

La Diáspora Venezolana: Análisis de la Salud de la Familia que quedó y de las Metas Cumplidas por los Emigrantes*

María Gracia Ramírez Guzmán, Trina Navas Blanco

Recibido: 02/08/2020

Aceptado: 10/10/2020

Resumen

Introducción: la dispersión de cualquier pueblo de su patria original sucedió y sucede en Venezuela. **Objetivos:** 1) Analizar las causas y metas de los emigrantes que dejan familia en el país y 2) Analizar el estado de salud de las familias que han sufrido la emigración de sus miembros antes y después del hecho. **Método:** Estudio de casos, descriptivo, transversal. La muestra fue de pacientes atendidos en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, Caracas, Venezuela. **Tratamiento Estadístico:** estadística descriptiva con parámetros de proporción y medidas de tendencia central. **Resultados:** Se evaluaron 178 pacientes, de los cuales el 52% tenía familiares en diáspora. La edad promedio fue de $54,60 \pm 16,78$ DE; 59%, Eran mujeres 59,13%. El 80% tenía Graffar 4. El diagnóstico más frecuente fue la depresión. El 48% cumplía el tratamiento antes de la migración y luego el 70,90% lo abandonó. El promedio de miembros en la familia era de $4,15 \pm 2,03$ DE con 12% de discapacitados. Ingerían proteínas 2,7 días a la semana. No había niños trabajando, pero 23 estaban fuera del sistema educativo. El promedio de personas migrantes por familia fue 1,36, 51% hombres, en su mayoría adultos jóvenes, hijos 64,56%. Su nivel de educación principalmente fue medio o superior y Colombia fue el país destino más frecuente. El aporte enviado fue principalmen-

te monetario y medicamentos, **Conclusión:** La depresión fue el diagnóstico más frecuente, existen severas limitaciones económicas y nutricionales, la emigración fue similar a la medición nacional, la escolaridad de estos niños está limitada, aunque ninguno estaba trabajando. Según la familia encuestada, los migrantes no cumplieron sus metas en 50,53%. **Conclusión:** La emigración trajo consecuencias catastróficas desde los puntos de vista emocional, de cuidados de la salud y calidad de vida de los que quedaron atrás.

Palabras clave: diáspora; salud; depresión; nutrición.

The Venezuelan Diaspora: analysis of the family who remained in the country and the goals obtained by the migrants

María Gracia Ramírez Guzmán, Trina Navas Blanco.

Abstract

Background: The socioeconomic circumstances in Venezuela brought the emigration of millions of persons (diaspora) **Objectives:** 1) Analyze the causes and goals of emigrants leaving their relatives in the country and 2) Analyze the health status of these families before and after the emigration of their relative. **Methods:** Case study, descriptive, transversal. The sample was formed by patients treated at the Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”. of Caracas. **Statistics:** descriptive statistics with proportion parameters and measures of central tendency. **Results:** 178 patients were evaluated, of which 52% were families

* Hospital General del Oeste, José Gregorio Hernández, Servicio de Medicina Interna. Caracas, Venezuela

whose members had left the country. Their average age was 54.60 ± 16.78 SD; 59%, They were women in 59.13% and socioeconomic grade was Graffar 4 in 80%. The most frequent diagnosis was depression. Those who were sick, adhered to the treatment before migration in 48% and 70.90% after did not. The average number of members in the family was 4.15 ± 2.03 DS and 12% of them with some disability. The protein ingestion was 2.7 days per week. No children were working, but 23 were outside the educational system. The average of people who migrated was 1.36 per family, 51% men, children in 64.56%. The majority had a medium or college education and Colombia was the most frequent destination country. The main contribution they sent to the families left behind, were money and medicines. **Conclusions:** depression was the most frequent diagnosis; there are also severe economic and nutritional limitations. The numbers we found were similar to other national ciphers; the education of the children is limited in high numbers and according to the families in Venezuela, the goals of the migrants were not met in 50.53%.

Key words: diaspora; health status; depression; nutrition; goals.

Introducción

La crisis venezolana es económica, política, social y también emocional. El éxodo de cientos de miles de personas que huyen de la hiperinflación, la escasez, la violencia y la miseria, produce fracturas en las familias y rompe el alma nacional. La consecuencia crea una nueva división en este país ya partido en mil pedazos: los que se quedan y los que se van.

Planteamiento del problema

Debido a la situación de crisis que actualmente atraviesa Venezuela, la demanda de atención psicológica por alteraciones tales como ansiedad, miedo, angustia y depresión ha aumentado vertiginosamente, así mismo el número de personas en especial adultos mayores en condición de abandono total o parcial, originado por la emigración de familiares que sucede como alternativa a la solución de la crisis. Este hecho no ha sido suficiente-

mente documentado.

En la práctica médica diaria se ha vuelto costumbre el ingreso de pacientes en condiciones desfavorables, que contempla medidas de higiene inadecuadas, desnutrición, medicación incompleta; además, muchos de ellos llevan consigo cierto grado de dependencia. Es frecuente encontrar en la anamnesis que el familiar ha emigrado recientemente.

El otro escenario igual importante a destacar, es la situación donde la fractura del núcleo familiar por esta migración, responsabiliza a un número menor de personas que las que previamente intervenían en los cuidados familiares. Quedan así a cargo de los cuidados del grupo, incluyendo niños y ancianos, una cantidad pequeña de personas, con las mismas responsabilidades que anteriormente se compartían. Esta problemática ha afectado la salud de estos nuevos cuidadores en todos los estratos sociales; sin embargo, es en los sectores menos favorecidos donde este tipo de situaciones cobra más riesgos de morbi-mortalidad, inclusive aumenta el riesgo del consumo de sustancias ilícitas, el alcoholismo, el hacinamiento y la violencia. El último informe del Observatorio Venezolano de Violencia reporta que en 2017 que la tasa de suicidios en Venezuela alcanzó 19,09 por cada 100.000 habitantes, siendo el 18° país con la mayor tasa de suicidios del mundo. Según la Organización Mundial de la Salud, el promedio mundial de la tasa de suicidios es 9,8 por cada 100.000 habitantes, la mitad de lo que vivimos actualmente.¹

Por otra parte, el individuo que migra tiene la necesidad de adaptarse a la nueva sociedad y responder a la familia que deja. Esto no necesariamente sucede como se había planificado y crea severas consecuencias sobre todo de estrés psicosocial debido a la incapacidad de cumplir sus planes y promesas incluyendo la imposibilidad de la ayuda monetaria desde el exterior hacia Venezuela (“remesas”), lo cual incide negativamente en la capacidad de ayudar a los que quedan en la adquisición de medicamentos, consultas médicas, etc. Además, se dificulta mantener el nexo afectivo previo.

Esta es una realidad nueva para nuestro país, que siempre había sido un receptor de inmigrantes, y debe

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

ser caracterizada para poder afrontarla adecuadamente.

Justificación

Las condiciones actuales del país son inéditas y comprometen a todos los ámbitos de desenvolvimiento socio laboral.

Los emigrantes representados en la diáspora, pero, sobre todo, su familia que queda en el país debe ser en este momento el norte de aquellos que planifican en salud ya que la diáspora es tan grande que se puede considerar a nivel nacional como un problema de salud pública por lo cual las investigaciones al respecto son útiles poder identificar las áreas de trabajo y poder iniciar planes de soluciones.

No se trata solamente de la ausencia de uno o más familiares, se trata de que quedan en una emergencia humanitaria compleja. La ACAPS, organización independiente que se encarga a nivel mundial de estudiar la solución de las crisis humanitarias y fue fundada por las ONG Save the Children y el Consejo Noruego para Refugiados, clasificó la situación venezolana en 2017 como moderada en cuanto a la ayuda de asistencia internacional y significativa según el impacto esperado. Para agosto 2018 ha reclasificado a Venezuela como inaccesible,^{2,8} clasificación que condición de solo compartida por Yemen, Eritrea y Siria, que son regiones en guerra.

Esto trae como consecuencia la incapacidad de apoyar a la familia que queda, lo que empeora el panorama.² Por todas estas razones, deben realizarse estudios que evalúen la condición de salud de la familia que queda en Venezuela y la calidad del nexo con aquellos que emigraron para poder identificar los detonadores de estrés psicosocial y la salud del venezolano dependiente.

Antecedentes

Para el año 2000 vivían fuera de sus países de origen 20 millones de latinoamericanos.

Desde fines de siglo XIX hasta nuestros días se pueden identificar cuatro momentos significativos sobre el fenómeno migratorio en América Latina y el Caribe que ha movilizó en todo el mundo a

más de 150 millones de personas que actualmente no residen en su país de origen según la CEPAL.³

La Encuesta Nacional de Condiciones de Vida de la Población Venezolana (ENCOVI) demostró que la pobreza por ingreso que se estimó en 87% en el año 2017, pobreza, más de la mitad (56%) es reciente y 30% crónica. Esta suele ser la principal motivación para las migraciones.⁴

La asociación civil CONVITE en 2017 reveló en un informe que hay 17 ancianos en situación de abandono en las 71 residencias que se encuentran en el Distrito Capital. La situación preocupa a los directores de las instituciones geriátricas, debido a que el monto diario que otorga el IVSS (22.000 bolívares por persona), no les alcanza para cubrir todas las necesidades de alimentación, medicinas e higiene.⁶ No se precisa el origen del abandono. Además, otro estudio de esta autoría, precisó que 82% (58 centros) de los 71 geriátricos requiere más de Bs 105.000 para costear los gastos de un paciente. 42% de los encargados, administradores, directores o propietarios de los 58 centros afirman que se necesitan más de Bs 400.000 para cubrir la atención de los ancianos, mientras que 21% asegura que la cifra es de entre Bs 300.000 y Bs 400.000.⁶ y así se genera la dualidad de migrar para pagar la atención, pero se abandona al paciente.

La salud de la diáspora genera estudios principalmente en aquellos que se van. Los que quedan son evaluados como parte del país sin considerar las necesidades especiales. Sobre este tema no se logró encontrar literatura a nivel internacional, latinoamericano o nacional.

De acuerdo con el vocero de la Organización de Naciones Unidas (ONU) Stephane Dujarric, se trata de un éxodo de "2,3 millones de personas que han huído de Venezuela en los últimos años". Sin embargo, para Francisco Quintana, director del Programa para la Región Andina, Norteamérica y el Caribe del Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), el éxodo de venezolanos al resto de países de América puede llegar a los cuatro millones de personas a fines de este año.⁷

Tal y como ACAPS lo plantea, en este momento

solo países como Yemen, Siria y Eritrea comparten de esta limitación de condición de vida tan severa. Estos países viven conflictos armados. La excepción es Venezuela que ha sido considerada por muchos una situación única por lo que no existen otras descripciones similares, de allí la escasez de antecedentes.⁸

Marco Teórico

Los efectos de la emigración se hacen sentir en todos los ámbitos: sobre quien emigra, su familia, los amigos, la comunidad y el país. Su análisis excede el alcance de este trabajo y solo aludiremos a los más importantes en relación al efecto sobre la salud de las familias que quedan en el país.

En el año 2016, según ENCOVI, la pobreza reciente se desaceleró y la crónica aumentó mientras que en el 2017 el efecto inflacionario incrementó la pobreza reciente. Esta escala indica también que entre 2015 y 2017 empeoró la calidad de vida en 10 puntos porcentuales afectando especialmente la pérdida del poder de compra, así como dimensiones más estructurales de los hogares.⁴ La precariedad y condiciones de los servicios de la vivienda, el empleo, la atención de salud y la protección social son la causa principal del éxodo venezolano.

Aunque el término diáspora se ha utilizado para la diáspora judía en la historia, ahora se utiliza para explicar una variedad de eventos y fenómenos.

Las emergencias complejas son situaciones agudas que afectan a grandes poblaciones civiles y pueden combinar guerra o conflictos civiles, la disminución de los alimentos y el desplazamiento de la población, que incide de manera importante en la mortalidad; también se registran severas violaciones de los Derechos Humanos, incremento de los diferentes eventos de salud, aumento de la violencia y puede conllevar el colapso de los gobiernos.⁹

En la actualidad venezolana se evidencia una severa disrupción del núcleo familiar, dado por la salida de sus miembros de forma prolongada y probablemente definitiva, lo cual significa una ausen-

cia en el hogar, que ha sido catalogada por muchos como abandono y que repercute en el funcionamiento afectivo, económico y social. En muchas oportunidades, alguna persona de los “abandonados” queda como responsable de la manutención y crianza de menores a cargo ya sean propios o de terceros, cuidados de salud de adultos mayores con enfermedades crónicas, entre otros, mientras los emigrantes logran facilitar recursos para la manutención en el país. Esto resume un estado psicológico francamente afectado generando principalmente problemas sobre la salud personal y familiar.

A lo largo del tiempo, muchas de estas familias dependen casi exclusivamente de remesas internacionales para cubrir las necesidades básicas de alimentación, salud y educación que envían los que migran. Esto produce afectos encontrados por la familia que siente debe conformarse por la ausencia dado que recibe la remesa que les permite vivir. Por eso, la intención de realizar este trabajo es la de describir el estado de salud de las familias que quedan en el país de sus miembros, identificar las necesidades nutricionales, psicológicas y sociales a las que están expuestos y como repercute esto en el núcleo familiar.

Objetivos

- o Describir las características demográficas, tiempo de migración y metas logradas en el exterior.
- o Identificar tanto el tipo de contacto que se mantiene como el aporte familiar que realiza y su eficacia.
- o Clasificar el cumplimiento de las metas de los emigrantes según el corto y mediano plazo.
- o Describir las características familiares en cuanto a número de miembros, características demográficas, personas dependientes, portadores de enfermedades crónicas y/o de la tercera edad.
- o Identificar el estado nutricional de la familia, además de las actividades educacionales y/o laborales que realizan.

Aspectos éticos

La investigación respetó los protocolos de

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

Helsinki, el código de deontología médica y la ley de ejercicio de la medicina. Se cumplió con el requisito del consentimiento informado con explicación al paciente de cada parte de la investigación. Se garantizó el respeto a los principios básicos de la bioética médica, con énfasis en la autonomía y la garantía de la atención del paciente, aunque este decidiera retirarse de la investigación. Se mantuvo el secreto médico y los datos serán divulgados solamente como resultado de esta investigación.

Métodos

Tipo

Se trata de un estudio de casos, descriptivo, transversal.

Población

Compuesta por los pacientes hospitalizados y ambulatorios atendidos por las autoras en el Hospital General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández” tanto en el servicio de medicina como en sus actividades de emergencia, interconsulta y preoperatorio.

Muestra

Fue de selección intencional y no probabilística, de pacientes de cualquier sexo, mayores de 18 años, atendidos entre el 15 de febrero y el 30 de mayo de 2019.

Procedimiento

La investigación se realizó en dos partes.

- 1ª parte: firma del consentimiento informado y la realización de la encuesta semicerrada administrada por las autoras, sobre las condiciones de vida de la familia (Anexo 3)
- 2ª parte: una encuesta semicerrada que recolectó los datos sobre los emigrantes (Anexo 4).

Todos los datos fueron vaciados en una hoja de recolección de datos diseñada para este fin en el programa Excel 2010.

Tratamiento estadístico

Se aplicó estadística descriptiva con parámetros

de proporción y medidas de tendencia central según sea la naturaleza de la variable.

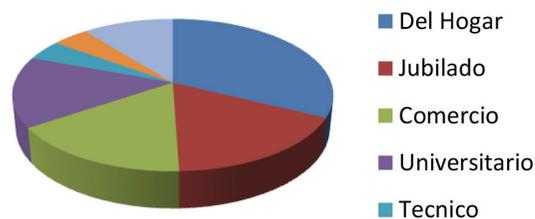
Resultados

Los pacientes evaluados fueron 178, de los cuales 93 (52%) cumplían con los criterios de inclusión. La edad promedio fue de $54,60 \pm 16,78$ DE; 59%, con un máximo de 88 y una mínima de 19 años. Eran mujeres 59,13% y hombres 40,87%.

En cuanto al Graffar modificado por Méndez Castellano, el 80%, correspondía a la clase IV, seguida por la clase III en 16,12% y la II en 3,93%, sin personas en las clases I.

Respecto al oficio y/o nivel de instrucción de los pacientes el 32% se dedicaba a las labores del hogar, 17% eran Jubilados, 16% comerciantes, 15% eran Universitarios, y 5% respectivamente eran técnicos o no tenían formación. **Gráfico 1**

Gráfico 1. Frecuencia del tipo de formación y oficio de los pacientes



La estructura de la familia era la siguiente: 50,53% eran jefes de familia, 43,01% trabajaba y de ellos 51,21% en la economía formal y 48,78% en la informal. Estaba jubilado el 17,02% y 3,23% estaba en condición de mendicidad.

Entre las características de la población estudiada, se encontró que el 23,65% tenía algún tipo de dependencia, el 67% refería estar deprimido y el 95% refirió exacerbación de alguna de las patologías que portaban, después de la migración de su familiar.

El 17,22% tenía hábitos tabáquicos, previo a la migración y aumentaron con el evento. Se autodefinieron como alcohólicos 3,22% previo a la migración, pero su consumo aumentó con ella.

Previo a la diáspora, el 53,73% de los pacientes evaluados en nuestro trabajo, se encontraba controlado adecuadamente y cumplía el tratamiento el 48,38%. Luego de la migración, el 75,26% no asistía a consulta y el 70,90% no cumplía el tratamiento prescrito. Las razones para el incumplimiento fueron falta de disponibilidad en 33,3%, falta de dinero en 34,38% y ambas razones 32,33%. El 27,9% refirió, además, que la falta de control se debía a no contar con acceso a los sistemas de salud, al alto costo de las medicinas, la falta de disponibilidad de los medicamentos y la diáspora de médicos.

De acuerdo a las causas de hospitalización y medidas preventivas, se precisó que ningún paciente había recibido alguna forma de vacunación del adulto.

El 56,9% de los pacientes estudiados procedió del servicio de Emergencia y 43% eran ambulatorios.

En cuanto a la composición familiar, eran en promedio $4,15 \pm 2,03$ personas, con un promedio de $1,27 \pm 1,40$. Los niños y los mayores de 60 años constituían un promedio de $0,47 \pm 0,58$ DE por familia. En estas familias, había un miembro con discapacidad física en el 12,9% y mental 6,4%.

Sobre los aspectos laborales, 137 adultos trabajaban, lo que correspondió a un promedio $1,47 \pm 0,89$ DE, de los cuales el 41,60% lo hacía en el sistema formal, 25,54% informal y el 32,86% restante no precisó. No identificaron miembros adicionales de la familia en condición de mendicidad. No había niños trabajando en ningún sistema laboral o en condición de mendicidad. El 60,88% de los pacientes no tenía otro miembro de la familia que se ocupara de sus cuidados.

Sobre miembros de la familia en el sistema educativo se identificaron 113 miembros y esto correspondió a un promedio de $2,03 \pm 1,08$ DE personas insertadas en el sistema. De ellos, 88 eran niños, 16 adolescentes y 9 adultos. Ningún niño era menor de 3 años. Había 23 niños fuera del sistema educativo, 13 de los cuales correspondían a preescolares

y el resto eran escolares. Todos los adolescentes recibían educación.

Se identificaron 24 fallecimientos recientes en las familias; el promedio de edad de los fallecidos fue de $68,91 \pm 21,69$ DE años, con una edad mínima de 7 y máxima de 99 años.

Los miembros con discapacidad tenían una edad promedio de $73,21 \pm 23,82$ años, no había niños con estos diagnósticos. Fueron identificadas 26 causas de discapacidad: estas fueron 6 fracturas de cabeza de fémur, 3 personas con secuelas de enfermedad cerebrovascular, diabetes y complicaciones crónicas, alteración alteración en la esfera cognitiva y artrosis de cadera. El resto se describe en el gráfico 4. Solo en 17 pacientes hubo evidencia de tratamiento adecuado.

En cuanto a la alimentación, las familias ingerían en promedio $2,56 \pm 0,68$ comidas al día; de estas, ingerían proteínas $2,72 \pm 1,93$ DE veces a la semana y los vegetales $2,84 \pm 3,53$ DE.

El 81,72% de los pacientes presentó pérdida de peso reciente, con una media de cambios ponderales de $4,90 \pm 3,53$ Kg.

Los diagnósticos fueron 280, con un promedio de $3,01 \pm 1,08$ DE diagnósticos por paciente. El diagnóstico más frecuente de acuerdo a los criterios del DSM-V fue depresión. Le siguieron en frecuencia la hipertensión arterial, diabetes mellitus y patología quirúrgica. Las restantes se describen en el **Gráfico 2**.

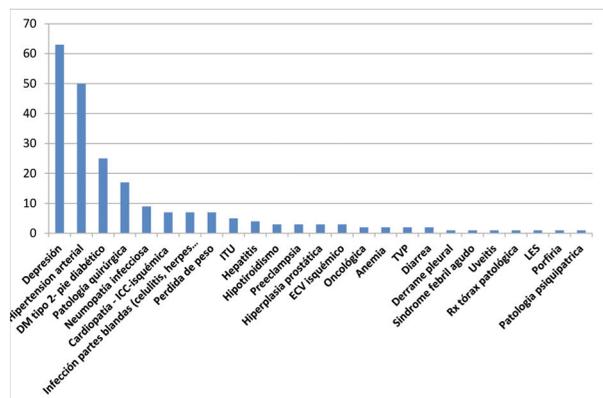
En el 26,8% de las enfermedades diagnosticadas al ingreso, estaban relacionadas con la desnutrición, bien sea como factor de riesgo o en su pronóstico. El 27,5% estaba relacionado con los cuidados deficientes. No hubo ingresos por accidentes.

La Diáspora

Se encontró que habían emigrado 127 personas de esas familias, lo cual correspondió a un promedio de 1,36 miembros de la familia. La edad promedio fue $35,55 \pm 12,06$ DE, de los cuales 51,18% eran hombres y 48,82% mujeres. El estado civil

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

Gráfico 2. Diagnósticos de Ingreso



correspondió a solteros 55,11%, casados 36,22%, divorciados 7,87% y un viudo (0,7%).

Todos los emigrantes salieron con miras a tener una mejor vida y apoyar a la familia; solo uno refirió que emigraba para formación académica en el exterior y correspondió al que fue a España.

El parentesco con los pacientes fue: hijos en 64,56%, seguidos por hermanos 15,74%, parejas 6,29%, nieto 3,14%, padres 4,72%, tíos 2,36%, primos 1,57% y respectivamente 0,78% para sobrina y amiga (considerada como miembro familiar).

El nivel educativo correspondió a 46,45% respectivamente para universitarios y educación media y 7,87% solo primaria. De ellos 89,76% estaban trabajando y el resto no (10,21%).

Los países receptores fueron 14. El más frecuente fue Colombia con 25,98%, seguido por Perú con 17,32%, Ecuador 11,81%, USA 11,03%, Chile 9,44% España 7,87% y el resto se describe en el **Gráfico 3**.

En cuanto al apoyo que ofrecían a su familia en Venezuela, se encontró que el más frecuente fue el económico en 97,91%; el 24,40% no hacía aporte alguno; el 22,91% realizaba otro tipo de aporte que correspondía a 11,45% para medicamentos y alimentos respectivamente.

La forma de aporte económico fue muy diversa,

Gráfico 3- Destinos de los migrantes

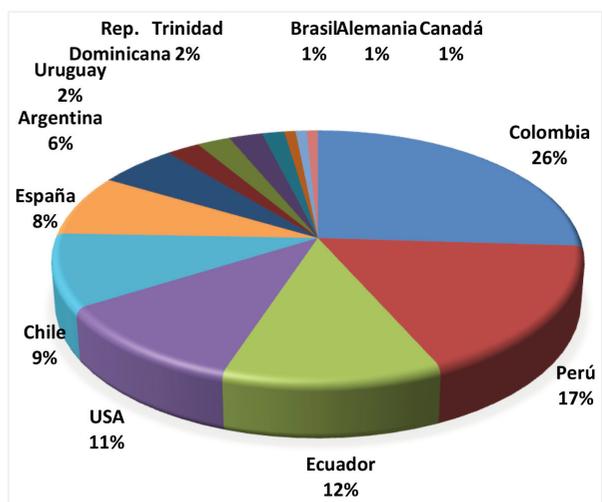
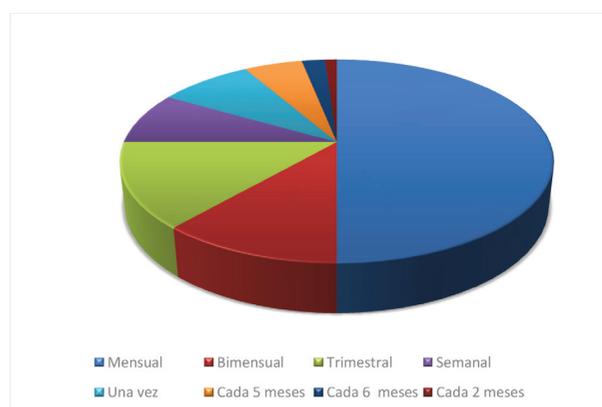


Gráfico 4: Tipos de aporte a los familiares



el más frecuentemente implementado fue el mensual en 50%, seguido de trimestral en 13,54% y bimensual en 11,45%, el resto de modalidades se muestran en el **gráfico 4**.

De los pacientes que refirieron recibir aporte económico, solo 91 conocía el monto, el promedio de este fue un valor máximo de BsS: 3.000.000,00 trimestrales y un mínimo que fue mensual de BsS: 20.000.

Meta del familiar migrante: los pacientes opinaron que esta meta no se había cumplido en 50,53%. Hicieron comentarios adicionales 88 pacientes y estos fueron: 44,31% se sentían abandonados,

43,18% mantenían el contacto con su familia y 3,4% negaron contacto alguno; 36,63% insistieron en la incapacidad económica para la subsistencia básica, 4,54% refirieron conformidad con su situación debido a que su familiar fuera del país estaba a salvo; 5,68% consideraba que el familiar responsable de sus cuidados estaba recargado de responsabilidades, incluyendo la económica; al menos 4,54% refirieron que su familiar tuvo una diáspora fallida y 2,27% quieren que su familiar regrese porque no se cumplieron las metas y ocultan información sobre su salud.

En 1,13% se encontró que estaba sin familia y a cargo de un vecino y no se cumplían las metas trazadas en su cuidado, además de que hubo una muerte violenta en la familia, expresó ideación suicida y era víctima de violencia doméstica. Muy importante fue que el 27,77% era responsable de los hijos de los emigrantes y de esos hijos, 5 tenían problemas médicos que ameritaban atención continua; estos fueron: trastornos del espectro autista, leucemia y depresión; el adolescente con leucemia no podía recibir tratamiento debido a la incapacidad económica y falleció.

Discusión

Para comprender las causas de los fenómenos migratorios de este siglo, deben conocerse varios contextos históricos, como se expresa a continuación:

- En el siglo XIX se formularon las Leyes de Ravestín que planteaban que las migraciones sucedían desde economías de países agrícolas que buscaban beneficios en los de mayor desarrollo industrial, lo cual facilitaba el beneficio económico y la calidad de vida. La teoría económica neoclásica hablaba que esto sucedía desde países ricos hacia los pobres. Aunque esto siempre existió, las grandes migraciones son de tiempos más recientes.
- El crecimiento demográfico ha sido planteado como causa, pero la búsqueda de mejoras de vida en zonas menos pobladas no es una constante, y por el contrario se observa en las más pobladas.
- La pobreza también fue planteada como

una posible causa, pero los estudios señalan que la mayoría de los emigrantes internacionales no sufren más pobreza al relacionarlos con sus conciudadanos; estos, suelen ocupar la zona intermedia en la escala de ingresos del país de origen.¹⁰

- No existe una teoría única que explique estas migraciones satisfactoriamente. Colomo plantea que es más importante entender qué las produce y por qué suceden crisis tan severas que llevan a las personas a romper las “barreras contención” socio-geográficas que hasta hace poco mantenían a la población del tercer mundo en sus países de origen.¹⁰

Venezuela fue un país receptor de inmigrantes por excelencia. Pero en este siglo, se convirtió en puerto de partida de millones de venezolanos, que se plantearon probablemente la búsqueda de mejor calidad de vida para ellos y sus familias. Este fenómeno pareciera no haber sido organizado suficientemente por muchos de los emigrantes y esto tiene consecuencias de todo tipo, incluyendo la salud física y emocional en sus familias, lo que motivó la realización de esta investigación.

Encontramos que los familiares de la diáspora representaron prácticamente la mitad (52%) de los pacientes atendidos por el servicio de Medicina Interna. Esta cifra representa la pérdida de al menos una persona en la familia. Esto cuenta en los aspectos afectivos y económicos. El promedio de personas que migró por familia fue de 1,36 y coincide con la cifra ENCOVI, lo que da fuerza a los resultados de esta investigación y pueden ser útiles para el manejo de poblaciones de similares características sociodemográficas.⁴

La edad de los pacientes correspondió a $54,60 \pm 16,78$ DE; esto comprende pacientes jóvenes y de la 3ª edad, y señala la amplia gama de posibilidades diagnósticas que encontramos. Estuvo representado por una edad máxima de 88 años y una mínima de 19 años, donde hubo un leve predominio femenino en 59,13%.

La condición socioeconómica fue IV en 80%

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

según el Graffar modificado por Méndez Castellano, con 16% en clase III y un 3,93 % en el II. Esta distribución es muy similar a todas las encontradas en las investigaciones realizadas por nuestro Servicio del Hospital General del Oeste en los últimos años. Si bien no hay ningún sujeto en la clase V, podríamos decir que la situación socioeconómica de estas familias no es diferente a la de los pacientes en general. Podría afirmarse que sin el apoyo de los emigrantes algunas de estas familias podrían estar en la clasificación V; sin embargo, el beneficio neto del apoyo desde afuera no quedó sólidamente documentado en este grupo, lo deja similar al resto del país sin elevarlo al menos a la clasificación III.

La situación económica de los familiares de los miembros de la diáspora, en esta investigación no parece tener mayores diferencias en su forma de vida que el resto de la población como se puede observar en la encuesta ENCOVI 2018, donde el 94% tenía ingresos insuficientes para cubrir sus necesidades básicas.⁵

Probablemente parte de este resultado se debe también a que casi el 49,5% tenía actividades poco remunerativas, tales como el 32,25% de amas de casa y 17% jubilados, condiciones que no suelen ofrecer un aporte económico sustancial al núcleo familiar. Eran jefes de familia el 50%. Este rol suele ser jerárquico en cuanto a orden y organización familiar, así como por ser la persona de mayor aporte económico.

En este aspecto, encontramos que solo trabajaba el 43% y de ellos el 51,21% lo hacía en el sistema formal, lo que refleja un gran número de familias sin beneficios socioeconómicos adecuados relacionados con un empleador organizado.

Es importante que los pacientes refirieron que antes de la migración del familiar estaban mejor controlados, asistían adecuadamente a las consultas y adicionalmente cumplían mejor los tratamientos. Este empeoramiento de la calidad de vida, caracterizado en esta investigación por un ascenso al 75% de inasistencias a consulta y el 79% no cumplía los tratamientos prescritos. Esta situación

es de explicación incierta, pues la ausencia de una persona en la familia, quien emigró para mejorar la calidad de vida de ellos con su actividad, e inclusive por la disminución del número de miembros, se acompañó de la aparición de situaciones adversas que antes no sucedían y que pueden empeorar la salud de los miembros previamente atendidos adecuadamente en una mejor proporción.

El 81% de los pacientes refirió una pérdida de peso medida en aproximadamente 4 Kg. Este dato es menor al referido por ENCOVI desde 2017 que lo señala en 11 kg en el 64% de los venezolanos.⁴ No obstante, la descripción de la calidad de la ingesta fue muy similar a la obtenida por el Estudio Multicéntrico de los Hospitales Universitarios del Área Metropolitana sobre la situación nutricional, donde predominó como dato alarmante la ingesta de proteínas 2,5 días a la semana en ambos estudios, con una tendencia a comer 2,5 veces al día y la ingesta de vegetales fue insuficiente también en ambos estudios. Este hallazgo concuerda con la presencia de Síndrome de Desgaste Orgánico en ausencia de causa médica que lo explique, que se encontró también en el citado estudio.

En el mes de la culminación de esta investigación (septiembre 2019), la Food and Agriculture Organization of the United Nations Federación (FAO) emitió el informe trimestral denominado “Perspectivas de cosechas y situación alimentaria - Informe global” (Crop Prospects and Food Situation -Quarterly Global Report-), el cual incluye solo dos países latinoamericanos Haití y Venezuela en la lista de 42 países que necesitan apoyo alimentario externo. Señala como causa de esta inclusión dos áreas fundamentales: el enorme número de refugiados estimados en 4.3 millones de personas en los países vecinos que necesitan asistencia y la severidad de la hiperinflación y sus consecuencias en la población en cuanto al acceso a la alimentación, sumado a la disminución de las cosechas estimadas para este año. No se puede estimar con los datos de esta investigación cuantos migrantes están represados en la población de refugiados que no les permita cumplir la meta de apoyar a su familia en el país.

La presencia de miembros con discapacidad física en 12,9% y mental 6,4%, representa para esas familias gastos adicionales que con la descripción que realizamos de sus posibilidades económicas, no permite los cuidados adecuados de estos miembros.

Para el año 2018 el 35% de la población estudiada entre 3 y 24 años estaba escolarizado. En cuanto a los miembros que reciben educación en esta investigación, se encontró que 23 niños estaban fuera del sistema educativo, este cálculo corresponde a 35%. La cifra ENCOVI 2018⁵ para la población similar a nuestro estudio (3 – 24 años) fuera del sistema educativo, fue calculada en el 70%; en la presente investigación fue del 20%. Esta cifra puede ser menor debido a un elevado número de personas con formación en educación media y universitaria de la población estudiada, que entienden la necesidad de recibir la formación adecuada, y probablemente hace mayores esfuerzos para que su descendencia logre la meta. No obstante, la cifra en 35% de personas fuera del sistema educativo es alarmante.

ENCOVI también señala que las familias con emigrantes sumaba un total de 616.000 para el año 2018, con 1.130.000 personas que salieron con la diáspora. El promedio fue de 1,33 y la nuestra de 1,36, con diferencias solamente de centésimas. Esta estimación podría ser inclusive menor a la probable cifra de lo que será la encuesta en 2019 y es un reflejo absoluto de la realidad que vivimos. Representa además la continua pérdida de material humano que podría representar el rescate del país.⁴

En cuanto al tabaquismo y el alcoholismo, es llamativo que solo se identificaron los pacientes que tenían el hábito antes de la migración, no se identificaron nuevos casos, lo que debió suceder dado la alta frecuencia de depresión que se acompaña de conductas adictivas.¹² Esto podría deberse a un sesgo intencional en la información al negarlo o es un fenómeno propio de la situación venezolana, muy ligado quizá a la incapacidad de adquirir inclusive los insumos como el alcohol y el cigarrillo.

Hay que señalar también que, en las causas de

fallecimientos recientes, la gran mayoría se relacionó con enfermedades crónicas similares a las de los pacientes, lo que lleva implícito que había limitación en el cumplimiento del tratamiento, bien sea por falta de disponibilidad o de dinero que se definió en el 68%. A estas causas, se le suman situaciones graves como la muerte del niño por diarrea, la del adolescente por leucemia y la muerte por violencia. El resto se relaciona con enfermedades agudas o crónicas que ameritaban atención suficiente para evitar su fallecimiento y la condición de disponibilidad de medicamentos y/o de los centros de salud no ofreció una opción que permitiera la atención adecuada del paciente. De igual forma las causas de incapacidad tuvieron similar etiología: enfermedades crónicas o fractura de cabeza de fémur, de las cuales solo el 65% recibía tratamiento y todas ellas hubieran tenido menores consecuencias con intervenciones terapéuticas adecuadas.

En los diagnósticos encontrados en los pacientes, se demuestra una diferencia muy importante en contraste con los estudios epidemiológicos clásicos de nuestro país. La patología más frecuentemente encontrada fue la depresión, basada en los criterios del DSM-V. Esta frecuencia fue mayor inclusive por encima de las patologías cardiovasculares o endocrino-metabólicas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que según el estudio EVESCAM definen la realidad venezolana actual.^{13, 14, 15} Estas causas también fueron encontradas en el estudio multicéntrico de los hospitales universitarios del área metropolitana.¹⁶

La depresión afecta a 300 millones de personas en el mundo según la OMS,¹⁷ y equivale entre el 8% y el 25% de la población mundial y el 8% corresponde a personas jóvenes. En Colombia la prevalencia es del 15%. En Venezuela no existe cifra exacta, sin embargo, se estima que el 60% de las personas que asisten a consulta psicológica la sufren.¹⁸ El estudio EVESCAM calculó 3,2% de síntomas depresivos y 14,6% de síntomas asociados a ansiedad.

Los trastornos mentales son más frecuentes en los conflictos bélicos, tal y como se estudió en la

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

guerra de los Balcanes. En un estudio realizado en esta población, estos alcanzaron hasta el 48%, y los trastornos de ansiedad fueron los más frecuentes, las cifras oscilaron entre el 15,6% y el 41,8. La depresión alcanzó cifras entre el 4,1% y 37,3% y fue mucho mayor en las zonas continuamente más expuestas a conflicto.¹⁹

En el estudio realizado en Colombia para conocer la frecuencia de trastornos mentales en zonas de conflicto armado, en el cual se organizó la población según las zonas geográficas afectadas y su severidad, se encontró que en las áreas de mayor conflicto e intensidad, tenían una prevalencia mayor de trastornos psiquiátricos (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar, otros trastornos afectivos bipolares —incluido El tipo II—, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social) y se calculó en 9,8 % (IC 95%: 8-12,), en contraste con 2,9% (IC 95%: 1,2 – 7,1) en aquellas sin conflictos. El trastorno de estrés post traumático y el suicidio también fueron identificados, pero menos frecuentes. El actual estudio no diferenció la frecuencia del tipo de trastorno²⁰ lo que limita su interpretación.

Entre los factores de riesgo para sufrir depresión se encuentran algunas comorbilidades las cuales no se identificaron proporcionalmente en esta investigación; y según el estudio de Portello et al, realizado en España, estas son: enfermedad de Alzheimer (76,4%), otros desórdenes emocionales (73,9%), enfermedad de Parkinson (57,4%), fractura de cadera (55,4%) y reumatismo (50,9%). En dicho estudio se encontró que en España la frecuencia fue mayor que en el resto de Europa (29,3 vs. 27,9%).²¹ Otro factor de riesgo encontrado en el bajo nivel socioeconómico que sí corresponde a una constante en nuestra investigación.²²

Venezuela, tiene cifras de violencia comparables con conflictos armados; esto se resumió en 2018 por el Observatorio Venezolano de la Violencia en: 10.422 homicidios, 7.523 cadáveres catalogados como fallecidos por resistencia a la autoridad y 5.102 casos de averiguaciones de muerte. En el 2018 7.523 personas murieron por la

acción de los cuerpos policiales y militares, que representa un incremento importante en relación al año anterior.²³

La frecuencia de trastornos de estrés post traumático y la ansiedad que caracterizan a las situaciones bélicas, no están presentes en esta investigación. La suma de los factores socioeconómicos y de carencias afectivas ligadas a la diáspora, unidas a toda esta situación de violencia, pudiera explicar la alta cifra de depresión que aqueja a la población venezolana actual.

El resto de los diagnósticos fue muy similar a los de la población general como las enfermedades endocrinometabólicas y cardiovasculares principalmente. No obstante, lo más importante se entrelaza con las características del cumplimiento del tratamiento y su pronóstico. Los pacientes son claros en que la forma de controlar sus enfermedades (asistencia a consulta y cumplimiento de tratamiento) ha desmejorado severamente y pareciera que la emigración del familiar no logra mejorar este ítem pues él 27,9% refiere no poder cumplir con los cuidados requeridos.¹³⁻¹⁶

Sobre la diáspora debemos señalar que estuvo constituida fundamentalmente por jóvenes solteros; sin embargo, el 37% eran casados, lo que señala que hay hogares que quedaron incompletos debido a esta necesidad económica. Estructuralmente estas familias perdieron en orden de frecuencia sobre todo hijos, pero también hermanos y parejas como los más importantes. También están los abuelos, cuya edad los hace muy vulnerables afectivamente.

No se trató de una migración para formación académica y retribuir al país su formación recibida, fue una virtual huida que dejó nexos en el país que debían cuidar. Esto refleja la pérdida de material humano con el que se construye un futuro social, debe recordarse prácticamente el 93% tenía formación por lo menos de educación media y 46,5% eran universitarios.

Los países receptores fueron fundamentalmente de habla hispana, con cercanía fronteriza

como lo representa Colombia.

Basados en la hiperinflación que sufre el país y el tiempo de recolección de muestra, se hace imposible analizar la posible importancia en la economía familiar de los aportes, Algunas familias no recibieron aporte alguno, y correspondieron a aquellas que se definieron como abandonadas, sentimiento que refleja una realidad sin los afectos de los que se fueron, así como sin el probable aporte económico que brindaban, obteniendo un balance negativo.

En cuanto al cumplimiento de la meta del familiar en diáspora, los pacientes opinaron que no se había cumplido en 50,53%. A pesar de que la gran mayoría de los migrantes estaba trabajando, la necesidad local es tan grande y el evento de salida tan reciente, que probablemente no permite que se cubran las necesidades de la familia como se aspiraba al salir del país. El sufrimiento familiar queda impreso en cada cifra de minusvalía que se describe en la investigación, abanderado por la severa incapacidad de mantener una dieta básica mínima.

En los comentarios adicionales que fueron libres en la recolección de la muestra, se clasificaron en su idea central, y que dibujan las grandes frustraciones de la familia podemos destacar:

- La sensación de abandono que se traduce en el desamparo afectivo y social que sufren.
- Que el nexo se mantiene vivo en casi la mitad de los pacientes con su familiar en el exterior, lo que permite mantener el concepto de familia sobre todo en aquellos miembros que son la guía de los hijos que quedaron en el país o de los abuelos cuyo requerimiento afectivo tiene que ser correspondido.
- La incapacidad socioeconómica de subsistir es una de las preocupaciones más importantes de los pacientes. Debe recordarse que un gran porcentaje de ellos son jefes de familia por lo cual su responsabilidad es mayor.
- Solo el 4,54% expresó como causa de conformidad con la migración que su familiar

estaba bien y seguro. Tenemos así un ejemplo de las dos caras de la diáspora, los que sienten el miedo de la repercusión fundamentalmente de la violencia sobre todo en personas jóvenes y su salida del país representa probablemente un alivio al respecto.

- Un concepto importante y sub evaluado es la mayor carga en los miembros de la familia encargados de los cuidados. Solo el 5,68% lo consideró, pero debe ser una cifra mayor dada la descripción de ingresos y problemas de salud que se describió en la investigación.
- Solo el 2,27% expresó la necesidad de que el familiar regrese, basado en la falta de cumplimiento de las metas. Esta situación probablemente se relacione con la difícil situación laboral del emigrante que no planifica su salida del país, pero se arriesgan ante la grave situación del país.
- Muy graves fueron las opiniones relacionadas con la ausencia de familia que cuide al familiar rezagado con cuidados incumplidos, la ideación suicida, la probable soledad de la mujer que refirió sufrir violencia doméstica y la presencia de una muerte por violencia en la familia. Estos pequeños números reflejan grandes realidades que juegan de forma adversa al crecimiento familiar, y por ende al crecimiento del país y deben ser revertidos. Aquellos que quedaron sin cuidados suficientes, deberían ser atendidos por el gobierno en procura de cumplir con todas sus necesidades básicas para lograr el adecuado crecimiento de la sociedad.
- El 27,77% eran responsables de los hijos de los emigrantes, de los cuales 5 tenían problemas médicos que ameritaban atención continua, con los fallecimientos descritos. En esta situación la estructura familiar se distorsiona severamente en los escolares atendidos y el concepto de familia no se desarrolla; más aún, aunque debemos resaltar que ningún niño trabajaba o se encontraba en condición de mendicidad, es claro que el enorme 35% de niños fuera del sistema educativo, muchos de los cuales son parte

LA DIÁSPORA VENEZOLANA: ANÁLISIS DE LA SALUD DE LA FAMILIA QUE QUEDÓ Y DE LAS METAS CUMPLIDAS POR LOS EMIGRANTES

de esta fracción, y que además han “perdido” a sus padres, nos retraen al pasado de situaciones descritas por la literatura mundial y nos recuerda que la sociedad debe ser cultivada para poder avanzar en su crecimiento. Esta sensación diaria²⁴ de vivir en la corte de los milagros, o en la realidad descrita por Dickens en sus cuentos o en Los Miserables, no es más que otra consecuencia de la ceguera social de los sistemas gubernamentales que pierden las perspectivas de la importancia de la familia en el desarrollo del país.^{25, 26, 27}

Se concluye que:

- La depresión fue la patología más importante y debe tomarse en cuenta en el abordaje médico de los pacientes en los cuales exista, al menos un emigrante en la familia.
- La familia de los emigrantes sufre de carencias económicas, afectivas y sociales que redundan en contra del adecuado desarrollo familiar.
- La alimentación de estas familias es inadecuada e insuficiente al igual que sus ingresos.
- Los aportes de la diáspora no logran mejorar la situación económica de su familia más allá de colocarlas en un Graffar 4.
- La incapacidad en los cuidados médicos, cumplimiento de tratamientos y asistencias a consulta es muy alta.
- La proporción de personas en diáspora es similar a ENCOVI 2018.
- No existen niños trabajando en mendicidad, pero la deserción escolar es alta.

Referencias

1. C., Gomez. A esto ha llegado la crisis en Venezuela: la tasa de suicidios sobrepasa la media mundial. Observatorio Venezolano de la Violencia. Caracas : <https://observatoriodeviolencia.org.ve/a-esto-ha-llegado-la-crisis-en-venezuela-la-tasa-de-suicidios-sobrepasa-la-media-mundial/>, julio 2018.
2. Acps. VENEZUELA Humanitarian needs from economic crisis.s.l.:Consultada en febrero 2019 en https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/20170512_acaps_briefing_note_humanitarian_needs_venezuela.pdf.
3. R, Aruj. Causas, consecuencias, efectos e impacto de las migraciones en Latinoamérica. Papeles de población, 14(55), 95-116. consultado el 12 de febrero de 2019 en : http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252008000100005.
4. UCAB, UCV, USB. Resultados preliminares de la encuesta ENCOVI 2018. consultada el 12 de febrero de 2019 en :<http://elucabista.com/wp-content/uploads/2018/11/RESULTADOS-PRELIMINARES-ENCOVI-2018-30-nov.pdf>.
5. UCAB, UCV, USB. Preliminares de la encuesta ENCOVI 2018. Consultada el 18 de febrero de 2019 en : <http://elucabista.com/wp-content/uploads/2018/11/RESULTADOS-PRELIMINARES-ENCOVI-2018-30-nov.pdf>.
6. Abandono de familiares en Geriátricos. El Nacional.
7. Vols. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45262411> .
8. Humanitarian Access overview August . Acaps. Vol. consultado en febrero 2019 en 2018.https://www.acaps.org/sites/acaps/files/products/files/acaps_humanitarian_access_overview_august_2018_0.pdf.
9. Definición de diáspora. N, Tan. https://www.researchgate.net/publication/323401730_Definition_of_Diaspora , (2017).
10. Colomo J. Desarrollo, subdesarrollo y migraciones internacionales a comienzos del siglo XXI Espacio, Tiempo y Forma, Serie VI, Geografía, t. 14, 2001, págs. 37-73 <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:ETFSerieVI-2001-14-2020&dsID=Documento.pdf> 4 septiembre 2019
11. Food and Agriculture Organization of the United Nations Federación (FAO). (Crop Prospects and Food Situation - Quarterly Global Report-). Consultada el de septiembre de 2019 en <http://www.fao.org/3/ca6057en/ca6057en.pdf>
12. Moral, M.V., Sirvent, C., Blanco, P., Rivas, C., Quintana L., Campomanes, G. Depresión y adicción Depression and addiction. *Psiquiatría.com*. 2011; 15:27. Consultada el 19 de septiembre de 2019. <http://fispiral.com.es/wp-content/uploads/2011/03/Depresion-y-adiccion.pdf>
13. Nieto-Martínez R, Marulanda M, Ugel E, Durán M, González J, Patiño M, et al. Estudio Venezolano de factores de riesgo cardiometabólico (EVESCAM). Parte I. 31;2: 2015. 102 -11
14. Nieto-Martínez R, Marulanda M, Ugel E, Durán M, González J, Patiño M, et al. Estudio Venezolano de factores de riesgo cardiometabólico (EVESCAM). Parte I. 2015; 31 (2). 102 -11
15. Nieto-Martínez R, Marulanda M, Ugel E, Durán M, González J, Patiño M, et al Estudio Venezolano de Salud Cardio-Metabólica (EVESCAM): Diseño e Implementación. *Invest Clin* 58(1): 56 - 69, 2017
16. Cursos de Postgrado Universitario de Medicina Interna de los Hospitales: General del Oeste “Dr. José Gregorio Hernández”, “Dr. José María Vargas”, Universitario de Caracas, General del Este “Dr. Domingo Luciani”,

- Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Situación Nutricional de los pacientes que consultan a los servicios médicos del área Metropolitana de Caracas. Estudio Multicéntrico. *Med Interna (Caracas)* 2018; 34 (4): 214 – 223
17. OMS. Depresión, temas de salud. Consultada el 16 de septiembre 2019 en <https://www.who.int/topics/depression/es/>
 18. Rondón Bernard J, Angelucci L. El trastorno de depresión en la Venezuela del periodo 2013-2017: una visión psicossocial. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 21, (3), 2018
 19. Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi G, Kucukalic A. et al. Mental Disorders Following War in the Balkans. A Study in 5 Countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(5):518-528
 20. Gómez-Restrepo C, Tamayo-Martínez N, Buitrago G, Guarnizo-Herreño C, Garzón-Orjuela N, Eslava-Schmalbach J, et al. Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta Colombiana. *R Colomb Psiquia*. 2016. 45 (S1) : 147 – 53.
 21. Portellano-Ortiz C, Garre-Olmo J, Calvó-Perxas L, Conde-Sala JL. Depression and associated variables in people over 50 years in Spain. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018. 11(4):216-226
 22. Flores-Padilla L, Ramírez-Martínez F, a Trejo-Franco J. Depresión en adultos mayores (AM) con pobreza extrema pertenecientes a un Programa Social en Ciudad Juárez, Chihuahua, México *Gac Med Mex*. 2016;152:439-43
 23. Observatorio Venezolano de la Violencia, Laboratorio de Ciencias Sociales. Informe Anual de Violencia 2018. Consultado el 18 de septiembre de 2019 en <https://observatoriodeviolencia.org.ve/ovv-lacso-informe-anual-de-violencia-2018/>
 24. Navas Blanco T. La Atención de Pacientes con Diabetes en la Venezuela Actual. A Propósito de 10 Casos atendidos por una Internista en un día de Enero de 2019. *Med Interna (Caracas)* 2019; 35 (1): 11 - 15
 25. Dickens C. Oliver. Consultado el 19 de septiembre 2019 en <https://www.biblioteca.org.ar/libros/131510.pdf>
 26. Víctor Hugo. The hunchback of Notre Dame. Consultado el 19 de septiembre de 2019 en <http://www.limpidsoft.com/6inch/hunchback.pdf>
 27. Víctor Hugo. Los miserables. Consultado el 19 de septiembre de 2019. <http://web.seducoahuila.gobmx/biblioweb/upload/V%C3%ADctor%20Hugo%20-%20Los%20miserables.pdf>