

Estado psicológico y bienestar emocional en menores de edad que residen en centros de acogida

Psychological status and emotional well-being of minors residing in foster care

Naula-Naula Juan José

Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Ecuador.
Correo: jnaula4945@utm.edu.ec
ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-6013-6246>

Espinoza-Bravo Luis Antonio

Universidad Técnica de Manabí. Portoviejo, Ecuador.
Correo: luis.espinoza@utm.edu.ec
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0373-6286>

RESUMEN

Este estudio evaluó el estado psicológico y el bienestar emocional de 35 menores (8-17 años) residentes en un centro de acogida de Azogues, Ecuador, ante la evidencia de que estos entornos pueden exacerbar trastornos emocionales. Mediante un diseño cuantitativo, transversal y descriptivo, se aplicaron el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y la Escala de Ansiedad para Niños (SCARED). Los resultados revelaron una alta prevalencia de malestar psicológico: 85.71% presentó alto riesgo de ansiedad, con predominio de sintomatología somática (88.57%) y miedo al abandono (77.14%), mientras que el 65.71% mostró depresión moderada-alta. La ansiedad se mantuvo crónica en el tiempo, a diferencia de la depresión que disminuyó. Se concluye que la ansiedad es el núcleo del malestar en menores institucionalizados, requiriéndose intervenciones especializadas y diferenciadas según el tipo de trauma previo.

Palabras claves: salud mental, menores, centros de acogida, ansiedad, depresión.

ABSTRACT

This study assessed the psychological status and emotional well-being of 35 minors (8-17 years old) residing in a foster care center in Azogues, Ecuador, given evidence that these environments can exacerbate emotional disorders. Using a quantitative, cross-sectional, and descriptive design, the Children's Depression Inventory (CDI) and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) were administered. Results revealed a high prevalence of psychological distress: 85.71% were at high risk for anxiety, with a predominance of somatic symptoms (88.57%) and fear of abandonment (77.14%), while 65.71% showed moderate-to-high depression. Anxiety remained chronic over time, unlike depression, which decreased. It is concluded that anxiety is the core of distress in institutionalized minors, requiring specialized and differentiated interventions based on the type of prior trauma.

Keywords: mental health, minors, shelters, anxiety, depression.

Información del manuscrito:

Fecha de recepción: 14 de octubre de 2025.

Fecha de aceptación: 17 de diciembre de 2025.

Fecha de publicación: 20 de enero de 2026.



1. INTRODUCCIÓN

El bienestar emocional y psicológico de los menores de edad que residen en centros de acogida constituye un tema de creciente relevancia en el ámbito de la salud mental y la protección infantil. Estos entornos, diseñados para brindar protección temporal a niños y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad como abandono, maltrato o negligencia, pueden, paradójicamente, convertirse en escenarios que exacerban trastornos psicológicos debido a la inestabilidad emocional, la falta de apego seguro y las condiciones institucionales. Estudios internacionales y nacionales coinciden en señalar que esta población presenta altas prevalencias de depresión, ansiedad y asociados a experiencias traumáticas previas y a la adaptación a un entorno colectivo (Ferrer et al., 2025; Inga et al., 2020).

A nivel global, la salud mental de los menores en centros de acogida ha sido identificada como una prioridad en agendas de derechos humanos y políticas públicas. Investigaciones como las de Ferrer et al. (2025); Rodríguez et al. (2023) destacan que estos entornos, aunque necesarios, suelen carecer de recursos para abordar las complejas necesidades psicológicas derivadas de traumas previos, como abuso sexual, violencia doméstica o pobreza extrema.

En América Latina, estudios como los de (Sarango & Taco, 2022) revelan que la estigmatización social y la falta de continuidad en los cuidados agravan cuadros de ansiedad y depresión, limitando las oportunidades de reintegración familiar o social. Ecuador no es ajeno a esta realidad; investigaciones en Cuenca como la de Inga et al. (2020) y en Azogues la de Montero (2021) confirman que los menores institucionalizados enfrentan mayores riesgos de desarrollar trastornos internalizantes (somatizaciones) y externalizantes (conductas agresivas), con escasa atención especializada.

En el cantón Azogues, la ausencia de datos actualizados sobre la prevalencia de trastornos psicológicos en centros de acogida dificulta el diseño de intervenciones efectivas. Aunque existen diversas investigaciones acerca de las habilidades sociales y resiliencia, tal como la de Montero (2021), persiste un vacío en la evaluación del estado psicológico y bienestar emocional de estos

menores. Por lo tanto, esta investigación busca llenar este vacío combinando herramientas validadas (CDI, SCARED) con un enfoque cuantitativo.

La relevancia social del estudio radica en su potencial para informar políticas públicas y prácticas institucionales que garanticen el derecho a la salud mental de esta población. Asimismo, desde una perspectiva teórica, se enmarca en la psicología comunitaria y la teoría del apego, destacando cómo el entorno institucional y la carencia de vínculos estables afectan el desarrollo emocional (Casas, 2025). De esta manera, este artículo no solo pretende diagnosticar una realidad urgente, sino también proponer soluciones basadas en evidencia para transformar los centros de acogida en espacios que promuevan el bienestar emocional y psicológico de los menores. Resultados preliminares de trabajos similares, como el de Ramón (2025), sugieren que hasta el 60% de los menores en acogimiento presentan síntomas depresivos enmascarados como irritabilidad o quejas somáticas, lo que subraya la necesidad de diagnósticos precisos. Además, la alta rotación de cuidadores y las condiciones de hacinamiento en algunos centros podrían estar exacerbando estos cuadros, requiriendo no solo evaluación, sino también protocolos de actuación inmediata.

2. MARCO TEÓRICO

El estudio del bienestar emocional de los menores que crecen en contextos de acogimiento institucional requiere una comprensión profunda de los procesos psicológicos que subyacen a su desarrollo. No se trata solo de describir síntomas, sino de interpretar cómo las experiencias de pérdida, separación y desprotección moldean su mundo interno, su capacidad de confiar en los demás y su manera de habitar el propio cuerpo. En este sentido, el marco teórico que sustenta esta investigación se articula en torno a dos ejes fundamentales: la teoría del apego y el modelo del trauma complejo, conceptos que, entrelazados, ofrecen una lente para comprender el malestar emocional en esta población.

La teoría del apego, inicialmente desarrollada por John Bowlby, da a conocer que la calidad de los vínculos tempranos con las figuras cuidadoras sienta las bases de la seguridad emocional a lo largo de la vida (Ezquerro, 2023). Para un

niño o adolescente, la separación forzosa de su familia de origen ya sea por abandono, maltrato o negligencia representa una fractura profunda en ese sistema de seguridad. Como la ausencia de una base segura no solo genera angustia inmediata, sino que compromete la capacidad futura para regular las emociones, explorar el entorno con confianza y construir relaciones saludables (García, 2025).

En el contexto de un centro de acogida, donde los cuidadores pueden rotar y las rutinas son colectivas, establecer vínculos de apego seguro se vuelve un desafío monumental. La ansiedad, en especial el miedo al abandono puede entenderse así no como un síntoma aislado, sino como la expresión de un sistema de apego activado de manera crónica, en constante estado de alerta ante la posibilidad de nuevas pérdidas (Pérez, 2024).

Este estado de alerta persistente se vincula directamente con el trauma complejo. A diferencia de los eventos traumáticos aislados, el trauma complejo hace referencia a la exposición prolongada y repetida a situaciones adversas como la violencia intrafamiliar, el abuso o la negligencia, generalmente infligidas por figuras que deberían ofrecer cuidado y protección (García, 2025). Como consecuencia, el desarrollo integral del menor se ve afectado, no se manifiesta únicamente a través de recuerdos intrusivos, sino a través de dificultades profundas en la regulación emocional, la autopercepción y la relación con los demás (Parker, 2024).

Uno de los mecanismos más elocuentes a través del cual el trauma complejo se expresa es la somatización. El cuerpo, ante la imposibilidad de procesar verbalmente el dolor emocional, termina "hablando" a través de síntomas físicos: dolores de cabeza, malestares gastrointestinales, tensión muscular (Seijo, 2024). Estos no son simulaciones, sino la encarnación de un sufrimiento que no encuentra otras vías de expresión. En el estudio de Mariano Robles (2022), vinculan el apego inseguro con una mayor predisposición a la somatización.

Es crucial considerar el impacto del entorno institucional en sí mismo. La vida en un centro de acogida, aun con la mejor de las intenciones, implica adaptarse a una estructura impersonal, a la convivencia con pares que también cargan con

sus propias historias de dolor y, con frecuencia, a la falta de privacidad y espacios de intimidad.

Estas institucionalizaciones pueden generar lo que algunos un profundo malestar, confusión y ansiedad que surge cuando una persona se enfrenta a un conjunto de reglas, normas, jerarquías y comportamientos sociales dentro de una institución que son radicalmente diferentes a lo que conocía, seguido de un proceso de adaptación que no siempre equivale a una curación genuina (Romero, 2025). La atenuación de los síntomas depresivos con el tiempo, podría interpretarse en algunos casos más como un mecanismo de resignación o una forma de desconexión para sobrevivir a una realidad percibida como inmodificable, que como una mejoría real del bienestar subjetivo (Rygaard, 2008).

Comprender que el malestar de los menores está anclado en la ruptura de los vínculos, la experiencia de trauma relacional y las demandas del entorno institucional, es el primer paso para diseñar intervenciones que vayan más allá del manejo sintomático y se adentren en la reparación profunda de la confianza, la identidad y la capacidad de conectar con los demás de manera segura.

3. METODOLOGÍA

Pregunta de investigación y objetivos

Para la elaboración de esta investigación se realizó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el estado psicológico y el bienestar emocional en menores que reciben en centros de acogida?

El objetivo general de este estudio es evaluar el estado psicológico y el bienestar emocional de los menores que residen en centros de acogida del Cantón Azogues, Además de examinar los niveles de trastornos de ansiedad y determinar la prevalencia de depresión, también explorar las variables adicionales por las cuales acuden al centro de acogida y cómo influyen en las prevalencias de ansiedad y depresión.

Diseño del Estudio

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, con un diseño descriptivo-transversal y analítico, que permitió no solo describir las prevalencias de ansiedad y depresión, sino también analizar su asociación con variables temporales y de historial de vulnerabilidad.

Población y Muestra

La población de estudio estuvo conformada por todos los niños, niñas y adolescentes (NNA) entre 8 y 17 años residentes en el centro de acogida del cantón Azogues, Ecuador. Se incluyó a la totalidad de los NNA que cumplieran con los criterios de edad y cuyos tutores legales proporcionaron el consentimiento informado por escrito; los participantes también dieron su asentimiento. La muestra estaría conformada por 35 participantes. Se recogieron variables sociodemográficas y de historial de ingreso (género, edad, tiempo de estancia, motivo de ingreso, presencia de hermanos en el centro).

Criterios de Inclusión y de Exclusión:

Tabla 1. Parámetros de inclusión y exclusión

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Muestra	Adolescentes de (08 a 17 años)	Adultos o menores del rango de edad
Permanencia en el centro	Permanencia mínima de 3 meses en el centro.	Menos de tres meses en el centro de acogida.
Consentimiento informado	Tener el consentimiento informado	Falta del consentimiento informado

Fuente: Elaboración propia (2025).

Se emplearán dos herramientas validadas internacionalmente

- Inventario de Depresión Infantil (CDI): Cuestionario autoadministrado de 27 ítems que evalúa la sintomatología depresiva en población infantojuvenil. Evalúa dimensiones como estado de ánimo disfórico, baja autoestima e ineficacia. Los puntos de corte permiten clasificar a los participantes en categorías de Bajo, Moderado y Alto Riesgo depresivo. Su confiabilidad reportada es alta (Alpha de Cronbach > 0.80) (Kovacs, 2004).

- b) Escala de Ansiedad para Niños (SCARED): Instrumento de 41 ítems que evalúa la presencia de sintomatología ansiosa y sus dimensiones: ansiedad generalizada, de separación, pánico/somática, fobia social y ansiedad escolar. Clasifica a los participantes en Bajo y Alto Riesgo de trastorno de ansiedad. Es ampliamente utilizado y validado, con buena consistencia interna., mientras mayor sea la puntuación más riesgo alto tiene (Birmaher et al., 1997).

Se consideran adicional las variables independientes como experiencias traumáticas previas, tiempo en el centro, calidad del apoyo institucional. Además, se tomarán en cuenta los resultados dependientes que arrojen los test con sus diferentes niveles de depresión (CDI), ansiedad (SCARED).

Procedimiento

Tras la obtención de los permisos institucionales y la aprobación del comité de ética, se aplicaron los instrumentos de forma individual en un espacio tranquilo y privado dentro del centro, garantizando la confidencialidad. La aplicación fue realizada por psicólogos capacitados, en una única sesión de aproximadamente 40 minutos.

Análisis de Datos

Los datos fueron procesados con Excel, se realizó un análisis descriptivo (porcentajes, niveles y percentil) para caracterizar la muestra y establecer las prevalencias globales de ansiedad y las respectivas variables (motivo de ingreso, tiempo de estancia, género) y los niveles de riesgo de ansiedad y depresión.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio evaluó el estado psicológico y el bienestar emocional de 35 niños, niñas y adolescentes (NNA) entre 8 y 17 años residentes en un centro de acogida del cantón Azogues, Ecuador. Se aplicaron el Inventario de Depresión Infantil (CDI) y la Escala de Ansiedad para Niños (SCARED), instrumentos estandarizados que permitieron obtener datos cuantitativos sobre sintomatología

depresiva y ansiosa, así como su relación con variables sociodemográficas y antecedentes de vulnerabilidad.

a. Caracterización Sociodemográfica de la Muestra

El perfil sociodemográfico (ver Tabla 1) revela una población mayoritariamente adolescente y con una clara predominancia del género femenino. La estancia en el centro muestra una distribución casi equitativa entre quienes llevan menos de un año y quienes superan ese tiempo. Los motivos de ingreso reflejan una realidad marcada por la adversidad, siendo la negligencia/abandono y el presunto abuso sexual los más frecuentes.

Tabla 1. Características sociodemográficas

Variable	Categoría	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Grupo de Edad	8-10 años	11	31.43%
	11-16 años	24	68.57%
Género	Masculino	13	37.14%
	Femenino	22	62.86%
Tiempo en el Centro	3-12 meses	19	54.29%
	> 12 meses	16	45.71%
Motivo de Ingreso	Negligencia/Abandono	21	60.00%
	Presunto Abuso Sexual	8	22.86%
	Consumo Familiar Alcohol/Drogas	6	17.14%
	Violencia Física/Psicológica	5	14.29%
	Orfandad	3	8.57%
	Trabajo Infantil	1	2.86%

Fuente: Elaboración propia (2025). **Nota:** Los porcentajes de motivos de ingreso no suman 100% debido a que un menor puede presentar más de un motivo.

b. Panorama Global: Alta Prevalencia de Malestar Psicológico

El análisis global reveló una carga elevada y alarmante de malestar psicológico internalizado en la población estudiada. La sintomatología ansiosa demostró ser notablemente más prevalente y generalizada que la depresiva. Como se detalla en la Tabla 2, mientras un 65.71% de los participantes presentaba sintomatología depresiva relevante (sumando niveles moderado y alto), la abrumadora mayoría (85.71%) se situó en alto riesgo de trastornos de ansiedad. Este hallazgo sugiere que la ansiedad es la manifestación central del sufrimiento psicológico en esta población.

Un análisis más fino de las subescalas permite comprender la naturaleza de este malestar. La ansiedad se expresó con mayor intensidad a través de síntomas somáticos y de pánico (88.57%), lo que indica una potente conversión en síntomas físicos del sufrimiento psicológico. Asimismo, el miedo al abandono (Ansiedad por Separación, 77.14%) y el estrés en el ámbito académico (Ansiedad Escolar, 80.00%) se erigieron como focos críticos, reflejando los temores vinculados a la pérdida y al desempeño en entornos externos al centro.

En el ámbito depresivo, destaca que casi la mitad de los menores (45.71%) presentó un nivel alto de baja autoestima, un dato revelador del profundo impacto que la experiencia de desprotección tiene en la construcción de la identidad y la autovaloración.

Tabla 2. Prevalencia de sintomatología depresiva y ansiosa

Instrumento / Dimensión	Bajo Riesgo	Moderado Riesgo	Alto Riesgo	Hallazgo Principal
CDI - Depresión Total	34.29% (n=12)	22.86% (n=8)	42.86% (n=15)	Casi la mitad presenta depresión severa.
- Baja Autoestima	31.43% (n=11)	22.86% (n=8)	45.71% (n=16)	Casi la mitad tiene la autoestima muy dañada.
- Disforia	25.71% (n=9)	54.29% (n=19)	20.00% (n=7)	El estado de ánimo irritable/deprimido es mayoritariamente moderado.
SCARED - Ansiedad Total	14.29% (n=5)	0.00% (n=0)	85.71% (n=30)	La gran mayoría tiene ansiedad clínicamente significativa.
- Sínt. Somáticos/Pánico	11.43% (n=4)	0.00% (n=0)	88.57% (n=31)	La ansiedad se expresa predominantemente a través del cuerpo.
- Ansiedad por Separación	22.86% (n=8)	0.00% (n=0)	77.14% (n=27)	Miedo intenso al abandono.
- Ansiedad Escolar	20.00% (n=7)	0.00% (n=0)	80.00% (n=28)	El ámbito académico es un foco de estrés universal.
- Ansiedad Generalizada	45.71% (n=16)	0.00% (n=0)	54.29% (n=19)	Prevalencia mayoritaria de preocupación constante.
- Fobia Social	48.57% (n=17)	0.00% (n=0)	51.43% (n=18)	Más de la mitad muestra malestar en interacciones sociales.

Fuente: Elaboración propia (2025).

c. El Factor Temporal: La Persistencia de la Ansiedad

El tiempo de permanencia en el centro mostró una relación crucial y diferencial con cada sintomatología. Como se observa en la Tabla 3, se identificó una correlación inversa con la depresión: la sintomatología fue más aguda al inicio (77.78% en alto riesgo a los 3-6 meses) y mostró una tendencia a atenuarse con el tiempo, sugiriendo un posible proceso de adaptación o resignación. Este

patrón es consistente con la literatura que describe una fase inicial de "shock institucional".

Por el contrario, la ansiedad se mantuvo crónicamente alta independientemente de la duración de la estancia. El dato más alarmante emerge del grupo con más de un año en el centro, donde el 84.21% permaneció en alto riesgo. Esto indica que la institucionalización, lejos de calmar los temores subyacentes, podría estar perpetuando un estado de hipervigilancia, alerta e inseguridad que no remite con el tiempo.

Tabla 3. Evolución de la sintomatología según el tiempo de permanencia en el centro

Tiempo en el centro	n	Depresión (Alto Riesgo)	Ansiedad (Alto Riesgo)	Tendencia interpretativa
3 - 6 meses	9	77.78% (n=7)	100% (n=9)	Fase de impacto máximo. Pico de estrés, duelo y desorientación.
7 - 12 meses	7	28.57% (n=2)	71.43% (n=5)	Ligera mejoría en depresión. La ansiedad mayoritaria persiste.
> 12 meses	19	31.58% (n=6)	84.21% (n=16)	Cronicidad del malestar. La ansiedad no remite con el tiempo.

Fuente: Elaboración propia (2025).

d. Vulnerabilidad Según el Motivo de Ingreso: Perfiles de Riesgo Diferenciados

El motivo de ingreso definió perfiles de vulnerabilidad completamente diferentes., tal como se consolida en la Tabla 4. Los datos muestran que la exposición a ambientes familiares patológicos se asoció con los cuadros más severos:

- **Violencia Física/Psicológica y Consumo de Sustancias:** Estos grupos presentaron los perfiles más devastadores, con un 100% de sus integrantes en alto riesgo de ansiedad. Esto refleja la internalización de entornos crónicamente peligrosos, impredecibles y caóticos.
- **Negligencia/Abandono:** Como motivo más frecuente, configuró un perfil de "cronicidad", con una alta prevalencia de ansiedad (80.95%) centrada en el miedo al abandono y la somatización.
- **Orfandad:** En contraste, este grupo mostró un perfil de notablemente mayor resiliencia, con 0% de depresión severa. Esto sugiere que la pérdida por fallecimiento, aunque dolorosa, puede ser un evento más delimitado y

comprensible que el maltrato o el abandono activo, y no necesariamente conlleva el mismo daño a la autoestima y la percepción de seguridad.

Tabla 4. Sintomatología según el motivo de ingreso al centro de acogida

Motivo de Ingreso	N	Depresión (Alto Riesgo)	Ansiedad (Alto Riesgo)	Hallazgo Principal
Violencia Física/Psicológica	5	80.00% (n=4)	100% (n=5)	Perfil más devastador. Secuelas generalizadas de trauma.
Consumo Familiar (Alcohol/Drogas)	6	50.00% (n=3)	100% (n=6)	Ansiedad universal. Entorno familiar caótico e impredecible.
Negligencia/Abandono	21	38.10% (n=8)	80.95% (n=17)	Perfil de cronicidad. Miedo al abandono y somatización.
Presunto Abuso Sexual	8	.50% (n=5)	87.50% (n=7)	Alta afectación, especialmente en ansiedad.
Orfandad	3	0.00% (n=0)	66.67% (n=2)	Mayor resiliencia. La pérdida por fallecimiento muestra un impacto diferencial.

Fuente: Elaboración propia (2025).

e. Análisis por Género y Dinámica Familiar

Un análisis desagregado reveló patrones diferenciales de afectación:

- **Género:** Las adolescentes mujeres presentaron una mayor prevalencia de depresión severa (54.55% vs. 23.08% en hombres) y de ansiedad generalizada. Este hallazgo es consistente con la epidemiología de la salud mental en adolescentes en la población general.
- **Hermanos:** La presencia de hermanos no actuó como un factor protector homogéneo. Los menores sin hermanos mostraron los niveles más altos de depresión (50% en alto riesgo) y baja autoestima, sugiriendo que la ausencia de una red fraterna dentro del centro puede exacerbar sentimientos de soledad y aislamiento.
- **Madres Adolescentes:** El pequeño subgrupo de jóvenes madres (n=3) mostró una tendencia hacia una sintomatología particularmente severa, especialmente en depresión (66.67% en alto riesgo) y ansiedad escolar (100% en alto riesgo), la carga adicional que supone la maternidad en este contexto.

En síntesis, los resultados pintan un panorama de alta vulnerabilidad psicológica, donde la ansiedad es una respuesta casi universal y persistente. El perfil clínico de estos menores no es homogéneo, sino que está matizado por el tiempo de institucionalización y, de manera crucial, por la naturaleza del trauma previo que los llevó al centro, demandando las intervenciones psicológicas diferenciadas y especializadas.

Discusión

Los hallazgos del presente estudio revelan una elevadísima prevalencia de sintomatología psicológica en los niños, niñas y adolescentes (NNA) residentes en un centro de acogida del cantón Azogues, Ecuador, confirmando la hipótesis inicial de que la institucionalización constituye un factor de riesgo crítico para la salud mental infantil. La discusión se organiza en torno a ejes principales que emergen de los resultados: la preponderancia de la ansiedad como núcleo sintomático, la relación temporal diferencial con la depresión, los perfiles de vulnerabilidad según el motivo de ingreso,

El estudio revela la preponderancia de la sintomatología ansiosa y su carácter crónico como hallazgo central, demostrado por la abrumadora prevalencia de ansiedad clínicamente significativa (85.71%), que supera incluso los dos niveles (moderado y alto) de depresión (65.71%). Este hallazgo coincide con la literatura internacional que identifica la ansiedad como la manifestación central del malestar emocional en menores institucionalizados (Ferrer et al., 2025). La naturaleza de esta ansiedad, caracterizada por una potente somatización (88.57%), miedo al abandono (77.14%) y estrés escolar (80%), sugiere que el trauma no se manifiesta sólo a nivel cognitivo-emocional, sino también corporal. La somatización podría interpretarse, desde la teoría del apego, como la expresión física de una inseguridad primordial en un entorno percibido como impredecible (Riem et al., 2018), lo que corrobora lo señalado por Casas Agudelo (2025) respecto a cómo la falta de un entorno estable impacta el desarrollo emocional.

La cronicidad de la ansiedad resulta ser el hallazgo más alarmante. A diferencia de la depresión, que mostró una tendencia a atenuarse con el tiempo, los niveles

de ansiedad se mantuvieron críticamente altos (>84%) incluso después de un año de estancia. Esto indica que la institucionalización, lejos de proporcionar la seguridad necesaria, podría estar perpetuando un estado de hipervigilancia y alerta. Este resultado desafía la noción de que el tiempo en el centro mitiga automáticamente el malestar y sugiere que las intervenciones actuales son insuficientes para abordar los núcleos ansiosos subyacentes al trauma del abandono y la desprotección, una problemática ya vislumbrada por Sarango y Taco (2022) en contextos similares.

La evolución temporal diferencial de la depresión, que oscila entre la adaptación y la resignación, se manifiesta en un patrón sintomático caracterizado por un pico inicial (77.78% a los 3-6 meses) y una posterior atenuación, es consistente con el concepto de "shock institucional" reportado en la literatura (Inga Bravo et al., 2020). La fase inicial probablemente refleja un proceso de duelo agudo por la separación familiar, la pérdida del hogar y la adaptación a un entorno reglamentado. La posterior disminución podría interpretarse no necesariamente como una mejoría clínica, sino como un proceso de resignación o aplanamiento afectivo, un mecanismo de defensa ante una situación que el individuo considera inmodificable. El hecho de que la baja autoestima se mantuviera como el dominio más afectado (45.71% en nivel alto) apoya esta interpretación, indicando que el daño a la autovaloración persiste incluso cuando la sintomatología depresiva más aguda remite, lo que refleja el impacto profundo de la desprotección en la construcción identitaria.

Los resultados confirman que el motivo de ingreso actúa como un poderoso predictor de vulnerabilidad al definir perfiles clínicos diferenciales, lo que valida completamente el tercer objetivo específico del estudio. Los menores provenientes de entornos de violencia física/psicológica y consumo familiar de sustancias presentaron los perfiles más devastadores (100% de riesgo alto de ansiedad).

Este hallazgo es coherente con el modelo del trauma complejo, que postula que la exposición repetida a entornos caóticos e impredecibles causa un daño más severo y generalizado que los eventos traumáticos aislados. La internalización de un mundo peligroso se manifiesta en una ansiedad masiva y una autoestima

profundamente dañada, tal como lo anticipaba la hipótesis de comportamientos agresivos y dificultades de regulación (Agilar et al., 2025).

En el extremo opuesto, el perfil de los menores en situación de orfandad (0% depresión alta, 66.67% ansiedad alta) ofrece una perspectiva crucial. Su mayor resiliencia relativa sugiere que la pérdida por fallecimiento, aunque dolorosa, puede ser un evento más delimitado y comprensible que el maltrato o el abandono activo. No conlleva el mismo mensaje de desvalorización personal, lo que podría proteger parcialmente la autoestima. Este contraste subraya que el daño psicológico más profundo no proviene necesariamente de la pérdida en sí, sino de la naturaleza traumatogénica de las relaciones y el entorno previos (Moreno et al., 2019).

La construcción de vínculos seguros se revela como una necesidad fundamental, donde la presencia de hermanos no actuó como un factor protector homogéneo, pero su ausencia exacerbó claramente la depresión, lo que resalta la urgencia de que cuidadores y terapeutas se constituyan deliberadamente en figuras de apego seguras y consistentes, tal como sugiere la teoría del apego que fundamenta este estudio (Ferrer et al., 2025; Inga et al., 2020).. Esta labor debe complementarse con intervenciones diferenciadas por perfil de trauma, Exigiendo que se analice y diferencie el origen del daño para poder orientar estrategias específicas, pues no se puede tratar igual a un niño que ha sufrido negligencia (que requerirá más trabajo sobre el miedo al abandono) que a uno que ha sufrido violencia (que necesitará enfocarse en la regulación del miedo y la reconstrucción de la confianza).

5. CONCLUSIONES

Alta y alarmante prevalencia de trastornos internalizados, con la ansiedad como núcleo del malestar psicológico.

El estudio evidencia una elevada carga de malestar psicológico en los menores institucionalizados, donde la sintomatología ansiosa es notoriamente más prevalente que la depresiva. En concreto, los resultados revelan que la abrumadora mayoría (85.71%) presenta un alto riesgo de trastornos de

ansiedad, la cual se manifiesta predominantemente a través de síntomas somáticos y de pánico (88.57%), así como un miedo intenso al abandono (77.14%). Este hallazgo confirma que la ansiedad, y no la depresión, constituye la manifestación central del sufrimiento emocional en esta población, reflejando una potente conversión corporal del trauma psicológico.

Evolución temporal divergente, con una ansiedad crónica y una depresión que se atenúa con el tiempo. Se identificó una relación crucial y diferencial entre el tiempo de permanencia en el centro y cada sintomatología. Mientras que la depresión mostró su pico más agudo durante los primeros meses (77.78% a los 3-6 meses) y luego tendió a atenuarse, sugiriendo un posible proceso de adaptación o resignación, la ansiedad se mantuvo crónicamente alta independientemente de la duración de la estancia. De hecho, el dato más alarmante surge del grupo con más de un año en el centro, donde el 84.21% permaneció en alto riesgo, lo que indica que la institucionalización, lejos de calmar los temores, podría estar perpetuando un estado de hipervigilancia e inseguridad que no remite.

Los motivos de ingreso definen perfiles de vulnerabilidad psicológica claramente diferenciados. Los resultados confirman que la naturaleza del trauma previo actúa como un poderoso predictor del perfil clínico. Los menores provenientes de entornos de violencia física/psicológica y consumo familiar de sustancias presentaron los cuadros más devastadores, con un 100% de sus integrantes en alto riesgo de ansiedad. Por el contrario, aquellos en situación de orfandad mostraron una notablemente mayor resiliencia, con 0% de depresión severa. Este contraste subraya que el daño psicológico más profundo no proviene necesariamente de la pérdida en sí, sino de la naturaleza traumatogénica de las relaciones y entornos previos, demandando así intervenciones psicológicas diferenciadas y especializadas.

Recomendaciones

Priorizar intervenciones especializadas en ansiedad y trauma complejo, dado que la ansiedad es el núcleo del malestar y se mantiene crónica en el tiempo, se deben implementar programas terapéuticos continuos centrados en reducir la

hipervigilancia, manejar la somatización y trabajar el miedo al abandono, con herramientas validadas como la psicoeducación corporal y técnicas de regulación emocional.

Diseñar estrategias diferenciadas según el motivo de ingreso y el perfil de trauma, los resultados confirman que la naturaleza del trauma previo define la vulnerabilidad psicológica. Debido a esto, es esencial adecuar las intervenciones para víctimas de violencia, enfocarse en reconstruir la confianza en casos de abandono, fortalecer el apego seguro y en situaciones de orfandad, acompañar el duelo sin patologizar la resiliencia natural.

Fortalecer la estabilidad afectiva y la formación del personal en apego y salud mental infantil, para contrarrestar la cronicidad de la ansiedad y el daño en la autoestima, se requiere que cuidadores y psicólogos actúen como figuras de referencia consistentes. Esto exige capacitación continua en trauma infantil y estrategias de vinculación segura, además de promover redes de apoyo interno y externo para mitigar el aislamiento emocional.

REFERENCIAS

- Aguilar Vallejo, K., Torres Moscoso, A., Castro Ochoa, F., Narváez Pillco, V., & Cobos Cobos, M. F. (2025). Factores de riesgo y consecuencias psicológicas en niños víctimas de violencia intrafamiliar: Un enfoque en ansiedad y depresión. *Arandu UTIC*, 12(1), 698-720. <https://doi.org/10.69639/arandu.v12i1.638>
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553. <https://doi.org/10.1097/00004583-199704000-00018>. PMID:25209100430.
- Ezquerro, A. (2023). Apego y desarrollo a lo largo de la vida. Sentir Editorial. https://books.google.com.ec/books/about/Apego_y_desarrollo_a_lo_largo_de_la_vida.html?id=gRS6EAAAQBAJ&redir_esc=y
- Ferrer, C. M. S., Pérez, M. D. J., Fernández, A. R., & Crisol, J. J. M. (2025). Percepción social y salud mental de las personas sin hogar en la provincia

de Almería. Cuadernos de Trabajo Social, 38(1), 61.
<https://dx.doi.org/10.5209/cuts.96293>

García Pedraza, M. E. (2025). Desarrollo de trastorno de identidad disociativo en una adolescente, el papel de la familia: Abordaje integrativo informado en DBT.

https://tesiunam.dgb.unam.mx/F/Y7YPAGIXQYGQ8JSAYY7BA1BB9B34R1A584JBCR9I65C53BM6LI-02987?func=full-set-set&set_number=031002&set_entry=000004&format=999

García Serrano, M. S. (2025). Apego, funciones ejecutivas y bienestar psicológico: Claves para entender el desarrollo adolescente [Universidad de Cádiz]. <http://hdl.handle.net/10498/36958>

Inga Bravo, A. E., Astudillo Sarmiento, M. A., Pacheco Naranjo, A. M., & Morocho Malla, M. I. (2020). Frecuencia de ansiedad y depresión en niñas y adolescentes de la casa de acogida "Miguel León" en el cantón Cuenca, Ecuador. Rev. méd. Hosp. José Carrasco Arteaga, 188-192.
<https://revistamedicahjca.iess.gob.ec/ojs/index.php/HJCA/article/download/633/548/1011>

Kovacs, M. (2004). Inventario de depresión infantil (CDI). TEA.
<https://centrohumanista.edu.mx/biblioteca/files/original/a01a360967ee6f89584a30da425ab119.pdf>

Luisa Fernanda Casas Agudelo. (2025). Influencias de las familias disfuncionales en el desarrollo psíquico del niño desde una perspectiva psicodinámica contemporánea. Universidad de Antioquia.
<https://hdl.handle.net/10495/45254>

Montero-Naula, N. R. (2021). Habilidades sociales y resiliencia en adolescentes de las casas de acogida de la ciudad de Azogues.
<https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21232>

Moreno López, N. M., Fajardo Corredor, Á. P., González Robles, A. C., Coronado Bohórquez, A. E., & Ricarurte Martínez, J. A. (2019). Una mirada desde la resiliencia en adolescentes en contextos de conflicto armado. Revista de Investigacion Psicológica, 21, 57-72.
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2223-30322019000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Parker, C. (2024). Infancia trauma y recuperación: Sanando a tu niño interior. Callie Parker.
https://books.google.com.ec/books?id=yZQJEQAAQBAJ&source=gbs_navlinks_s

- Pérez Izquierdo, N. (2024). Las huellas del abandono: Estudio de las manifestaciones psicomotoras de niñas y niños que han construido un apego inseguro en los primeros años de vida. [Universidad de la Laguna]. <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/36453>
- Ramón, Á. M. (2025). Resiliencia de niñas, niños y adolescentes en acogimiento institucional y su influencia en el neurodesarrollo, bienestar emocional y autonomía progresiva. *Derecho y Sociedad UTE*, 1(4), 125-147. <https://revistas.ute.edu.ec/index.php/derecho-y-sociedad/article/view/1517/1284>
- Riem, M. M. E., Doedée, E. N. E. M., Broekhuizen-Dijksman, S. C., & Beijer, E. (2018). Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry Research*, 268, 108-113. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.056>
- Robles Lorenzo, M. E. (2022). Los estilos de apego y la hiperlaxitud articular en la relación entre ansiedad y los trastornos funcionales gastrointestinales [Universitat Ramon Llull]. <https://www.tdx.cat/handle/10803/673922>
- Rodríguez, J. C. F., Pineda, N. Z. D., Muñoz, F. M., & Rivas, L. L. (2023). Conductas de riesgo y programas de prevención en adolescentes institucionalizados. *Cuadernos de RES PUBLICA en derecho y criminología*, 2, 42-56. <https://doi.org/10.46661/respublica.8286>
- Romero Tacuri, A. Y. (2025). Percepción de psicólogos funcionarios de casas de acogida sobre el estado emocional y conductual en niños, niñas y adolescentes en la Ciudad de Cuenca, Cantón Cuenca durante el periodo junio-noviembre de 2024. <https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/f7eaddc0-74d3-4d70-8dcf-ec09cc41b2ae>
- Rygaard, N. P. (2008). El niño abandonado: Guía para el tratamiento de los trastornos del apego. Gedisa Editorial. <https://ariasmontano.uhu.es/rest/api/core/bitstreams/2955a572-0e16-4895-90f6-97f1352d3ed8/content>
- Sarango Jame, K. I., & Taco Nieto, N. G. (2022). La influencia del abandono familiar en el comportamiento violento ejercido por los niños y niñas durante su vivencia dentro de una casa hogar para infantes víctimas de negligencia familiar [Universidad Politécnica Salesiana]. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21688>
- Seijo, N. (2024). El cuerpo tiene memoria: Entiende cómo tu cuerpo se expresa por ti y aprende a sanar la huella del trauma. Montena. https://www.libreriaboticadelectores.es/libro/cuerpo-tiene-memoria-el_617041