones, con las limitaciones establecidas en la presente Ley. • A acceder a la información conforme a Ley. • A establecer y formar parte de asociaciones. • A que se

prevenga la violencia de género y situaciones de vulnerabilidad que pueda sufrir la mujer por su condición de migrante.

Ley de salud mental

En Bolivia no existe una política específica de salud mental ni leyes particulares referentes a salud mental; se estima que solo alrededor del 0,2 % del presupuesto de Salud se destina en el país a la salud mental; no se cuenta a la fecha con un Sistema de Vigilancia en salud mental que recoja periódicamente información para ser analizada y tampoco se cuenta con indicadores de salud mental dentro del Sistema Nacional de Información en Salud. El plan elaborado el año 1999-2000 no se pudo implementar por falta de apoyo y recursos financieros.

República dominicana

Ley de migración

Reglamento de migración n° 279, del 12 de mayo de 1939

Este Reglamento ha sido dictado en conformidad con la Ley de Migración Núm. 95, la cual entrará en vigor el 1ro. de junio de 1939 y se publica para proveer a la ejecución de la referida Ley. Este Reglamento reemplaza todos los reglamentos anteriormente dictados y no se podrá interpretar en ningún sentido que altere o modifique la referida Ley.

Las siguientes clases de extranjeros que traten de ser admitidos en la República, son no inmigrantes: 1) Visitantes en viaje de negocios, estudio, recreo o curiosidad; 2) Personas que transiten al través del territorio de la República en viaje al extranjero; 3) Personas que estén sirviendo algún empleo en naves marítimas o aéreas; 4) Jornaleros temporeros y sus familias. b) Todos los demás extranjeros serán considerados inmigrantes, excepto las

personas que tengan investidura Diplomática o Consular, según determina el Art. 16 de la Ley de Migración.

Ley de salud mental

Ley sobre Salud Mental No. 12-06.

La presente ley tiene por objeto regular el derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental de todas las personas en el ámbito de lo dispuesto en la Ley General de Salud, en su Libro I, Artículo 3, atención que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social. Se entiende a la salud mental como un bien público a ser promovido y protegido por el Estado a través de políticas públicas, planes de salud mental y medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial, educativo y de otra índole que serán revisadas periódicamente.

Categorías- Operacionalización de Categorías

A continuación, se presentan la matriz de categorías previas establecidas que permitirá el análisis en los resultados:

Unidad de estudio	Categoría	Subcategoría	Indicadores	Parámetros	Instrumentos
Estado actual de las investigaciones desarrolladas sobre migración	Migración	Años			
		Tipos de migración			

y depresión en la infancia adolescente surgidas en países latinoamer icanos entre los años 2003 y 2019.					
		Teoría de migración			
		Leyes migrato rias por países			
	Depresión	Síntom as			
		Teorías			
		Países			
		Leyes salud mental (países)			
	Ciclo vital	Edad			
		Teorías			

Metodología

Tipo de Investigación

La metodología escogida para este proyecto es de tipo cualitativa ya que se pretende realizar una revisión documental con fin de proporcionar información veraz y confiable, que nos permita identificar la relación entre migración y depresión en población infanto juvenil en países latinoamericanos. Este es un trabajo que se puede hacer sin manipulación de las variables, está basado fundamentalmente en observar qué pasa en el contexto naturalmente y luego realizar un análisis, este tipo de investigación tiene por nombre investigación no experimental.

Según Watson-Gegeo (1982, citados por Pérez, 2001) la investigación cualitativa consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Además, incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como son expresadas por ellos mismos.

Diseño

La revisión documental presenta un diseño no experimental, para Sampieri (2003), el diseño no experimental se divide tomando en cuenta el tiempo durante que se recolectan los datos, su propósito es describir variables y su incidencia e interrelación y el diseño longitudinal, donde se recolectan datos del tiempo en puntos, periódicos y documentos, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y sus características.

Instrumento

En este orden de ideas como primer instrumento utilizado dentro de la revisión documental es una rúbrica construida en Excel, la cual tienen como función organizar la información de las investigaciones colocadas en esta revisión documental para facilitar la comprensión detallada de cada una de las investigaciones. (composición de la rúbrica)

Técnica de recolección documental Según Hurtado (2008) afirma que una revisión documental es una técnica en donde se recolecta información escrita sobre un determinado tema, teniendo como fin proporcionar variables que se relacionan indirectamente o directamente con el tema establecido, vinculando esta relaciones, posturas o etapas, en donde se observe el estado actual de conocimiento sobre ese fenómeno o problemática existente.

Unidad de análisis

Se analizarán diferentes investigaciones, de las que se intentarán conseguir un mínimo de 60 investigaciones, y se determinará si estos sus cumplen o no con los requisitos de la rúbrica aplicada. Como meta las investigadoras desean conseguir al menos 50 investigaciones que cumplan.

Procedimiento

El procedimiento que se llevó a cabo para esta revisión documental

- **Fase 1:** Recolección de información a través de los antecedentes. En esta fase se indaga, busca y averigua investigaciones y/o artículos entre los años 2003 al 2019 en los países Latinoamericanos.
- **Fase 2:** Búsqueda detallada de investigaciones, artículos que estén relacionados con las categorías migración y depresión.

- **Fase 3:** Construcción y validación del instrumento para la organización de las investigaciones y/o artículos.
- **Fase 4:** Organización de la información en la rúbrica
- **Fase 5:** codificación y triangulación de la información
- **Fase 6:** Operacionalización de Categorías donde se muestre detalladamente la unidad de estudio, categorías, subcategorías, indicadores, parámetros e instrumentos de la revisión documental.
- **Fase 7:** Análisis e interpretación de los resultados.
- **Fase 8:** Elaboración del informe: se realizará la discusión de las revisiones documentales encontradas.

Cronograma

Actividades	Agos	sept	oct	Nov	Dic
Recolección de antecedentes					
Búsqueda de investigaciones					
Construcción y validación del instrumento					
Operacionalización de categorías					

Organización de la información en rubrica					
Tabulación de la información.					
Análisis e interpretación de los resultados.					
Elaboración del informe					

Presupuesto

Insumo	Costo
Internet	131.600
Luz	365.000
Portátil Nuevo	2.200.000
Total	2.696.000

Resultados

La revisión de las Investigaciones Desarrolladas sobre migración y depresión en población Infanto- Juvenil surgidas en países Latinoamericanos entre los años 2003 al 2019 arroja un total de 60 investigaciones, de las cuales clasificamos la cantidad de investigaciones por año y por país: en el 2006 con 2 investigaciones, 2007 con 1 investigación, 2008 con 4 investigaciones, 2009 con 2 investigaciones, 2010 con 3 investigaciones, 2011 con 1 investigación, 2012 con 2 investigaciones, 2013 con 8 investigaciones, 2014 con 6 investigaciones, 2015 con 7 investigaciones, 2016 con 6 investigaciones, 2017 con 4 investigaciones, 2018 con 5 investigaciones y en el 2019 encontramos 9 investigaciones. A continuación, se presenta en la tabla 1 para mayor comprensión.

Tabla 1

Estudios Relacionados Con La Migración Y Depresión En Población Infantojuvenil En Países Latinoamericanos Entre Los Años 2003 Al Segundo Semestre Del Año 2019.

Países	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Argentina					2					2	1				5
Brasil							1							1	2
Bolivia								1							1
Chile								1	1				1	3	6
Colombia								1		1	1	2	1		6
Ecuador	1		2			1		1			1	1		2	9
Honduras											1			1	2
México			1	1			1		3	4			1	1	12
Nicaragua	1														1
Perú			1					1					1	1	4
Puerto Rico					1				1		1				3
República Dominicana											1				1
Salvador								3	1			1			5
Venezuela		1		1									1		3
Total	2	1	4	2	3	1	2	8	6	7	6	4	5	9	60

Nota: En relación a la clasificación de la cantidad de investigaciones por año y país, se pudo observar que, en los años 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 y 2017 fueron los años con menor número de investigaciones relacionadas con la temática. Y en cuanto los años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2019 sobresalieron por un mayor número de investigaciones relacionadas con la temática. (2018 con solo 5 investigaciones siendo la media en este caso).

De las 60 investigaciones encontradas en relación con la temática, 25 de las cuales fueron investigaciones sobre migración en los países Chile, Ecuador, Honduras, México, Nicaragua, Perú, República Dominicana y Venezuela. Se encontraron 7 investigaciones sobre migración y depresión en los países de Chile, Ecuador, México y Perú. 6 investigaciones sobre salud mental y depresión en los países tales como Colombia, Puerto Rico y Venezuela. 2 investigaciones relacionadas a la temática de ansiedad y depresión en el país de Colombia y Salvador. 4 investigaciones sobre depresión en el país de Ecuador y México. Se encontraron 13 investigaciones relacionadas a la temática de salud mental en los países de Argentina, Brasil, Colombia y Salvador. 1 investigación relacionada al tema de depresión en población infante juvenil. Además, encontramos 1 investigación en salud en población infante juvenil en el país de Argentina y por último 1 investigación relacionada con la temática en migración y salud mental en el país de Bolivia. A continuación, se mostrará en la Tabla 2.

Tabla 2

Numero De Investigaciones Publicadas En El Área De Migración (M) Ansiedad (A) Depresión (D) Salud Mental (S.M) Y Población Infanto Juvenil (P.I.J)

Países	N° inves. en (M)	N° inves. en (M) (D)	N° inves. en (S.M) (D)	N° inves. en (A) (D)	N° inves. en (D)	N° inves. en (S.M)	N° inves. (D) (P.I.J)	N° inves. en (S.M) (P.I.J)	N° inves. en (M) (S.M)	Total
Argentina						4		1		5
Brasil						1	1			2
Bolivia									1	1
Chile	4	2								6
Colombia			1	1		4				6
Ecuador	6	2			1					9
Honduras	2									2
México	7	2			3					12
Nicaragua	1									1
Perú	3	1								4
Puerto Rico			3							3
República dominicana	1									1
Salvador				1		4				5
Venezuela	1		2							3
Total	25	7	6	2	4	13	1	1	1	60

Nota: Respecto al Número de investigaciones publicadas en las categorías de migración (M) Ansiedad (A) Depresión (D) Salud Mental (S.M) y población Infanto juvenil (P.I.J) en países latinoamericanos entre los años 2003 al segundo semestre del año 2019. Se logró evidenciar mayor cantidad de investigaciones en las temáticas de Migración y Salud Mental con un total de 38 investigaciones de las 60 encontradas. Y en la menor cantidad de

investigaciones se logra evidenciar un total de 3 en las temáticas de Depresión en población infante juvenil, Salud mental en población infante juvenil y por último temática relacionada en Migración y Salud Mental.

De acuerdo al desarrollo de la revisión documental otro de los resultados obtenidos es referente las percepciones de migración y depresión donde se puede determinar que la migración en países latinoamericanos es una constante realidad en la cual hace parte la política social y económica de la región en cada uno del contexto de globalización los migrante son estigmatizados, discriminados, excluidos socio cultural y socio económicamente ya que se encuentran en un estado de vulnerabilidad y violación de derechos humanos, todos estos flujos migratorios afectan en mayor o menor grado a la población infantil ya sea porque ellos se ven involucrados en la migración o por la desintegración familiar que implica la migración de sus padres.

Los niños y adolescentes migrantes también corren el riesgo de pasar hambre y resfriados, enfermedades, falta de acceso a servicios de salud, explotación por parte del crimen organizado y detención durante el viaje. Todas estas condiciones pueden afectar seriamente su salud mental

Debido a esto los movimientos migratorios son influidos principalmente por factores económicos, la falta de trabajo, la violencia, el terrorismo e inseguridad, el turismo, la búsqueda de bienestar social y de mejores condiciones de salud, además de los beneficios para el país receptor, pueden ocasionar algunos cambios en la epidemiología local.

Por otro lado es importante clarificar el tema de salud mental de las personas que emigran ya que se pueden apreciar varios tipos de migración en las que se producen

grandes movimientos sociales un ejemplo de esto es los efectos de las guerras o de la represión la cual resulta el desplazamiento de poblaciones, esta problemática tiene implicaciones políticas y económicas ya que la llegada de Nueva población a países extranjeros influyen no sólo en los sistemas económicos sino también político del país al cual se encuentra ingresando la población, de manera general podemos la implicación de una concepción de salud mental que reduce el acto mismos de enfermar sin tomar en cuenta las causas sociales, económicas políticas que del proceso de la salud- enfermedad. Cabe destacar que la prestación de servicios tiende a estar fragmentada y la coordinación entre los servicios de salud es débil, los recursos materiales y humanos asignados son escasos, desiguales y desigualmente distribuidos con esto nos muestra que los gobiernos no se encuentra interesados en realizar planes de promoción y prevención en salud mental a nivel público, ya que se tiene minimizada la relevancia de la salud psicológica.

Categorías emergentes

Otro de los resultados obtenido se da a partir de las categorías que se presenta en nuestra investigación como la depresión, migración, infancia- juventud, se logró determinar que dentro de las 60 investigaciones consultadas se encontraron diversas categorías emergentes que van en relación con nuestro proyecto en el cual se presenta trabajo infantil, violencia infantil, deserción escolar, rendimiento académico, educación, políticas públicas de salud mental, vulneración de los derechos, pobreza. Sin embargo estas categorías se ven inmersas en la afectación de diferentes áreas de la vida de los niños y adolescente.

Unidad de estudio	Categoría	Subcategoría	Indicadores	Parámetros
Estado actual de las investigaciones desarrolladas sobre migración y depresión en la infancia y adolescencia surgidas en países latinoamericanos entre los años 2003 y 2019.	Migración	Años	2003, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2015, 2019.	Investigación de S Redalyc. Tesis. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales.
		Tipos de migración	<ul style="list-style-type: none"> ● Espacial, Temporal, Social 	
		Teoría de migración	Enfoque Teórico de Sistema Migratorio	
		Leyes migratorias por países	<p>Colombia: Decreto 1288 del 2018</p> <p>México: Ley de migración del 25 de mayo del 2011</p> <p>Chile: ley N° 69</p> <p>Ecuador: proyecto de ley orgánica de movilidad humana</p> <p>Honduras: Decreto N° 208-2003</p> <p>Salvador: ley n° 2772</p> <p>Perú: Ley 27891</p> <p>puerto rico: no existe ley</p> <p>Argentina: Ley 25.871 Bolivia: ley n° 370 ley de migración.</p> <p>República dominicana: Reglamento de migración n° 279, del 12 de mayo de 1939</p>	

	Depresión	Síntomas	<ul style="list-style-type: none"> ● irritabilidad elevada, ira u hostilidad extrema. ● Tristeza frecuente o episodios de llanto. ● Sentimientos de desesperanza. ● Disminución de su interés en actividades, o dificultad para divertirse en actividades que previamente eran sus favoritas. ● Aburrimiento persistente. ● Falta de energía o cansancio. ● Aislamiento social o falta de comunicación. ● Autoestima baja o sensación de culpa o responsabilidad por cosas malas que puedan pasar. ● Sensibilidad extrema al rechazo o poca resistencia ante los fallos o errores. ● Quejas frecuentes sobre problemas físicos (como dolores de cabeza, o de estómago, mareos, nauseas...) en los que no se encuentra causa médica. ● Ausencias frecuentes de colegio, o disminución del rendimiento escolar. ● Problemas de concentración. ● Cambio importante en los hábitos alimentarios o del sueño. ● Conversaciones sobre intención de escaparse de casa. ● Pensamientos o expresiones sobre la muerte o intención de suicidarse activa o pasivamente.
		Teorías	<p>Teoría ecológica Bronfenbrenner</p> <p>Teoría del consenso cultural (tcc).</p>
		Países	Colombia, México, Chile, Ecuador, honduras, salvador, Perú, puerto rico, Argentina, Bolivia, república dominicana.
		Leyes salud mental (países)	Colombia: Ley 1616 21 De Enero 2013

			<p>México: Ley de salud mental del distrito federal en el año 2014.</p> <p>Chile: no cuenta con ley de salud mental</p> <p>Ecuador: no existe ley de salud mental</p> <p>Honduras: no existe ley de salud mental</p> <p>Salvador: decreto n.º 29</p> <p>Perú: LEY N° 30947</p> <p>Puerto rico: Ley Núm. 408</p> <p>Argentina: Ley 26.657</p> <p>Bolivia: no existe ley de salud mental</p> <p>República dominicana Salud Mental No. 12-06</p>	
	Ciclo vital	Edad	<p>Preescolares (3 a 6 años)</p> <p>Escolares (7 años a la pubertad)</p> <p>Adolescentes</p>	
		Teorías	Desarrollo Biosocial Infantil	

Discusión

Debido a las diversas crisis que enfrentan algunos países Latinoamericanos, muchos de sus habitantes se ven en la dura situación de experimentar un proceso migratorio, no es un secreto que en la actualidad la tasa de migración es significativa en estos países, y se puede evidenciar que gran parte de la población más vulnerable es el infantojuvenil, lo que repercute su salud mental.

Esta revisión documental nos llevó a concluir que, si existen estudios anteriores, pero consideramos no los suficientes acerca del tema, para nuestro estudio, tomamos de referencia investigaciones encontradas. En una de las investigaciones realizada por Jaramillo, M (2019) evaluaron 36 niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años, de los cuales el 27,8% presentó depresión y el 58,3% presentó ansiedad. A diferencia de la investigación realizada en la ciudad de Cuenca con 38 niños de 7 a 11 años, pero en este caso sus padres fueron quienes migraron a otros países reveló sintomatología depresiva en el 15,8% de la población según (Bermeo, 2017).

Revisando un total de 60 investigaciones, en alguno de los estudios revisados se señalan ciertos hallazgos. En cuanto a salud mental, la migración cuando se manifiesta con depresión y ansiedad en la población infantojuvenil se presenta con diferentes reacciones, desde una sonrisa o sensación de felicidad ficticia, inhibición, hasta agresividad, la depresión suele manifestarse cuando los migrantes experimentan situación de aislamiento o sufren de exclusión social, no poseen amigos, tiene un bajos ingresos económico o escaso acceso a alimentos, además la desintegración familiar producto del proceso migratorio influye directamente sobre la presencia de depresión, y como se demuestra en los relatos,

muchas familias y se han visto inmensamente afectadas por la segregación familiar. Según la investigación de Achotegui y González (2006), los estresores más importantes que afectan la inmigración son la soledad, la sensación de fracaso en el proceso migratorio, la lucha por la supervivencia (alimentación, vivienda, etc.) y el miedo al peligro personal (en el proceso migratorio) o detención y deportación (una vez en el país de acogida).

Por otro lado al investigar sobre la migración como evento vital negativo, se encontró que la experiencia de viaje no ejerce efecto ampliamente perjudicial sobre el proceso migratorio, exceptuando ciertos casos puntuales de delincuencia / robo durante el viaje, sin embargo se analizó que en la experiencia de abandonar el territorio natal y ciertas vivencias o circunstancias posteriores al traslado de un territorio a otro, como la desintegración familiar, el llegar a un país a vivir en hacinamiento, a exponerse a la calle y al trabajo infantil y la falta de estudio son elementos nocivos para los niños, niñas y adolescentes para sus experiencias de viaje y de todo el proceso migratorio. Zlobina (2004) cree que los individuos que abandonan su cultura de origen y deben adaptarse a un nuevo trasfondo cultural deben enfrentar dificultades socioculturales en tres aspectos: Dificultades culturales para adaptar costumbres, Dificultades prácticas/básicas, Dificultades para preservar las costumbres.

La autora Blanco, C (2000) define la inmigración como un movimiento que implica cambios de relativamente largo plazo en el entorno político, administrativo, social y / o cultural del sujeto; o, de lo contrario, cualquier cambio permanente de residencia significa que las actividades en un lugar se interrumpen y se reorganizan en otro. Al realizar esta investigación profunda logramos obtener varios elementos entre esos la migración que influyen específicamente en la salud mental en la población infanto juvenil. Los problemas

políticos como parte del contexto del infante juvenil influye indirectamente de modo transgresiones en el cual la vida del infante juvenil se ve sumergida en una gran cantidad de cambios políticos y económicos que si bien nos damos cuenta solo por tener mala alimentación y no dormir bien, esto afecta gradualmente la salud mental.

Si podemos imaginar una familia entera que pasan días caminando por que al salir de su lugar natal no cuentan con lo económico, y salen con la motivación de esperar el cambio de que necesitan para crecer tanto personal, eso sí dejando a tras una cultura de nacimiento y adoptando otra. Otro reto es lograr adaptarse a un nuevo lugar es verdaderamente un proceso largo incluyendo solo el pensar dejar todo atrás para acoger lo que te ofrece el nuevo lugar. La migración en la población infante juvenil genera sentimientos de culpa, porque a veces no comprenden y creen que es por culpa de ellos cuando en realidad el migrar conlleva decisiones adultas más direccionadas al futuro.

Los infantes y adolescente sufren el doble que los adultos, sumándole el proceso de infancia a la pre adolescencia, esta última etapa llena de cambios físicos, mentales emocionales que durante las edades de 11 a 18 años se muestra más a flor de piel y agregarle un cambio inesperado es desagradable el sentir porque sienten el agobio de no estar al mismo nivel que los demás de su edad, de solo pensar ¿Por qué debo irme?, esto va acompañado de tristeza constante sentimiento no agradable en la infancia y adolescencia, siendo un riesgo provocado que se convierte poco a poco en depresión, y para las familias y la sociedad una preocupación más en relación del bienestar de la salud mental del infante y del adolescente. La migración muestra repercusiones en la infancia que van desde el miedo a quedarse solos hasta el enfado, la hipervigilancia, pesadillas, falta de concentración, sentimiento de culpa, tristeza y rechazo a los desconocidos.

La Migración Influye de manera directa y progresiva al infante y adolescente de forma violenta y riesgosa para su ser integral. Dándole paso a ser víctimas de trata de persona, mafia, narcotráfico entre otras problemáticas inescrupulosas que agobia a los países latinoamericanos. Cada niño niña y adolescente sufre y los adultos no lo perciben, hasta que se reduzca los síntomas de tristeza gracias a la intervención eficaz y llegar al bienestar mental que todo ser humano merece tener.

Conclusión

En base a los resultados obtenidos podemos concluir que, durante el 2003 al segundo semestre del 2019, se logró evidenciar durante el proceso de búsqueda y recolección de información se encontraron pocos estudios que relacionen las dos categorías migración y depresión, en su mayoría las investigaciones encontradas están direccionadas propiamente a la migración y otros factores que se generan durante el proceso migratorio. Relacionadas con la migración se encontró un total de 39 investigaciones de una total de 60. De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que la percepción que se tiene de la salud mental en Latinoamérica es precaria en todos los aspectos, en donde podemos observar que la migración países latinoamericanos es una realidad cada vez más notoria , ya que estos se ven expuestos a estigmatizaciones, experiencias de discriminación, exclusión social, violación de los derechos humanos, una de la mayor población mayor mente afectada es la población infantojuvenil, se ven envueltos en situaciones vulnerables, la falta de alimentación, enfermedades respiratorias, violaciones sexuales etc.

Un hallazgo relevante durante la construcción de la revisión documental fue que países como Chile no cuentan actualmente con una normativa que garantice los derechos de las personas que presenten patologías de salud mental, Ecuador no cuenta con una actualización del Plan de Salud Mental que no ha sido revisado desde 1999 contempla un vasto conjunto de metas específicas, define un cronograma, pero no se señala el financiamiento y sus posibles fuentes. Las metas propuestas en el Plan de Salud Mental no han sido motivo de evaluación, de ahí que no es posible determinar su cumplimiento, Honduras y Bolivia a su vez no cuentan con una legislación que procure el bienestar y tratamiento eficaz para personas con trastornos psicológicos. Para la OMS y la OPS, es fundamental que los países cuenten con legislación en salud mental, que protejan los derechos de las personas que padecen este tipo de trastornos. Igualmente, que cuenten programas de Salud Mental para fomentar el bienestar mental, prevenir los trastornos, proporcionar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos, reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad.

Dentro de los aspectos encontrados en nuestra revisión documental podemos señalar que el proceso migratorio tiene cierta repercusión en los núcleos familiares migrantes y sobre todo en la población infanto-juvenil, ya que durante el proceso experimentan la separación o ruptura de sus núcleos familiares, deben hacer un proceso de adaptación a un nuevo contexto, nuevas creencias y lenguas, de acuerdo, a los estudios en muchas ocasiones son

víctimas de discriminación, vulneración de derechos, la condiciones económicas y sociales y escolares en muchos casos son desfavorables.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014) DSM- V Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- Achotegui, J. (2006). Estrés límite y salud mental: el Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico y Múltiple (Síndrome de Ulises). Universidad de Barcelona.
- ACHOTEGUI (2002): La depresión en los inmigrantes. Una perspectiva transcultural, Barcelona, Editorial Mayo.
- ACHOTEGUI, J. Los duelos de la migración. Jano. Psiquiatría y humanidades. n°2. 2000.
- Aneshensel, C. S. y J. C. Phelan, eds. 1999. Handbook of the sociology of mental health. Nueva York: Kluwer Academia.
- Berger (2007) psicología del desarrollo infancia y adolescencia. Ed. Editorial médica panamericana.
- Bermúdez (2016) Manual de Psicología Infantil *aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica*. Madrid, España.
- Boletín de salud mental en Niños Niñas y Adolescentes en 2017
- Borisovna (2002) *vivir un espacio. Movilidad geográfica de la población*. Puebla: Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades de la BUAP.
- Boss, P. (2001). La “pérdida ambigua”. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado. España: Gedisa.
- Blanco C (2000) Las Migraciones Contemporáneas.
- Blanco, A. y D. Díaz. 2007. “Social order and mental health: a social well-being approach” Psychology in Spain 11: 61-71.

- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- DeFrain, J. (2006). *Family treasures: Creating strong families*. Lincoln: Board of Regents of the University of Nebraska.
- Donati (2013) *Manual de sociología de la familia* (traducción y revisión técnica de Mnauel Herrera y sonia pages) EUNSA, Pamplona.
- Falicov, C. (2002). *La cultura en la terapia familiar. Nuevas variantes de un tema fundamental*. San Diego: Universidad de California.
- Giorguli, S. (2004) *¿Juventudes truncadas? El impacto de la Migración Mexicana hacia Estados Unidos sobre los jóvenes que se van, los que se quedan y los hijos de los que se fueron. Enfermar y migrar: el síndrome de Ulises*. Congreso Mundial de Movimientos Humanos e Inmigración, Institut Europeu de la Mediterranea.
- Guevara, L., & Porras, S. (2007). *El Síndrome de Ulises*. Hospital General de Elda-España.
- González, V. (2006). *El Duelo Migratorio*. Trabajo publicado originalmente en *Revista Trabajo Social* (2005), 7, pp. 77-97, Revista del Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia. <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-132-1-el-duelomigratorio.html>.
- Gómez, M. (2018). *El duelo y el luto*. Manual Moderno. Tomado de <http://bibliotecavirtual.unisinu.edu.co:2075/?il=5863>.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Hurtado, J. (2008). *Guía para la comprensión Holística de la ciencia*, Unidad III, Cap 3, Pág. 45 a 65 Recuperado de <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0092769/cap03.pdf>

Informe sobre las migraciones en el mundo 2020, Cap 3, Pag. 111 Recuperado de https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020_es_3.pdf

KEARNEY, Michael y BESERRA. (2002). "Migration and Identities- A Class-Based Approach". Latin American Perspectives, Issue 138, Vol. 31, No. 5, Septiembre.

Koselleck "Some Questions Regarding the Conceptual History of "Crisis"". The Practice of Conceptual History: Timing History, Spacing Concepts. Stanford: Stanford University Press, 2002: 236-247.

LEY 1090 DEL 6 DE SEPTIEMBRE DE 2006 – DIARIO OFICIAL EDICIÓN NO. 46383.

Larsen & Buss (2005) - Psicología de La Personalidad.

Martín, C. (2006). Las Migraciones Externas desde un Enfoque Psicosocial: Familia y Salud Mental. Mesa Redonda: Congreso Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría. II Congreso Panamericano de Salud Mental Infanto-Juvenil y III Conferencia Internacional Hospital Psiquiátrico de la Habana Psicohabana. Migración Ministerio de relaciones exteriores 2018

MORENO (2008): "El concepto de vulnerabilidad social en el debate en torno a la desigualdad: problemas, alcances y perspectivas". Miami, Center for Latin American Studies, University of Miami, Working Paper Series #9.

Muñoz (2019) Migraciones Ministerio de relaciones exteriores.

Olson, D. & DeFrain, J. (2006). Marriages and families: Intimacy, Diversity, and Strengths. Boston: McGraw-Hill.

ONU DAES (Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales)

Población de Migrantes Internacional 2019 Recuperado de:

https://migrationdataportal.org/es?i=stock_abs_&t=2019

Organización internacional para la Migraciones 2019

Organización Mundial de la Salud 2005 y 2017

OTZEN, T. & MANTEROLA C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1):227-232, 2017.

Ross, C. E. y J. Sastry. 1999. "The sense of personal control. Social-structural causes and emotional consequences." Pp. 369-394 en *Handbook of the sociology of mental health*, editores Aneshensel, C. S. y J. C. Phelan. Nueva York: Kluwer Academia.

Sánchez, E., A. Garrido J. L. Álvaro. 2000. "Estrés y salud mental: El papel de la posición social y las estrategias de afrontamiento". Pp. 397-403 en *Intervención psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida*, editores Fernández, J., J. Herrero y A. Bravo. Madrid: Biblioteca Nueva.

Sarramona, J. (2000) *Teoría de la educación (Reflexión y normativa pedagógica)*. Barcelona, Ariel

Swick, K. J., & Williams, R. D. (2006). An Analysis of Bronfenbrenner's Bio-Ecological Perspective for Early Childhood Educators: Implications for Working with Families Experiencing Stress. *Early Childhood Education Journal*, 33(5), 371–378.

Zlobina, A., Basabe, N. & Páez, D. (2008). Las estrategias de aculturación de los inmigrantes: su significado psicológico. *Revista de Psicología social*, 23 (2), 143

Anexos

Rubrica De Estado Actual									
Numero	Temática	Introducción	Objetivo	Metodología	Resultados	Discusión	País	Año	Aprobado
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

	Datos	Resultados
Aspectos formales	Autor	
	Título	
	Año de realización	
Asunto	Tema	
	Problema	
Propósito	Objetivos	
Metodología	Tipo de investigación Cualitativa [] Cuantitativa [] Mixta [] Diseño: Instrumentos :	
	Población Muestra	
Categorías	Migración []	
	Depresión []	

	población infanto-juvenil	
	países latinoamericanos	
Países		
Base de dato / revista / web		
Dio		
Isbn		
issn		
Universidad		
Año de publicación		
Investigación formativa , profesional	Pregrado Posgrado	
Link de referencia		

