

Original

Impacto de la migración en la salud infantil

P. PAREDES, L. BRAVO, A. CALLE

Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced. Ambato Ecuador-Sudamérica

RESUMEN

El objetivo del trabajo fue estudiar niños(as) de padres emigrantes y la influencia de este fenómeno en la morbilidad orgánico-psíquica. El estudio epidemiológico descriptivo de conjunto, en 100 niños(as), se realizó en el Hospital Municipal de la ciudad de Ambato, durante el período comprendido entre marzo de 2003-marzo 2004. Los resultados se establecen en los siguientes parámetros: la edad media fue de $7 \pm 3,9$ años. El 59% fue masculino. El 21% tiene edad preescolar; escolar el 56% y secundaria el 11%. Los tutores en su mayoría son los abuelos (46%), los cuales son comerciantes o desarrollan labores domésticas. La ausencia de su(s) padres es mayor a tres años (54%). La edad promedio de los progenitores de los sujetos estudiados fue, para los padre(s), de $32,4 \pm 4,3$ años (rango: 20 – 46 años, en tanto que para las madres fue de $29,7 \pm 4,2$ años, siendo mujeres y hombres jóvenes en plena edad productiva. La instrucción de los padres es aceptable (madre con educación secundaria: 59%, y padre: 45,5% y ambos padres con 9% de instrucción superior). El 72% de los padres son casados o tiene unión estable. El destino preferencial es España (padre: 46%, madre: 55%), y trabajan en labores no profesionales (construcción, peonaje agrícola, obreros, quehaceres domésticos, cuidados de personas, etc.). Las patologías respiratorias y diarreicas constituyen la patología prevalente (58%), pero existe también eruptivas, infecciosas 12%, 8% de maltrato

físico y 12% de niños sanos. El 17% de casos tiene historia de abuso sexual; en el 35% existe penetración (7 casos). El 53% de los abusadores son familiares. El 56% de niños(as) presenta disminución del crecimiento y desnutrición de diversos grados. En el diagnóstico psicológico destaca conducta agresiva (24,2%), ansiedad (10%), depresión (16%), enuresis, trastornos del aprendizaje (8%), otros como enuresis y alteraciones en el sueño y aquellos niños eutímicos simplemente son resilientes. En general existe alteraciones del desarrollo psicomotor (16%), violencia intrafamiliar (18%), y consumo de drogas (8%). El bajo rendimiento escolar fue la regla. Se concluye que el abandono genera un fenómeno en cadena: trastornos psicológicos, bajo rendimiento escolar, violencia, abuso sexual, así como que interactúan con las condiciones de morbilidad, las mismas que son predominantemente infecciosas, y n con el crecimiento y desarrollo normal. Esto constituye una verdadera sociopatía sin precedentes en este mundo globalizado, lo que nos lleva a recomendar que el hijo(a) de migrantes debe ser considerado como un diagnóstico en pediatría por todas las implicaciones demostradas. Es una necesidad urgente en los pueblos latinoamericanos que aún tienen el sueño del paraíso europeo, que los gobiernos contrapongan el discurso frente a la solución de la crisis social.

Palabras clave: Emigrante; Abuso sexual; Hipocreimiento.

Correspondencia: P. Paredes. Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced. Ambato Ecuador-Sudamérica

Correo electrónico: patypediatra@andinanet.net

Recibido: Agosto 2004. *Aceptado:* Septiembre 2004

ABSTRACT

The objective of the work was to study childrens of emigrant parents and the influence of this phenomenon in the psychic organic morbidity. The descriptive epidemic study of group, in 100 children's, she/he was carried out in the Municipal Hospital of the city of Ambato, during the period understood among March of 2003-marzo 2004. The results settle down in the following parameters: The half age was of 7 ± 3.9 years. 59% was masculine. 21% has age nursery; school 56% and secondary 11%. The tutors in their majority are the grandparents (46%), those which merchants they are or they develop domestic works. The absence of our parents is bigger to three years (54%). The age average of the progenitors of the studied fellows was, for the parents of 32.4 ± 4.3 years (Range: 20–46 years, as long as for the mothers it was of 29.7 ± 4.2 years, being women and young men in full productive age. The instruction of the parents is acceptable (mother with secondary education: 59%, and father: 45,5% and both parents with 9% of superior instruction). 72% of the parents are married or she/he has stable union. The preferential destination is Spain (father: 46%, mother: 55%), and they work in works non professionals (construction, agricultural labourers, workers, domestic chores, people's cares, etc). The breathing pathologies and diaohrrea constitute the pathology prevalent (58%), but it also exists eruptive, infectious 12%, 12% of healthy children. 17% of cases has history of sexual abuse; in 35% penetration exists (7 cases). 53% of the abusive ones is family. 56 % children's presents decrease of the growth and malnutrition of diverse degrees. In the psychological diagnosis it highlights aggressive behaviour (24,2%), anxiety (10%), depression (16%), enuresis (8%) and those children healthy is simply resilient. In general it there is alterations of the psychomotor development (16%) and violence into family (18%), and I consummate of drugs (8%). The first floor school yield was the rule. You concludes that the abandonment generates to phenomenon in chain: dysfunctions psychological, low school yield, violence, sexual it abuses, ace well ace acts with the morbidity conditions, the same ones that plows mainly infectious, and n with the growth and normal development. This constitutes a true unprecedented sociopatya in this world globalize, what takes us to recommend that the son of migrants, it should be considered as an I diagnose in paediatrics for all the demons-

trated implications. It is an urgent necessity in the Latin American towns that still have the dream of the European paradise that the governments oppose the speech in front of the solution of the social crisis.

Key words: Emigrant; Sexual abuse; Short stature.

INTRODUCCIÓN

Uno de los fenómenos sociales, económicos y políticos que cobró especial interés en las últimas décadas y que sin duda tomará aún más relevancia en el presente milenio son las migraciones internacionales, vertiginosamente incrementadas a la luz de la globalización^(1,10).

Éste es un espejo que replantea, no sólo estereotipos, sino que lleva a cuestionar la imagen del país de origen de los emigrantes, que en gran escala corresponde a la masa del tercer mundo⁽²⁾.

El Ecuador, país pequeño, multiétnico, pluricultural y con diversidad de regiones, vio agudizada la crisis económica a finales de los años 90, con un deterioro de los ingresos reales, copelación de los depósitos bancarios que llevo a la crisis del sector financiero y la moratoria de la deuda externa. Hay una gran inequidad en la distribución de la riqueza, alcanzando niveles de pobreza (67%) y pobreza extrema (21%)^(2,3); a todo ello se suma la dolarización decretada por el Congreso Nacional en marzo del 2000, anclando el precio de la divisa norteamericana en 25.000 sucres, con lo que la caída de la moneda nacional fue de 67%, con la dolarización implantada se mantiene grandes brechas entre las escalas salariales vigentes y el costo de la canasta básica; la tasa de desempleo es del 16%, el empleo informal llegó al 56,9% y la declaración de la moratoria de la deuda externa elevó esa cifra a más de 13.000 millones de USD^(3,4). Los indicadores de salud muestran un 48,3 por mil para la mortalidad en menores de cinco años y una mortalidad infantil del 39,4 por mil. El gobierno invierte en salud *per capita* 71USD⁽⁹⁾.

Todo ello ha generado un incremento en la pobreza que muestra un 67% a nivel nacional, y la pobreza extrema alcanzó el 21%; en este crítico contexto las familias no han podido proteger adecuadamente a los niños y niñas; cerca del 20% de los hogares dejaron de enviar al menos a un niño/a menor de 15 años a la escuela o colegio, alcanzando el costo

de la canasta básica familiar 248 dólares, lo que se traduce que entre el 40 y 50% de los niños ecuatorianos sufre algún tipo de desnutrición^(4,9).

Todos los enunciados anteriores así como el fracaso de orden político de los gobiernos de turno que anteponen los intereses de pequeños, pero poderosos, grupos de poder económico y político en un festín de corrupción frente a las necesidades de las masas, han generado la emigración como un esfuerzo desesperado de encontrar mejores condiciones de vida en países más ricos⁽⁷⁾.

No hay una cifra exacta pero se estima en más de medio millón de ecuatorianos han emigrado a España; esto demuestra que uno de cada tres extranjeros en España es ecuatoriano; actualmente la madre patria encierra a 2,6 millones de inmigrantes⁽⁶⁾.

En este funesto contexto nos preocupan los hogares desgarrados, madres solas, los niños abandonados privados del vínculo parental, lo que sin duda tendrá una enorme relevancia en la morbilidad pediátrica del presente milenio.

Recordemos la declaración de Ginebra en la que hombres y mujeres de todas las naciones reconocen que "La humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma", junto a esto la declaración universal de los derechos del niño concretada en el decálogo de diez principios y promulgada en 1990, actualmente ley nacional en la mayoría de países del mundo. Acaso la realidad demostrada se aproxima a respetar tales principios; todo lo que atentare a los mencionados derechos cae en la categoría de maltrato infantil, definido como todo niño que ha sido objeto de agresiones por parte de padres, custodios, instituciones, estado, sociedad y por todas las condiciones derivadas de actos que privan a los niños de sus derechos y necesidades fundamentales dificultando su óptimo desarrollo^(12,13).

El presente estudio pretende hacer una aproximación a la comorbilidad y realidad derivadas de tales eventos.

Objetivo general

Determinar la morbilidad física y psíquica en los niños hijos de migrantes que acuden al Hospital Municipal.

Objetivos específicos

1. Identificar a la población pediátrica con padre/madre emigrantes atendida en el Hospital Municipal.

2. Caracterizar a la población migrante, y los tutores a cargo de los niños.
3. Reconocer eventos derivados de esta condición.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo de conjunto, en 100 niños(as), de diferente edad incluido adolescentes de hasta 18 años de edad, cuyos padres madre/padre hayan emigrado fuera del país durante los últimos 4 años y acudieron a la consulta externa del Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced de la ciudad de Ambato durante el período comprendido entre marzo de 2003 y marzo del 2004. Cada niño fue evaluado siguiendo las normas del MSP⁽²¹⁾ en el que participó un equipo de trabajo para llegar a un Dg de morbilidad, nutricional. El diagnóstico psicológico se realizó aplicando el test de Deckman y clasificando de acuerdo al DSM IVr.⁽¹⁸⁾ Paralelamente aplicó una encuesta al tutor encargado del paciente previo consentimiento informado.

Los datos obtenidos fueron ingresados en una hoja electrónica *excell for Windows*; y luego exportados al paquete *Epi info*; se realizó un análisis descriptivo e inferencial con T de Student y T de diferencia de proporciones, considerando un nivel alfa igual o menor a 0,05 para ser considerado significativo^(16,17).

RESULTADOS

Características de los sujetos de estudio

Se estudiaron un total de 100 niños y adolescentes de la provincia de Tungurahua, de los cuales el 59% (n=58) fueron de sexo masculino. La edad promedio para la muestra general fue de $7 \pm 3,9$ años (rango: 0,25– 15,8 años), siendo para los sujetos de sexo masculino de $7,02 \pm 3,7$ años y para los de sexo femenino de $7,03 \pm 4,3$ años ($p > 0,05$). La distribución por edad se muestra en la Figura 1.

En cuanto a la procedencia de los niños y adolescentes estudiados, ésta fue en un 56,6% (n = 56) de Ambato, capital de la provincia (Fig. 2).

El nivel de instrucción por grupo de edad de los sujetos estudiados se presenta en la Tabla I.

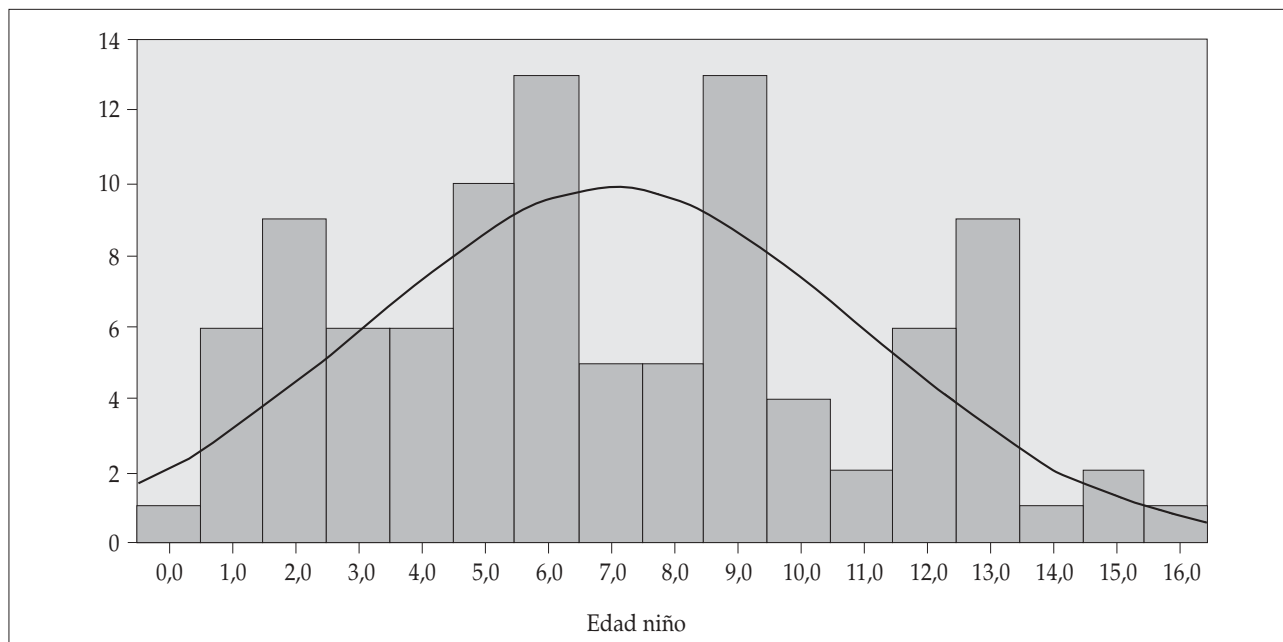


Figura 1. Histograma de distribución de edad; muestra general.

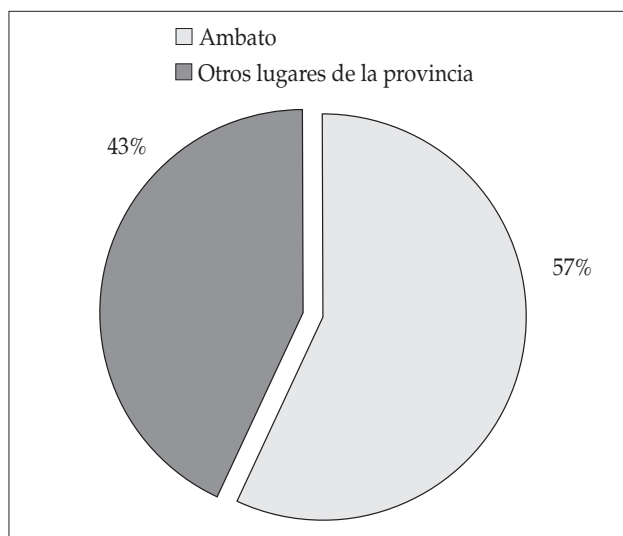


Figura 2. Procedencia de los sujetos de estudio.

Características de los tutores

En cuanto a los tutores bajo responsabilidad de los menores ante la ausencia de uno o ambos progenitores, 46%, estuvieron a cargo de las abuelas (os) maternos y paternos.

Tabla I. NIVEL DE INSTRUCCIÓN POR GRUPO DE EDAD

Grupo de edad (años)	Instrucción n (%)			
	Ninguna	Preescolar	Primaria	Secundaria
0-5 (n=40)	8 (20)	21 (52,5)	11 (27,5)	—
6 ó + (n=59)	3 (5,1)	—	45 (76,3)	11 (18,6)

En cuanto al número de integrantes de la familia, el 70,7% (n=70) tenían hasta 4 integrantes, con una moda de 4 integrantes por grupo familiar.

Al analizar la ocupación del tutor ésta fue, en un 59,6% (n=59) de los casos, la de comerciante (Tabla II).

En cuanto al tiempo de responsabilidad mantenida sobre el niño/a fue en promedio de $27,3 \pm 15,7$ meses (rango: 2-96 meses). El tiempo de responsabilidad del tutor por grupo de edad de los sujetos estudiados se presenta en la Figura 3.

Características de los padres

La edad promedio de los progenitores de los sujetos estudiados fue, para los padres, de $32,4 \pm 4,3$ años (rango: 20-

TABLA II. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA Y TUTORES

Indicadores	n (%)
Persona tutora III	
Abuelos/as materno	35 (35,4)
Abuelos/as paterno	11 (11,1)
Madre	30 (30,3)
Padre	7 (7,1)
Tíos	14 (14,1)
Madre y padrastos	2 (2)
Integrantes grupo familiar IV	
Más de 4	
Hasta 4	70 (70,7)
Ocupación del tutor V	
Quehaceres domésticos	32 (32,3)
Comercial	59 (59,6)
Profesional	5 (5,1)
Jubilado	3 (3)

46 años), en tanto que para las madres fue de $29,7 \pm 4,2$ años (rango: 21–46 años).

En cuanto a la instrucción de los progenitores, ésta se presenta en la Figura 4.

El 72% de los padres son casados o tienen unión estable. Al analizar el destino de migración de los progenitores, el

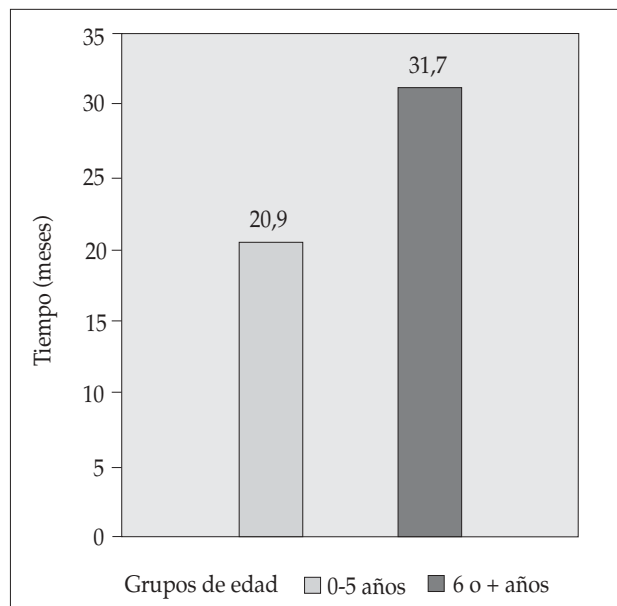


Figura 3. Tiempo de responsabilidad-tutor por grupo de edad. $p < 0,05$ –Diferencia estadísticamente significativa (*Student T test*).

padre migró en un 46% ($n=45$) a España, en tanto que el 55% ($n=54$) de las madres lo hicieron al mismo destino (Figura 5).

Los padres que viajaron a España eligieron como destino final Madrid, Barcelona, Alicante y Murcia.

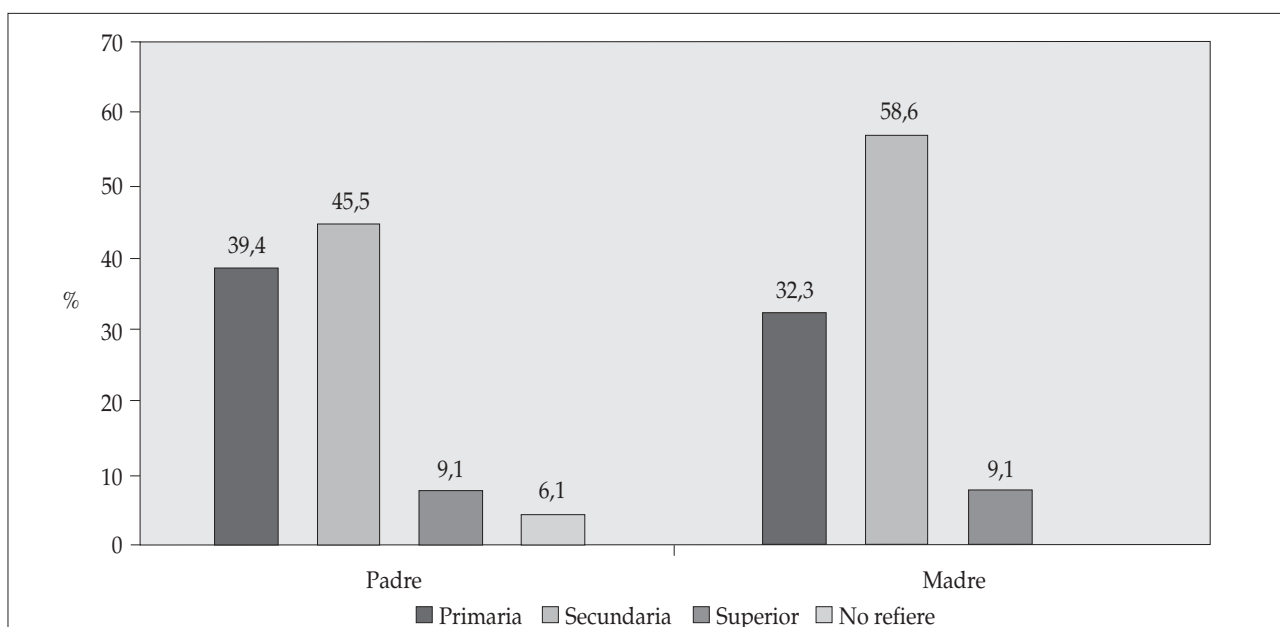


Figura 4. Instrucción de los progenitores.

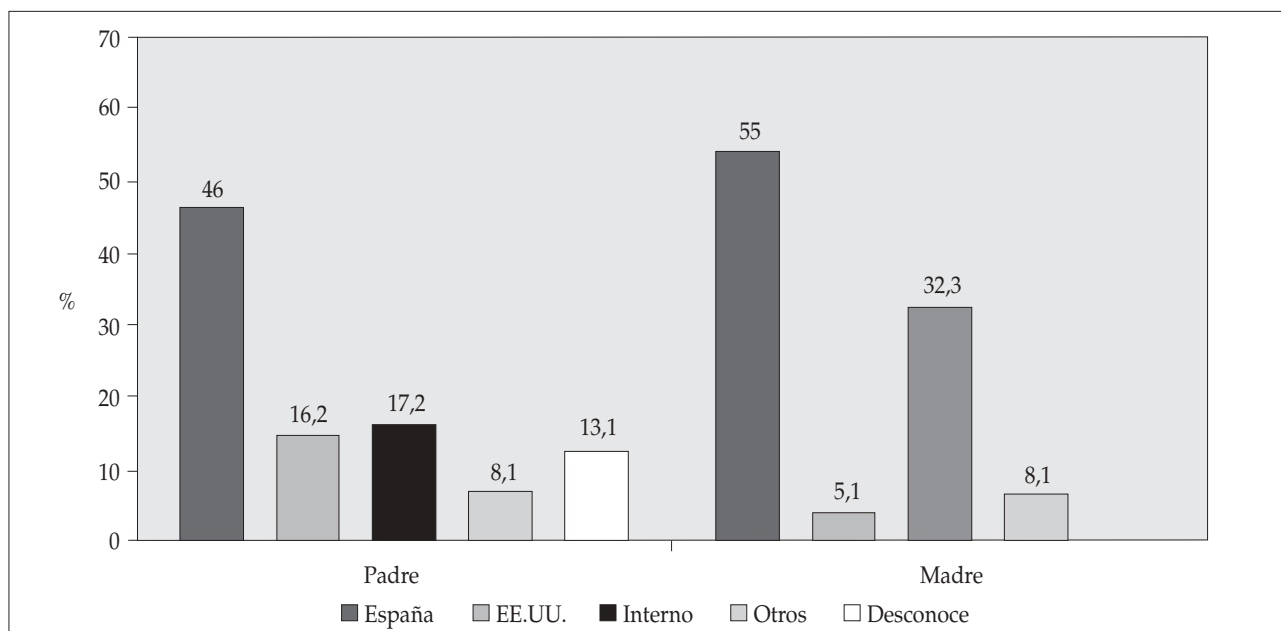


Figura 5. Destino de migración de los progenitores.

TABLA III. OCUPACIÓN DE PADRES POR LUGAR DE MIGRACIÓN

Lugar de migración	Ocupación n(%)			
	Agricultor	Obrero	Hostelería	Otro + desconoce
España (n=45)	8 (17,8)	26 (57,8)	6 (13,3)	5 (11,1)
EE.UU. (n=16)	—	15 (93,8)	1 (6,2)	—
Interno (n=17)	—	5 (29,4)	3 (17,6)	9 (53)
Otro + Desconoce (n=21)	—	4 (19)	3 (14,3)	14 (66,7)
Total (n=99)	8 (8,1)	50 (50,5)	13 (13,1)	28 (28,3)

TABLA IV. OCUPACIÓN DE MADRES POR LUGAR DE MIGRACIÓN

Lugar de migración	Ocupación n(%)			
	Agricultor	Obrero	Hostelería	Servicio doméstico
España (n=54)	16 (29,6)	6 (11,1)	—	32 (59,3)
EE.UU. (n=5)	—	3 (60)	—	2 (40)
Interno (n=32)	1 (3,1)	11 (34,4)	—	20 (62,5)
Otro (n=8)	—	3 (37,5)	1 (12,5)	4 (50)
Total (n=99)	17 (17,2)	23 (23,2)	1 (1)	58 (58,6)

La ocupación que ejercen en el lugar de migración los progenitores de los sujetos estudiados se presenta en las Tablas III y IV.

En cuanto al tiempo de ausencia de los padres, éste fue en promedio de $27,3 \pm 15$ meses (rango: 2–96 meses).

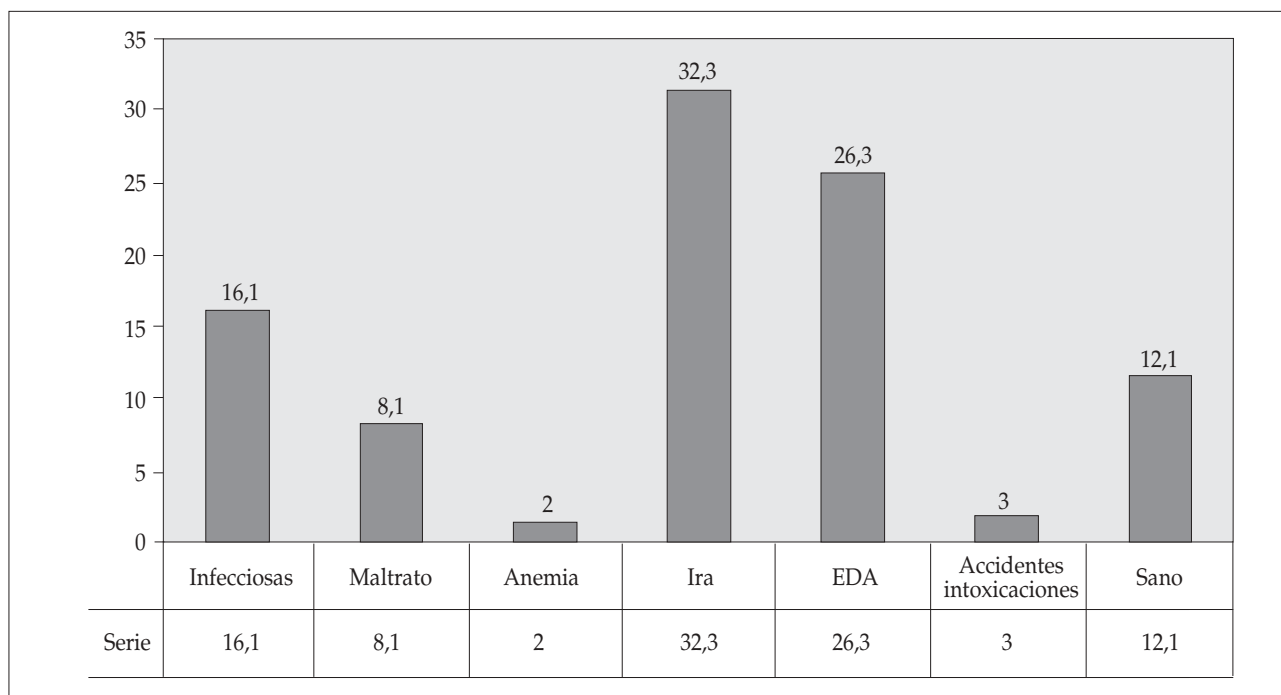


Figura 6. Morbilidad en hijos de migrantes.

MORBILIDAD EN HIJOS DE MIGRANTES

En cuanto a la morbilidad en ausencia de sus padres, el 32,3% (n=32) presentaron enfermedades del tracto respiratorio. En cuanto al diagnóstico de morbilidad, se destaca que el 8% (n=8) presentaron maltrato infantil (Figura 6).

El análisis de morbilidad catalogado como presencia o ausencia, desagregado por grupo de edad de los niños estudiados, se presenta en la Tabla V.

En cuanto al diagnóstico nutricional realizado, el 28,3% (n=28) fueron diagnosticados de hipoprecimiento, y para la

TABLA V. PRESENCIA DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD DE LOS NIÑOS/AS ESTUDIADOS

Grupo de edad (años)	Morbilidad n (%)**	
	Sí	No
0 - 5 (n=40)	35 (87,5)	5 (12,5)
6 ó + (n=59)	52 (88,1)	7 (11,9)

**p >0,05 - No diferencia estadísticamente significativa (t de diferencia de proporciones).

muestra general se notó un 36% con problemas de nutrición de diverso grado (Figura 7).

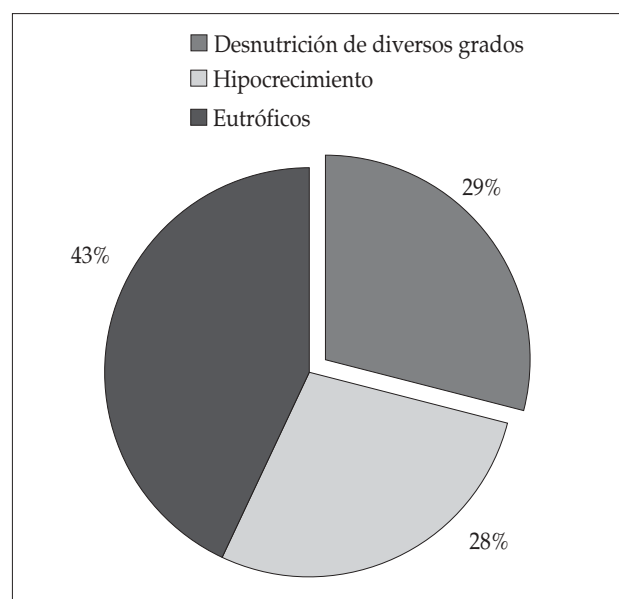


Figura 7. Diagnóstico nutricional en los hijos de migrantes.

TABLA VI. PRESENCIA DE PATOLOGÍA NUTRICIONAL POR GRUPO DE EDAD DE LOS NIÑOS/AS ESTUDIADOS

Grupo de edad (años)	Patología nutricional n (%)*	
	Sí	No
0 – 5 (n=40)	21 (42,5)	23 (57,5)
6 ó + (n=59)	15 (66,1)	20 (33,9)

* $p < 0,05$ – Diferencia estadísticamente significativa (t de diferencia de proporciones).

TABLA VIII. PRESENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS POR TIPO DE TUTOR DE LOS NIÑOS/AS ESTUDIADOS

Tipo de tutor	Trastornos psicológicos n (%)*	
	Sí	No
Abuelos (n=46)	40 (87)	6 (13)
Padre o madre (37)	32 (86,5)	5 (13,5)
Otros (n=16)	14 (87,5)	2 (12,5)

* $p > 0,05$ – No diferencia estadísticamente significativa (t de diferencia de proporciones).

TABLA X. PRESENCIA DE ALTERACIONES DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ POR SEXO

Sexo	Alteraciones desarrollo psicomotriz n(%)*	
	Sí	No
Masculino (n=58)	11 (19)	47 (81)
Femenino (n=41)	5 (12,2)	36 (87,8)

* $p > 0,05$ – No diferencia estadísticamente significativa (t de diferencia de proporciones).

La presencia de patología nutricional, en relación con el grupo de edad de los sujetos estudiados, así como por tipo de tutor bajo el que se encuentra a cargo, se presenta en las Tablas VI y VII.

En cuanto al diagnóstico psicológico, los niños en que se logró hacer la valoración (86), el 26,3% presentaron trastornos de conducta, ansiedad 10%, depresión 16%, baja autoestima, trastornos del sueño, enuresis 13,1% en niños mayo-

TABLA VII. PRESENCIA DE PATOLOGÍA NUTRICIONAL POR TIPO DE TUTOR DE LOS NIÑOS/AS ESTUDIADOS

Tipo de tutor	Patología nutricional n (%)*	
	Sí	No
Abuelos (n=46)	23 (50)	23 (50)
Padre o madre (37)	22 (59,5)	15 (40,5)
Otros (n=16)	11 (68,7)	5 (31,3)

* $p > 0,05$ – No diferencia estadísticamente significativa (t de diferencia de proporciones)

TABLA IX. TIEMPO PROMEDIO DE AUSENCIA DE LOS PADRES POR PRESENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Trastornos psicológicos	Tiempo de ausencia de los padres*
	X ± SD (meses)
Sí (n= 86)	27,2 ± 15,8
No (n= 13)	28,3 ± 10,2

* $p > 0,05$ – No diferencia estadísticamente significativa (Student T test).

res de 5 años, y un 13% normales y un 15,2% no valorables, por oposición de tutores. Los trastornos de aprendizaje se evaluaron en niños escolares (Fig. 8) (Tabla VIII y IX).

En cuanto al desarrollo psicomotriz, en el grupo de menores de 5 años, el 16,1% (n=16) presentaron algún tipo de trastorno. El tipo de afectación al desarrollo psicomotriz, se presenta en la Figura 9.

La presencia de alteraciones del desarrollo psicomotriz por sexo y grupo de edad se presentan en la tabla X.

ABUSO SEXUAL

En cuanto a la presencia de abuso sexual, el 17,2% (n=17) de los niños/as estudiados la refirieron. La edad promedio de los niños/as que refirieron abuso fue de $9,5 \pm 3,3$ años, en tanto que la edad de quienes no lo refirieron fue de $6,5 \pm 3,9$ años ($p < 0,05$).

La frecuencia de abuso sexual por sexo se muestra en la Tabla XI.

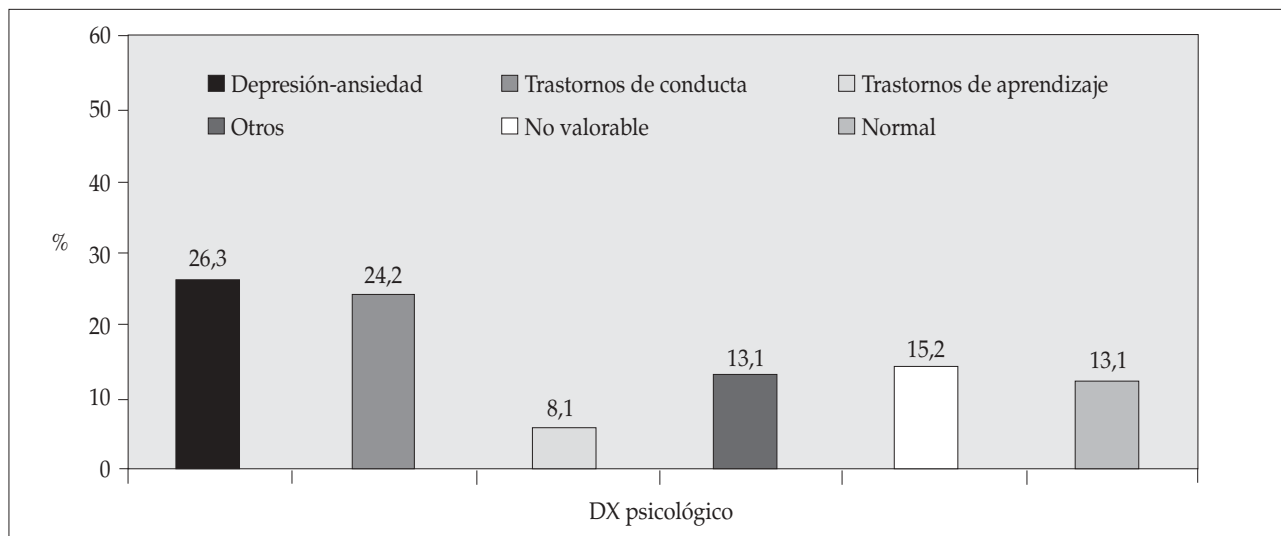


Figura 8. Diagnóstico psicológico en hijos de migrantes.

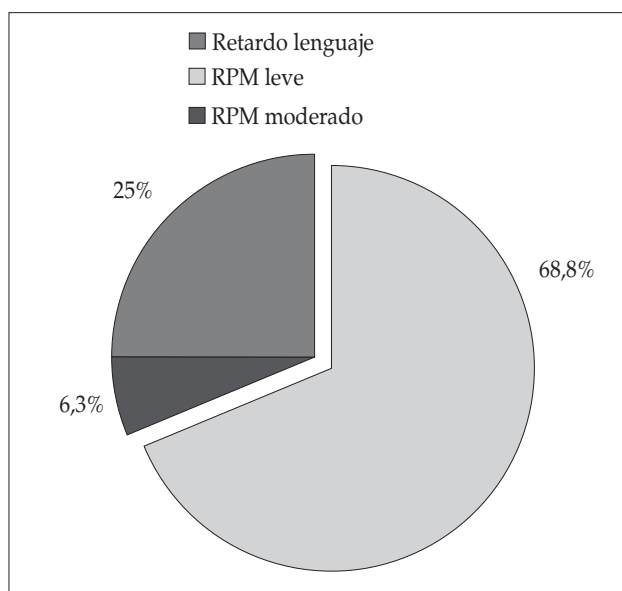


Figura 9. Tipo de alteraciones del desarrollo psicomotriz.

La presencia de abuso sexual en relación con el grupo de edad de los sujetos estudiados, así como por tipo de tutor bajo el que se encuentra a cargo, y el tiempo de ausencia de los padres, se presentan en las Tablas XII a XIV).

El tipo de abuso sexual al que fueron sometidos se presenta en la Figura 10.

Tabla XI. PRESENCIA DE ABUSO SEXUAL POR SEXO

Sexo	Abuso sexual n (%)*	
	Sí	No
Masculino (n=58)	9 (15,5)	49 (84,5)
Femenino (n=41)	8 (19,5)	33 (80,5)

* $p > 0,05$ – No diferencia estadísticamente significativa (t de diferencia de proporciones).

El tipo de abuso sexual por sexo de quienes fueron abusados se presenta en la Tabla XV.

El tipo de abusador referido por los niños/as sometidos a abuso fue en un 52,9% (n=9) de los casos familiares.

El tipo de abusador sexual por sexo de los niños/as sometidos a abuso se presenta en la Tabla XVI.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Al analizar la presencia de violencia intrafamiliar, el 18,1% (n=18) la refirieron. La persona que ejerce la violencia intrafamiliar reportada de entre quienes la informaron (n=18) se presenta en la Figura 11.

TABLA XII. PRESENCIA DE ABUSO SEXUAL GRUPO DE EDAD DE LOS NIÑOS/AS ESTUDIADOS

Grupo de edad (años)	Abuso sexual n (%)**	
	Sí	No
0 – 5 (n=40)	1 (2,5)	39 (97,5)
6 ó + (n=59)	16 (27,1)	43 (72,9)

***p* < 0,05 – Diferencia estadísticamente significativa (T de diferencia de proporciones).

TABLA XIII. PRESENCIA DE ABUSO SEXUAL POR TIPO DE TUTOR DE LOS NIÑOS/AS ESTUDIADOS

Tipo de tutor	Abuso sexual n (%)*	
	Sí	No
Abuelos (n=46)	10 (21,7)	36 (78,3)
Padre o madre (37)	4 (10,8)	33 (89,2)
Otros (n=16)	3 (18,8)	13 (81,2)

**p* > 0,05 – No diferencia estadísticamente significativa (t de diferencia de proporciones).

TABLA XIV. TIEMPO PROMEDIO DE AUSENCIA DE LOS PADRES POR PRESENCIA DE ABUSO SEXUAL

Abuso sexual	Tiempo de ausencia de los padres**
	X ± SD (meses)
Sí (n= 17)	37,6 ± 19,6
No (n= 82)	24,7 ± 12,7

***p* < 0,05 – Diferencia estadísticamente significativa (Student T test).

CONSUMO DE DROGAS

En relación con el consumo de drogas, definido como el consumo de sustancias adictivas permitidas o no, incluido

alcohol y tabaco en menores de 18 años, el 8% (n=8) de los niños/as estudiados lo refirieron. El tipo de drogas consumidas se presentan en la Figura 12.

El consumo de drogas catalogado por sexo, así como por grupo de edad y tipo de tutor de los niños/as estudiados, se presenta en las Tablas XVII a XIX.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced atendió a 7.396 pacientes de enero a febrero del 2003, de los cuales aproximadamente un 6,6% son hijos de migran-

TABLA XV. TIPO DE ABUSO SEXUAL POR SEXO DE LOS NIÑOS/AS

Sexo	Tipo de abuso n (%)			
	Sexo oral	Manipulación genital	Penetración	No específica
Masculino (n=9)	1 (11,1)	4 (44,4)	3 (33,3)	1 (11,1)
Femenino (n=8)	1 (12,5)	4 (50)	3 (37,5)	—

TABLA XVI. TIPO DE ABUSADOR SEXUAL POR SEXO DE LOS NIÑOS/AS

Sexo	Tipo de abusador n (%)*		
	Familiares	Conocidos	No específica
Masculino (n=9)	5 (55,6)	4 (44,4)	
Femenino (n=8)	4 (50)	3 (37,5)	1 (12,5)

**p* > 0,05 – No diferencia estadísticamente significativa (t de diferencia de proporciones).

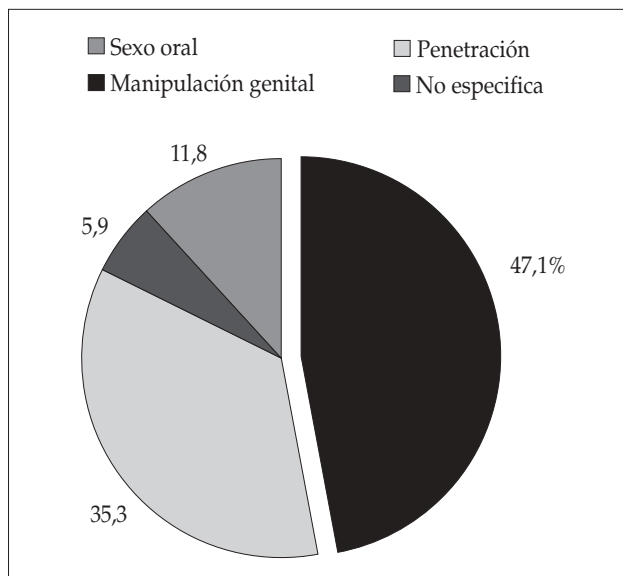


Figura 10. Tipo de abuso sexual.

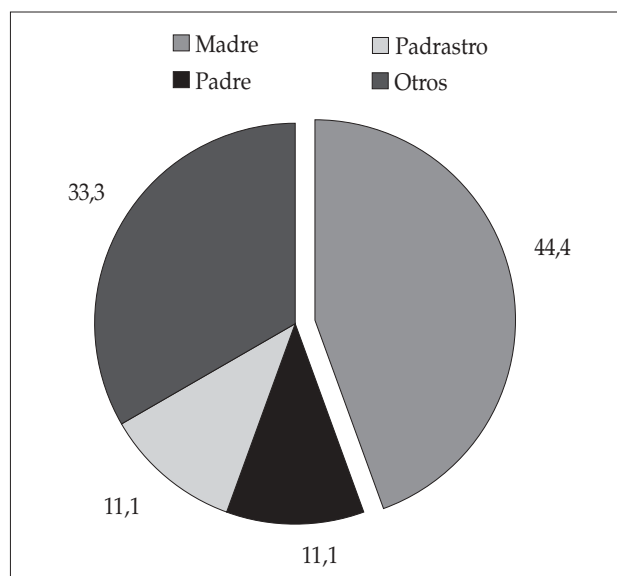


Figura 11. Persona que ejerce la violencia intrafamiliar.

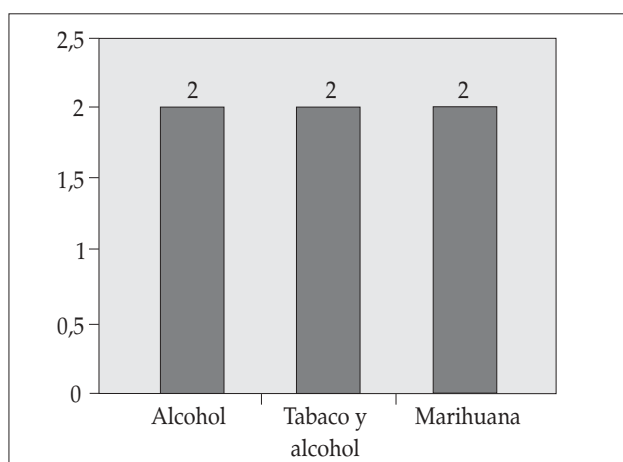


Figura 12. Tipo de drogas consumidas.

tes, lo que demuestra claramente la alta incidencia de dicho fenómeno.

Junto a la solución de enfermedades en la edad pediátrica, emergen otros eventos derivados de la crisis socioeconómica de los países pobres como son la migración y paralelamente a ésta, el abandono de los niños, lo cual genera una cadena de fenómenos: elevada morbilidad principal-

mente por IRA, EDA, enfermedades transmisibles, hipocrecimiento y desnutrición de diversos grados. Con asombro demostramos las alteraciones psíquicas con predominio en alteraciones de la conducta, baja autoestima, ansiedad, enuresis, y un bajo porcentaje de niños eutímicos que simplemente son resilientes.

Llama la atención el porcentaje de abuso sexual en los niños abandonados, muy superior al de aquellos que mantienen el vínculo parental; a todo ello se suma el consumo de sustancias y casos de intento de autólisis. El bajo rendimiento escolar fue la regla con evidencia de violencia intrafamiliar.

La mayoría de los padres eligieron como destino final España, principalmente Madrid, Barcelona, Alicante y Murcia, con un promedio de ausencia mayor de tres años. En los últimos cuatro años el destino del migrante se ha focalizado en España, esto se explica porque en 1986 España se convierte en miembro de la Unión Europea que, a su vez, le atribuye a la Península Ibérica el papel de frontera sur de la pretendida "Europa Fortaleza"⁽¹¹⁾, sumando a ello las relaciones coloniales o lazos históricos previos, el conocimiento del idioma, las redes sociales así como la falsa creencia de "La madre patria y la hermandad hispanoamericana"^(2,20).

TABLA XVII. PRESENCIA DE CONSUMO DE DROGAS POR SEXO

Sexo	Consumo de drogas n(%)*	
	Sí	No
Masculino (n=58)	6 (6,9)	54 (93,1)
Femenino (n=41)	2 (4,9)	39 (95,1)

* $p > 0,05$ – No diferencia estadísticamente significativa (*t* de diferencia de proporciones).

TABLA XIX. PRESENCIA DE CONSUMO DE DROGAS POR TIPO DE TUTOR DE LOS NIÑOS/AS ESTUDIADOS

Tipo de tutor	Abuso sexual n(%)*	
	Sí	No
Abuelos (n=46)	5 (6,5)	43 (93,5)
Padre o madre (37)	2 (5,4)	35 (94,6)
Otros (n=16)	1 (6,3)	15 (93,8)

* $p > 0,05$ – No diferencia estadísticamente significativa (*t* de diferencia de proporciones).

La mayoría de ecuatorianos realizan los oficios que los españoles rechazan, tradicionalmente los peor remunerados y en las condiciones más ingratas. Especialmente tareas de peonaje agrícola, construcción, hostelería, limpieza o servicios domésticos; la mayoría de ellos realizan estos trabajos, a pesar de que cuentan con instrucción secundaria y superior, a merced de empresarios sin escrúpulos y de los accidentes laborales. La marginalidad, consustancial al *status* de inmigrante, se incrementa en el caso de aquellos que encuentran un destino forzoso en la prostitución y actividades delictivas; un número significativo de ecuatorianos, tanto hombres como mujeres, practican la prostitución para ganarse la vida, dada su situación irregular, y por lo general ocultan el origen de sus ingresos a sus familiares^(2,21).

El éxodo de estos últimos años no es fortuito, es fruto de la profunda crisis moral, cultural, económica y política que vive el Ecuador hace ya varios años y aún irresoluta.

Es motivo de gran preocupación los niños abandonados, carentes del indispensable vínculo parental y reflejado

TABLA XVIII. PRESENCIA DE CONSUMO DE DROGAS POR GRUPO DE EDAD DE LOS NIÑOS/NIÑAS ESTUDIADOS

Grupo de edad (años)	Consumo de drogas n(%)	
	Sí	No
0 – 5 (n=40)		40 (100)
6 ó + (n=59)	8 (10,2)	53 (89,8)

en asombrosas cifras de morbilidad orgánico-psíquica, desnutrición, abuso sexual y consumo de sustancias.

Todo aquello constituye un fenómeno de maltrato generado por el Estado ecuatoriano y los gobiernos con un evidente fracaso de orden político para resolver el problema, gobiernos que a su debido tiempo antepusieron los intereses de pequeños pero poderosos grupos de poder político y económico en un festín de corrupciones frente al servicio de los más necesitados. Lo que hoy por hoy se traduce en una verdadera sociopatía sin precedentes a la luz de la globalización.

Las migraciones continuarán mientras en los países de origen no haya drásticos cambios en la política de orden social e internacional, y mientras en el concierto internacional el tercer mundo no tenga participación en las decisiones y no se respeten los derechos de los niños.

RECOMENDACIONES

1. Cumplir y hacer cumplir categóricamente el código de la niñez y adolescencia.
2. Exhortar a las asociaciones de pediatría, para que "EL HIJO DE EMIGRANTE" sea considerado como un niño con riesgo "bio-psico-social".
3. Incitar a la reflexión de los gobiernos del mundo en contraponer el discurso político frente a la necesidad urgente de elaborar políticas sociales que prioricen el bienestar físico y psicológico del niño, adolescente y de sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedone C. Globalización y Migraciones Internacionales. Revista de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona. N. - 69-agosto 2000.

2. Esvertit N, González M. Ecuador en España: Migrantes de un Nuevo Milenio. Barcelona 2001.
3. ENDEMAIN: Encuesta Demográfica y Materno Infantil. USAID, CDC, UNICEF, año 2000.
4. Hartman S, Cañizares R, Echanique P, Laspina N. Perfil Epidemiológico del Ecuador a fines del siglo XX, OPS, OMS.
5. Centro de Investigaciones Sociológicas CIS. "Barómetro de diciembre 2000" Madrid: 26.1, 2001. p. 22.
6. Hernández S. BBC Mundial, ALTERCOM. AESCO. 2003.
7. Malgesini Cruzando Fronteras. Migraciones en el Sistema Mundial. Barcelona: Icaria-Fundación Hogar del Empleado, 1998.
8. Massey D, Arango J, et al. Theories of international Migration: A Review and Appraisal. Population and Development Review, 1993, vol 19.
9. Salud en las Américas: Perfil de Salud del Ecuador. OPS-OMS 1999.
10. Conferencia episcopal Ecuatoriana: Nuestros Hermanos Emigrantes en España. Quito-Ecuador 31 de octubre del 2003.
11. Stolcke V. Análisis del Discurso de Gobiernos Europeos frente a la Inmigración. 1997.
12. Álvarez ML, Pedreira ML. Malos Tratos. Pediatría Extrahospitalaria, II ED 2001. Pág. cap 66.
13. American Professional Society on the Abuse of Children. The APSAC Hand Book on Child Maltreatment. New York: Sage Publications 1996.
14. Kempe RS, Kempe CH. Niños Maltratados. Madrid: Morata, 1989.
15. Meadow R. ABC of Chile Abuse. London: Br medical Journal 1989.
16. Malacará J. Bases para la Investigación Biomédica. México DF: ED Mexicana; 1982.
17. Estévez E. Los protocolos de Investigación en Biomedicina. FCM; imp. Terán. Quito 1993.
18. Arancety J. Evaluación del Estado Nutricional en Pediatría. En: MENEGHELLO: Tomo I ED V-Panamericana. Arg 1997. p. 282-95.
19. Departamento de Estadística del Hospital Municipal Nuestra Señora de la Merced. Ambato-Ecuador.
20. Goldberg A, Pedone C. Cadenas y Redes Migratorias Internacionales. Aproximación a un estudio comparativo entre dos casos: Senegaleses en Barcelona y ecuatorianos en Murcia. Ponencia en el IV Congreso del Centro de Estudios de América Latina. Universidad de Rovira y Virgili; Tarragona 2000 (inédito).
21. Capel H. La Inmigración en España. Revista Bibliográfica de Geografía y Ciencias Sociales, enero de 1999.
22. MSP. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Normas y procedimientos para la Atención en Salud Infantil. 1999. Cap IV.