



Kelly Romero-Acosta
Kethy Luz Pérez Correa
Editoras/compiladoras

Salud mental y vulnerabilidad en la infancia y la adolescencia

Este libro es producto resultado de investigación, evaluado bajo el sistema doble ciego por pares académicos.

Corporación Universitaria de Caribe – CECAR

Rector

Noel Morales Tuesca

Vicerrector Académico

Alfredo Flórez Gutiérrez

Vicerrector de Extensión y Relaciones Interinstitucionales

Liliana Patricia Álvarez Ruiz

Decana de la Facultad de Humanidades y Educación

Leslie Yulieth Bravo García

Coordinador Editorial CECAR

Jorge Luis Barboza

editorial.cecicar@cecicar.edu.co

© 2021. Salud mental y vulnerabilidad en la infancia y la adolescencia. Kelly Romero-Acosta, Kethy Luz Pérez Correa, editoras/compiladoras.

Autores: María Laura Vergara-Álvarez, Leodanis Fonseca-Beltrán, Kelly Romero-Acosta, José Alberto Luna Hernández, Isabel Hernández Arteaga, Paola Daniela Rodríguez, Andrés Felipe Rojas Zapata, Martha Fernández-Daza, Sara J. Zabaraín-Cogollo, Luz A. Reyes Ríos, Rosana Torrado, Daniela Doria Dávila, Mirella Manjarres Rodelo, Yuly Suárez-Colorado, Narem Reales, Margarita Fierro Rengifo, Laura Restrepo Mugno, Estefany Paola Acuña Reyes, Guillermo Augusto Staaden Mejía, Rossy Jaraba, José Bertel, Jorge Navarro-Obeid, Yira Rosa Meléndez Monroy, Julieth Paola Díaz Lobo, Marta Silva Pertuz.

ISBN: 978-628-7515-02-4 (digital)

DOI: <https://doi.org/10.21892/9786287515024>

Colección **Investigación**

Sincelejo, Sucre, Colombia.



Salud mental y vulnerabilidad en la infancia y la adolescencia / editoras, compiladoras, Kelly Romero Acosta y Kethy Luz Pérez Correa ; autores, María Laura Vergara Álvarez ... [y otros veinticuatro]. -- Sincelejo : Editorial CECAR ; Universidad Cooperativa de Colombia, ©2021.

235 páginas : gráficas, tablas

Colección Investigación

Incluye referencias al final de cada capítulo

ISBN: 978-628-7515-02-4 (digital)

1. Salud mental infantil -- Investigaciones 2. Salud mental -- Adolescentes -- Investigaciones 3. Niveles de inteligencia 4. Atención 5. Niños -- Medidas antropométricas 6. Inteligencia 7. Emociones infantiles 8. Estudiantes 9. Estudiantes universitarios 10. Abuso de drogas 11. Depresión 12. Trastornos de la conducta 13. Redes sociales I. Autor II. Título.

616.8 S181 2021

CDD 22 ed.

CEP - Corporación Universitaria del Caribe, CECAR. Biblioteca Central - COSiCUC

Tabla de Contenido

Introducción6

Infancia

CAPÍTULO 1

Asociación entre el coeficiente intelectual de niños de dos a cinco años y síntomas de ansiedad y depresión de los cuidadores ...14

María Laura Vergara-Álvarez, Leodanis Fonseca-Beltrán,
Kelly Romero-Acosta

Association between IQ of two- to five-year-olds and emotional problems of caregivers

CAPÍTULO 2

Desempeño neuropsicológico y variables socioeconómicas en niños que inician escolarización.....41

José Alberto Luna Hernández· Isabel Hernández Arteaga·
Paola Daniela Rodríguez· Andrés Felipe Rojas Zapata

Neuropsychological performance and socioeconomic variables in children who start schooling

CAPÍTULO 3

Medidas antropométricas, prácticas y conocimientos sobre alimentación de madres y/o cuidadores de niños sanos y en riesgo de delgadez.....66

Martha Fernández-Daza, Sara J. Zabarain-Cogollo·
Luz A. Reyes Ríos· Rosana Torrado

Anthropometric measurements, feeding practices and knowledge of mothers and/or caregivers of healthy children and children at risk of thinness

CAPÍTULO 4

Técnica DICATI para disminuir síntomas de ansiedad en niños: caso de la Institución Educativa Técnico Industrial Antonio Prieto Sincelejo-Sucre.....92

Daniela Doria Dávila, Mirella Manjarrés Rodelo

DICATI technique to reduce anxiety symptoms in children: case of the Institución Educativa Técnico Industrial Antonio Prieto Sincelejo-Sucre

Adolescencia

CAPÍTULO 5

Asociación entre experiencias adversas en la infancia y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios: un estudio retrospectivo.....124

Yuly Suárez-Colorado, Narem Reales,
Margarita Fierro Rengifo

Association between adverse experiences in children and consumption of psychoactive substances in university students: a retrospective study

CAPÍTULO 6

Bienestar psicológico, satisfacción con la vida y depresión en estudiantes de educación media vocacional de la ciudad de Barranquilla.....150

Laura Restrepo Mugno, Estefany Paola Acuña Reyes,
Guillermo Augusto Staaden Mejía

Psychological well-being, life satisfaction, and depression in high-school students in the city of Barranquilla

CAPÍTULO 7

Percepción emocional en adolescentes de 14 a 16 años con conductas disruptivas y sin conductas disruptivas de una institución educativa regular del departamento de Sucre175

Rossy Jaraba, José Dionisio Bertel Barreto· Jorge Navarro-Obeid

Emotional recognition in adolescents from 14 to 16 years old with disruptive behaviors and without disruptive behaviors from a regular educational institution of the department of Sucre

CAPÍTULO 8

Contexto escolar y salud mental en adolescentes196

Yira Rosa Meléndez Monroy· Julieth Paola Díaz Lobo

School context and mental health in adolescents

CAPÍTULO 9

Salud mental, mediación pedagógica y adolescentes usuarios de internet- redes sociales online - televisión213

Marta Silva Pertuz

Mental health, teaching mediation and adolescent internet users - online social networks – television

Una breve revisión de lo que pasa con la salud mental tanto a nivel mundial como nacional nos muestra la actualidad de investigar este tema. A nivel mundial, tenemos que al menos una de cuatro personas padece algún tipo de trastorno mental grave, en cuanto a la tasa de suicidios, se estima que al menos cada 40 segundos ocurre alguno, y esta es la segunda causa de muerte entre las edades de 14 a 29. De los trastornos prevalentes, la ansiedad y la depresión juegan un papel protagónico y, por lo menos, 425 millones de personas han tenido algún problema relacionado con su salud mental (Confederación Salud Mental de España, 2021 y Organización de las Naciones Unidas). En cuanto a la salud mental en Colombia, la prevalencia de trastornos afectivos en la población adulta, así como la ideación suicida y los trastornos por consumo de sustancia psicoactivas en la población adolescente, no son más alentadores (Ministerios de Salud y Protección Social, 2015). Además, el nuevo contexto de la pandemia por Covid-19, ha producido afecciones en la salud mental, que requieren atención, tales como la percepción de sentirse solo, deprimido, agotamiento físico y mental, irritabilidad, sobre carga de estrés, insomnio, problemas relacionales con su familiares próximos, entre otros (Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-, 2020). Y lo más grave es que se ha hallado que la psicopatología de los padres influye en la salud mental de los niños y adolescentes (Davis et al., 2015; Torres et al., 2018).

Ahora bien, al tratar el tema de la salud mental, es necesario remitirnos a las definiciones que brinda la Organización Mundial de la Salud -OMS-, del concepto de “salud”, como del de “salud mental”. El primero se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, el segundo, por su parte, como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (OMS, 2013. p. 9), dichos conceptos son relevantes para la presente obra, pues, abren el panorama para comprender

el tema en cuestión más allá del enfoque médico y desde la perspectiva de la enfermedad. Así, este libro se propone como un escenario de discusión académica en torno a la salud mental, desde diferentes contextos y desde un enfoque salutogénico.

Metodológicamente, la obra es diversa, no se casa con ningún método, sino que acepta la complejidad del fenómeno que se quiere estudiar, pues el tema de la salud mental no es simple, sino, por el contrario, está constituido por una serie de entretejidos conceptuales que hacen ardua la tarea investigativa, y que la diversidad metodológica enriquece. Ahora bien, si es verdad que el enfoque cuantitativo predomina en esta obra, en cuanto herramienta práctica para la exposición de datos que manifiestan con mayor facilidad el problema a tratar (Artiles, Otero, Barrios, 2008), no lo hace de manera reduccionista.

El libro está construido por nueve capítulos que versarán sobre la salud mental y la vulnerabilidad en la población infantil y adolescente. El primer capítulo, relaciona el coeficiente intelectual de los niños en edades entre los dos y los cinco años con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en los cuidadores. Toma como premisa que el comportamiento desadaptativo de los padres se muestra como un factor negativo y determinante durante el proceso del desarrollo del niño.

El segundo capítulo, busca correlacionar entre el desempeño neuropsicológico y las variables socioeconómicas en niños que inician la etapa de escolarización, los autores toman en cuenta los contextos en los que el infante crece como influyentes del despliegue de sus habilidades cognitivas. Los autores consideran que la primera infancia (desde el momento de la gestación hasta los 7 años), es un periodo crucial para el neurodesarrollo infantil, y el nivel socioeconómico puede convertirse en un factor de riesgo o protector en el desempeño escolar.

El capítulo tercero, se centra en el conocimiento y la descripción de las medidas antropométricas de los niños, junto con las prácticas y conocimientos de los padres y/o cuidadores acerca de la alimentación saludable. Las investigaciones previas que orientan a este estudio sugieren que el déficit en la alimentación conlleva a alteraciones de carácter fisiológico, motor, cognitivo, por ende, afecta la salud física y mental. Tales planteamientos cobran relevancia e inquietud en el estudio, al tomar como referencia las estadísticas de mal nutrición de Colombia, en

especial en sectores como La Guajira, Guainía, Amazonía, y Magdalena, los cuales muestran altos índices de mortalidad por desnutrición. Este estudio concluye que los padres constantemente desconocen el aporte de una alimentación saludable y sugiere el desarrollo de intervenciones que favorezcan el desarrollo de hábitos saludables y, en consecuencia, de la salud en un sentido integral.

En el cuarto capítulo, se evalúo la técnica DICATI y su efectividad tanto en el manejo como en la disminución de los síntomas ansiosos de la población infantil entre 9 y 12 años. Es un intento de parte de los autores por contribuir a la salud mental de los niños, dicha técnica está basada en una serie de ejercicios que tendrá como objetivo el reconocimiento de las emociones y su manejo.

El capítulo quinto, centra su atención en estudiantes universitarios. Se integran las experiencias adversas, posiblemente presentes durante la infancia como factor relacional en la adquisición de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas, tales planteamientos se visionan desde la perspectiva de que la múltiples situaciones hostiles durante la infancia generan un estrés que se cronifica afectando el sistema nervioso e inmunológico, esto dificulta las posibilidades de aprendizaje de estrategias de afrontamiento que contribuyen al manejo emocional de las situaciones conflictivas, por lo que el consumo de sustancias psicoactivas se convierte aparentemente en un recurso de afrontamiento aunque este, directa o indirectamente, afecte su salud y, por ende, su salud mental. Esta investigación invita a considerar abordajes interdisciplinarios y en múltiples contextos.

Para el sexto capítulo, los autores plantean la correlación entre el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida y la presencia de depresión en estudiantes de noveno a decimoprimer grado de una institución privada de Barranquilla, Colombia. Parte de la premisa de que el bienestar subjetivo es un indicador de calidad de vida, por tanto, existe una menor predisposición a percibir el ambiente y las situaciones cotidianas desde una perspectiva demandante que supere los recursos cognitivo-emocionales que posee el sujeto. Los autores recomiendan el desarrollo de programas que favorezcan la promoción de la salud mental en la población adolescente.

El séptimo capítulo, evalúa la percepción emocional en adolescentes con conductas disruptivas y sin conductas disruptivas que asisten a una

institución educativa del departamento de Sucre. El diseño de investigación es no experimental, de alcance descriptivo comparativo y de corte transversal. Los autores encuentran que los adolescentes con conductas disruptivas tienen dificultad para percibir y comprender las emociones de los demás y, asimismo, dificultad para regular su comportamiento.

El octavo capítulo, es una revisión documental en la que se analizan las categorías existentes en el contexto escolar para el fortalecimiento de la salud mental de los adolescentes. La adolescencia es una etapa de desarrollo que genera de cambios psicofisiológicos que de por sí son estresantes para los jóvenes. Si en esta situación aparecen factores estresantes externos éstos pueden desencadenar alteraciones en su salud mental.

Por último, el capítulo noveno, revisa los efectos del internet, las redes sociales y la televisión en la adolescentes y estudiantes universitarios de edades comprendidas entre 16 y 24 años. Los autores indican que estos medios comunicación dan pautas para el uso del tiempo libre, organización de los horarios de trabajos y para el desarrollo de las relaciones sociales. El uso de los medios tecnológicos modela el comportamiento social e individual, ello genera una serie de discusiones de cómo estos pueden estar asociados a factores negativos de la salud mental.

Finalmente, este libro es un aporte al campo de la salud mental que, pretende dar respuestas científicas a esta área del conocimiento, es parte del compromiso profesional y personal de los que nos desenvolvemos en este campo. Por eso, nuestro reconocimiento al esfuerzo de los autores por contribuir a alcanzar el bienestar mental de los individuos, familias, sociedades y del país en sí mismo en medio de realidades particulares y complejas.

Kethy Luz Pérez Correa
Editora/compiladora

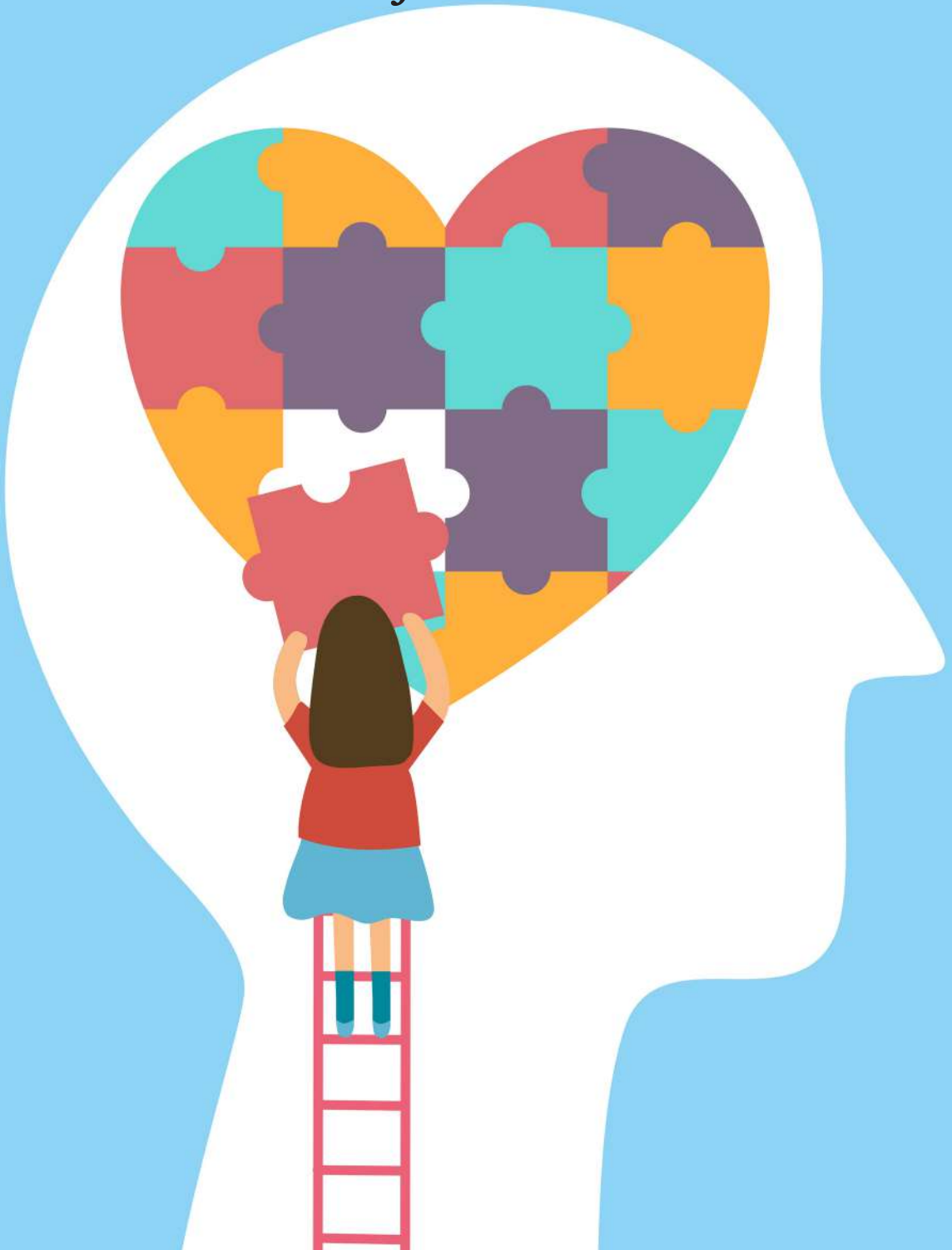
Referencias

Artiles, V. L., Otero, I. J. y Barrios, O. I. (2008). Metodología de la investigación para Ciencias de la Salud. Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas.

- Bustos, V. Á. B. y Russo de Sánchez, A. R. Desarrollo psicoafectivo y salud mental infantil. En: K. Romero (Ed.). *Ocho estudios de la salud mental* (pp. 11-38). Editorial Cekar. doi: <https://doi.org/10.21892/978-958-5547-34-6.1>
- Confederación de Salud Mental de España. (2021, 21 de septiembre) *La salud mental en cifras*. <https://comunicalasaludmental.org/guiade-estilo/la-salud-mental-en-cifras/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2020). Salud mental en Colombia: una aproximación desde las estadísticas oficiales en el contexto de pandemia. *Información para todos*. <https://www.dane.gov.co/files/webinar/presentacion-webinar-salud-mental-en-colombia-21-10-2020.pdf>
- Hernández-Paz, T., Torre-Herrera, J., Espinosa-Gómez, M., Lara-García, B., y Gutiérrez Cruz. S. (2016). El concepto de salud mental desde la visión del Estado mexicano. *Revista de Educación y Desarrollo*, 37, 89-93 RED34ok.qxp (udg.mx)
- Minsalud. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I. Ministerio de Salud y Protección Social. http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- OMS. (2001). Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra. Organización mundial de la salud. (Hoja informativa. No. 220). <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33817/fortaleciendo01.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97488>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2021, 21 de septiembre). *2020: UN AÑO DESAFIANTE PARA LA SALUD MENTAL*. <https://nacionesunidas.org.co/onu-internacional/2020-un-ano-desafiante-para-la-salud-mental/>
- Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. (2020) *Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation*. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1-8. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>

*Salud mental y vulnerabilidad en la
infancia y la adolescencia*

Infancia



Capítulo 1



Asociación entre el coeficiente intelectual de niños de dos a cinco años y síntomas de ansiedad y depresión de los cuidadores

María Laura Vergara-Álvarez¹, Leodanis Fonseca-Beltrán²,
Kelly Romero-Acosta³

Resumen

Se analizó la asociación entre el coeficiente intelectual de niños de dos a cinco años y síntomas de ansiedad y depresión de los cuidadores. Este estudio es de paradigma positivista, enfoque cuantitativo de tipo correlacional; el diseño es no experimental y es de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 186 cuidadores cuyas edades oscilaban entre 28 y 68 años ($M=45.16$) y 186 niños y niñas de dos a cinco años ($M= 4.40$). Los instrumentos de recolección de información utilizados fueron los siguientes: una escala para medir el coeficiente intelectual de los niños, una escala para medir síntomas depresivos y otra para medir ansiedad rasgo en los adultos. El análisis de los datos se llevó a cabo por medio del programa estadístico *Statistical Package for Social Science* (SPSS) V. 20. La media de coeficiente intelectual en la muestra resultó ser 80.4. Los cuidadores no presentaron alta sintomatología depresiva o ansiedad rasgo. Los resultados de la regresión lineal indican que los síntomas de ansiedad y de depresión de los cuidadores no se relaciona con el coeficiente intelectual de los niños y niñas preescolares.

Palabras clave: coeficiente intelectual, preescolares, cuidadores, salud mental.

1 Corporación Universitaria del Caribe CECAR. Psicóloga. Joven Investigadora Minciencias. Corporación Universitaria del Caribe CECAR. Correo: maria.vergaraa@cecar.edu.co
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9600-2956>

2 Corporación Universitaria del Caribe CECAR. Psicóloga. Correo: leodanis.fonseca@cecar.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0733-5255>

3 Corporación Universitaria del Caribe CECAR. Psicóloga. Correo: Kelly.romero@cecar.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6568-1316>

Association between IQ of two- to five-year-olds and emotional problems of caregivers

Abstract

To analyze the association between Intelligence Quotient (IQ) of children from two to five years of age and anxiety and depressive symptoms of caregivers. This study is from a positivist paradigm, quantitative approach of correlational type; this is a non-experimental design and a cross sectional study. The sample was conformed by 186 caregivers, ages ranging from 28 to 68-years-old ($M = 45.16$), and 186 children, ages ranging from 2 to 5-years-old ($M = 4.40$). The following instruments were used: a scale to measure the IQ of children, a sociodemographic questionnaire, a scale to measure depressive symptoms and another to measure trait anxiety in adults. The data analysis was carried out using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) V. 20. The mean IQ in the sample was 80.4. Caregivers did not show high depressive symptoms levels or trait anxiety. The results of the linear regression indicated that the mental health of the caregivers is not related to the IQ of preschool boys and girls.

Keywords: intelligence Quotient (IQ), preschoolers, caregivers, mental health.

Introducción

En la primera infancia los niños son más vulnerables a estímulos ambientales y a las influencias del medio, debido a que las estructuras neurofisiológicas y psicológicas se encuentran en proceso de maduración (Paolini *et al.*, 2017). Además, dentro de este periodo se empieza a estructurar el comportamiento social, la inteligencia y las habilidades sensoriales, emocionales y morales (Campos, 2010).

Aproximadamente uno de cada seis niños en edad escolar en todo el mundo posee algún tipo de retraso a nivel cognitivo (Kershaw *et al.*, 2010). La demora en un dominio intelectual afecta considerablemente las otras áreas del desarrollo infantil, y existen diferentes factores de riesgo que pueden provocarlo. El coeficiente intelectual (CI) en la infancia se asocia a distintos factores de riesgo, tales como, la vulnerabilidad genética, biológica, cultural (Cabezas, 2017; Makharia *et al.*, 2016), socioeconómica (Zapata-Zabala *et al.*, 2012; Rizzoli-Córdoba *et al.*, 2017); la inseguridad alimentaria y la malnutrición (Paredes *et al.*, 2019).

Uno de los factores de riesgo más críticos para la aparición de retrasos en el desarrollo cognitivo e intelectual es la salud mental de los padres, principalmente la presencia de ansiedad y depresión (Masten *et al.*, 2005; Romero-Acosta *et al.*, 2019). Las conductas o comportamientos desadaptativos de los padres actúan como un factor determinante en el sano desarrollo de los niños.

A continuación, se explicará brevemente el concepto del coeficiente intelectual, se detallarán los estudios sobre CI en niños de la primera infancia y, posteriormente, se ampliará información sobre la presencia de ansiedad y depresión en los cuidadores y su repercusión en los niños.

Coeficiente intelectual

El CI, tanto en el área de la psicología clínica como en la educación, representa un indicador muy usado para determinar la capacidad de socialización de los niños, así como su capacidad de adaptación a diferentes contextos, teniendo en cuenta la media esperada para su edad cronológica y su nivel de desarrollo (Arreguín *et al.*, 2017; Rada-Luna *et al.*, 2017;

Wechsler, 1958. El concepto de inteligencia se encuentra inevitablemente asociado al concepto de CI.

Desde esta perspectiva es importante destacar que, según Villatoro, (2016) el CI no es la inteligencia del sujeto, ya que tanto la inteligencia de la persona como el CI son aspectos diferentes. El concepto de inteligencia en sí mismo contiene características cualitativas, mientras que el CI contiene componentes cuantitativos que lo convierten en un estimador a nivel numérico para la inteligencia general. En este sentido, la inteligencia es considerada como la capacidad global que posee la persona para actuar con propósito, para pensar de manera racional, y para hacer frente a su ambiente (Wechsler, 1974; 2011).

De este mismo modo, existen muchos conceptos sobre inteligencia, por ejemplo, según Ebbinghaus (1885), citado por Ardila (2011), la inteligencia es la capacidad que posee un sujeto para adaptarse a situaciones nuevas. Binet (1905; 1983) por su parte, considera la inteligencia como un proceso superior medible que hace referencia a cualidades de tipo formal como la percepción, la atención, la memoria y el intelecto, y que se caracteriza por la capacidad de comprensión, dirección, invención y censura del ser humano.

Para el científico colombiano Ardila (2011), es un conjunto de habilidades de tipo cognitivo y conductual, que permiten una adaptación eficiente en el ambiente físico y social. Contiene así, una capacidad de resolución de problemas, pensamiento abstracto, planeación, comprensión de ideas complejas y aprendizaje a partir de las experiencias. Esta capacidad no se identifica con habilidades o conocimientos específicos, pues se trata de una habilidad cognitiva general que contiene capacidades específicas y varía de una persona a otra.

En Colombia se han hecho importantes esfuerzos por estudiar el CI de niños y adolescentes. Los niños colombianos de seis a quince años presentan un nivel de CI de 83.5 a 91 (Cadavid *et al.*, 2011; Flórez-García *et al.*, 2016; Pinto-Dussán *et al.*, 2010; Zapata-Zabala *et al.*, 2012). Según Cadavid-Castro *et al.* (2012), en promedio, el 53.2% de la muestra poblacional infantil colombiana participante de su estudio ubicó su índice de velocidad de procesamiento en niveles limítrofes, es decir, sus puntuaciones se ubicaron en las clasificaciones inferior y muy baja según las escalas utilizadas (Cadavid *et al.*, 2011).

En la literatura se pueden hallar diversos estudios que indagan sobre factores asociados al coeficiente intelectual en niños de seis a quince años (Cadavid *et al.*, 2011; Flórez-García *et al.*, 2016; Pinto-Dussán *et al.*, 2010; Zapata-Zabala *et al.*, 2012); sin embargo, no hay muchos estudios sobre los factores asociados al CI en niños de 2 a 5 años.

Ahora bien, aunque en los niños pequeños la plasticidad cerebral podría indicar una menor estabilidad en las puntuaciones de CI, investigaciones de seguimiento basadas en cohortes evidencian de manera progresiva ganancias en CI a lo largo de los primeros años de vida, principalmente a los 2 y 3 años (Lord & Schopler, 1989).

Según Hoekstra *et al.* (2007), las influencias del componente genético puede ser una fuerza impulsora de la estabilidad del coeficiente intelectual a lo largo de la vida. Asimismo, la estabilidad del índice de capacidad no verbal puede llegar a ser explicada por los factores genéticos, mientras que la continuidad en las habilidades verbales se puede explicar a través de los efectos ambientales y genéticos compartidos, es decir, que la estabilidad de las habilidades de tipo verbal y no verbal del coeficiente intelectual de acuerdo con estos investigadores pueden responder por completo a los agentes genéticos.

En este sentido, Schneider *et al.* (2014), encontraron que la estabilidad de la inteligencia general de un grupo de niños fue moderadamente alta durante el estudio longitudinal, destacando así que la estabilidad fue mayor para intervalos más cortos entre puntos de medición, y aumentó con la edad.

De modo similar, la estabilidad del CI a lo largo del tiempo fue mayor para los niños con bajo coeficiente intelectual que para los niños con alto CI. En general, los niños con puntajes de coeficiente intelectual, inicialmente más elevados, mantuvieron mayor rendimiento durante todo el estudio hasta el período de la edad adulta temprana.

Estudio de coeficiente intelectual en niños preescolares

El coeficiente intelectual en niños preescolares se ha relacionado con el estado nutricional (Flores *et al.*, 2013) con el desempeño cognitivo y el lenguaje (Schonhaut *et al.*, 2008). Esto quiere decir que los niños

con problemas nutricionales y del lenguaje pueden presentar niveles de coeficiente intelectual bajos, en comparación con niños sin estos problemas.

Rada-Luna *et al.* (2017) no encontraron asociación entre el CI y los factores prenatales y perinatales de niños del Caribe colombiano, hallazgos bastante similares a los resultados encontrados por Cadavid *et al.* (2011), en los que se destaca que los factores de riesgo prenatales y perinatales no determinan las puntuaciones de CI, ya que esta variable se encuentra más relacionada con el estrato socioeconómico, los ingresos de la familia y el nivel educativo de los padres, por lo que propusieron realizar investigaciones que profundicen en el estudio del CI en relación con otros factores como la familia, el nivel de escolaridad de los cuidadores y el grado de estimulación en los primeros meses de vida.

En efecto, Rodríguez (2006) encontró que los niños que establecen vínculos positivos con la madre tienden a ubicarse en percentiles más elevados de inteligencia; esto mismo ocurre con los hijos de madres que no trabajan y con aquellas que tienen nivel de estudio superior.

También, Barrera (2002), determinó que las condiciones físicas y psicológicas del ambiente familiar resultan imprescindibles para el desarrollo intelectual de los preescolares, pues los niños siempre están en contacto con el medio, y cuando los padres son capaces de satisfacer las necesidades de sus hijos, y de propiciar estados emocionales positivos, se favorece su desarrollo intelectual.

Sin embargo, se ha documentado que la presencia de sintomatología ansiosa, depresiva y el estrés en los padres disminuye la capacidad de satisfacer las necesidades de sus hijos e involucrarse en el manejo de sus emociones (Pérez & Santelices, 2017; Romero-Acosta *et al.*, 2019). A continuación, se indicarán algunos estudios que han encontrado un efecto de los problemas emocionales de los padres (ansiedad y depresión) hacia los hijos.

Síntomas de ansiedad y depresión de los padres y su repercusión en los niños

La influencia de la familia se mantiene durante todo el proceso escolar, sobre todo en la primera infancia, ya que la familia es quien proporciona al preescolar todas las señales de valoración, afecto, aceptación, rechazo,

fracaso o éxito (Burns, 1990). De manera constante, los padres o cuidadores deben proporcionar al niño un adecuado proceso de acompañamiento que propicie un óptimo desarrollo de la personalidad, del componente cognitivo, de su identidad y de su forma de aprender (Palacio y Múnera, 2018), debido a la presencia de comportamientos desadaptativos en los padres o situaciones polémicas en la familia puede generar afectación al desarrollo del niño (Abarca, 2003). Por lo que, los problemas de ansiedad o depresión de los padres generarían un gran impacto en toda la familia, ya que pueden ocasionar afectaciones sobre sus responsabilidades familiares.

Dos de los problemas psicológicos más prevalentes en el mundo son la depresión y la ansiedad. La depresión es un trastorno del estado del ánimo que afecta a más del 5% de la población mundial, y se caracteriza por causar malestar clínicamente significativo en la persona que la sufre y en sus familiares cercanos (Rivera *et al.*, 2018).

En el último estudio de salud mental que se realizó en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, 2015), el 9.6% de los adultos de 18 a 44 años presentó síntomas de trastornos mentales, y los grupos sintomáticos más prevalentes fueron los de ansiedad y depresión; 6.7% presentó alta sintomatología ansiosa y 4.2% alta sintomatología depresiva.

Por su parte, la ansiedad, en sus diferentes manifestaciones, es un factor de riesgo que genera episodios de estrés y de depresión (Méndez *et al.*, 2010); afectaciones en la salud mental y física (Soria *et al.*, 2014), en la satisfacción familiar (Salazar *et al.*, 2013), en las relaciones parentales y en el desarrollo integral de los hijos cuando es el padre quien presenta la sintomatología (Quintana & Sotil, 2014).

La presencia de ansiedad y depresión en los padres puede afectar considerablemente las prácticas de crianza (Parke & Ladd, 2016), debido a que los síntomas depresivos pueden impedir que se involucren en las actividades diarias de los hijos (Turpin *et al.*, 2019). De igual modo, la depresión materna se asocia a problemas en el comportamiento y a dificultades en el rendimiento cognitivo de los niños (Koutra *et al.*, 2017).

La salud mental de los padres tiene grandes efectos sobre el desarrollo de la prole (Valdés & Gómez, 2006). Los hijos de madres con problemas de salud mental o física pueden tener un desarrollo atípico especialmente en

el componente cognitivo e intelectual (Coronel *et al.*, 2006; González *et al.*, 2017), el cual se encuentra estrechamente ligado con el bajo rendimiento académico y la deserción escolar (Manterola *et al.*, 1989). Aun cuando la modificación de los factores adversos puede disminuir los efectos negativos en el neurodesarrollo infantil, investigaciones longitudinales sugieren que el compromiso a nivel cognitivo persiste a lo largo de la niñez, la adolescencia e incluso en la adultez (González *et al.*, 2017; Parsons *et al.*, 2012).

Así bien, la ansiedad y la depresión de los padres se ha relacionado con diferentes tipos de variables, sin embargo, en Colombia, hay pocos estudios que observen la relación entre el CI y estos grupos de síntomas. Por esta razón, este estudio se propuso analizar la asociación entre el coeficiente intelectual de niños de 2 a 5 años y síntomas depresivos y ansiedad rasgo en los cuidadores.

Método

Diseño

Este estudio fue de paradigma positivista y enfoque cuantitativo. Según Hernández *et al.* (2014), los estudios cuantitativos llevan a cabo la recolección y el análisis de los datos para probar hipótesis y dar respuesta a preguntas de investigación, a través del conteo y la estadística.

Asimismo, fue de tipo correlacional, dado que el objetivo es identificar el grado de relación que puede existir entre dos o más variables de investigación dentro de una muestra particular (Hernández *et al.*, 2014). Tuvo un diseño no experimental, ya que no existió manipulación deliberada de las variables, debido a que se observaron en su contexto natural sin extraerlas (Hernández *et al.*, 2014). Además, es de corte transversal, puesto que la recolección de los datos se realizó en un solo tiempo.

Participantes

Participaron 186 cuidadores cuyas edades oscilaban entre 28 y 68 años (Media (M)=45.16; Desviación estándar (D.E) = 11.06). La edad de los niños se encontraba en un rango de 2 a 5 años (M= 4.40; D.E.= .70). La mayoría de las cuidadoras terminaron sus estudios de bachillerato (52.7%);

7,2% finalizaron los estudios primarios; 25% finalizó estudios técnicos, y 15.4%, universitarios. Por su parte, de los cuidadores, el 21.1% finalizó sus estudios primarios; 53.4% el bachillerato; 18.6% estudios técnicos, y 6.8% universitarios. La Tabla 1 muestra esta información con más detalle.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la población

Características	N	%
Nivel socioeconómico		
Medio Alto	3	1.6
Medio-Bajo	112	59.3
Bajo	74	39.2
Sexo del cuidador		
Hombre	17	9.0
Mujer	172	91.0
Sexo niños y niñas		
Niña	102	54.3
Niño	86	45.7

Criterios de inclusión y exclusión: se ha tenido en cuenta como criterio de exclusión que los niños y niñas participantes no tuvieran un trastorno del neurodesarrollo. Como criterios de inclusión se consideró que los niños y niñas participantes se encontraran dentro del rango de edad de dos a cinco años, adicionalmente, que los niños y niñas participantes tuvieran el consentimiento de los padres.

Procedimiento

Se presentó el proyecto ante varios centros de desarrollo infantil y hogares infantiles de la ciudad de Sincelejo para su consentimiento. Posterior a su aprobación, se citó a los padres de familia o cuidadores para la socialización del proyecto de investigación y, a su vez, para solicitar su participación en la investigación por medio de la firma del consentimiento informado.

Una vez obtenido el consentimiento voluntario, se procedió a realizar la evaluación de coeficiente intelectual a los niños a través de la Escala Wechsler de Inteligencia para Preescolar y Primaria WPPSI IV. De igual manera, se dio paso a la aplicación de los instrumentos Beck Depression Inventory (Beck, Steer, & Brown, 1996) y Costello Comrey Depression and Anxiety Scales (Costello & Comrey, 1976).

Instrumentos

La Escala Wechsler de Inteligencia para Preescolar y Primaria WPPSI IV (Weschler, 2014): es una prueba clínica cuya aplicación es de tipo individual. Está diseñada para evaluar las aptitudes intelectuales y el coeficiente intelectual general en niños entre 2 años y 6 meses y 7 años y 7 meses.

La estructura de la prueba se organiza a partir de tres niveles de interpretación: escalas primarias, escalas secundarias y escala total. Cada uno de estos niveles a su vez se encuentra conformado por índices. Las escalas primarias, por el índice de comprensión verbal, el índice viso espacial y la memoria de trabajo; las escalas secundarias, por el índice de adquisición de vocabulario, el índice no verbal y el índice de capacidad general para ambos grupos de edad.

Además, agrega la evaluación del índice de razonamiento fluido, el índice de velocidad de procesamiento y la competencia cognitiva para los niños entre 4 años y 7 años y 7 meses. Se analizaron los distintos índices de la escala, sin embargo, para este estudio se prestó especial atención al coeficiente intelectual total (CIT).

Beck Depression Inventory (Beck, Steer, & Brown, 1996): el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) evalúa y detecta la gravedad de la sintomatología depresiva de los adultos, es un cuestionario de 21 ítems que examina los síntomas cognitivos, conductuales, afectivos y somáticos. Cada elemento del BDI-II se compone de una serie de declaraciones ordenadas de menor a mayor gravedad. A cada enunciado se le asigna un puntaje de 0 a 3 que refleja la gravedad del síntoma. El Alpha de Cronbach para esta investigación fue de .849.

Costello Comrey Depression and Anxiety Scales (Costello & Comrey, 1976): Es un instrumento autoadministrado que consta de 23 ítems, 14 reactivos para depresión y 9 para ansiedad. Para este estudio se utilizaron solamente los nueve reactivos para evaluar ansiedad. Estas escalas representan más el rasgo de ansiedad que el estado de ansiedad actual, esto quiere decir que mide la predisposición de sufrir estados o episodios de ansiedad y/o depresión. La mayor puntuación que puede obtenerse en la escala es 9. Para esta investigación, el Alpha de Cronbach fue de .709.

Análisis de la información

Para el análisis cuantitativo se utilizó el programa estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS) V. 20. Inicialmente se llevó a cabo un análisis descriptivo para cada una de las variables a través de los estadísticos descriptivos y de frecuencia. Posteriormente, se llevó a cabo una regresión lineal múltiple para analizar el grado de asociación entre el coeficiente intelectual de niños de dos a cinco años y la ansiedad y depresión de los cuidadores.

Se introdujeron las variables por bloques, en un primer momento se incluyeron las variables de ajuste (sexo de cuidadores y de niños, nivel socioeconómico, edad del niño, edad del cuidador, nivel de estudios de la madre y nivel de estudios del padre). Luego, en un segundo momento, se introdujeron las variables de ajuste y la variable de síntomas depresivos y de ansiedad rasgo.

Resultados

Coeficiente intelectual de los niños según grupo de edad y sexo

La media de coeficiente intelectual en la muestra total es 80.4, muy similares a las medias de niños y niñas; sin embargo, los niños más pequeños obtuvieron un puntaje más bajo que los niños de cuatro a cinco años. Esta información se encuentra más detallada en la Tabla 2.

Tabla 2
Coficiente intelectual de los niños participantes

	Coficiente Intelectual (WPSSI-IV)			
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar
Muestra total (n=189)	61	116	80.41	11.06
Sexo				
Niños (n=86)	62	116	80.54	11.81
Niñas (n=102)	61	115	80.3	10.49
Edad				
2 a 3 años (n=21)	65	106	76.71	9.54
4 a cinco años (n=165)	61	116	80.78	11.07

Síntomas de ansiedad y depresión de los cuidadores

En el total de la muestra, los cuidadores no presentan alta sintomatología depresiva o ansiedad rasgo. No se encontró diferencia significativa en los grupos de edad. En la Tabla 3 se encuentra información relacionada con el estado de salud mental de los cuidadores en la muestra total y en los diferentes grupos de edad.

Tabla 3
Estado de salud mental de los cuidadores

		Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	P
Ansiedad	Muestra total	00	9.0	2.95	2.54	
	Grupos de edad					
	2 a 3 años (n=21)	1.0	8.00	3.04	2.31	.884
	4 a cinco años (n=165)	00	9.0	2.96	2.24	
Depresión	Muestra total	00	38	4.4	5.09	
	Grupos de edad					
	2 a 3 años (n=21)	00	17	4.75	4.84	.772
	4 a cinco años (n=165)	00	38	4.41	5.16	

*Asociación entre el coeficiente intelectual de niños de dos a cinco años
y síntomas de ansiedad y depresión de los cuidadores*

Debido a que se encontró una desviación estándar más alta que la media en las puntuaciones arrojadas por el instrumento que mide la presencia de síntomas depresivos, se exploraron los datos teniendo en cuenta los grupos de edad y el sexo. Se hallaron varias puntuaciones extremas que pudieron inflar la media y producir el sesgo.

Esto quiere decir que, a pesar de que la media indica que en general la muestra estudiada no presenta síntomas depresivos, algunos participantes muestran niveles elevados de este grupo de síntomas. Sobre todo, presentan más variación en las puntuaciones las cuidadoras del grupo de 3 a 4 años. La Tabla 4 muestra esta información de manera más detallada.

Tabla 4
Exploración de las puntuaciones del instrumento BDI

Grupos de edad		Sexo del cuidador	Número de caso	Puntuación total	
De 2 a 3	Síntomas depresivos	Hombre	Valores más altos	1 24	15,00
			2 7	4,00	
		Mujer	Valores más bajos	1 8	2,00
			2 22	3,00	
			1 12	17,00	
	Síntomas depresivos	Mujer	Valores más altos	2 10	10,00
			3 18	9,00	
			4 11	7,00	
			5 20	7,00	
			1 17	,00	
Síntomas depresivos	Mujer	Valores más bajos	2 16	,00	
		3 14	,00		
		4 21	1,00		
		5 13	1,00		

Grupos de edad	Sexo del cuidador	Número de caso	Puntuación total			
De 3 a 4	Síntomas depresivos	Hombre	1	62	8,00	
			2	99	4,00	
			Valores más altos	3	43	3,00
			4	129	3,00	
			5	131	3,00	
		Mujer	1	151	,00	
			2	97	,00	
			Valores más bajos	3	183	2,00
			4	128	2,00	
			5	64	2,00	
	Síntomas depresivos	Hombre	1	121	38,00	
			2	88	27,00	
			Valores más altos	3	166	21,00
			4	103	18,00	
			5	69	15,00	
		Mujer	1	188	,00	
			2	182	,00	
			Valores más bajos	3	178	,00
			4	176	,00	
			5	172	,00	

Resultados de la regresión lineal múltiple para observar la relación entre la ansiedad y la depresión de los cuidadores, y el coeficiente intelectual de los niños

La regresión lineal indica que los síntomas de ansiedad y de depresión de los padres no se relacionan con el coeficiente intelectual de los niños y niñas preescolares. En la Tabla 5 se puede observar esta información más detallada.

Tabla 5

Resultado de la regresión lineal múltiple para analizar la relación entre coeficiente intelectual y los síntomas de ansiedad y depresión de los cuidadores

Modelo			IC95%	<i>p</i>	<i>R</i> ²
1	B	B			
Sexo del cuidador	.631	.018	-5.491; 6.754	.839	.044
Sexo del niño(a)	1.128	.053	-2.464; 4.719	.536	
Edad del niño(a)	3.609	.240	-.357; 7.574	.074	
Estudios Madre	-.476	-.042	-2.699; 1.747	.673	
Estudios Padre	1.839	.139	-.759; 4.437	.164	
Edad Cuidador	-.223	-.235	-.480; .033	.087	
2	B	B			
Sexo del cuidador	.535	.015	-5.620; 6.689	.864	.060
Sexo del niño(a)	1.473	.069	-2.147; 5.093	.422	
Edad del niño(a)	3.709	.247	-.258; 7.677	.067	
Estudios Madre	-.537	-.047	-2.781; 1.707	.637	
Estudios Padre	1.866	.141	-.730; 4.462	.158	
Edad Cuidador	-.228	-.241	-.486; .029	.081	
Ansiedad	.299	.066	-.553; 1.151	.489	
Depresión	.175	.085	-.209; .559	.370	

Discusión

La inteligencia en los humanos ha sido estudiada alrededor del mundo (Liu & Lin, 2011) en todos los ciclos humanos: niñez, adolescencia y adultez. Sin embargo, el grupo de edad menos estudiado es el de los niños de educación inicial o preescolares, por esta razón, este estudio analizó la asociación entre el CI de niños de 2 a 5 años, y síntomas depresivos y ansiedad rasgo en los cuidadores.

De los datos recolectados correspondientes al coeficiente intelectual total (CIT), se halló una media de 80.41, con una desviación estándar de 11.06. El CIT de los niños participantes se encuentra por debajo de medias halladas en diferentes estudios internacionales (Ahmadpour & Mujembari, 2015; Schonhaut *et al.*, 2008; Gerometta *et al.*, 2014).

La literatura indica que los niños en edad preescolar con CI bajo pueden tener dificultades para la adquisición de habilidades cognitivas complejas, para la resolución de problemas y para desarrollar adecuadamente su proceso de aprendizaje (Zambrano-Sánchez *et al.*, 2010).

Para McLoyd, (1998) un CI con esta puntuación podría deberse a las bajas condiciones socioeconómicas de los hogares, a privaciones socioculturales, escaso apoyo psicológico, educativo y nula estimulación a nivel intelectual. Esto es interesante porque la mayoría de los participantes de esta investigación viven en barrios vulnerables de la ciudad de Sincelejo; además, la mayoría de las cuidadoras mujeres y varones, terminaron los estudios de bachillerato, pero muy pocos los universitarios.

Por otro lado, en el presente estudio no se hallaron diferencias de sexo en la media de coeficiente intelectual. Tal como afirma, Pérez *et al.*, (2013) el sexo no es un factor determinante en el desarrollo intelectual de los infantes, sino que, son los factores ambientales los que influyen significativamente en su desarrollo. Puede que las diferencias de sexo empiecen a aparecer en niños un poco más grandes y no en todos los grupos culturales.

En un estudio que se llevó a cabo en Japón, Estados Unidos y China, los niños varones arrojaron niveles de coeficiente intelectual más altos que las niñas, y obtuvieron puntajes más altos en algunas de las subescalas del WPPSSI, sobre todo en China. En la literatura no hay muchos estudios sobre diferencias de género en el CI de niños tan pequeños, en el caso de Colombia, no se encontró ninguno (Liu & Lin, 2011).

Con respecto a la sintomatología de los cuidadores y el CI de los infantes, no se halló una relación significativa en este estudio. Contrario a estos resultados, ciertas investigaciones como la de Evans *et al.* (2012) y Pearson *et al.* (2016) encontraron que la depresión en la madre puede aumentar el riesgo de bajo coeficiente intelectual en los niños, acompañada especialmente de dificultades en la competencia matemática.

De modo similar, Gül *et al.* (2020) encontraron que la depresión materna aumenta el riesgo de que el niño posea un retraso total en el desarrollo. Esos resultados podrían deberse al marco metodológico de esos estudios, debido a que dentro de esas investigaciones se usaron cortes de investigación longitudinales, como es el caso de Pearson *et al.* (2016), donde además realizaron a las madres participantes evaluaciones personales

y entrevistas basadas en los principios del Programa de evaluación clínica en neuropsiquiatría.

Ciertamente, los resultados obtenidos en este estudio indican que la sintomatología depresiva y la ansiedad rasgo de los padres no se relacionan con el CI de los niños, sin embargo, se encontró una fuerte relación entre el estrato socioeconómico y el CI. Estos hallazgos podrían explicarse a partir de lo expuesto por Comaskeye (t al. (2017) quienes descubrieron que los factores de riesgo familiares como la edad de la madre, el bajo nivel socioeconómico y la paternidad solitaria tenían una influencia más fuerte que la ansiedad materna en el desarrollo del niño, particularmente dentro del dominio cognitivo.

Esto quiere decir que, los síntomas de ansiedad materna no necesariamente predicen por sí solos una amenaza en el desarrollo de los preescolares, sino que pueden influir diversos factores, por lo que sería necesario evaluar los factores de riesgo en conjunto, sobre todo los relacionados con la situación ambiental de los niños y niñas (Dib *et al.*, 2019; Zirpoli *et al.*, 2019).

Por último, diversas investigaciones han señalado que la inteligencia tiene un papel importante en la adquisición de habilidades cognitivas complejas y la capacidad para resolver problemas, por lo tanto, los puntajes del CI que se encuentran en rangos adecuados representan un buen indicador en el desarrollo de los niños y niñas (Zambrano-Sánchez *et al.*, 2010; Chimone *et al.*, 2017).

A pesar de que no se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas, la media del coeficiente intelectual en la muestra total fue 80.41, lo cual ubica a los niños y niñas en un rango donde pueden tener dificultades para la adquisición de las habilidades mencionadas anteriormente.

En este sentido, valdría la pena revisar otros factores que podrían estar incidiendo en el desarrollo intelectual de los preescolares. En consonancia con estas ideas, Rada-Luna *et al.* (2017) indicaron que en Colombia se necesitan más estudios que exploren factores asociados al coeficiente intelectual, tales como la familia, el nivel de escolaridad de los cuidadores y el grado de estimulación en los primeros años de vida.

En este estudio se analizó la asociación entre el CI y los síntomas de ansiedad y depresión de los padres de niños de educación inicial, y también se tuvo en cuenta el nivel de escolaridad de los cuidadores, sin embargo, no se encontró relación entre las variables estudiadas.

Se propone entonces que para próximos estudios se tengan en cuenta más bien, modelos explicativos más robustos, que incluyan más características del núcleo familiar —por ahora se sabe que la ansiedad rasgo y la sintomatología de depresión no se relacionan con el coeficiente intelectual de los niños de Sucre—, así como también, con variables relacionadas con la alimentación y la habitabilidad de la familia (Farah *et al.*, 2006).

Todos los esfuerzos que se hagan para estimar los factores asociados al CI inciden en la calidad de vida de los individuos. Si se conocen los factores que influyen positivamente en el desarrollo de habilidades de tipo cognitivo y conductual, se pueden diseñar intervenciones y programas eficaces y eficientes.

Limitaciones

A pesar de lo novedoso de este estudio, pues en la literatura hay pocos que indaguen sobre la relación entre psicopatología de los cuidadores y CI de niños de 2 a 5 años, existen limitaciones que no permiten generalizar los resultados hallados. En primer lugar, la muestra es pequeña y la mayoría de los cuidadores tenía su residencia en barrios de zonas vulnerables de la ciudad de Sincelejo. Sería interesante llevar a cabo este estudio con una muestra más amplia que represente los diferentes niveles socioeconómicos.

En segundo lugar, no se pidió información específica sobre el nivel socioeconómico. Se recomienda tenerla en cuenta en estudios futuros, para que los resultados sean de mayor precisión a la realidad. Los resultados de este estudio no son concluyentes puesto que es un estudio transversal, con lo cual, no se pueden hacer inferencias de causa y efecto entre las variables.

Conclusiones

El presente estudio analizó la asociación entre el coeficiente intelectual de niños de 2 a 5 años y los síntomas de ansiedad y depresión de los cuidadores. Se encontró que la media de CI en la muestra total fue 80.4, asimismo, que los cuidadores no presentaron alta sintomatología depresiva o ansiedad rasgo; esas dos variables no se asociaron con el CI de los niños y niñas.

Finalmente, se debe mencionar que el desarrollo del CI puede estar relacionado con otros factores como el contexto familiar, la estimulación y ciertas variables asociadas a la situación ambiental del preescolar, por lo que sería de gran interés y utilidad llevar a cabo estudios que analicen modelos explicativos sobre el CI que tengan en cuenta la mayor cantidad de variables posibles relacionadas con la familia, el individuo y su contexto escolar y comunitario.

Referencias

- Abarca, M. (2003). La educación emocional en la educación primaria: currículo y práctica. Universitat de Barcelona. Tesis doctoral. 1-142. Disponible en https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2349/02.MMAC_SEGUNDA_PARTE.pdf
- Ahmadpour, N., & Mujembari, A. K. (2015). The impact of Montessori teaching method on IQ levels of 5-year old children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 205, 122-127.
- Ardila, A., Pineda, D., & Rosselli, M. (2000). Correlation between intelligence test scores and executive function measures. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15(1), 31-36. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/arclin/15.1.3>.
- Ardila, R. (2011). Inteligencia. ¿Qué sabemos y qué nos falta por investigar? *Revista de la Academia Colombiana de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*, 35(134), 97-103.
- Arreguín GIJ, Cabrera-Castañón R, Ayala GF (2017). Evaluación de coeficiente intelectual, a escolares de bajo peso al nacer y/o muy bajo peso al nacer gestados a término y pretérmino. *Arch Neurocienc*. 2017;22(1):23-34.

- Barrera, N. (2002). La familia y el desarrollo intelectual del preescolar. *Medicentro Electrónica*, 6(3).
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory (BDI-II)* (Vol. 10, p. s15327752jpa6703_13). Pearson.
- Binet, A. (1905). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *L'Année Psychologique*, 11, pp. 191-244.
- Binet, A. (1983). La inteligencia: su medida y educación. *Infancia y Aprendizaje*, 22, 115-120.
- Burns. R. B. (1990). *El autoconcepto: Teoría, Medición, Desarrollo y Comportamiento*. Bilbao: EGA
- Cabezas, A. (2017). Aspectos a considerar frente al concepto de inteligencia en niños privados socioculturalmente: La importancia de las evaluaciones dinámicas. *TABANQUE*, 30, 239-248.
- Cadavid, M., Zapata, M., Aguirre, D., & Álvarez, M. (2011). Coeficiente intelectual de niños escolarizados en instituciones públicas de las zonas nororiental y noroccidental de Medellín según el nivel de seguridad alimentaria del hogar y condiciones socioeconómicas. *Revista chilena de nutrición*, 38(4), 392-403.
- Campos, A. L. (2010). *Primera infancia: una mirada desde la neuroeducación*. Lima: Cerebrum & OEA.
- Chimone, J., Rodríguez, L., & Parra, J. (2017). Implementación y evaluación de un programa de estimulación cognitiva en preescolares rurales. *Psicología desde el Caribe*, 34(3), 184-203. doi: 10.14482/psdc.33.2.72787.
- Comaskey, B., Roos, N. P., Brownell, M., Enns, M. W., Chateau, D., Ruth, C. A., & Ekuma, O. (2017). Maternal depression and anxiety disorders (MDAD) and child development: A Manitoba population-based study. *PloS one*, 12(5).
- Coronel CP, Lacunza AB & González N. (2006). Las Habilidades Cognitivas en niños privados culturalmente. Resultados preliminares de la primera fase de evaluación. *RIDEP*. 22(2):49 -74.
- Dib, EP, Padovani, FHP y Perosa, GB (2019). Interacción madre-hijo: implicaciones de la ansiedad y depresión materna crónica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 32, 10. <https://doi.org/10.1186/s41155-019-0123-6>

- Evans, J., Melotti, R., Heron, J., Ramchandani, P., Wiles, N., Murray, L. y Stein, A. (2012). El momento de los síntomas depresivos maternos y el desarrollo cognitivo infantil: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 53 (6), 632-640.
- Farah, MJ, Shera, DM, Savage, JH, Betancourt, L., Giannetta, JM, Brodsky, NL, ... y Hurt, H. (2006). Pobreza infantil: asociaciones específicas con el desarrollo neurocognitivo. *Investigación del cerebro*, 1110 (1), 166-174.
- Flores León, A., Marisol, N., Rojas, C., Herrera, K. M., & Egúez Suarez, E. (2013). Estado nutricional y su relación con el coeficiente intelectual. *Gac Med Bol [Internet]*, 36(2), 76-80.
- Flórez-García, S., Giraldo Saldarriaga, P. A., & Uribe Jaramillo, V. H. (2016). *Niveles de cociente intelectual asociados con la exposición crónica a fluoruros en niños escolares de nueve zonas de Colombia con alto riesgo de fluorosis dental* [Tesis de pregrado–Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional–Universidad Cooperativa de Colombia.
- Gerometta, G., Aspres, N., Schapira, I., Granovsky, G., & Vivas, S. (2014). Evaluación a largo plazo del desarrollo psicomotor e intelectual de niños de 4 a 5 años de edad nacidos pretérmino y con muy bajo peso. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 33(1), 2-7.
- González, G., Moraes, M., Sosa, C., Umpierrez, E., Duarte, M., Cal, J., & Ghione, A. (2017). Maternal postnatal depression and its impact on child neurodevelopment: a cort study. *Revista chilena de pediatría*, 88(3), 360-366.
- Gül, H., Gül, A., & Kara, K. (2020). Maternal depression, anxiety, psychoticism and paranoid ideation have effects on developmental delay types of infants: A study with clinical infant-mother dyads. *Archives of Psychiatric Nursing*.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (6a. ed. —.). México D.F.: McGraw-Hill.

- Hoekstra, RA, Bartels, M. y Boomsma, DI (2007). Estudio genético longitudinal del coeficiente intelectual verbal y no verbal desde la primera infancia hasta la edad adulta. *Aprendizaje y diferencias individuales*, 17(2), 97-114.
- Kershaw, P., Warburton, B., Anderson, L., Hertzman, C., Irwin, L. G., & Forer, B. (2010). The economic costs of early vulnerability in Canada. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique*, S8-S12.
- Koutra, K., Roumeliotaki, T., Kyriklaki, A., Kampouri, M., Sarri, K., Vassilaki, M., Bitsios, P., Kogevinas, M. & Chatzi, L. (2017). Maternal depression and personality traits in association with child neuropsychological and behavioral development in preschool years: Mother-child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Journal of affective disorders*, 217, 89-98.
- Liu, J., & Lin, R. (2011). Factor structure and sex differences on the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence in China, Japan and United States. *Personality and Individual Differences*, 50, 1222, 1226.
- Lord & Schopler. (1989). Stability of assessment results of autistic and non- autistic language- impaired children from preschool years to early school age. *J Child Psychol Psychiatry*; 30: 575-90.
- Makharia, A., Nagarajan, A., Mishra, A., Peddisetty, S., Chahal, D., & Singh, Y. (2016). Effect of environmental factors on intelligence quotient of children. *Industrial psychiatry journal*, 25(2), 189.
- Manterola, A., Avendaño, A. & Valenzuela, Y. (1989). Examen neurológico y rendimiento escolar: correlaciones a siete años Plazo. *Revista Chilena de Pediatría*. (3):157-65.
- Masten, A. S., Roisman, G. I., Long, J. D., Burt, K. B., Obradović, J., Riley, J. R., Boelcke-Stennes, K., & Tellegen, A. (2005). Developmental Cascades: Linking Academic Achievement and Externalizing and Internalizing Symptoms Over 20 Years. *Developmental Psychology*, 41(5), 733–746. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.41.5.733>
- McLoyd, V. C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American psychologist*, 53(2), 185.

- Méndez, L.; Giraldo, O.; Aguirre-Acevedo, D. y Lopera, F. (2010). Relación entre ansiedad, depresión, estrés y sobrecarga en cuidadores familiares de personas con demencia tipo alzheimer por mutación e280a en presenilina 1. *Revista Chilena de Neuropsicología*. (En línea); 5(2):137-145
- Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, Tomo I*. Bogotá: Ministerio de salud y Protección social y Colciencias.
- Parke, R. D., & Ladd, G. W. (Eds.). (2016). *Family-peer relationships: Modes of linkage*. Routledge.
- Palacio, P. A. S., & Múnera, M. V. (2018). El papel de la familia en el desarrollo social del niño: una mirada desde la afectividad, la comunicación familiar y estilos de educación parental. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 12(20), 173-198.
- Paolini, C. I., Oiberman, A., & Mansilla, M. (2017). Desarrollo cognitivo en la primera infancia: influencia de los factores de riesgo biológicos y ambientales.
- Paredes, Y., Zapata, M., Martínez, J., Germán, L., & Cuartas, M. (2019). Capacidad intelectual en niños con desnutrición crónica. *Revista de Investigación e Innovación en Ciencias de la Salud*, 1(2), 87-95.
- Parsons, C., Young, K., Rochat, T., Kringelbach, M., & Stein, A. (2012). Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *British medical bulletin*, 101(1), 57-79.
- Pearson, RM, Bornstein, MH, Cordero, M., Scerif, G., Mahedy, L., Evans, J., Abioye & Stein, A. (2016). Salud mental perinatal materna y rendimiento académico de la descendencia a los 16 años: el papel mediador de la función ejecutiva de la infancia. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 57(4), 491-501.
- Pérez, F., & Santelices, M. (2017). Alianza triádica familiar y salud mental parental. *Terapia psicológica*, 35(1), 23-33. doi:10.4067/S0718-48082017000100003

- Pérez, J., Miranda, M., Peinado, & Iribar, M. (2013). Lactancia Materna y su influencia en el cociente intelectual de los niños y niñas a los 6 años de edad, valorado con el Test K-Bit, en la provincia de Granada (España). *Revista Española de Nutrición Comunitaria*, 19(4), 196-200.
- Pinto-Dussán, M., Aguilar-Mejía, O., & Gómez-Rojas, J. (2010). Estrés psicológico materno como posible factor de riesgo prenatal para el desarrollo de dificultades cognitivas: caracterización neuropsicológica de una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 9(3), 749-759. doi: 10.11144/Javeriana.upsy9-3.epmp
- Quintana, A. y Sotil, A. (2014). Influencia del clima familiar y estrés del padre de familia en la salud mental de los niños. *Revista de Investigación en Psicología, Norteamérica*, 3(2).
- Rada-Luna, R., Arroyo-Alvis, K., Hoyos-Cordoba, L. & Ramírez-Giraldo, A. (2017). Factores prenatales y perinatales asociados al coeficiente intelectual en niños y niñas de tres a seis años, del barrio Uribe Uribe, que asisten a hogares infantiles en la ciudad de Sincelejo (Sucre). *Revista Búsqueda*, 4(19), 191-207. doi: 10.21892/01239813.371
- Rivera, R., Arias-Gallegos, W. L., & Cahuana-Cuentas, M. (2018). Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(2), 117-126.
- Rizzoli-Córdoba, A., Vargas-Carillo, L., Vásquez-Rios, J., Reyes-Morales, H., Villasís-Keever, M., O'shea-Cuevas, G., . . . García-Aranda, J. (2017). Asociación entre el tiempo de permanencia en el Programa de Estancias Infantiles para niños en situación de pobreza y el nivel de desarrollo infantil. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 74(2), 98-106.
- Rodríguez, G. (2006). Tipo de vínculo madre/hijo y desarrollo intelectual sensoriomotriz en niños de 6 a 15 meses de edad. *Interdisciplinaria*, 23(2), 175-201.
- Romero-Acosta, K., Pérez, D., Argumedos, C. (2019). Estudio de la interacción mamá-bebé prematuro a través de la escala Brazelton y algunas implicaciones sobre la salud mental de las Madres. En Ocho Estudios de Salud Mental; Barbosa, JL, Ed.; CECAR Editorial: Sincelejo

- Salazar, Y.; Veytia, M.; Márquez, O. y Huitrón, G. (2013). Relación entre satisfacción con el ambiente familiar y depresión en adolescentes. *Psicología y Salud*, 23(1): 141-148. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/524>
- Schneider, W., Niklas, F. y Schmiedeler, S. (2014). Desarrollo intelectual desde la primera infancia hasta la adultez temprana: el impacto de las diferencias tempranas de CI en la estabilidad y el cambio a lo largo del tiempo. *Aprendizaje y diferencias individuales*, 32, 156-162.
- Schonhaut, L., Maggiolo, M., Acevedo, K., & García, M. (2008). Lenguaje e inteligencia de preescolares: Análisis de su relación y factores asociados. *Revista chilena de pediatría*, 79(6), 600-606.
- Soria, R.; Ávila, E. y Rodríguez, N. (2014) Efectos del trabajo académico en la salud y en las relaciones familiares de hombres y mujeres estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 17(1):150-164. Recuperado de: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num1/Vol17No1Art8.pdf>
- Turpin, H., Urben, S., Ansermet, F., Borghini, A., Murray, M., & Müller-Nix, C. (2019). The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. *Scientific reports*, 9(1), 1-9.
- Valdés M, & Gómez V. (2006). Crecimiento y Desarrollo. *Temas de Pediatría*. La Habana: OPS. pp. 17-28.
- Wechsler D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence*. 4th Ed. Baltimore: Williams & Wilkins; pp. 49-58.
- Wechsler, D. (1974). *Selected Papers of David Wechsler*. New York: Academic Press.
- Wechsler, D. (2011). *Test de inteligencia para niños*. (4ª ed.). Buenos Aires: Paidós
- Wechsler, D. (2014). *Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria IV (WPPSI-IV)*. Pearson.
- Zambrano-Sánchez, E., Martínez-Wbaldo, M., & Poblano, A. (2010). Risk factor frequency for learning disabilities in low socioeconomic level preschool children in Mexico City. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(5), 998-1004.

- Zapata-Zabala, M. E., Álvarez-Uribe, M. C., Aguirre-Acevedo, D. C., & Caddavid-Castro, M. A. (2012). Coeficiente intelectual y factores asociados en niños escolarizados en la ciudad de Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14, 543-557.
- Zirpoli, DB, Mendes, RB, Barreiro, MSC, Reis, TS y Menezes, AF (2019). Beneficios del Método Canguru: Uma Revisão Integrativa. *Revista Fundação Care Online*, 11, 547-554. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.547-554>

Capítulo 2



Desempeño neuropsicológico y variables socioeconómicas en niños que inician escolarización

José Alberto Luna Hernández¹, Isabel Hernández Arteaga²,
Paola Daniela Rodríguez³, Andrés Felipe Rojas Zapata⁴

Resumen

Este artículo, resultado de investigación, tiene como objetivo determinar la relación existente entre el desempeño neuropsicológico y las variables socioeconómicas en niños de grado transición. Metodología: descriptiva-comparativa; se trabajó con una muestra de 21 participantes distribuidos en tres grupos, según el estrato socioeconómico, los cuales se evaluaron y compararon entre sí, en procesos de habilidad construccional, lenguaje, memoria sensorial a corto y largo plazo y atención visual y verbal, mediante la aplicación de pruebas de Evaluación Neuropsicológica Infantil-ENI-2. Resultados: se evidenció que un nivel socioeconómico bajo se relaciona con déficits en tareas atencionales complejas tipo verbal, mientras que en atención visual no existe dicha relación, los tres estratos manifiestan desempeño normal en habilidad construccional y lenguaje, por tanto, el estrato no determina afectación en estas funciones; pero influye para que estratos superiores mejoren el rendimiento en memoria

1 Magíster en Neuropsicología Clínica, Especialista en manejo de Pruebas Neuropsicológicas, Psicólogo. Docente Universidad Mariana, Pasto, Nariño, Colombia. Correo: jluna@umariana.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6299-0236>

2 Investigadora categoría Senior de Minciencias. Doctora en Ciencias de la Educación, Pos-doctora en Investigación Cualitativa, Magíster en Docencia Universitaria, Especialista en Administración y Gerencia Institucional. Docente de Posgrados de la Facultad de Educación, Investigadora del Centro de Investigaciones en Docencia Universitaria de la Universidad Cooperativa de Colombia y Docente y Asesora de Programas de Doctorado y Posdoctorado a nivel nacional e internacional. Correo: isabel.hernandez@ucc.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6299-0236>

3 Psicóloga. Magíster en Neuropsicología. Universidad Mariana, Pasto, Nariño, Colombia. Correo: paoladrodriguez@umariana.edu.co Orcid: 0000-0001-7986-1919

4 Psicólogo, Magíster en Docencia Universitaria. Docente investigador de la Corporación Universitaria Minuto de Dios, Centro Regional Nariño, Colombia. Correo: andres.rojasz@uniminuto.edu.co Orcid: 0000-0001-8275-3396

sensorial de corto y largo plazo, el estrato 2 se destaca, y existen casos de afectación en participantes del estrato 3, los cuales se explican por factores externos que influyen en el nivel cognitivo. Conclusión: los procesos de atención y memoria verbal guardan relación con el estrato socioeconómico, por tanto, familias de estratos superiores pueden brindar mejores posibilidades de estimulación a sus hijos.

Palabras clave: atención, desempeño neuropsicológico, habilidad construccional, lenguaje, memoria, variables socioeconómicas; salud mental.

Neuropsychological performance and socioeconomic variables in children who start schooling

Abstract

This article, the result of research, aims to: determine the relationship between neuropsychological performance and socioeconomic variables in transition grade children. Methodology: descriptive-comparative, we worked with a sample of 21 participants distributed in three groups, according to the socioeconomic stratum, which were evaluated and compared with each other, in processes of construction ability, language, short and long-term sensory memory and attention visual and verbal, through the application of Infant Neuropsychological Assessment tests-ENI-2. Results: it was shown that a low socioeconomic level is related to deficits in complex verbal-type attentional tasks, while in visual attention there is no such relationship, the three strata show normal performance in construction skills and language, therefore, the stratum does not determine impairment in these functions; But, it influences for higher strata to improve performance in short and long-term sensory memory, stratum 2 stands out and there are cases of involvement in participants in stratum 3, which are explained by external factors that influence the cognitive level. Conclusion: the processes of attention and verbal memory are related to the socioeconomic stratum; therefore, families of higher strata can offer better possibilities of stimulation to their children.

Keywords: attention; neuropsychological performance; construction skills; language; memory; socioeconomic variables; mental health.

Introducción

La primera infancia es una etapa decisiva para todo ser humano, de hecho, se considera la más relevante de todo el ciclo vital. Comprende desde la gestación hasta aproximadamente los 7 años. Según Jaramillo (2007), de esta depende toda la evolución posterior del individuo en las dimensiones: motora, lenguaje, cognitiva y socioafectiva. Siendo pertinente que durante los primeros años de vida se adecuen los ambientes en los que el niño se desenvuelve, velando por el acceso a recursos que optimicen su neurodesarrollo y garanticen un crecimiento saludable y calidad de vida.

Para Irwin *et al.* (2007) las condiciones enriquecedoras de los entornos donde los niños nacen crecen, viven y aprenden; padres, cuidadores, familia y comunidad impactan su desarrollo de modo significativo. Respecto de la salud mental del menor, Rojas-Bernal *et al.* (2018) reconocen que se hacen importantes esfuerzos por promulgar normativas sobre el tema, sin embargo, es evidente la falta de coherencia entre lo que se propone y lo que ocurre, por la inadecuada implementación en los contextos donde se desarrolla el menor.

Cardozo *et al.* (2019) coinciden en la existencia de diversas variables que inciden en los estereotipos y circunstancias en las cuales se desarrolla el niño; la familia cobra vital importancia, siendo el contexto más próximo del niño, es en este dónde aprende a conocer, explorar y vivir consigo mismo y con los otros. Por su parte, Gabriel (2017) refiere que los niños nacen y crecen en relación de interdependencia estructurada según las diferentes sociedades, en la primera infancia, la balanza se inclina hacia la dependencia de los adultos.

Camargo-Ramos y Pinzón-Villate (2012) señalan que la primera infancia es el período fundamental en el desarrollo del ser humano, de sus competencias y de su forma de relacionarse e integrarse con el contexto; por ende, las acciones de promoción de la salud en la primera infancia pretenden impactar positivamente en la salud de los niños, con la participación de la familia, cuidadores, docentes y de la comunidad en general.

Sin embargo, se identificaron diferencias al analizar la información de acuerdo con los grupos de edad de los consultantes. Las principales categorías diagnósticas de la población estuvieron relacionadas con

problemas académicos y con el grupo primario de apoyo. A decir de Obando-Posada *et al.* (2017), los problemas de salud mental son prevalentes en niños y adolescentes en los diferentes estratos socioeconómicos, lo que inciden en el desarrollo cognitivo.

Es durante este periodo donde se constituyen las capacidades y la manera en que el ser humano se relaciona con el mundo; por tanto, es pertinente visualizar diferentes variables ambientales; entre las cuales, Puche *et al.* (2009) mencionan: la nutrición, la salud, los procesos de interacción humana, la salud mental, la atención, el cuidado, la educación, entre otros; de esta manera, se podría decir que si el niño interactúa en un ambiente capaz de enriquecer su desarrollo podrá adaptarse sin dificultad al contexto.

Pérez-Escamilla *et al.* (2017) sostienen que el desarrollo temprano en la primera infancia se constituye en la base del desarrollo económico y social de los países y de la capacidad para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). El período de la gestación y los primeros años de vida se consideran vitales para que los niños consigan un desarrollo integral conveniente para su vida presente y futura.

Para mejorar el desarrollo infantil temprano a nivel nacional, los autores recomiendan seis acciones con participación de la sociedad civil, como retos a cumplir: uno, expandir la voluntad política y financiamiento; dos, crear un entorno de políticas favorables basadas en evidencia; tres, construir capacidad con coordinación intersectorial; cuatro, asegurar una gobernanza justa y transparente de los programas y servicios; cinco, aumentar apoyo a la investigación multidisciplinaria, y seis, promover el desarrollo de líderes.

Por su parte, Cano-Díaz *et al.* (2015) destacan la necesidad de intervenir oportunamente en el desarrollo de habilidades cognitivas y no cognitivas en la primera infancia, señalamiento que supone mayor retorno económico y éxito socioeconómico en la edad adulta. García (2013) y Winston & Chicot (2016) en sus estudios concluyen que el apoyo de los padres a los niños en sus primeros años de vida es crucial para la salud pública de grupos y comunidades.

Morris (1997) pone de ejemplo el Proyecto Milwaukee o Head Start y el éxito en el desarrollo de habilidades cognitivas de niños procedentes de familias con bajos recursos económicos. Niños con un coeficiente intelectual (CI) de 75 puntos, alcanzaban al finalizar el programa, un C.I. de 92; siendo destacada la participación permanente en el entrenamiento en habilidades sociales a los niños.

El estudio realizado por Parra-Pulido *et al.* (2016) subraya como indudable la necesidad de generar estudios frente al neurodesarrollo infantil, en relación con diferentes variables, a fin de obtener información a partir de la cual se establezcan parámetros en pro del desarrollo integral y bienestar del individuo, que le permitan desenvolverse en diferentes áreas de desarrollo a lo largo de su vida.

Al respecto, De la Rosa (2016) encontró que una de las variables de mayor influencia en el desenvolvimiento apropiado en los procesos cognitivos es el nivel socioeconómico; afirma que existen diferencias en el desempeño de los participantes evaluados en función del estrato de referencia, asociando un nivel de estrato bajo con un desempeño igualmente bajo.

En respaldo de la idea anterior idea, Aran-Filippetti (2012) determina que los niños pertenecientes a estratos bajos se caracterizan por tener un perfil con menor habilidad en la comprensión de órdenes simples y complejas, comparados con niños de estratos medio y alto, lo cual podría asociarse a implicaciones evidenciadas en el desempeño neuropsicológico; teniendo en cuenta lo planteado por Luria (1982), que el objetivo de la neuropsicología no es la localización de los procesos psíquicos superiores en áreas limitadas del córtex, sino en investigar qué grupos de zonas de trabajo concertado del cerebro son responsables de la ejecución de la actividad mental compleja.

De otra parte, la Encuesta Nacional de Salud Mental indica que en los últimos 12 meses un 4,7% de los niños presentó un trastorno mental, siendo de mayor prevalencia los problemas de aprendizaje (Ministerio de Salud & Protección Social, 2015). En relación con variables sociodemográficas, otro estudio nacional identificó una mayor prevalencia de trastornos mentales en personas con escolaridad en el nivel de primaria, siendo del 41% (Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social, 2005).

Desde otra perspectiva, Luna *et al.* (2018) concluyen que el estado nutricional es uno de los factores ambientales implicado en el neurodesarrollo del niño, potencia las habilidades neuronales para un crecimiento equilibrado y, por tanto, se necesita un sustento neurobiológico impulsado por nutrientes para activarlo, lo que permitiría al niño adquirir habilidades para su adaptación. Pero, esta variable del estado nutricional está relacionada con otras variables, entre ellas, el nivel socioeconómico.

Al respecto, teóricos como Ardila & Rosselli (1996) postularon la existencia de relación entre un gradiente socioeconómico y un gradiente de integridad neurológica, haciendo referencia a factores de riesgo y de protección, relacionados con las características de diferentes niveles socioeconómicos y su incidencia en las funciones cerebrales; asociando que las condiciones de pobreza disminuyen las habilidades cognitivas de los niños y, por ende, generan afectación en su rendimiento académico.

Por su parte, la investigación de Lipina *et al.* (2004) muestra en estudiantes de preescolares perfiles de desempeño ejecutivo menos eficiente en niños proveniente de hogares con niveles socioeconómicos bajos, es decir, en situación de pobreza. Al respecto, estudios realizados por Timarán *et al.* (2016) ponen en evidencia que el desempeño en las competencias genéricas no depende únicamente de la institución y el estudiante, sino también de los aspectos sociodemográficos, socioeconómicos y académicos de estos.

Teniendo en cuenta lo anterior y considerando la ausencia de datos actualizados en torno al tema en la región, se planteó el estudio, en el cual, el objetivo fue determinar la relación del estrato socioeconómico con el desempeño neuropsicológico de niños y niñas de 5 a 6 años que cursan grado transición, en una institución educativa municipal de la ciudad de San Juan de Pasto, departamento de Nariño, Colombia; cuyos resultados posibilitem sugerir ajustes desde los diferentes entornos familiar, social y escolar en los que se desenvuelve el niño, y que beneficien su adaptabilidad, asimismo su calidad de vida y a su vez garanticen una adecuada salud mental.

Método

El presente trabajo, mediante el cual se determina la relación entre desempeño neuropsicológico y variables socioeconómicas en niños y niñas de 5–6 años que cursan grado transición, es situado desde una metodología descriptiva comparativa. Se desarrolló durante el transcurso del año 2018, en una institución educativa municipal, ubicada en la ciudad de San Juan de Pasto, departamento de Nariño, Colombia; en ella, en su gran mayoría se encuentran matriculados estudiantes pertenecientes a estratos socioeconómicos 1 y 2 de la ciudad, entre los cuales se acoge población diversa, incluyendo personas sordas, acorde a normas de inclusión.

Con respecto a los procedimientos se siguieron los siguientes pasos:

1. Se socializó el proyecto de investigación con miembros directivos de la institución, después de lo cual se recibió la autorización de la rectora para su realización.
2. En colaboración con docentes de aula y siguiendo las normas éticas de investigación se envió el formato de consentimiento informado a los padres de familia de los niños, conjuntamente con el formato de datos sociodemográficos que más adelante permitió delimitar tres grupos de trabajo para comparar la información obtenida.
3. Se realizó el diseño, así como la aplicación del protocolo de rastreo cognitivo para identificar el rendimiento neuropsicológico de la población, retomando pruebas de la batería de Evaluación Neuropsicológica Infantil (ENI-2). Se consideraron las diferentes funciones: habilidad construccional (construcción con palillos); lenguaje (denominación de imágenes); memoria sensorial de corto y largo plazo (Figura compleja y lista de palabras); y atención visual (cancelación de dibujos) y auditiva (dígitos en progresión y regresión).

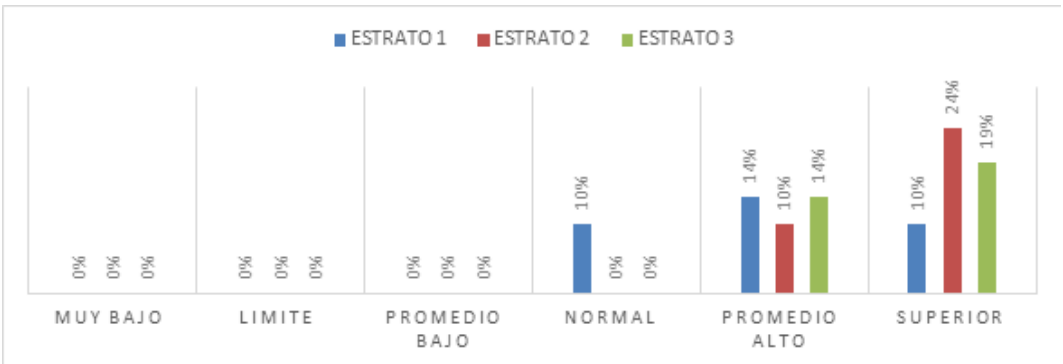
De igual modo, se tomó en cuenta como criterio de exclusión la presencia de trastornos generalizados del desarrollo o situaciones de discapacidad que podrían haber afectado el proceso de evaluación. Se eligieron dentro de la muestra un total de 21 estudiantes, estos fueron divididos según el estrato socioeconómico en los grupos: estrato 1, estrato

2 y estrato 3, seguidamente, se les aplicaron los protocolos de evaluación. Posteriormente, se sistematizó la información que permitió comparar el rendimiento neuropsicológico que tuvieron los tres grupos, en cada una de las pruebas mencionadas; así mismo, mediante la discusión se retroalimentaron los hallazgos con la teoría existente sobre el tema objeto.

Resultados

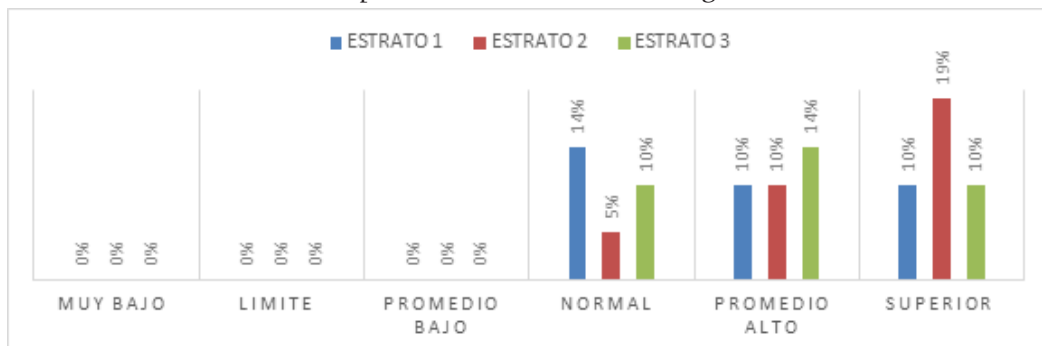
Se presentan los resultados obtenidos con la aplicación del protocolo de rastreo cognitivo, haciendo inicialmente una descripción del rendimiento de los grupos según su estrato socioeconómico: 1, 2 y 3, frente a los procesos neuropsicológicos, teniendo en cuenta que existen niveles de desempeño comprendidos, desde muy bajo hasta superior (muy bajo, limite, promedio bajo, normal, promedio alto, superior), los cuales se analizan según la puntuación centil que la prueba ENI-2 permite conocer por cada una de las subpruebas que hacen parte del protocolo.

Gráfica 1
Desempeño en construcción con palillos.



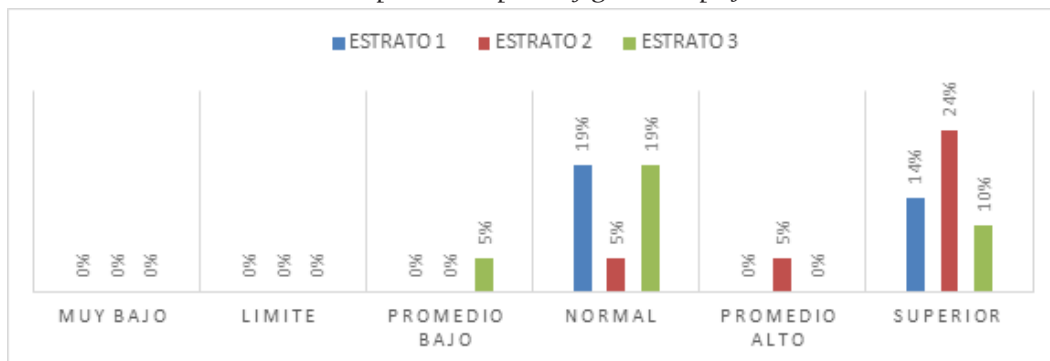
Los resultados que se observan en la Gráfica 1, sobre la prueba de desempeño en construcción con palillos, reflejan claramente que, a pesar de no existir un déficit por parte de los grupos frente a la habilidad constructiva, los estudiantes de estratos 2 y 3 demuestran mejor rendimiento en comparación con el grupo de estrato 1.

Gráfica 2
Desempeño en denominación de imágenes.



Teniendo en cuenta la Gráfica 2, sobre desempeño en denominación de imágenes, las puntuaciones obtenidas por los tres grupos a nivel de lenguaje evidencian que no existe una alteración frente a este proceso; se nota un alto porcentaje, del 14%, correspondiente al grupo de estrato 1, con un nivel de rendimiento normal en la prueba; mientras que el grupo de estrato 2 demuestra un mejor desempeño con un 19 % en nivel superior; y por último, el grupo de estrato 3 se ubica con un porcentaje del 14 % en rendimiento promedio alto.

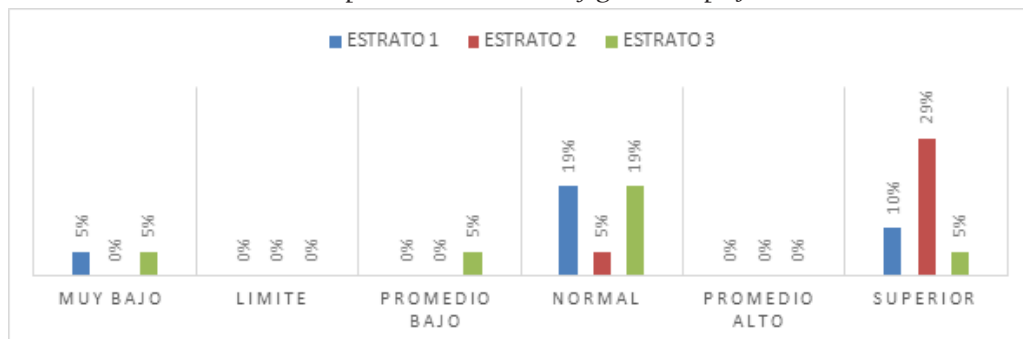
Gráfica 3
Desempeño en copia de figura compleja.



En la Gráfica 3, respecto del proceso de codificación de memoria visual, se observa que, en la tarea de copia de la *figura compleja*, los grupos de estratos 1 y 3 manifiestan cada uno, con un porcentaje del 19%, un rendimiento normal para esta prueba; sin embargo, también presentan porcentajes en nivel superior del 14% y 10 % respectivamente; mientras

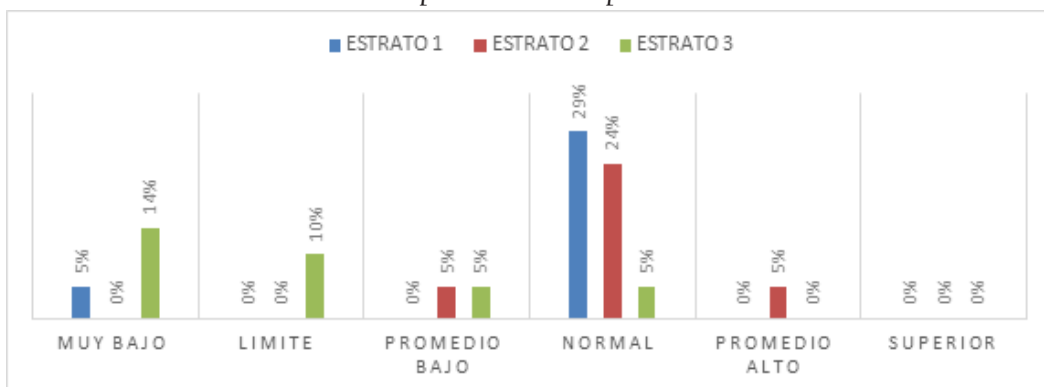
que el grupo de estrato 2 se ubica por encima de estos con un porcentaje de 24% en nivel superior para la ejecución de esta tarea.

Gráfica 4
Desempeño en recuerdo de figura compleja.



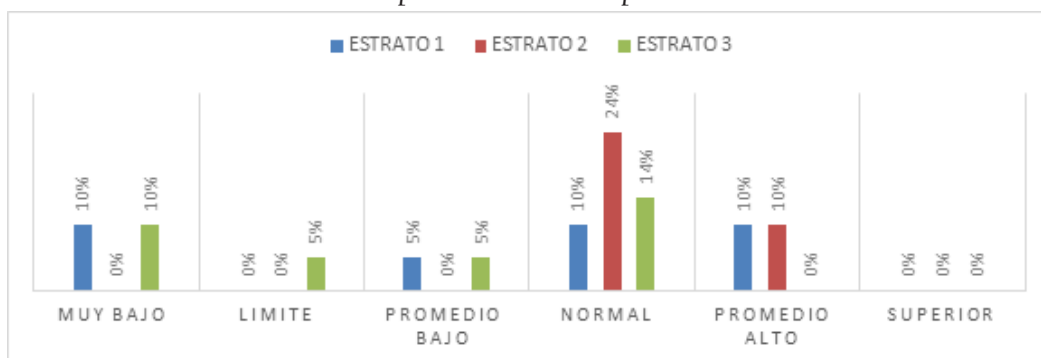
Ahora bien, según evidencia la Gráfica 4, sobre desempeño en recuerdo de *figura compleja*, frente a lo que corresponde al proceso de evocación de memoria visual, los participantes de estrato 1 demuestran un mayor porcentaje (19%) de rendimiento normal en la ejecución de la tarea sobre recuerdo de la *figura compleja*; al igual que el grupo de estrato 3, con un mismo porcentaje en este nivel de desempeño. De otra parte, en el estrato 2 se evidencia un mayor porcentaje, del 29%, obtenido en el nivel superior, por lo cual, es el grupo que demuestra mejor desempeño en la prueba, en comparación con los estratos 1 y 3.

Gráfica 5
Desempeño en lista de palabras.



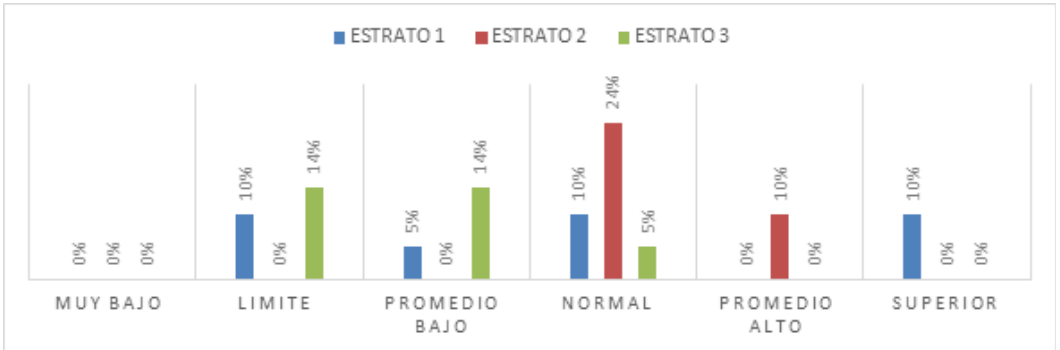
Los resultados de la Gráfica 5, frente al proceso de codificación de memoria verbal auditiva, muestran que los grupos de estrato 1 y 2 tienen un mejor desempeño en la tarea de lista de palabras, siendo la mayoría del estrato 1 con un 29%, y el estrato 2 con 24% en un nivel de rendimiento normal; evidentemente, el grupo de estrato 3 manifiesta afectación en este proceso, con porcentajes en nivel muy bajo con un 14% y en el nivel límite con un 10%.

Gráfica 6.
Desempeño en recuerdo espontáneo.



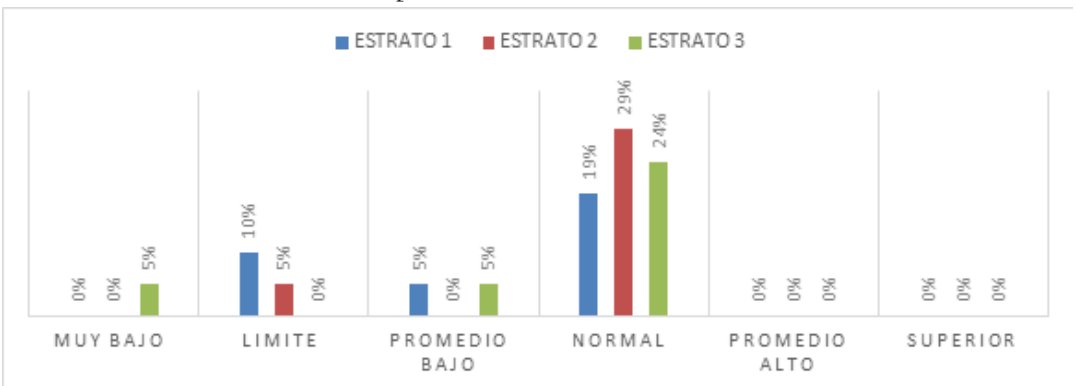
Se observa en la Gráfica 6 que, frente al proceso de evocación de memoria verbal auditiva, para la tarea de recuerdo espontáneo, el grupo de estrato 2 manifiesta un mejor rendimiento en contraste con los otros dos grupos, con un alto porcentaje de normalidad del 24%, acompañado de porcentajes en promedio alto, del 10%. Por su parte, el grupo de estrato 1 manifiesta porcentajes de 10% en muy bajo, normal y promedio alto respectivamente, y se añade un valor de baja representatividad en promedio bajo del 5%. Finalmente, aunque la mayoría de los participantes del estrato 3, con un 12%, se ubican en un desempeño normal, también existen valores aislados en niveles de rendimientos inferiores.

Gráfica 7
Desempeño en recuerdo por claves.



Similar a la tarea de recuerdo espontáneo, en la Gráfica 7 se observa que el grupo de estrato 2 tiene un mejor rendimiento para recuerdo por claves, en comparación con los grupos de estrato 1 y 3, con un 24% en rendimiento normal y un 10% en promedio alto; por su parte, los participantes del estrato 3 se ubican con un total de 14% en promedio bajo y también 14% en límite, y los participantes del estrato 1 cuentan con porcentajes iguales en el nivel límite, normal y superior, correspondiente al 10%.

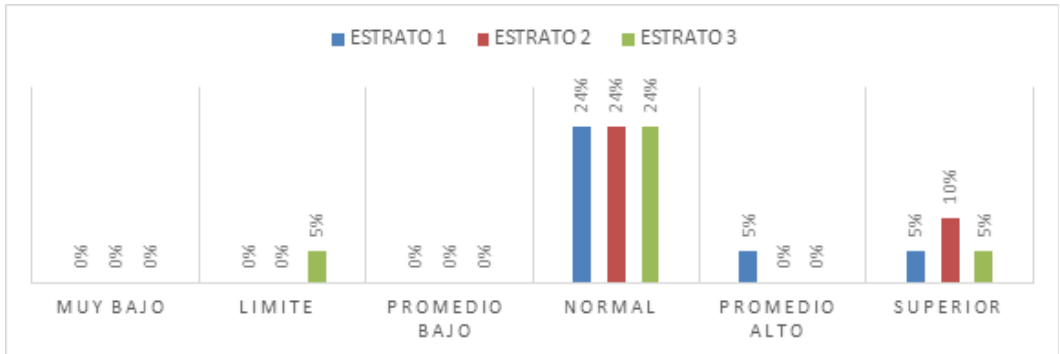
Gráfica 8
Desempeño en reconocimiento verbal.



Para la tarea de reconocimiento verbal se visualiza en la Gráfica 8, un mayor porcentaje de rendimiento normal en todos los grupos, sobresaliendo el estrato 2, con un 29%; luego, el estrato 3 con un 24%, y por último, el estrato 1 con el 19% (ubicando a la mayoría de los participantes en este nivel); existen porcentajes mínimos en los tres grupos, en promedio bajo

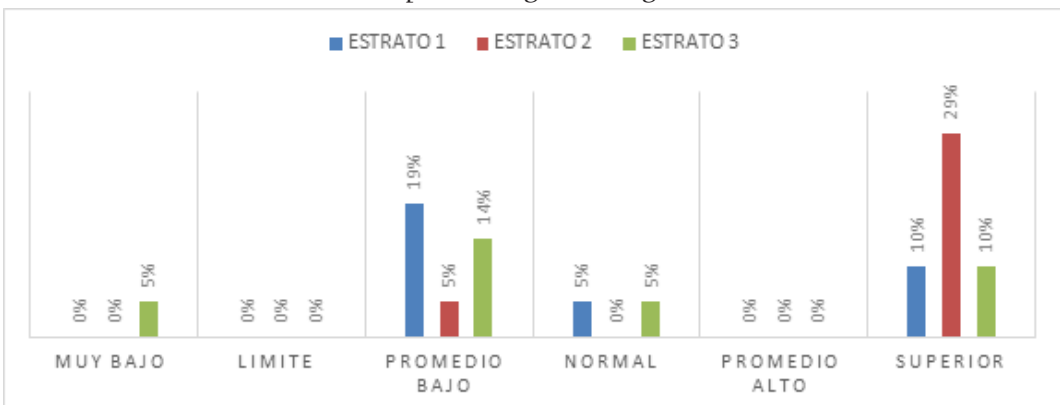
para estrato 1 del 5% y estrato 3 del 5%, en nivel límite para el estrato 1 del 10% y el estrato 2 del 5%; en muy bajo para el estrato 3 con el 5%.

Gráfica 9
Desempeño en dígitos en progresión.



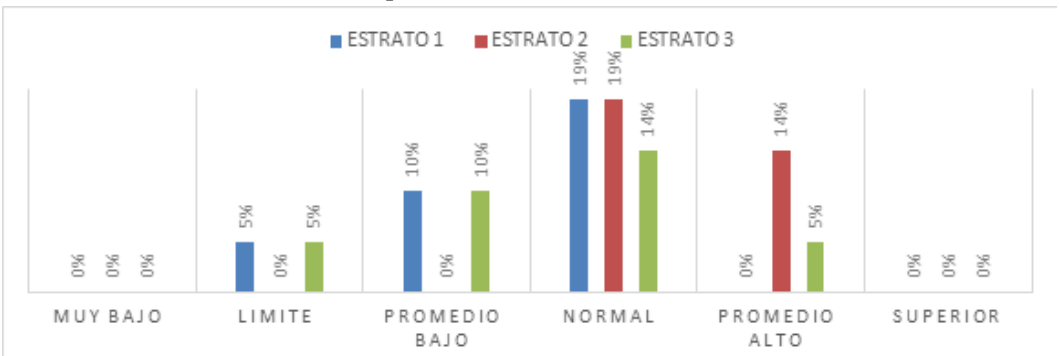
Según los resultados de la Gráfica 9, en lo que respecta a la tarea de dígitos en progresión, con la cual se evaluó la atención auditiva, se observa que los tres grupos objeto de esta investigación obtuvieron un rendimiento normal, con igual porcentaje (24%); del grupo de estrato 2 se encuentra un 10% de participantes que se ubican en nivel superior en la prueba, y del grupo de estrato 3 existen casos en límite, con el 5%; promedio alto con el 5% y superior con el 5%.

Gráfica 10
Desempeño en dígitos en regresión.



La Gráfica 10 permite observar que, para la prueba de dígitos en regresión, con la cual se evaluó memoria de trabajo, el grupo de estrato 2 sobresale con el porcentaje más alto en rendimiento superior, correspondiente al 29%; en contraste, el grupo de estrato 1 obtuvo un mayor porcentaje en nivel promedio bajo, del 19%, un 10% en nivel superior y un 5% en normal; por último, el grupo de estrato 3 demostró valores diferentes, con un total de 14% en promedio bajo, 10% en superior, 5% en nivel normal y 5% en muy bajo.

Gráfica 11
Desempeño en cancelación de dibujos.



Para la tarea de cancelación de dibujos que permite medir atención visual, la Gráfica 11 permite observar, los porcentajes más altos correspondientes al 19% en nivel de normalidad para grupos de estrato 1 y 2; en este último se visualiza un mejor rendimiento al ubicar un 14% en promedio alto; finalmente, en el grupo de estrato 3, aunque el porcentaje más alto indique un rendimiento normal del 14%, cuenta con valores aislados en promedio alto del 5%, promedio bajo del 10 % y límite del 5%.

Discusión

Los resultados de este estudio demuestran que no existe una relación directa entre el nivel socioeconómico con los déficits en las habilidades construccionales y de lenguaje, dados los resultados encontrados; sin embargo, los participantes pertenecientes a los estratos 2 y 3 manifiestan un mejor rendimiento en comparación con los participantes de estrato 1.

Estos resultados están en concordancia con Anckermann (2014), Aran-Filippetti & Richaud (2011), Aran-Filippetti (2012), Nogueira *et al.* (2005), Olaya (2010) y Urzúa *et al.* (2010); para quienes, a pesar de que el nivel socioeconómico es un factor que influye —en el proceso de lenguaje—, no es lo suficientemente determinante para ubicar a una persona fuera del promedio esperado.

Por su parte, Nogueira *et al.* (2005) y Villamil-Camacho (2016) concuerdan en que un nivel socioeconómico bajo, como tal, tampoco logra poner a los niños fuera de la norma para su edad y nivel de escolaridad, frente al proceso de habilidad construccional. Siguiendo a Vigotsky (1995), el proceso de esta habilidad denota la eficiencia del pensamiento, pero no se circunscribe solo a este, sino que en virtud de sus múltiples conexiones con las diversas formas de actividad psíquica, es ineludible el establecimiento de relaciones con las emociones, la atención, la memoria, la percepción, la motivación, el lenguaje, entre otros.

Lo anterior se explica debido a que existen factores cruciales en el neurodesarrollo, como por ejemplo, la programación genética del surgimiento de habilidades de neurodesarrollo durante la infancia, la cual, permite que se asegure la consecución de habilidades necesarias para la adaptación; de esta manera, la vulnerabilidad en la que se encuentra el menor debe ser demasiado alta para que ponga en riesgo el neurodesarrollo; de lo contrario, el sistema nervioso central del niño madurará sin mayores dificultades.

En lo que respecta al proceso de memoria, se evidencia que existieron diferencias en el desempeño de los participantes, cuando la tarea involucró información de tipo visual (copia y recuerdo de figura compleja) y cuando fue de tipo verbal–auditiva (lista de palabras, recuerdo espontáneo, por claves y por reconocimiento verbal).

En primera instancia, en la función de memoria visual se observó que, los grupos de estratos 1 y 3 demostraron en sus porcentajes más altos un rendimiento normal para la ejecución de la prueba de codificación; sin embargo, existen valores representativos de estos grupos, aunque con menores porcentajes en un nivel superior; igualmente, es notorio que los resultados del grupo de estrato 2 posicionan a casi la totalidad de los participantes en un nivel superior. Caso similar sucede en la tarea de evocación, donde se encuentra que los participantes de estratos 1 y 3

siguen ubicándose en el promedio y, evidentemente, el grupo de estrato 2 continúa con mejor rendimiento que los anteriores.

Este fenómeno, encontrado en el proceso mnémico, se explica a partir de los resultados de estudios realizados por Orozco *et al.* (2012) y Timarán *et al.* (2016), en los cuales el factor socioeconómico como dimensión aislada, tampoco fue influyente en el desempeño cognitivo de los sujetos evaluados; por ende, Aran-Filippetti & Richaud (2009), en concordancia con Nogueira, *et al.* (2005) y Villamil-Camacho (2016), plantean que el contexto ambiental y la experiencia recibida, actuando a través de factores sociales, cognitivos y emocionales mediadores podrían inducir diferencias respecto al modo de procesar la información.

En este contexto, se debe tener presente, según De la Rosa (2016), otros factores adicionales al estrato socioeconómico, los cuales podrían estar en juego en trabajos donde sí se encontró que existe una afectación en el proceso mnémico en sujetos de estratos socioeconómicos bajos. Al respecto, es importante considerar que Azcoaga (1997) supone incluir las interacciones dialécticas entre los factores biológicos, histórico evolutivos y los sociales, en estos últimos, se encuentran los factores socioeconómicos.

De igual modo, Paredes (2013) considera que además del estrato socioeconómico de los padres —como influencia común en el entorno de la niñez—, está su nivel de educación. Adicionalmente, Mazzoni *et al.* (2011) también mencionan el nivel de escolaridad de los padres como mecanismo interviniente, en conjunto con la estimulación cognitiva que el niño recibe en el hogar, seguida por la asistencia al preescolar y los estilos parentales; a esto, Betina *et al.* (2010) añaden que hijos de padres con nivel educativo mínimo y ocupaciones laborales inestables; asimismo, múltiples privaciones y ambientes carenciados son más proclives a la aparición de un déficit a nivel cognitivo.

De otra parte, en los procesos de codificación y evocación de memoria de tipo verbal auditivo se observó que existe un mejor rendimiento en el grupo de estrato socioeconómico 2, en comparación con los estratos 1 y 3, siendo este último, en el que se demuestra mayor implicación frente a este proceso.

Con respecto a dichos hallazgos, los autores Matute *et al.* (2009), indicaron en su investigación que niños de un nivel socioeconómico alto, que se encuentran matriculados y asistiendo a escuelas privadas, manifiestan un mejor rendimiento en la recuperación de información auditivo verbal; frente a esto, también es importante considerar que investigaciones de Aran-Filippetti & Musso (2007) demuestran que en el desarrollo de habilidades verbales, niños en condición de pobreza puntúan con muy bajo y bajo desempeño, en pruebas que evalúan este proceso. En contraste, se supone que los resultados en promedios bajos obtenidos por los participantes pertenecientes al estrato socioeconómico 3, pudieron influenciarse por otras variables que intervienen en el desempeño cognitivo, como son la edad, el sexo, la estimulación y entrenamiento cognitivo, las situaciones familiares, entre otras.

Finalmente, en cuando al proceso atencional es importante mencionar que cuando la tarea requiere la manipulación de información de tipo visual, se observa normalidad en la mayoría de participantes pertenecientes a los tres grupos, existiendo casos aislados de afectación en estratos 1 y 3; por lo cual, no se establece una incidencia del nivel socioeconómico en el proceso de atención visual, como lo muestra el estudio de Villamil (2016), donde se concluye que las puntuaciones de los evaluados no pueden ser determinadas a causa de un nivel socioeconómico específico.

Cuando el proceso atencional involucra tareas con estímulos de tipo verbal auditivo (dígitos en progresión), se observa un rendimiento similar en los participantes de los tres estratos socioeconómicos, dentro de un rango de normalidad; sin embargo, al incrementar el grado de dificultad de la tarea, involucrando, además, procesos de función ejecutiva y memoria de trabajo (dígitos en regresión); evidentemente existe implicación en los tres estratos, siendo el grupo de participantes del estrato 2 quienes se desempeñan mejor en comparación a los otros estratos. Frente a estos resultados, Abundis (2014) encontró en sus trabajos que la memoria de trabajo, en sí, el pensamiento y la inteligencia son procesos influenciados por el nivel socioeconómico, por tanto, pueden indicar una relación entre sí.

Urquijo, *et al.* (2015) demuestran que dicha relación puede sustentarse a partir de dificultades metalingüísticas, las cuales son características de la infancia para la comprensión de instrucciones que puedan afectar el

rendimiento; pues solo los niños de estratos socioeconómicos medios y altos han manifestado un mejor desempeño en la prueba de dígitos en regresión.

Los anteriores resultados son asociados por Cadavid & Del Río (2012) con la posibilidad de acceso para el uso de herramientas que, evidentemente, estimulan dichos procesos, como el computador o las consolas de juego, practicar algún deporte y jugar con materiales de armar; los que representan cierto tipo de complejidad cognitiva y que exigen al niño el uso de sus funciones neuropsicológicas, como legos y rompecabezas u otros recursos que constituyen una estimulación frente a este proceso.

Teniendo en cuenta los resultados encontrados en el presente estudio, es posible afirmar, según Cardozo *et al.* (2019), que existen factores más allá del estrato socioeconómico, los que pueden incidir en el neurodesarrollo y el desempeño neuropsicológico de los niños escolarizados; constituyéndose en clave para determinar la aparición de dificultades de aprendizaje, entre ellos: las relaciones intrafamiliares; pautas de crianza; herramientas y oportunidades de estimulación y entrenamiento; escolaridad de los padres; relaciones de interacción social al interior de la institución educativa y otros, que se constituyen como factores importantes en el desarrollo cognitivo del menor.

Finalmente, de los aporte sustentados en este estudio surgen recomendaciones para que a futuro se realicen investigaciones con poblaciones similares, donde se indaguen más a fondo aquellos factores o variables que, en añadidura al nivel socioeconómico, tengan una incidencia de afectación, frente al desempeño neuropsicológico y representen signos de alarma, cuyo seguimiento así como descubrimiento temprano, según Luna *et al.* (2018), repercuten en el desarrollo de las capacidades, habilidades y destrezas en la primera infancia.

Por ende, la importancia de intervenir a tiempo a través del diseño e implementación de procesos de intervención; entre los cuales, autores como Hermida *et al.* (2010) proponen, bajo concepciones de la neurociencia, la ejercitación en forma sistemática de procesos cognitivos básicos, por medio de actividades con demandas cognitivas específicas de dificultad creciente; mediante los cuales se puedan generar espacios de estimulación para que el niño obtenga el mayor provecho de sus facultades y capacidades mentales

o pueda compensar sus dificultades, favoreciendo así su ambiente de aprendizaje, su calidad de vida y su salud mental.

Para la neurociencia es un desafío permanente el entendimiento de las estructuras y los procesos cerebrales, es por lo que cada estudio que involucra el conocimiento del cerebro hace significativos aportes a los fundamentos de este campo de estudio. A decir de Muntané & Moros (2020), existen funciones cerebrales que son evidentes a simple vista, pero esta premisa trae consigo un sinnúmero de constantes que conducen al interrogante: ¿El ser humano tiene un dominio cerebral o el cerebro domina el ser humano?; todo en medio de la búsqueda incisiva sobre cada estructura del cerebro y su implicación con los procesos cognitivos.

En la actualidad, dicen los autores que la neurociencia no puede dar una respuesta definitiva; pero cada estudio es un aporte al conocimiento para lograr entender cada vez más el cerebro humano. Yépez *et al.* (2020) refieren que, desde la niñez, el desarrollo de la función ejecutiva tiene un orden y es desde el primer año de vida en adelante; se logra un control impulsando la madurez cerebral y la motricidad generando más reflejos y, de esta manera, normando los procesos cognitivos, esto se puede notar en la estabilidad y el autocontrol (Yépez, *et al.*, 2020).

Conclusiones

En cuanto al rendimiento de los grupos en lenguaje y habilidad construccional, se evidencia que no existe relación directa del estrato socioeconómico con la existencia de déficits frente a estas funciones, pues los tres estratos manifiestan un rendimiento normal; sin embargo, los participantes pertenecientes a los grupos de estrato 2 y 3 obtienen puntuaciones superiores para la ejecución de las pruebas que evalúan estos componentes.

Frente al proceso de memoria de corto y largo plazo, se observa que los participantes de estrato 2 demuestran un mejor rendimiento en comparación a los estratos 1 y 3, por lo que se sugiere la influencia del estrato socioeconómico con el desempeño en el proceso mnémico, teniendo en cuenta que la posibilidad de acceder o no a mayor cantidad de recursos

que permitan una adecuada estimulación y entrenamiento extracurricular es un factor que incide notoriamente.

El adecuado desempeño neuropsicológico es un factor que pone en evidencia el estado de salud mental y psicológica en el niño, así como el devenir de sus procesos madurativos a nivel cerebral; por lo tanto, es clara la importancia de los factores que potencializan dicho desempeño, de allí que tener en cuenta las oportunidades socioeconómicas de un niño en desarrollo garantiza que se pueda comprender y abordar adecuadamente su desempeño cognitivo tomando en consideración su estrato.

Finalmente, en el proceso atencional se encontró que no existe relación del nivel socioeconómico con el desempeño de tareas que involucren el uso de información visual, pues los tres grupos obtuvieron puntuaciones dentro de un rango de normalidad frente a la prueba que evalúa esta función. Sin embargo, cuando la tarea es de tipo verbal–auditivo e involucra procesos de memoria de trabajo (dígitos en regresión), se observa que existe una relación del estrato socioeconómico con el rendimiento de los niños, pues en los participantes evaluados se demostró que los participantes de estrato 2 obtuvieron un mejor desempeño que los participantes de estrato 1, se debe tener en cuenta que en este caso las puntuaciones de los participantes de estrato 3 pudieron estar influenciadas por otros factores.

Referencias

- Abundis, A. (2014). Atención y función ejecutiva: Desarrollo e impacto de factores socioambientales (Tesis doctoral). Universidad de Granada. Granada, España. Recuperado de <https://bit.ly/3gbT5jD>
- Anckermann, A. (2014). Comparación del nivel de madurez neuropsicológica en niños de 4 y 5 años que asisten a un colegio privado y una escuela rural del departamento de Guatemala. (Trabajo de grado) Psicología Clínica. Universidad Rafael Landívar. Guatemala de la Asunción, Guatemala. Recuperado de <https://bit.ly/2KaeMRI>
- Aran-Filippetti, V. (2012). Estrato socioeconómico y habilidades cognitivas en niños escolarizados: variables predictoras y mediadoras. *Psykhē*, 21(1), 3-20. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-2228201200010000>
- Arán-Filippetti, V. & Musso, M. (2007). Screening Neuropsicológico en una población de niños bajo riesgo por pobreza. En M. Ison & M.

- Richaud (Eds), *Advances in Research in Behavioral Sciences in Argentina*, pp. 179-205. Recuperado de <https://bit.ly/2XWAQoK>
- Aran-Filippetti, V. & Richaud, M. (2011). Efectos de un programa de intervención para aumentar la reflexividad y la planificación en un ámbito escolar de alto riesgo por pobreza. *Universitas Psychologica*, 10(2), 341- 354. Recuperado de <https://bit.ly/2OEe6sn>
- Azcoaga, J. (1997). Cerebro y comportamiento. Avances en psicología clínica latinoamericana. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Ardila, A. & Rosselli, M. (1996). Soft neurological signs in children: a normative study. *Journal Developmental Neuropsychology*, 12(2), 181-200. <https://doi.org/10.1080/87565649609540645>
- Betina, A., Contini, N. & Castro, A. (2010). Las habilidades cognitivas en niños preescolares. Un estudio comparativo en un contexto de pobreza. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 25-34. Recuperado <https://bit.ly/2OP5niN>
- Cadavid, N. & Del Río, P. (2012). Memoria de trabajo verbal y su relación con variables sociodemográficas en niños colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 15(1), 99-109. Recuperado de <https://bit.ly/2OCSrRp>
- Camargo-Ramos, C. & Pinzon-Villate, G. (2012) La promoción de la salud en la primera infancia: evolución del concepto y su aplicación en el contexto internacional y nacional. *Rev Fac Med.*, 60(1), Suplemento 1, 62-74. Recuperado de <https://bit.ly/31IEuEV>
- Cano-Díaz, L., Pulido-Álvarez, A. & Giraldo-Huertas J. (2015). Una mirada a la caracterización de la primera infancia: contextos y métodos. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(1), 279-293. DOI:10.11600/1692715x.13116250314
- Cardozo, G., Franco, N., García, A., Hernández, I., Luna, J. & Vargas, D. (2019). *Dificultades del aprendizaje: una mirada desde los factores del contexto*. Bogotá, Colombia: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. <https://dx.doi.org/10.16925/9789587601183>
- De la Rosa, R. (2016). *Desarrollo cognitivo y estrato socioeconómico en niños de la ciudad de Cartagena* (Trabajo de Máster, Neuropsicología y Educación. Universidad Internacional de La Rioja, La Rioja. Recuperado de <https://bit.ly/2NqAMaQ>

- Gabriel, N. (2017). *The sociology of early childhood. Critical perspectives*. London: SAGE Publications. Recuperado de <https://bit.ly/2RyzjCo>
- García, M. (2013). *Características cognitivas de niños y niñas en situación de desplazamiento residentes en Colombia* (trabajo grado de maestría), Desarrollo Infantil, Universidad de Manizales, Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/2Q3qEdj>
- Hermida, M., Segretin, M., Lipina, S., Benaros, S. & Colombo, J. (2010). Abordajes neurocognitivos en el estudio de la pobreza infantil: consideraciones conceptuales y metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 205-225. Recuperado de <https://bit.ly/2x6VJC0>
- Irwin, L. Siddiqi, A. & Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la primera infancia: un potente ecualizador. Informe final*. British Columbia: Organización Mundial de la Salud.
- Jaramillo, L. (2007). Concepción de infancia. *Zona Próxima*, 8, 108-123. Recuperado de <https://bit.ly/2jzeCXf>
- Lipina, S., Martelli, M., Vuelta, B., Injoque-Ricle, I. & Colombo, J. (2004). Pobreza y desempeño ejecutivo en alumnos preescolares de la ciudad de Buenos Aires, Argentina. *Interdisciplinaria*, 21(2), 153-193. Recuperado de <https://bit.ly/2QA1AHx>
- Luna, J., Hernández, I., Rojas, A., & Cadena, M. (2018). Estado nutricional y neurodesarrollo en la primera infancia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(4). Recuperado de <https://bit.ly/2jzeCXf>
- Luria, A. (1982). *El cerebro en acción*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Ministerio de la Protección Social & Fundación FES Social. (2005). Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cali: Graficas Ltda.
- Ministerio de Salud & Protección Social. (2015). Encuesta nacional de salud mental—Tomo 1. Bogotá: Javegraf.
- Muntané, A., & Moros, E. (2020). ¿La neurociencia puede explicar el funcionamiento global del cerebro? *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 103-111. DOI: 10.7714/CNPS/14.1.211
- Matute, E., Sanz, A., Gumá, E., Rosselli, M. & Ardila, A. (2009). Influencia del nivel educativo de los padres, el tipo de escuela y el sexo

- en el desarrollo de la atención y de la memoria. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 257-276. Recuperado de <https://bit.ly/2QAU6nL>
- Mazzoni, C., Stelzer, F. & Cervigni, M. (2011, noviembre). Pobreza y desarrollo cognitivo infantil: Posibles modalidades de abordaje. En Memoria Académica del Tercer Congreso Internacional de Investigación, noviembre de 2011. Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Recuperado de <https://bit.ly/2KaLrGA>
- Morris, Ch. (1997). *Psicología*. México: Prentice Hall.
- Nogueira, G., Castro, A., Naveira, L., Nogueira-Antuñano, F., Natinzon, A., Gigli, S., Grossi, M., Frugone, M., Leofanti, H. & Marchesi, M. (2005). Evaluación de las funciones cerebrales superiores en niños de 1° y 7° grado pertenecientes a dos grupos socioeconómicos diferentes. *Rev Neurol.*, 40(7), 397-406. Recuperado de <https://bit.ly/2QCpG4B>
- Obando-Posada, D., Romero-Porras, J., Trujillo-Cano, A., & Prada-Mateus, M. (2017). Estudio epidemiológico de salud mental en población clínica de un centro de atención psicológica. *Psychologia*, 11(1), 85-96. Recuperado de <https://bit.ly/30ake0D>
- Olaya, M. (2016). *El rendimiento lector y el nivel socioeconómico en niños escolarizados* (Trabajo de grado), Programa de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/3g89tl8>
- Orozco, M., Sánchez, H., & Cerchiaro, E. (2012). Relación entre desarrollo cognitivo y contextos de interacción familiar de niños que viven en sectores urbanos pobres. *Univ. Psychol.*, 11(2), 427-440. Recuperado de <https://bit.ly/2K9j5fM>
- Paredes, Y. (2013). Caracterización de memoria y atención en niños escolarizados con desnutrición crónica. *Univ. Salud*, 15(2), 165-175. Recuperado de <https://bit.ly/2XoC0w5>
- Parra-Pulido, J., Rodríguez-Barreto, L. & Chinome-Torres, J. (2016). Evaluación de la madurez neuropsicológica infantil en preescolares. *Rev Univ. salud.*, 18(1):126-137. Recuperado de <https://bit.ly/2HrFouU>
- Pérez-Escamilla, R., Rizzoli-Córdoba, A., Alonso-Cuevas, A. & Reyes-Morales, H. (2017). Advances in early childhood development: from

- neurons to large scale programs. *Bol Med Hosp Infant Mex.*, 74(2), 86-97. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bmhmx.2017.01.007>
- Puche, R., Orozco, M., Orozco, B. & Correa, M. (2009). *Desarrollo infantil y competencias en la primera infancia. Documento No. 10*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Educación Nacional. Recuperado de <https://bit.ly/2C2yWeb>
- Rojas-Bernal, L., Castaño-Pérez, G. & Restrepo-Bernal, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *Rev CES Med* 2018; 32(2): 129-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cesmedicina.32.2.6>
- Timarán, S., Hernández, I., Caicedo, S., Hidalgo, A. & Alvarado, J. (2016). *Descubrimiento de factores de desempeño académico con árboles de decisión en las competencias genéricas de la formación profesional*. Bogotá: Fondo Editorial de la Universidad Cooperativa de Colombia. <http://dx.doi.org/10.16925/9789587600490>
- Urquijo, S. García, A. & Fernández, D. (2015). Relación entre aprendizaje de la lectura y nivel socioeconómico en niños argentinos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2), 303-318. DOI: <http://dx.doi.org/10.12804/apl33.02.2015.09>
- Urzúa, A., Ramos, M., Alday, C. & Alquinta, A. (2010). Madurez neuropsicológica en preescolares: propiedades psicométricas del test CUMANIN. *Ter Psicol.*, 28(1), 13-25. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100002>
- Vigotsky, L. S. (1995). *Pensamiento y lenguaje*. Barcelona: Paidós.
- Villamil-Camacho, A. (2016). *Relación entre atención, memoria visual y habilidades visuoespaciales en niños de educación primaria*. (Trabajo de máster) Universidad Internacional de La Rioja. Logroño. Recuperado de <https://bit.ly/36jmKTi>
- Winston, R. & Chicot, R. (2016). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London Journal of Primary Care*, 8(1), 12–14. <http://dx.doi.org/10.1080/17571472.2015.1133012>
- Yépez, E., Padilla, G., & Garcés, A. (2020). Desarrollo de las funciones ejecutivas en la infancia. *Revista Cognosis*, 5(1), 103-114. <https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i1.1656>

Capítulo 3



Medidas antropométricas, prácticas y conocimientos sobre alimentación de madres y/o cuidadores de niños sanos y en riesgo de delgadez

Martha Fernández-Daza¹, Sara J. Zabarain-Cogollo²,
Luz A. Reyes Ríos³, Rosana Torrado⁴

Resumen

Los objetivos del capítulo son 1) Conocer las medidas antropométricas de los niños que conforman la muestra. 2) Describir las prácticas y conocimientos de alimentación utilizadas por madres y/o cuidadores de niños vinculados a un programa de recuperación nutricional. La muestra está conformada por 78 niños pertenecientes a Children International, Santa Marta-Colombia. Es un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo y transversal para el cual se diseñaron 2 instrumentos tipo cuestionario autoaplicados y una entrevista nutricional. Se encontró que los niños tenían riesgo de retraso en talla, Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla con relación a su edad cronológica, así como riesgo de delgadez, prevaleciendo en el género femenino. En cuanto a las prácticas y conocimientos sobre alimentación, se observó un escaso consumo de alimentación saludable y pareciera no estar relacionado con la falta de conocimiento nutricional, sino con las condiciones

1 Doctora en Psicología. Magister en Neurociencias. Magister en Psicología de la Salud. Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta-Colombia. Correo: mafercv@gmail.com. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1685-0715>

2 Doctora en Psicología-Universidad del Norte, Colombia. Magistra en Psicología Clínica. Especialista en psicología Clínica. Universidad Cooperativa de Colombia, Santa Marta-Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8145-0286>

3 Enfermera, Doctora en Ciencias de la Educación. Universidad Cooperativa de Colombia-Santa Marta, Colombia. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2562-2466>

4 Coordinadora Regional de Children International Santa Marta-Colombia. El presente estudio forma parte de los resultados preliminares del proyecto de investigación: Caracterización Neuropsicológica de niños sanos, con desnutrición y en riesgo de desnutrición. Correo: rosanatorrado_psicologa@hotmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4531-974X>

de pobreza y las necesidades básicas insatisfechas; existen también, factores relacionados con el contexto y malos hábitos en la ingesta. Lo que, pudiera influir en el estado nutricional de los niños.

Palabras clave: Niñez, medidas antropométricas, prácticas alimentarias, delgadez.

Anthropometric measurements, feeding practices and knowledge of mothers and/or caregivers of healthy children and children at risk of thinness

Abstract

The objectives of the chapter are 1) To know the anthropometric measurements of the children that make up the sample. 2) Describe the nutrition practices and knowledge used by mothers and/or caregivers of children linked to a nutritional recovery program. The sample is made up of 78 children belonging to Children International, Santa Marta-Colombia. It is a descriptive, quantitative, and cross-sectional study for which 2 self-administered questionnaire-type instruments and a nutritional interview were designed. It was found that the children had a risk of delayed height, short stature for age or delayed height in relation to their chronological age, as well as a risk of thinness, prevailing in the female gender. Regarding the practices and knowledge about food, a low consumption of healthy food was observed, and it seems not to be related to the lack of nutritional knowledge, but rather to poverty conditions and unsatisfied basic needs; there are also factors related to the context and bad eating habits. What could influence the nutritional status of children.

Keywords: Childhood, anthropometric measurements, eating practices, thinness.

Introducción

Un tema sensible a nivel mundial lo constituye el incremento del hambre. Y una de sus consecuencias es la desnutrición infantil que afecta mayoritariamente a los sectores más pobres y es el resultado de los déficits acumulativos a largo plazo en la salud o la nutrición, fiel reflejo de condiciones sanitarias, nutricionales y alimentarias precarias; razón por la cual ha sido reconocida como un problema de salud pública (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2017).

Según la FAO, citada por Velilla (2010), todas las regiones del mundo han sufrido el incremento de la inseguridad alimentaria, por ejemplo, en Asia y el Pacífico, habita el mayor número de personas que padecen hambre (642 millones); África Subsahariana tiene la prevalencia más alta de desnutrición (32 %); el mayor aumento porcentual relacionado con personas que sufren de hambre en los países en desarrollo fue en el Cercano Oriente y África del Norte (13,5 %) y, aunque en los últimos años hay señales de mejoría en América Latina y el Caribe, también se ha observado un evidente aumento (12,8%). Incluso en los países desarrollados, la desnutrición infantil es cada vez más motivo de preocupación.

América Latina y el Caribe se han propuesto avanzar en las dos primeras metas del Objetivo del Desarrollo Sostenible # 3, las cuales están relacionadas con la nutrición. Pero, la región sufre serias disparidades que tienen consecuencias sobre la nutrición infantil, principalmente, originadas por las desigualdades socioeconómicas (OPS y OMS, 2017; FAO y OPS, 2017).

La desnutrición tiene múltiples repercusiones sobre el desarrollo infantil y dependen del tipo y gravedad, entre ellas se pueden mencionar: incremento de los déficits en el funcionamiento motor, cognitivo y en el desempeño, alteraciones en el sistema inmunológico y, por consiguiente, menor resistencia a las infecciones, lo que a su vez propicia el desarrollo de enfermedades crónicas que merman las capacidades futuras de la persona. En sus casos agudos, puede generar trastornos graves y no reversibles, incluso, hay un elevado riesgo de muerte (OPS y OMS, 2017; Paredes, 2013; Neufeld, Rubio & Gutiérrez, 2012). También se ha mencionado que estas consecuencias pueden manifestarse durante todo el ciclo vital, dado

que las necesidades y exigencias de nutrientes varían a lo largo de la vida (Martínez, Fernández y Colaboradores, 2006).

Actualmente 5,9 millones de niños tienen desnutrición crónica, aunque para 2025 se proyecta una tendencia a la baja 4,1 millones de niños presentarían retrasos en su crecimiento, es decir, el 8,1% de los niños menores de 5 años de América Latina y el Caribe (FAO y OPS, 2017).

Por otro lado, se ha indicado que el Patrón Internacional de Crecimiento Infantil creado recientemente por la OMS expone que las diferencias en el crecimiento infantil de niños menores de cinco años obedecen más que todo a prácticas de alimentación, nutrición, medio ambiente y atención sanitaria que a factores de índole genética o étnica (Asociación Española de Pediatría, 2015).

El estudio de Marrugo-Arnedo, Moreno-Ruiz, Castro-Ávila, Paternina-Caicedo, Marrugo-Arnedo & Alvis-Guzmán (2015) que hicieron un análisis de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2010 en Colombia, reveló que la región Caribe y Bogotá presentaron mayores problemas de desnutrición infantil; en el país ésta enfermedad es una consecuencia de la inseguridad alimentaria y de las condiciones de salud de la población infantil que origina trastornos del crecimiento, retrasos motores, cognitivos y aumento de la morbimortalidad (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2016; Alvis, Castañeda, Díaz & De la Hoz, 2019).

En Colombia de 2005 a 2014 hubo 4.050 muertes por desnutrición en menores de cinco años. Afortunadamente, las tasas han disminuido de 14,87, (646) han pasado a 6,82 (294) muertes por cada 100.000 menores de cinco años; los departamentos con tasas de mortalidad por encima de la tasa nacional producto de desnutrición fueron Guainía, Amazonas, Putumayo, Sucre, Magdalena, La Guajira, Chocó, Cesar y Bolívar (CEPAL y UNICEF, 2018; Instituto Nacional de Salud, 2017).

Sobre las mediciones antropométricas se ha afirmado que permiten conocer el estado nutricional y de salud de la población identificando déficits de salud previos o problemáticas socioeconómicas concomitantes que pueden a su vez revelar riesgos futuros (Velilla, 2010).

Colombia comienza a utilizar los estándares de la OMS desde el 2010 lo que origina transformaciones en los programas de recuperación nutricional porque éstos se guían por la clasificación del estado nutricional,

pero, esta varía de acuerdo al instrumento de referencia que utilizan. Uno de los aspectos positivos que ha traído es quizás la atención temprana de los niños y, por lo tanto, se empiece a romper la cadena de consecuencias que generan los déficits nutricionales, lo que también se reflejará en la disminución de la mortalidad por desnutrición en Colombia (Velásquez, Bermúdez, Echeverri & Estrada, 2011).

Para efectos del presente estudio se tiene como referencia lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016) en cuanto a:

Indicador antropométrico: índice estadístico producto de la combinación de dos variables o parámetros que se utiliza para medir o evaluar cuantitativamente el crecimiento y el estado nutricional, teniendo como base medidas corporales; se obtiene al comparar con valores de referencia para la edad y sexo o con mediciones realizadas en el mismo sujeto en diferentes períodos.

IMC para la Edad–IMC/E: índice de Masa Corporal es un indicador que correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación a la talla. Se obtiene al dividir el peso expresado en kilogramos entre la talla expresada en metros al cuadrado. El IMC/Edad es el único indicador que asocia tres medidas (peso, talla y edad) y el que mejor evalúa el antecedente de desnutrición.

Talla para la Edad–T/E: un indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad. Da cuenta del estado nutricional histórico o acumulativo.

Según la Resolución número 2465 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016) para evaluar el estado nutricional de los niñas, niños y adolescentes, es recomendable analizar de manera conjunta los indicadores propuestos, sin descuidar otros factores como son el estado de salud, los antecedentes de alimentación y los controles previos de peso y talla, por lo cual el seguimiento periódico es fundamental (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2016).

Sobre la base de la evidencia empírica presentada en la literatura especializada, los objetivos generales del presente estudio son 1) Conocer las medidas antropométricas de los niños que conforman la muestra. 2) Describir las prácticas y conocimientos sobre alimentación utilizadas por

madres y/o cuidadores de niños vinculados a un programa de recuperación nutricional. Como objetivos específicos se plantearon: 1. Realizar la clasificación antropométrica del estado nutricional de los niños de acuerdo al indicador Talla para la Edad (T/E). 2. Clasificar antropométricamente el estado nutricional de los niños teniendo en cuenta el indicador IMC para la Edad (IMC/E). 3. Detallar los conocimientos y prácticas alimenticias utilizadas por las madres y/o cuidadores. 4. Comparar los conocimientos y las prácticas alimenticias utilizadas por las madres y/o cuidadores en relación con el índice de Masa Corporal para la edad de los niños.

Metodología

Tipo de Estudio: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, cuantitativo y transversal.

Muestra: Incluyó 78 niños y niñas entre los 5 y 12 años que ingresaron al programa de recuperación nutricional de Children International de la ciudad de Santa Marta, Colombia entre 2019 e inicios de 2020. Además, estuvo conformada por sus padres y/o cuidadores principales (78). Se realizó un muestreo intencional.

Children International es una organización sin fines de lucro que se ha propuesto ayudar a niños de diversos países mediante la implementación de diferentes programas que les permiten crecer saludables, educados, empleables y empoderados para superar el círculo de la pobreza. Hacen presencia en: Estados Unidos, Filipinas, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, la República Dominicana, India y Zambia. Tiene centros comunitarios que ofrecen un espacio seguro a niños de bajos recursos.

Instrumentos: El equipo de investigadores diseñó 3 instrumentos para la recogida y almacenamiento de la información de las características sociodemográficas, medidas antropométricas y la entrevista nutricional. Para hacer las valoraciones de la antropometría los investigadores capacitaron estudiantes de psicología y enfermería, los que posteriormente fueron supervisados durante la actividad con los niños. Para el presente estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: niños de ambos sexos, vinculados al programa de recuperación nutricional de

Children International Colombia, centro Santa Marta desde 2019 a inicios de 2020 y cuyos padres o cuidadores accedieran a participar en el estudio.

Procedimiento: En la búsqueda de instituciones que permitieran la realización del proyecto, el equipo de investigadores contactó a Children International y le presentó la propuesta, después de conseguir su aval, se hizo la recogida de la muestra y se contactó a los padres y cuidadores para mostrarles el proyecto y obtener el consentimiento informado de aquellos que voluntariamente quisieran participar, finalmente, se iniciaron las valoraciones. Cabe resaltar que el presente proyecto de investigación fue presentado y avalado por el Comité de Bioética de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Para el peso corporal se colocó al niño inmóvil en el centro de la balanza previamente calibrada, descalzo y con el mínimo de ropa; para la talla se obtuvo mediante un tallímetro acoplado a la balanza con el sujeto descalzo, y parado de espalda al tallímetro, con talones y glúteos, hombros y región posterior de la cabeza en contacto, en posición erguida y con la cabeza orientada en un ángulo aproximado de 90 grados. Luego de realizar las medidas antropométricas, de peso y talla se determinaron los índices de: Talla para la Edad (T/E), Índice de masa corporal (IMC) y IMC para la Edad (IMC/E), cuyo valor de percentil correspondiente permitió su clasificación teniendo en cuenta la Resolución número 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Es conveniente señalar que, según la resolución en la antropometría del estado nutricional para menores de 5 años, específicamente, en el indicador de Peso para la Talla (P/T) la clasificación incluye: riesgo de desnutrición aguda, desnutrición aguda moderada y desnutrición aguda severa; y en el indicador de Peso para la Edad (P/E) incluye riesgo de desnutrición global y desnutrición global.

No obstante, la clasificación cambia cuando se trata de la medición antropométrica del estado nutricional de niños y adolescentes entre los 5 y 17 años, rango en el cual se encuentra la muestra del presente estudio y, por la cual, se realiza la clasificación antropométrica de los niños; se aprecia que en el indicador Talla para la Edad, la clasificación puede ser: talla adecuada para la edad, riesgo de retraso en talla y Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla. Para el indicador relacionado con el índice de Masa Corporal para la Edad la clasificación es: IMC adecuado para la edad, riesgo de delgadez

y delgadez. La comparación respecto a la norma se hace en términos de desvíos estándar (Tabla 1).

Tabla 1
Clasificación antropométrica del estado nutricional de los niños y adolescentes

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación Antropométrica
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Retraso en Talla.
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.
IMC para la Edad (IMC/E)*	≥ -1 a $\leq +1$	IMC Adecuado para la Edad
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Delgadez
	< -2	Delgadez

*En el IMC para la Edad, +1(DE) es equivalente a un IMC de 25 Kg/m² a los 19 años y, +2 (DE) es equivalente a un IMC de 30 kg/m² en la misma edad.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 2465 de 2016.

En cuanto a las preguntas sobre los conocimientos de las madres o cuidadores debían escoger la respuesta que consideraran más adecuada entre 4 alternativas de respuestas. En relación a las prácticas alimenticias de los niños se realizaron preguntas en cuanto al consumo de alimentos y la frecuencia por semana siendo las opciones de respuesta: nunca, pocas veces (1 o 2 veces por semana), con alguna frecuencia (3 o 4 veces por semana), muchas veces (5 o 6 veces por semana) y siempre (toda la semana). Ambas conformaron 32 preguntas.

Análisis de la información: Se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 26 a través de estadígrafos descriptivos de frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar y *t de Student* para muestras independientes para la comparación de los conocimientos y prácticas alimenticias con los grupos de niños dependiendo de su IMC.

Resultados

Características sociodemográficas de la muestra de niños

Se puede ver en la tabla 2 que 43 participantes del estudio son del sexo femenino y 35 masculino. En cuanto a la edad la $M=9,05$; $DT=1,906$, prevalecieron los que tenían 8 años (24,4%), seguidos de los de 10 (19,2%) y 12 años (14,1%). En lo que respecta al nivel educativo 3 se encontraban en Jardín; 16 estaban cursando 1° de Primaria; 11 estaban en 2° de Primaria; 22 cursaban 3° de Primaria; 6 estaban en 4° de Primaria; 10 en 5° de Primaria y 10 en bachillerato, además, la mayoría de los niños pertenecían al régimen de salud subsidiado por el estado.

Tabla 2
Características sociodemográficas de los niños.

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	43	55,1
	Masculino	35	44,9
Edad en años	5	2	2,6
	6	3	3,8
	7	13	16,7
	8	19	24,4
	9	6	7,7
	10	15	19,2
	11	9	11,5
	12	11	14,1
Nivel de escolaridad	Jardín	3	3,8
	1° de Primaria	16	20,5
	2° de Primaria	11	14,1
	3° de Primaria	22	28,2
	4° de Primaria	6	7,7
	5° de Primaria	10	12,8
	6° de Bachillerato	8	10,3
	7° de Bachillerato	2	2,6

		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de afiliación al régimen de salud	Sin Respuesta	12	15,4
	Subsidiado	62	79,5
	Contributivo	4	5,1

Características sociodemográficas de la muestra de madres y/o cuidadores

Se observa en la tabla 3 que en el estudio participaron 78 madres y/o cuidadores, con edades entre los 23 y 69 años estando la mayoría entre los 23 y 44 años y de estos sobresalieron los de 28, 30 y 33 años. Sobre su estado civil destacaron 36 que vivían en unión no formalizada, 23 que eran casadas, 10 solteras y 6 separadas. Sobre el número de hijos de la madre y/o cuidadores 33 afirmaron que tenían 2 hijos; 16 que tenían 4; 9 tenían 3 y 4 tenían 1 hijo. Llama la atención que entre las madres y cuidadores habían 14 que tenían entre 5 y 9 hijos.

En cuanto a la ocupación 52 madres y/o cuidadores eran amas de casa, 5 manicuristas, 2 enfermeras, 1 docentes, 1 técnico en contabilidad, 1 técnico en Aduanas, 1 técnico en Seguridad y Salud en el trabajo, 1 técnico en atención integral a la Primera Infancia y el resto oficios varios. Sobre el estrato socioeconómico 60 (76,9%) madres y/o cuidadores vivían en estrato 1; 9 (11,5%) en estrato 2 y en igual proporción en estrato 0. Sobre el número de personas que vivían en el hogar 48 madres y/o cuidadores señalaron que vivían con 4, 5 o 6 personas; 23 viven con 7 y hasta 12 personas.

Tabla 3
Características sociodemográficas de las madres y/o cuidadores

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	23- 44	62	79,3
	45-57	11	14,2
	64-69	3	3,9
	Sin respuesta	2	2,6

Medidas antropométricas, prácticas y conocimientos sobre alimentación de madres y/o cuidadores de niños sanos y en riesgo de delgadez

		Frecuencia	Porcentaje
Estado civil	Casada	23	29,5
	Soltera	10	12,8
	Viuda	1	1,3
	Divorciada	2	2,6
	Unión no formalizada	36	46,2
	Separada	6	7,7
	Sin respuesta	2	2,6
Nro. de hijos	1	4	5,1
	2	33	42,3
	3	9	11,5
	4	16	20,5
	5	7	9
	6	2	2,6
	7	3	3,8
	8	1	1,3
	9	1	1,3
	0	9	11,5
Estrato socioeconómico	1	60	76,9
	2	9	11,5
	Sin respuesta	2	2,6
No de personas que viven en el hogar	2	1	1,3
	3	4	5,1
	4	18	23,1
	5	20	25,6
	6	10	12,8
	7	9	11,5
	8	7	9
	9	3	3,8
	10	3	3,8
	12	1	1,3

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de Estudios	Sin estudios	2	2,6
	Primaria completa	4	5,1
	Primaria incompleta	6	7,7
	Bachillerato completo	36	46,2
	Bachillerato incompleto	22	28,2
	Estudios Universitarios Incompleto	1	1,3
	Estudios Universitarios o Técnicos	7	9,0
	Sin Respuesta	1	1,3
Situación laboral	Trabaja en las tareas domésticas	52	66,7
	Trabaja fuera de casa medio tiempo	10	12,8
	Trabaja fuera de casa tiempo completo	4	5,1
	Desempleado	7	9
	Estudiante	2	2,6
	Otra	2	2,6

Medidas antropométricas

Relación Talla para la Edad

En la tabla 4 se observa que la mayoría de los niños que conforman la muestra tenían una talla adecuada para su edad cronológica, sin embargo, 31 niños estaban en riesgo de retraso en talla o tenían una Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla y la mayoría de estos eran del sexo femenino.

Tabla 4
Relación Talla para la Edad (T/E)

		Relación Talla para la Edad (T/E)		
		Riesgo de retraso en talla	Talla adecuada para la edad	Talla baja para la edad o retraso en talla
Sexo	Femenino	9	26	8
	Masculino	8	21	6

Relación índice de Masa Corporal para la Edad

En la tabla 5 se puede distinguir que la mayoría de la muestra de niños se encontraba en riesgo de delgadez y gran parte de estos era del sexo femenino.

Tabla 5
IMC para la Edad (IMC/E)

		IMC para la Edad (IMC/E)	
		IMC adecuado para la edad	Riesgo de retraso en talla
Sexo	Femenino	16	27
	Masculino	15	20

Prácticas y conocimientos sobre alimentación

Los resultados que más destacaron sobre los conocimientos y prácticas alimenticias de las madres y/o cuidadores que participaron en el estudio fueron: el 93,6% sabía qué es una alimentación saludable; el 85,9% conocía cuáles son los alimentos que consumidos en exceso pueden producir sobrepeso y obesidad; el 88,5% conocía los alimentos que contienen alto porcentaje de proteína; el 79,5% sabía cuáles alimentos tienen un alto contenido de vitaminas y minerales; el 60,3% conocía los alimentos con alto contenido de hierro y el 43,6% sabía cuáles son los alimentos con alto contenido de carbohidrato.

Además, el 34,6% de las madres y/o cuidadores conocían la importancia de consumir arroz, quinua, trigo; el 44,9% expresó que es importante

consumir frutas y verduras porque protegen de las enfermedades; el 83,3% indicó que es importante el consumo de la leche, carne, huevos y queso porque ayudan a formar y fortalecer los músculos y huesos.

72 niños recibieron lactancia materna; entre ellos destacaron 21 que lo hicieron durante 1 año y 13 durante 6 meses; un 38,5% de la muestra de madres y/o cuidadores expresó que en el almuerzo el hijo debe comer sopa, carnes, ensalada y refresco; el 97,4% consideró que una lonchera saludable está formada por jugo natural, frutas y sándwich casero; el 83,3% señaló que realizaban las 3 comidas básicas: desayuno, almuerzo y cena y el 38,5% manifestó que consumen merienda o media mañana.

Adicionalmente, el 32% afirmó que pocas veces o nunca consumen vegetales y el 20,5% algunas veces; el 32,1% indicó que siempre consume frutas; el 51,3% consume productos lácteos siempre; el 55,1% señaló que pocas veces consume bebidas azucaradas o gaseosa.

Mientras que, el 39,7% de las madres y/o cuidadores dijeron que consumen carnes rojas y el 33,3% pollo, pescado con alguna frecuencia; el 70,5% consume pocas veces embutidos y alimentos enlatados; el 51,3% consume pocas veces snack, golosinas o frituras y el 73,1% manifestó que pocas veces consume comidas rápidas (hamburguesas, pizzas, perros calientes, salchipapas).

También expresaron que el agua es siempre su principal bebida en el día (74,4%); el 50% de los niños consume siempre alimentos en el colegio; el 43,6% consume siempre alimentos con la persona que lo está cuidando fuera de un horario escolar; un 32,1% consume alimentos enfrente del televisor pocas veces; el 61,5% de los niños come solo siempre; el 60,3% afirmó que nunca otras personas diferentes a sus padres están a cargo de su alimentación y el 56,4% señaló que a parte de la actividad física programada dentro del horario escolar, el niño no realiza ningún otro tipo de actividad física.

Comparación de Prácticas y Conocimientos sobre Alimentación vs. Índice de Masa Corporal de los niños

La comparación de las prácticas y conocimientos sobre alimentación de los padres o cuidadores se analizaron en relación con el índice de masa corporal de los niños, solo se encontraron diferencias significativas en la

pregunta sobre los alimentos que considera contienen alto contenido de vitaminas y minerales. Los resultados se pueden apreciar en la siguiente tabla 6:

Tabla 6

Prácticas y Conocimientos sobre Alimentación Vs. Índice de Masa Corporal para la edad y Riesgo de Delgadez

Prácticas y Conocimientos sobre Alimentación	Índice de Masa Corporal para la edad					
	IMC adecuado para la edad (N=30)		Riesgo de Delgadez (N=48)		F	p
	Media	DT	Media	DT		
¿Qué significa la palabra alimentación?	2,63	0,76	2,85	0,68	2,536	0,189
¿Qué es la alimentación saludable?	2,07	0,36	2,02	0,38	0,005	0,604
¿Qué alimento considera que consumido en exceso podría ser causante de sobrepeso y obesidad?	2,67	0,71	2,83	0,51	5,324	0,236
¿Qué alimento considera que contiene alto porcentaje de proteína?	1,10	0,30	1,13	0,33	0,450	0,741
¿Qué alimento considera que contiene alto contenido de vitaminas y minerales?	2,13	0,50	2,54	0,87	28,443	0,023*
¿Qué alimento considera que contiene alto contenido de hierro?	3,63	0,55	3,42	0,79	3,642	0,196
¿Qué alimento considera que tiene alto contenido de carbohidrato?	2,33	1,02	1,98	0,95	0,026	0,126
¿Por qué es importante consumir arroz, quinua, trigo?	2,30	1,17	2,35	1,12	0,284	0,839
¿Por qué es importante consumir frutas y verduras?	1,90	0,75	1,75	0,70	0,005	0,375

Prácticas y Conocimientos sobre Alimentación	Índice de Masa Corporal para la edad					
	IMC adecuado para la edad (N=30)		Riesgo de Delgadez (N= 48)		F	p
	Media	DT	Media	DT		
¿Por qué es importante el consumo de la leche, carne, huevos y queso?	1,37	0,85	1,38	0,89	0,010	0,967
¿Recibió el niño leche materna?	1,00	0,37	1,04	0,20	0,790	0,523
¿Cuántos meses recibió leche materna?	10,63	11,62	11,77	8,17	2,168	0,613
¿Qué tipo de preparado debe comer su hijo en el almuerzo?	2,17	0,95	1,92	0,89	0,000	0,245
¿Qué es una lonchera saludable para usted?	3,00	0,26	3,00	0,00	3,341	1,000
¿Realiza las 3 comidas básicas: desayuno, almuerzo y cena?	4,43	1,00	4,77	0,72	9,912	0,089
¿Consume merienda o media mañana?	3,73	1,57	3,52	1,23	4,860	0,509
¿Consume vegetales?	3,30	1,36	3,46	1,22	0,882	0,596
¿Consume frutas?	3,97	1,09	3,77	0,93	0,958	0,394
¿Consume productos lácteos?	3,83	1,28	4,15	1,05	5,669	0,246
¿Consume bebidas azucaradas, gaseosa?	2,40	1,16	2,52	0,94	0,609	0,617
¿Consume carnes rojas?	2,77	0,97	3,21	0,99	0,007	0,057
¿Consume pollo, pescado?	3,23	1,07	3,69	1,01	0,016	0,064
¿Consume embutidos y alimentos enlatados?	1,90	0,48	2,15	0,74	2,432	0,111
¿Consume snack, golosinas o frituras?	2,83	1,26	2,67	0,95	3,301	0,510
¿Consume comidas rápidas (hamburguesas, pizzas, perros calientes, salchipapas)?	2,13	0,90	2,17	0,56	0,710	0,840
¿El agua es su principal bebida en el día?	4,70	0,92	4,17	1,39	10,300	0,066

Prácticas y Conocimientos sobre Alimentación	Índice de Masa Corporal para la edad					
	IMC adecuado para la edad (N=30)		Riesgo de Delgadez (N=48)		F	p
	Media	DT	Media	DT		
¿Consume alimentos en el colegio?	3,70	1,58	3,71	1,52	0,204	0,982
¿Consume alimentos con la persona que está a su cuidado fuera de un horario escolar?	3,57	1,59	3,56	1,53	0,256	0,991
¿Consume alimentos enfrente del televisor?	2,63	1,43	2,88	1,32	0,284	0,447
¿Come solo?	4,38	1,35	3,71	1,61	5,310	0,064
¿Ve más de una hora al día la televisión?	3,17	1,44	3,23	1,37	0,262	0,848
¿Otras personas diferentes a sus padres, están a cargo de su alimentación?	1,93	1,57	2,23	1,63	0,231	0,432
¿A parte de la actividad física programada dentro del horario escolar, el niño realiza otro tipo de actividad física?	1,43	0,50	1,65	0,48	1,491	0,067

* Diferencias significativas entre los grupos.

Discusión

Una nutrición adecuada favorece el disfrute de la salud tanto física como mental de los niños.

En lo que respecta a la relación de Talla para la Edad, de los 78 niños que fueron evaluados se encontró que 17 estaban con riesgo de retraso en Talla para la Edad y 14 con Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla, siendo la mayoría del sexo femenino. Datos semejantes a Neufeld, Rubio & Gutiérrez (2012) y Ruiz, Franco, Góngora, Giron & Rodríguez (2016).

Al respecto algunos estudios han indicado que la talla reducida representa diversos riesgos, por ejemplo: déficits en la reserva de nutrientes,

debilitamiento del sistema inmunológico, incremento del riesgo y severidad de procesos infecciosos, retardos en el desarrollo psicomotor e intelectual, la desnutrición en edades tempranas reduce la curiosidad y motivación además la exploración de su contexto y el juego. Lo que limita a su vez la capacidad de aprender y el desarrollo mental y cognoscitivo (Velilla, 2010).

En Colombia, como en otros países de América Latina donde el problema principal relacionado con la desnutrición es la baja talla, la aplicación del estándar OMS para la antropometría de los niños se refleja en el incremento de su detección, principalmente en aquellas poblaciones vulnerables donde los niños no logran crecer y desarrollarse de acuerdo a su potencial genético (Velásquez, Bermúdez, Echeverri & Estrada, 2011).

Los estudios también evidencian que los niños que han padecido retraso en el crecimiento durante la primera infancia tienen más probabilidades de recuperarse después de los 5 años. Además, el apetito y la ingesta de alimentos pueden incrementarse antes de las repentinas aceleraciones de crecimiento y mermar durante los períodos de crecimiento más lento (UNICEF, 2019). Entonces, los presentes hallazgos resultan cruciales para contribuir a la recuperación de los niños por cuanto se encuentran en las edades mencionadas.

En cuanto al índice de Masa Corporal para la Edad (IMC/E) más de la mitad de los niños del presente estudio (47 de 78) estaban en riesgo de delgadez. Vemos que en ambos indicadores antropométricos IMC/E y T/E gran parte de los niños muestra déficits nutricionales. El efecto acumulativo de la desnutrición se puede observar a medida que el niño va creciendo y los cambios son observables mensualmente. En concordancia con Neufeld, Rubio & Gutiérrez (2012) y Marrugo-Arnedo, Moreno-Ruiz, Castro-Ávila, Paternina-Caicedo, Marrugo-Arnedo & Alvis-Guzmán (2015).

Los presentes hallazgos también son coincidentes con estudios que exponen que el desarrollo de los déficits nutricionales puede presentarse con cambios metabólicos que acarrear disminución sustancial de la masa grasa y masa muscular, además, con la pérdida de apetito y, ocasionalmente, con una inadecuada absorción de nutrientes (Sosa, Suares, González, Otero & Cespedes, 2015).

Sobre el número de hijos de las madres y/o cuidadores el 42,3% tenían 2 hijos mientras que, el 38,5% tenía una familia numerosa entre 4 y 9 hijos.

En este sentido, se plantea que mientras se incrementa el número de hijos en un hogar disminuye la cantidad de recursos para sus miembros y, por tanto, la calidad de vida y bienestar. Resultados similares con estudios de Colombia, Ecuador y Perú (Marrugo-Arnedo, Moreno-Ruiz, Castro-Ávila, Paternina-Caicedo, Marrugo-Arnedo & Alvis-Guzmán, 2015).

Sobre la situación laboral destacan 52(66,7%) madres y/o cuidadores que trabajaban en tareas domésticas, otros, incluso, se encontraban desempleados, por lo cual se presume que no perciben ingresos formales y, por ende, se incrementa la vulnerabilidad de los niños en lo que respecta a recibir una alimentación saludable.

En consonancia con lo comentado previamente, mientras más integrantes tiene una familia se espera mayor hacinamiento, menos recursos destinados a la alimentación y a la educación, ya que muchos de ellos dejan de estudiar porque deben trabajar para poder subsistir, aspecto que se agudiza si se tiene en cuenta que la mayoría de las madres y/o cuidadores del estudio vivían en estrato 1, uno de los estratos más pobres en Colombia, al cual sus miembros están expuestos entre otros factores al poco acceso de servicios de agua potable y condiciones de saneamiento insalubres. En resumen, se evidencia que hay un alto índice de necesidades básicas insatisfechas, por lo que es altamente probable que se siga perpetuando el círculo de la pobreza. Los determinantes socioeconómicos encontrados son análogos a lo reportado sobre los déficits nutricionales en población infantil de Colombia (Ruiz, Franco, Góngora, Giron & Rodríguez, 2016).

Otro aspecto evaluado en el presente estudio fueron los conocimientos y las prácticas alimenticias de las madres y/o cuidadores, sobre el particular se hallaron datos importantes, entre ellos resaltan: el 59% de los niños recibieron lactancia materna entre 6 y 12 meses. Solo el 34,6% de las madres y/o cuidadores conocen la importancia de consumir arroz, quinua y trigo. Además, aunque el 44,9% expresó que es importante consumir frutas y verduras, gran parte de la muestra se limita en el consumo de estos alimentos (37,2% y 52,5%, respectivamente). Cifras parecidas en cuanto al poco, algunas veces o ningún consumo de productos lácteos (34,6%). Llama también la atención que el 73,1% y el 52,5% de las madres y/o cuidadores afirmó que consumen carnes rojas, pollo o pescado, respectivamente, pocas o algunas veces a la semana. De lo cual se infiere, que la razón por la cual no consumen este tipo de alimentos no es totalmente por la falta de

conocimiento sobre sus beneficios, el motivo probablemente sea más bien, porque no tienen el poder adquisitivo para adquirirlos.

Los presentes resultados concuerdan con estudios recientes que indican que a nivel mundial son muchos los niños en edad escolar que consumen muy pocas frutas y verduras, y demasiados alimentos poco saludables y con un alto contenido en grasas saturadas, azúcar, sodio y sal. En los países en vías de desarrollo, principalmente, en los hogares más pobres, la dieta de los niños consiste generalmente en algunos alimentos básicos entre ellos raíces o los tubérculos y cereales que contienen poca proteína (UNICEF, 2019).

La mitad de los niños del estudio consumían siempre sus alimentos en el colegio. De lo cual se pueden deducir dos aspectos, la preparación y suministro de los alimentos está a cargo del personal escolar y como la ingesta se realiza en el contexto educativo sus pares pueden fortalecer o debilitar sus prácticas alimenticias. En línea con estudios que afirman que las personas que más influyen en los hábitos alimenticios del niño van cambiando a medida que el niño va creciendo. En los primeros años son, generalmente, los padres y otros cuidadores; luego, el personal que está a cargo de las guarderías y las escuelas y, finalmente, los compañeros y los amigos en la edad escolar y la adolescencia (UNICEF, 2019).

Cuando están en casa la mitad de los niños del estudio consumen sus alimentos viendo la televisión, por otro lado, más de esta proporción (56,4%) no realiza otro tipo de actividad física fuera del contexto escolar.

Existen múltiples factores que influyen en el comportamiento tanto de los cuidadores como de la población infantil los cuales están estrechamente relacionados con la forma en que las familias y los niños adquieren y preparan la comida como también con la manera de alimentar y supervisar a los niños; muestra de ello son los conocimientos que tienen sobre la nutrición, los patrones de alimentación, la preferencia por los alimentos, el apetito y la frecuencia de actividad física. En congruencia con UNICEF (2019).

En lo que respecta a los conocimientos y prácticas sobre alimentación de las madres o cuidadores en relación con el índice de masa corporal de los niños, solo se encontraron diferencias significativas en la pregunta sobre los alimentos que consideraban contenían alto contenido de vitaminas y

minerales siendo la media más alta en el grupo de niños que presentaron riesgo de delgadez.

Es preciso mencionar que, aunque las edades tempranas son las más vulnerables (0-5 años), en cada etapa los niños tienen requerimientos nutricionales determinados que les permiten o entorpecen un desarrollo sano; estas necesidades nutricionales implican por tanto sus propios riesgos en períodos críticos del desarrollo. Por otro lado, es en la etapa escolar en la que los niños usualmente gastan más energía por cuanto tienen mayor interacción con diversos contextos, por lo cual, las necesidades alimenticias son diferentes.

La primera infancia es un período de crecimiento acelerado a nivel físico y del desarrollo cerebral. Una nutrición inadecuada y la exposición frecuente a enfermedades e infecciones durante estas etapas pueden tener secuelas que se evidenciarían en el rendimiento escolar, la salud y el bienestar durante toda la vida.

Todos los niños que participaron en el presente estudio se encontraban en la etapa escolar, hacerlos partícipes de la preparación de algunos alimentos bajo la debida supervisión de los padres, puede constituirse no solo en una experiencia enriquecedora sino también de disfrute que, además, les permite estrechar los vínculos afectivos con sus padres y/o cuidadores. Sobre el particular, refiriéndose a los niños mayores de 5 años estudios han señalado que cuando comienzan a asistir a la escuela primaria continúan configurándose sus hábitos alimenticios de por vida. Aunque mucha de la responsabilidad sobre la alimentación del niño recae generalmente en la familia y la escuela, en esta etapa ellos comienzan a asumir ciertas responsabilidades sobre su propia alimentación, en congruencia con UNICEF (2019).

Conclusiones

Los niños del estudio mostraron indicadores de riesgo de retraso en Talla para la Edad y Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla, además, se halló riesgos de delgadez, ambos con predominio en las niñas. Por lo que, cabría la posibilidad de que sufran un mayor deterioro en su salud física y cognitiva si no se les interviene prontamente. En este sentido se

sugiere implementar acciones nutricionales y psicoeducativas lo más pronto posible de tal forma que las repercusiones en cuanto a su estado nutricional no se agudicen, y las consecuencias futuras sean mayores. Y teniendo en cuenta que el índice de masa corporal es un indicador que se extrae con la edad en meses se recomienda hacer el seguimiento mensual. El asesoramiento en materia de nutrición permitiría influir en los cambios de hábitos y comportamientos a largo plazo, con el objetivo de promover alternativas y hábitos alimenticios más saludables y mejorar la nutrición

Las prácticas alimentarias se fundamentan en el consumo inadecuado de alimentos; no relacionado con la falta de conocimiento de parte de los padres y/o cuidadores, sino más bien con la falta de ingresos. De igual manera, influye en la alimentación aspectos culturales y del contexto, y las malas prácticas de los niños en el momento de la ingesta, como ver televisión, entre otros.

Los indicadores sociodemográficos, probablemente asociados con la delgadez en los niños serían: la falta de ingresos estables, familia numerosa, prevalencia de la economía informal como principal fuente de ingreso, bajo nivel educativo de los padres y los cuidadores. Asimismo, el hacinamiento de los hogares el cual generalmente se encuentra relacionado con muchas personas en condiciones de vulnerabilidad para las cuales, la alimentación básica no predomina. Además, la ingesta se basa en los alimentos que sus ingresos le permiten adquirir, aspectos, comunes a los hallazgos en toda Colombia y en América latina.

Los conocimientos sobre nutrición de los padres y cuidadores resultan adecuados en cuanto a los principios básicos de alimentación, pero el contexto y las condiciones económicas, no permiten que sean efectivos, como un factor protector en el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Vale indicar que los resultados de esta investigación proceden de niños de un solo centro de recuperación nutricional, por lo que pueden no ser replicables en otros centros, instituciones y regiones de Colombia, a no ser que los niños tengan características análogas, por ejemplo, de otras regiones de la costa colombiana, por las condiciones de socioeconómicas comunes a la población con desnutrición y riesgos de desnutrición.

Limitaciones

Una limitación importante del presente estudio está relacionada con su diseño; al ser de corte transversal no está clara la temporalidad de algunas variables, por lo cual solo se pueden inferir algunas asociaciones significativas y no una relación de causalidad. Pero los hallazgos no son nada desdeñables a la luz de los pocos datos publicados que relacionan estas tres variables con niños de la costa caribe colombiana. Más aún, estos hallazgos preliminares justifican la caracterización neuropsicológica de la muestra con déficits nutricionales y la formación de sus madres y/o cuidadores, dada las consecuencias que pudieran tener en el funcionamiento cognitivo de los niños.

Financiamiento

El presente estudio forma parte del proyecto de investigación “Caracterización Neuropsicológica de niños sanos, con desnutrición y en riesgo de desnutrición” financiado por la Universidad Cooperativa de Colombia.

Agradecimiento

Agradecemos a la Universidad Cooperativa de Colombia por permitirnos la ejecución del proyecto y a Children International Colombia por el acceso a la población e instalaciones de su sede en Santa Marta, Colombia. Nuestro más sincero agradecimiento también a todos los niños que desearon formar parte del estudio.

Referencias

- Asociación Española de Pediatría. Manual de Lactancia Materna. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2015. 504 p.
- Alvis Zakzuk, N. J., Castañeda Orjuela, C., Díaz Jiménez, D., & De la Hoz Restrepo, F. (2019). Factores asociados a la desnutrición en La Guajira, Colombia. *Panorama económico*, 27(3), 675-688. https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/10223/ART%c3%8dCULO%205_NO.3%20%281%29%28675-688%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- CEPAL y UNICEF. (2018). El derecho a la alimentación saludable de los niños y niñas de América Latina y el Caribe. Desafíos: Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. Nro. 21. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/43369-derecho-la-alimentacion-saludable-ninos-ninas-america-latina-caribe>
- FAO y OPS. (2017). Panorama de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile. Disponible en http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/FAO-countries/Uruguay/docs/PANORAMA_2017.pdf
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). Niños, Alimentos y Nutrición. Unicef. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/8441/file/PDF%20SOWC%202019%20ESP.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. Informe del evento mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años, Colombia 2017. Disponible en <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/MORTALIDAD%20POR%20Y%20ASOCIADA%20A%20DESNUTRICION%20EN%20MENORES%20DE%20CINCO%20A%C3%91OS%202017.pdf>
- Marrugo-Arnedo, C., Moreno-Ruiz, D., Castro-Ávila, R., Paternina-Caicedo, Á., Marrugo-Arnedo, V., & Alvis-Guzmán, N. (2015). Determinantes sociodemográficos de la nutrición infantil en Colombia. *Salud Uninorte*, 31(3), 446-457.
- Martínez, R., Fernández, A y colaboradores. (2006). Modelo de análisis del impacto social y económico de la desnutrición infantil en América Latina, serie Manuales, N°. 52 (LC/L.2650-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal). Naciones Unidas.
- Ministerio de Educación de Colombia. (2020). Programa de Alimentación Escolar (PAE). Disponible en: https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-propertyvalue-55307.html?_noredirect=1
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
- Neufeld, L., Rubio, M., & Gutiérrez, M. (2012). Nutrición en Colombia II: Actualización del estado nutricional con implicaciones de política. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Protección Social y Salud. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/publicacion/15375/nutricion-en-colombia-ii-actualizacion-del-estado-nutricional-con-implicaciones>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, OPS-OMS. (2017, 10 de octubre). Aumento del hambre en América Latina y el Caribe aleja la posibilidad de erradicarla para 2030. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13790:eradicatinghunger-in-latin-america-and-the-caribbean-by-2030-is-becoming-increasinglyunlikely&Itemid=1926&lang=es
- Paredes, Y. (2013). Caracterización de memoria y atención en niños escolarizados con desnutrición crónica. *Universidad y Salud*, 15(2), 165-175.
- Ruiz Gómez, F., Franco Restrepo, C., Góngora Salazar, P., Giron Vargas, S. L., & Rodríguez Norato, C. (2016). *Desnutrición infantil en Colombia: Marco de referencia* (No. 015049). Ministerio de Salud y Protección Social.
- Sosa, M., Soares, D., González, S., Otero, Á., & Cespedes, S. (2015). Caracterización de niños de hasta 9 años con desnutrición proteicoenergética. *Medisan*, 19(2), 180-185.
- Velásquez, C., Bermúdez, J., Echeverri, C., & Estrada, A. (2011). Clasificación de niños colombianos con desnutrición según la referencia NCHS o el estándar OMS. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 61(4), 353-360.
- Velilla Cañabate, E. (2010). *Evaluación nutricional de niños menores de 13 años de la República Dominicana* (tesis doctoral). Universidad de Granada, España.

Capítulo 4



Técnica DICATI para disminuir síntomas de ansiedad en niños: caso de la Institución Educativa Técnico Industrial Antonio Prieto Sincelejo-Sucre

Daniela Doria Dávila¹, Mirella Manjarrés Rodelo²

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo evaluar el efecto de la técnica DICATI en la disminución de síntomas ansiosos en niños de 9 a 12 años. Esta técnica fue diseñada por las autoras de este manuscrito con el fin de aportar al fortalecimiento de la salud mental de los niños a través de la disminución de los síntomas de ansiedad, los cuales pueden causar dificultades en el adecuado desarrollo de los menores. Esta técnica se compone de ejercicios para el manejo y reconocimiento de las emociones, actividades de relajación progresiva, relajación dinámica y respiración guiada. Toma como referentes teóricos los métodos de relajación de Koeppen (1993) y Jacobson (1930) y vincula actividades dinámicas diseñadas por las presentes autoras. La metodología que se utilizó fue de tipo cuantitativo, cuasiexperimental, con un diseño de grupo pretest-postest (debido a que se obtuvo una medida de los síntomas ansiosos antes y después de la intervención con la técnica DICATI). Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sociodemográfico para identificar las características de la población y Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED) para medir los síntomas de ansiedad. Se conformaron tres grupos caso y un grupo control, en donde a los tres grupos caso se les aplicó la técnica y al grupo control no se le aplicó la técnica. Los resultados evidencian una disminución significativa de los síntomas

1 Psicóloga. Corporación Universitaria del Caribe CECAR. Correo: daniela.doria@cecar.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3370-826X>

2 Psicóloga. Corporación Universitaria del Caribe CECAR. Correo: Mirellamanjarres@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6820-2376>

en uno de los tres grupos caso luego de la aplicación de la técnica. Esto permite concluir que la técnica DICATI fue eficaz en la disminución de síntomas ansiosos en los niños.

Palabras clave: ansiedad, técnica DICATI, manejo de emociones, relajación, respiración, niños.

DICATI technique to reduce anxiety symptoms in children: case of the Institución Educativa Técnico Industrial Antonio Prieto Sincelejo-Sucre

Abstract

The objective of this study is to evaluate the effect of the DICATI technique in the reduction of anxiety symptoms in children from 9 to 12 years old. This technique was designed by the authors of this manuscript, with the purpose of contributing to the strengthening of the mental health of children through the reduction of anxiety symptoms, which can cause difficulties in the adequate development of children. This technique consists of exercises for the management and recognition of emotions, progressive relaxation activities, dynamic relaxation and guided breathing. For its part, it takes as theoretical references the methods of relaxation of Koeppen (1993) and Jacobson (1930) and links dynamic activities designed by the present authors. The methodology used was quantitative, quasi-experimental, with a pretest-posttest group design (because a measure of the anxious symptoms was obtained before and after the intervention with the DICATI technique). The instruments used were a sociodemographic questionnaire to identify the characteristics of the population and Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED) to measure anxiety symptoms. Three case groups and a control group were formed, where the technique was applied to the three case groups and the control group was not. The results show a significant decrease in symptoms in one of the three case groups after the application of the technique. This allows us to conclude that the DICATI technique was effective in reducing anxious symptoms in children.

Keywords: anxiety, technique DICATI, relaxation, breathing, children.

Introducción

A nivel global, entre 10 y 15 niños, niñas y adolescentes de cada 100, presentan problemas o trastornos mentales, en América Latina y el Caribe las cifras son similares —prevalencia del 12,7% al 15%— (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2018); en este sentido, también se presentan cifras importantes en cuanto a los cuadros de ansiedad presentados en los niños.

Según el MSPS, se ha evidenciado que el caso de ansiedad más frecuente en esta población es el de ansiedad por separación en la niñez, y los casos menos frecuentes son ansiedad fóbica en la niñez y ansiedad social en la niñez (MSPS, 2018). En el estudio de Argumedos *et al.* (2014), se indica que la prevalencia de ansiedad puede variar entre un 8.9 % y un 25.2%.

Para Axelson y Birmaher (2001), los jóvenes ansiosos y los jóvenes deprimidos comparten un estilo cognitivo marcado por un sesgo negativo en el procesamiento de la información. Los trastornos de ansiedad y depresión suelen ser comórbidos en niños y adolescentes: alrededor del 25–50% de los jóvenes deprimidos tienen trastornos de ansiedad comórbidos y alrededor del 10–15% de los jóvenes ansiosos tienen depresión (Axelson y Birmaher, 2001).

Por su parte, es importante reconocer la ansiedad como esa manifestación normal del desarrollo en la primera infancia, pues esta sirve como mecanismo de defensa ante situaciones adversas o de riesgo a las que se enfrentan los menores, sin embargo, cuando se vuelve incapacitante o afecta el normal desarrollo del individuo, se convierte en un problema (Argumedos *et al.*, 2014).

Estos síntomas, a medida que avanzan, pueden afectar el desempeño de los menores en los diversos aspectos de su vida, si no se tratan o mejoran a tiempo pueden ocasionar un trastorno específico, que va a tener una implicación directa en la salud mental de los futuros adultos, es así como dándoles solución a temprana edad logramos impedir que los síntomas avancen y ocasionen el desarrollo de una problemática mayor (Argumedos, *et al.*, 2014).

Por tal motivo, según Lozano-González y Lozano-Fernández (2017), una de las razones fundamentales para abordar y tratar esta problemática, es el enorme efecto negativo que ejercen algunos síntomas internalizantes como la ansiedad sobre los aspectos de la vida humana que impactan en gran medida el contexto social, personal y académico de las personas.

De igual manera, el contexto familiar hace parte de ese ámbito del ser humano que le permite socializar con otros, desarrollar su personalidad y aprender a regular los estados emocionales (Lozano-González & Lozano-Fernández, 2017). Se hace necesario reconocer la importancia de este ámbito de la vida, pues proporciona un adecuado funcionamiento al ser humano, actuando como agentes protectores frente a los problemas de ansiedad.

A su vez, el entorno donde se desenvuelve el infante, el estado socioeconómico, las relaciones sociales, familiares o acontecimientos vitales hacen parte de las diversas causas que influyen en la presencia de síntomas de ansiedad. La literatura muestra cómo la exposición a los acontecimientos vitales estresantes (AVE) puede incrementar los síntomas internalizantes de tipo ansioso en los menores (Estévez *et al.*, 2012; Matos *et al.*, 2015; Mitchell *et al.*, 2015; y Guerra & Morales, 2006). En este sentido, los resultados de la investigación realizada por Rey-Bruguerá *et al.* (2017) se encaminan en la misma dirección; debido a que estos evidenciaron una alta relación entre los AVE del contexto familiar y la sintomatología internalizante y externalizante en los niños.

Castillo, *et al.* (2015) también llevaron a cabo una investigación donde examinaron la relación entre los cuidados parentales y la presencia de síntomas internalizantes en estudiantes de 8 a 16 años de la ciudad de Sincelejo. En términos generales, a partir de los datos arrojados, ahora se sabe que el estilo de crianza más frecuente en la muestra sucreña estudiada fue el compromiso, seguido de la disciplina y luego de la autonomía y de la comunicación, mientras que los estilos de crianza que más correlacionaron con síntomas de ansiedad fueron el compromiso, la distribución de roles y la deseabilidad.

Al analizar las asociaciones existentes entre el desarrollo de habilidades sociales de los niños, las niñas y adolescentes con relación al estilo de crianza de los progenitores y el desarrollo de sintomatología internalizante, se logran descubrimientos tales como: el deseo de los padres

se relaciona con elevados niveles de ansiedad; padres con preocupación por el papel de los hijos en la escuela y en el barrio y por lucir como buenos padres, podrían influenciar conductas ansiógenas en los niños y adolescentes. Además, se encontró que el compromiso es el estilo de crianza más utilizado, pero a su vez es el que mayoritariamente se relaciona con la presencia de sintomatología ansiosa en los niños y adolescentes de la población (Castillo, *et al.*, 2015).

De igual forma, en investigaciones como la de Gómez-Ortiz *et al.* (2017), que examinan la relación existente entre la ansiedad infantil, el divorcio de los progenitores y la conflictividad parental se evidencia como resultado que el grado de conflictividad entre los padres determina la presencia de diferentes grados de ansiedad en los infantes, presentándose mayormente en las niñas. De esta manera, se da a conocer la importancia de lograr una relación armónica entre los progenitores de los niños, pues esto, de acuerdo con el estudio, se muestra bastante influyente en el desarrollo de síntomas de ansiedad en los menores.

Por otro lado, se destaca la importancia de diseñar programas o herramientas que permitan tratar los síntomas de ansiedad en edades tempranas del desarrollo, así como muchos de los estudios realizados y que han mostrado su eficacia en la implementación de este tipo de programas, se hace necesario seguir implementando estas estrategias para el fortalecimiento de la salud mental, pues tal y como García-Velandia *et al.* (2016) lo expresan en su estudio, la creación de productos para la intervención en problemáticas infantiles, expresada a través de juegos didácticos, es de gran ayuda para la disminución de la sintomatología ansiosa en niños, ya que estos logran mejorar la adaptabilidad al medio, mejorar relaciones parentales, solucionar problemas de la vida diaria, adquirir habilidades que se requieren en cualquier contexto y el tipo de respuesta que se da ante sucesos cotidianos, logrando así un aumento en la calidad de vida de los niños y eficaz desarrollo y afrontamiento en todas sus áreas de ajuste (García-Velandia *et al.*, 2016).

En este sentido, es importante destacar algunos de los estudios realizados en la actualidad, que vinculan algunas terapias o programas para abordar los síntomas de ansiedad en niños y jóvenes, así como también, la existencia de antecedentes en relación con la funcionalidad y eficacia de programas en relajación y respiración para disminuir la sintomatología

ansiosa. A continuación, se presenta una serie de investigaciones realizadas en estas líneas de trabajo.

Inicialmente se destaca el trabajo de Ortega-Hernández *et al.* (2017), los cuales implementaron un programa de intervención para disminuir la ansiedad ante situaciones evaluativas presentada en los estudiantes de grado once de una institución educativa en el municipio de Sincelejo, el programa constaba de técnicas como: psicoeducación, entrenamiento en respiración diafragmática, técnica de distracción, técnicas de relajación progresiva, entrenamiento autógeno, técnica imaginaria y entrenamiento en autoinstrucciones; los resultados mostraron que los niveles de ansiedad disminuyeron después de la intervención con el programa.

No obstante, Flórez y Gonzáles (2016) midieron la validez de una terapia de yoga infantil y de una terapia psicológica grupal breve en la reducción de síntomas de ansiedad en niños de edades entre 7 a 11 años, lo que indicó que se obtuvo una disminución significativa con ambas terapias para los síntomas ansiosos en la población específica, mostrando así otra clara evidencia de la funcionalidad de la aplicación de este tipo de técnicas.

Burgos *et al.* (2006), publicaron un estudio en el cual, buscaban valorar la funcionalidad del aprendizaje grupal de las técnicas de relajación y respiración controlada y técnicas cognitivo-conductuales, para reducir la ansiedad. Utilizaron un diseño pre-post intervención descriptivo longitudinal, en un centro de salud, con un número de 117 pacientes, de octubre de 1997 a junio de 2004, la intervención se realizó en talleres de 8 sesiones, en 2 meses, que incluía entrenamiento en respiración, técnicas de relajación (de Jacobson y entrenamiento autógeno de Schultz) y técnicas cognitivas (afrentamiento de estrés, resolución de problemas). Los resultados concluyeron que los talleres de relajación pueden ser bastante funcionales en la atención temprana de la disminución de la ansiedad y la depresión.

En la atención primaria y especializada es muy frecuente que se presenten trastornos de ansiedad, a su vez, las terapias de relajación son una buena opción, pues se muestran de manera alternativa a la psicofarmacología (Soriano, 2012). En la investigación llevada a cabo por Soriano (2012), de tipo cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo, se buscaba conocer si los pacientes con ansiedad se beneficiarían de las terapias de relajación.

Se escogió a pacientes con diagnósticos de ansiedad del Centro de Salud Mental Infante (Murcia), la investigación se llevó a cabo desde diciembre del 2009 hasta marzo de 2010. Los resultados arrojaron, que los talleres de técnicas de relajación funcionan en la disminución de ansiedad en atención especializada, resaltando que son más eficaces con los pacientes que padecen ansiedad que no toman medicamentos.

Teniendo en cuenta todo lo descrito anteriormente, se resalta que la ansiedad hace parte del grupo de problemas internalizantes que poseen una alta prevalencia en la población infanto-juvenil (Diler, *et al.*, 2004); por lo cual, se hace necesario explicar algunas de las características y descripciones que nos ofrece el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V), con el fin de comprender mejor las manifestaciones de estos síntomas.

El DSM-V define la ansiedad como una variación de conducta que se asocia a una respuesta anticipatoria de amenazas futuras; a diferencia del miedo, que se muestra como un resultado a nivel emocional ante una amenaza, que puede ser real o imaginaria. Es evidente que ambas respuestas tienen la misma finalidad, aunque también se pueden diferenciar.

El miedo se encuentra asociado con la activación automática necesaria para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, mientras que la ansiedad se relaciona más con la tensión en los músculos, atención con respecto a un futuro peligro, además de presentar conductas cautelosas o de tipo evitativas. En ocasiones estos se ven reducidos por comportamientos evitativos generalizados. Las crisis de pánico son un ejemplo de un tipo particular de respuesta al miedo; estas se presentan principalmente con los trastornos de ansiedad (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Muchos de los trastornos de ansiedad se desarrollan en la infancia y tienden a persistir si no se tratan. La mayoría aparece, más frecuentemente, en mujeres que en varones. Hay que tener en cuenta que cada trastorno de ansiedad se diagnostica solo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia /medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental.

Tal como lo especifica el manual, existen diversos tipos de ansiedad, los cuales, a su vez, ocasionan un tipo particular de trastorno; el DSM-V

los agrupa de la siguiente forma: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social o fobia social, trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada; algunos de estos trastornos son más frecuentes en la infancia que otros (APA, 2013).

En este contexto, se resalta la importancia de conocer los criterios diagnósticos de cada tipología y contar además con herramientas de evaluación especializadas que permitan identificar adecuadamente el diagnóstico de ansiedad en niños, por tal motivo el presente estudio realiza su análisis y abordaje a partir de la sintomatología presente y no de un trastorno clínicamente establecido.

Ahora bien, se debe entender en qué consiste la técnica DICATI y el papel que juega en esta investigación. La técnica DICATI ha sido diseñada por las autoras de este trabajo, está constituida por un conjunto de técnicas que buscan lograr con su implementación, la disminución de síntomas ansiosos en niños para fortalecer su salud mental. Está compuesta por una serie de actividades que se basan en el reconocimiento emocional, relajación progresiva, juegos de relajación dinámica, respiración guiada, además, cuenta con una serie de dinámicas que permiten lograr una activación mental antes de iniciar cada una de las actividades y diferentes técnicas establecidas.

La técnica de DICATI, cuenta con diversos temas que se describen y detallan a lo largo de tres fases de trabajo que la componen (Fase I, Fase II y Fase III): la Fase I propone una serie de dinámicas que ayudan a conectar a los niños con el trabajo que se va a realizar, son juegos de activación mental que se pueden aplicar en diferentes espacios, con los cuales se busca motivar a los participantes; la Fase II consiste en explicar qué son las emociones, enseñar a identificar cada una de ellas, reconocer su importancia, además de mostrar la relación que tienen estas, con el manejo de la ansiedad y depresión, y cómo podemos aprender a controlarlas; la Fase III consta de la implementación de técnicas de relajación y respiración, entendiendo cuál es la manera adecuada para respirar y trabajar las técnicas propuestas, teniendo en cuenta que la aplicación de estas se realizará de forma práctica y lúdica.

Esta técnica toma como referentes teóricos la técnica de relajación de Koeppen (1993) y Jacobson (1930), la primera consiste en que los menores

aprendan a reconocer en ellos mismos el nivel de tensión muscular que sienten en cada parte de su cuerpo, para así poder relajarse por medio de la tensión y distensión de los músculos, teniendo en cuenta que esto se hace de manera dinámica y por medio de juegos (López, 2016).

Por su parte, la técnica de Jacobson consiste en tensionar y relajar los grupos musculares controlando así la respiración empleada, reduciendo los niveles de estrés y tensión en el cuerpo (Maldonado, 2017). Además, se agregaron ejercicios nuevos y dinámicos, que se complementaron muy bien con el trabajo de estos dos autores. Cabe resaltar que esta técnica se aplica de manera grupal y se implementa con el apoyo y acompañamiento de los padres, así como de los docentes a cargo de los niños, debido a que ellos realizan en casa y en el aula de clase algunos ejercicios que se les enseñan para que, dado el caso, si los niños se sienten estresados o muestren conductas de irritabilidad, los cuidadores y docentes sepan cómo enfrentarse a esta situación difícil que vincula el aspecto emocional de los menores.

Lo descrito anteriormente pone de manifiesto la importancia de llevar a cabo esta investigación, pues genera un impacto positivo en los menores, en cuanto a la disminución de la sintomatología internalizante enfocada en ansiedad. A su vez, brinda la oportunidad a docentes y cuidadores de contar con una herramienta que puede ser implementada ante situaciones de estrés que presenten los menores, además, contribuye a la comunidad científica terapéutica en la presentación de nuevas estrategias de intervención basadas en relajación progresiva, juegos de relajación dinámica, respiración guiada, y reconocimiento de emociones.

A continuación, se presenta el objetivo del presente estudio, el cual busca evaluar el efecto de la Técnica DICATI en la disminución de los síntomas ansiosos en niños de 9 a 12 años de la Institución Educativa Técnico Industrial Antonio Prieto en la ciudad de Sincelejo-Sucre.

Método

Diseño

La presente investigación fue desarrollada a través del paradigma positivista, de enfoque cuantitativo; estructurada de manera procedimental en la literatura, se construyó simultáneamente el marco o perspectiva teórica, remitiéndose a su vez, a conteos numéricos y métodos matemáticos (Hernández-Sampieri, *et al.*, 2014).

El tipo de investigación que se trabajó fue cuasiexperimental; debido a la ausencia de la aleatorización de la población y a la manipulación de la variable independiente. Así mismo, el tipo de diseño cuasiexperimental que se implementó fue el diseño de grupo pretest-postest; que se caracteriza por la existencia de una medida previa a la intervención (pretest) y una medida posterior a la intervención (postest) (Ato-García y Vallejo-Seco, 2015).

Población y Muestra

La población inicial con la que contó el estudio era de 64 participantes, de los cuales se obtuvo una muestra intencional de 38 estudiantes, debido a que estos fueron los niños que presentaron altos niveles de síntomas ansiosos. Los niños fueron divididos en 4 grupos: 3 grupos caso o experimentales y 1 grupo control, asignados de la siguiente forma:

El grupo caso 1, estaba conformado por 11 participantes; el grupo caso 2, contó con 9 participantes; el grupo control, estaba conformado por 18 estudiantes y el grupo caso 3, obtuvo sus 8 participantes de los miembros del grupo control que no habían sido trabajados en el primer momento del estudio (se debe tener en cuenta que el estudio se desarrolló en distintos momentos, estos se detallan en la descripción del procedimiento).

Por otra parte, se destaca que en esta investigación se vinculó de manera directa a los padres de familia y docentes de los niños participantes, lo que equivale a 38 padres de familia y a 10 docentes de los cursos donde se encontraban los menores del estudio. Estos adultos eran los encargados de apoyar a los niños si llegaban a necesitar soporte emocional en la escuela o sus casas respectivamente.

Instrumentos

A continuación, se describen los instrumentos empleados en esta investigación, a fin de alcanzar los objetivos de la investigación.

- *Encuesta sociodemográfica*: la encuesta de datos sociodemográficos es un método de recolección de información aplicada a una persona o población determinada. Así mismo, son utilizadas para la recolección de datos referidos principalmente al componente personal, estas incluyen preguntas relacionadas con el estado civil, edad, género, nivel de escolaridad entre otros (Figueroa & Trejo, 2003).
- *Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED)*: busca medir síntomas de ansiedad en niños de 8 a 12 años, está conformado por 41 ítems y usa la escala de tipo Likert con las siguientes opciones de respuesta (0= nunca o casi nunca, 1= algunas veces, 2= frecuentemente, casi siempre). La puntuación total es derivada de la suma de las respuestas, la cual puede variar de 0 a 82. Los autores señalaron un punto de corte de 25, óptimo para la población clínica de los Estados Unidos (Romero-Acosta et al., 2010).

El instrumento fue desarrollado con base a la experiencia clínica y al DSM-IV, dentro del estudio factorial, los autores encontraron los siguientes factores: ansiedad generalizada, pánico/somático, ansiedad de separación, fobia social y escolar; este ha sido validado y traducido en población española por Domènech-Llaberia y Martínez (2008), presentando una buena fiabilidad: alfa de Cronbach global de 0,83; por factores de 0,44 a 0,72 y fiabilidad test-retest de 0,72 (Birmaher, et al., 1999). Al momento de desarrollar la investigación se encontraba en proceso de validación para la población colombiana este instrumento.

Procedimiento

Inicialmente se seleccionó la muestra de trabajo de manera intencionada, pues los niños debían presentar síntomas de ansiedad y estar en el rango de 9 a 12 años, se les aplicó el cuestionario sociodemográfico y el SCARED, de esta manera se establecieron los participantes del estudio: aquellos que presentaron altos índices de síntomas ansiosos se agruparon

como grupo caso o experimental (tres grupos caso) y como grupo control (un grupo control).

A los niños del grupo caso se les aplicó la técnica DICATI, mientras que a los del grupo control no se les aplicó la técnica. Posterior a esto, se volvió a aplicar el SCARED para ver si los síntomas se habían reducido en los niños a los que se les aplicó la técnica DICATI. Este último punto indicaba si la técnica había sido eficaz en la reducción de los síntomas ansiosos.

Por su parte, el estudio se llevó a cabo en dos momentos, en el primero se intervinieron el grupo caso 1 y 2, poniendo a prueba por primera vez la técnica DICATI. Se observó que los síntomas ansiosos no disminuyeron de manera significativa a nivel estadístico, lo cual, hizo que se analizara y replanteara qué pudo haber incidido en los resultados. Es entonces cuando se pone a consideración vincular a los padres y docentes de forma más cercana y directa al estudio, no solo pedirles el consentimiento informado, sino también, que conocieran en qué consistía exactamente el trabajo, adicionalmente, que aprendieran cómo apoyar desde casa y desde la escuela el proceso.

En el segundo momento de la investigación, se implementa la técnica DICATI con el grupo caso 3, se tiene en cuenta la participación de los padres y docentes, llevando a cabo tanto reuniones como sesiones conjuntas entre padres de familia, docentes y niños. Una de las sesiones conjuntas (padres e hijos), buscaba generar sentimientos positivos y un ambiente de tranquilidad y confianza entre los participantes. Esta sesión se realizó a la mitad del tratamiento. Por su parte, en la reunión de finalización del tratamiento, se socializó a padres y docentes los resultados del trabajo desarrollado con los niños y se dejaron pautas para que ellos las pudieran seguir implementado.

Los adultos que participaron en el estudio (padres y docentes), actuaron como apoyo para los niños, se mostraron comprensivos con la situación que estaban viviendo y además se les orientó para que implementaran la semana del buen trato. También, se les enseñó algunas técnicas de relajación y manejo emocional que podían implementar de manera fácil en casa o en la escuela, para que, dado el caso, si los niños, una vez finalizado el estudio, se sentían de nuevo estresados, ansiosos o no

recordaban cómo manejar sus emociones, los adultos los pudieran guiar, poniendo en práctica algunos de los ejercicios de la técnica DICATI.

La técnica DICATI fue diseñada por las autoras de este capítulo, se puso a prueba su eficacia en la disminución de síntomas ansiosos en niños por medio de la presente investigación. Se compone de 10 sesiones con una duración de 45 minutos cada una, todos los grupos intervenidos recibieron el mismo número de sesiones. A continuación, se detalla la estructura y contenido de cada sesión de trabajo.

Sesiones de trabajo técnica DICATI

SESIÓN I

Descripción	Materiales
<p>1. Presentación con actividad rompe hielo (“pareja numerada”, Fase I activación mental): los niños deben colocarse en pareja y deberán presentarse (decir sus nombres), luego deberán buscar una pareja que será la pareja número dos, nuevamente se presentan, se vuelven a cambiar de pareja cuando el instructor lo indique; ellos tendrán que recordar los nombres y los rostros de sus compañeros, con sus respectivos números. Este ejercicio se repite 6 veces para que los niños encuentren 6 parejas con las cuales deben encontrarse, según la instrucción del guía del ejercicio, ejemplo: “Niños, ahora deben buscar a su pareja número 3, ahora a su pareja número 1”, y así sucesivamente, aumentando la velocidad del juego.</p> <p>2. Explicación de los temas a tratar durante la semana: además se indicará que este es un espacio donde aprenderemos a escuchar, habrá diversión, relajación a través de la respiración y relajación muscular.</p> <p>3. Reconocimiento de emociones: se explica en qué consisten las emociones, cómo identificarlas, asimismo, cómo influyen en el manejo del estrés y la ansiedad.</p>	<p>Salón grande y cómodo, imágenes alusivas a las emociones, video beam, colchonetas.</p>

Sesiones de trabajo técnica DICATI

SESIÓN II

Descripción	Materiales
<p>1. Desarrollo de actividades de activación mental, ejercicio “las palmadas” y “seguir indicaciones”. Con respecto a <i>las palmadas</i>, los niños deberán buscar una pareja con la cual realizarán el siguiente ejercicio, deberán contar palmadas, iniciarán con una palmada y un choque entre ellos, luego aumentan a dos palmadas, y otro choque de las dos manos entre ellos, aumentan a tres palmadas y nuevamente un choque de ambas manos entre ellos, para repetir nuevamente el proceso, pero esta vez irán disminuyendo (de tres pasan a dos y de dos pasan a uno, para volver a empezar). Este ejercicio se repite tantas veces sea necesario, con el fin de desarrollar la atención y la concentración en los niños. <i>Con respecto a seguir indicaciones</i>, los niños deberán hacer una ronda entre ellos, se les indica que caminen por el lugar en diferentes sentidos, sin seguir a nadie, cada uno va a caminar por donde desee, luego se lanza una indicación al aire mientras ellos se encuentran caminando por el espacio, la primera indicación es:</p> <ul style="list-style-type: none">• Deben hacer grupo de tres. Siguen caminando por el espacio, ahora van a caminar lo más rápido que puedan, pero sin correr. Ahora deben abrazar a un compañero. Continúan caminando por el espacio. En estos momentos deben tocar la oreja derecha de un compañero con su pie derecho. Deben tocar con la nariz algo de color rojo. <p>Si es necesario decir otros objetos o mencionar otras cosas, se puede hacer de acuerdo con las necesidades de los niños y adecuación del espacio.</p> <p>2. Desarrollo Fase II. “Jugando y hablando con mis emociones”: explicación de la relación de las emociones con los colores y como estas las podemos expresar de distintas maneras, se lleva a cabo el ejercicio “mi propio reflejo”.</p> <p>3. Conversatorio: conclusiones de los niños acerca de las actividades desarrolladas.</p>	<p>Salón grande y cómodo, imágenes alusivas a las emociones, pintucarita, pañito húmedo, sonido, aromas, colchonetas.</p>

Sesiones de trabajo técnica DICATI

SESIÓN III

Descripción	Materiales
<p>1. Desarrollo activación mental “<i>araña en nuestro cuerpo</i>” y “<i>casa casa</i>”.</p> <p><i>Araña en nuestro cuerpo</i>: sacudiremos nuestro cuerpo al ritmo de la música, en nuestro cuerpo hay una araña y hay que hacerla caer, cada vez más aumenta el ritmo de la música y hay que sacudir más rápido.</p> <p><i>Casa casa</i>; enumeraremos a los niños del 1 al 2, luego los #1 hacen un círculo y se tomaran de las manos, los #2 hacen otro círculo fuera del círculo 1; tomados de las manos (la idea es que se queden mirando los 1 y los 2 desde sus círculos), encontrarán un compañero, el cual será su pareja, se deberán presentar (sus nombres) y ese compañero será con quien harán los siguientes ejercicios. Ejercicios: <i>Mico a sus palos, bella durmiente, show, ratones a sus madrigueras</i>. Para eso deberán girar los del círculo 1 a su derecha y los del círculo 2 a su izquierda mientras se les va diciendo el siguiente estribillo: casa casa casa casa casa... Cuando se les ordene, deberán hacer los ejercicios con su respectiva pareja.</p>	<p>Salón libre, música, ropa cómoda diapositivas, video beam.</p>
<p>2. Hacer un breve <i>recorderis</i> del tema de las emociones: se pregunta a los niños quién recuerda lo que se vio en la sesión pasada.</p>	
<p>3. Desarrollar el tema de la relajación: se explica que puede ser de distintas formas y que ellos trabajan dos; una a través del estiramiento de los músculos y otra a través de la respiración.</p>	
<p>4. Abordar solo la relajación de tensión y distensión de músculos (Fase III método de relajación de Koeppen): se desarrolla el ejercicio del <i>juego del limón, el gato perezoso, la tortuga que se esconde</i>.</p>	
<p>5. Se finaliza con un conversatorio de los niños sobre cómo se sintieron.</p>	

Sesiones de trabajo técnica DICATI

SESIÓN IV

Descripción	Materiales
1. Desarrollo activación mental “ <i>codo-rodilla</i> ” y “ <i>el rey ordena y yo desordeno</i> ”.	Salón libre, música, ropa
2. Hacer un breve <i>recorderis</i> del tema de la relajación: preguntando a los niños quién recuerda lo que se vio la sesión pasada.	cómoda.
3. Importancia de la respiración: Hablarles a los niños acerca de la importancia de la respiración como método para lograr relajarnos y disminuir la ansiedad, enseñar la forma de respiración diafragmática; llenar nuestros pulmones hasta el fondo.	
4. Abordar la técnica de relajación de Jacobson, con la técnica del árbol: Los niños van a hacer un árbol grande y frondoso; pero para esto primero deberán ser una semilla pequeña. Esta técnica consiste en mantener una respiración estable y nuestros músculos relajados.	
Pasos para su aplicación:	
Con atención escucharán las indicaciones que se le irán dando y deberán seguir paso a paso, si lo hacen correctamente llegarán a ser un árbol grande.	
• Se indicará una actividad que consistirá en concentrar muy bien a cada participante.	
• Con música instrumental de fondo se da inicio. Seremos una semilla la cual se sembrará.	
• Cerraremos nuestros ojos e imaginamos ser una pequeña semilla, agachaditos todos, escuchamos las ramas de otros árboles moverse y nosotros como semillas tomaremos oxígeno para crecer.	
• Vamos cambiando de postura (la semilla va creciendo), vamos estirando nuestras rodillas.	
• Expulsamos oxígeno y tomamos una vez más, vamos estirando nuestra espalda, luego nuestra cabeza.	
• Nuestro árbol quiere ser muy frondoso, y crece una rama, extendemos nuestro brazo derecho, luego nuestro brazo izquierdo.	
• Al finalizar el árbol se encuentra en una postura sostenida en una sola pierna con nuestras ramas extendidas.	

Sesiones de trabajo técnica DICATI

- Pero una fuerte brisa nos lleva al suelo, y terminamos con una respiración profunda. Salón libre, música, ropa cómoda.
5. Concluir con un conversatorio entre los niños para expresar como se sintieron con la actividad.
-

SESIÓN V

Descripción	Materiales
<p>1. Desarrollo actividad rompe hielo “el fantasma Gasparín”: se hace un círculo y se debe repetir lo mismo que el animador dice: se canta “el fantasma Gasparín acompañado de las palmas, el mismo que el tren piso, hay pobrecito Gasparín, la manito le quedo así (torcida)”, y se continua con todas las extremidades del cuerpo, al finalizar se muerde la lengua y se canta la canción de esa forma caminando por el espacio.</p> <p>2. Desarrollar método de relajación de Koeppen y Jacobson, con los ejercicios congelados, pasando la cerca, el péndulo, el globo rojo y el globo.</p> <p><i>El Globo:</i> Esta técnica consiste en relajar la mente y el cuerpo de los niños, aquí juega mucho la música y los olores agradables.</p> <p>Paso para su aplicación:</p> <ul style="list-style-type: none">• Música instrumental y olores agradables.• Nos ubicaremos en pareja.• Primeramente uno deberá ayudar en el ejercicio del otro compañero.• Estaremos acostados en unas colchonetas, tratando de oler ese aroma que está en esa habitación, iremos cerrando nuestros ojitos para concentrarnos en nuestras fosas nasales, mientras el ritmo de nuestra respiración va cambiando.• Cuando ha pasado cierto tiempo, el compañero tomará el globo que estará un poco pesado por tener agua dentro. Lentamente lo va pasando por sus piernas, brazos, abdomen, repetidamente.	<p>Salón cómodo y grande, música, ropa cómoda, globos llenos de agua.</p>

Sesiones de trabajo técnica DICATI

- Mientras esto ocurre, trabajaremos con la imaginación del chico que recibe el ejercicio, recordándole que debemos estar concentrados en nuestras fosas nasales con nuestra respiración.
3. Se finaliza con un conversatorio de los niños sobre cómo se sintieron.
-

SESIÓN VI

Descripción	Materiales
1. Desarrollo Fase III con el ejercicio de la vela, luego el ejercicio de distintas texturas (ver la Fase III de la Guía Técnica DICATI).	Espacio amplio, ropa cómoda, vendas para los ojos, texturas.
2. Al finalizar se hace una retroalimentación de la experiencia vivida por los niños.	

SESIÓN VII

Descripción	Materiales
1. Se desarrolla la Fase I de activación mental, con el ejercicio de seguir indicaciones: los niños deberán hacer una ronda entre ellos, se les indica que caminen por el lugar en diferentes sentidos sin seguir a nadie, cada uno va a caminar por donde desee, luego se lanza una indicación al aire, mientras ellos se encuentran caminando por el espacio, la primera indicación es: <ul style="list-style-type: none">• Deben hacer grupo de tres; siguen caminando por el espacio, ahora van a caminar lo más rápido que puedan, pero sin correr; ahora deben abrazar a un compañero; continúan caminando por el espacio. En estos momentos deben tocar la oreja derecha de un compañero con su pie derecho. Deben tocar con la nariz algo de color rojo. Si es necesario decir otros objetos o mencionar otras cosas, se puede hacer de acuerdo con las necesidades de los niños y adecuación del espacio.	Espacio amplio y cómodo, ropa cómoda, música.

Sesiones de trabajo técnica DICATI

- | | |
|--|---|
| 2. Se desarrolla la Fase III ejercicio <i>el gato, el pez se mueve en el agua, el pez quiere salir del agua</i> (ver la Fase III de la Guía Técnica DICATI). | Espacio amplio y cómodo, ropa cómoda, música. |
| 3. Se lleva a cabo una sesión de respiración abdominal, lenta y profunda. | |
-

SESIÓN VIII

Descripción

Materiales

- | | |
|--|---|
| 1. Se desarrolla la Fase I de activación mental con los ejercicios <i>araña en nuestro cuerpo y el rey ordena y yo desordenado</i> . | Espacio amplio y cómodo, ropa cómoda, música. |
| 2. Se inicia con una sesión de respiración abdominal, lenta y profunda. | |
| 3. Se lleva a cabo el método de relajación de Koeppen desde el ejercicio <i>el juego del limón</i> , hasta <i>caminamos por el barro</i> . | |
-

SESIÓN IX

Descripción

Materiales

- | | |
|---|---|
| 1. Se desarrolla la Fase I de activación mental, con los ejercicios <i>codo-rodilla y casa casa</i> . | Espacio amplio y cómodo, ropa cómoda, música. |
| 2. Se llevan a cabo los ejercicios <i>congelados, la vela, ahí viene el elefante, caminamos por el barro y el péndulo</i> de la Fase III. | |
| 3. Se realiza una sesión de respiración abdominal lenta y profunda. | |
| 4. Se lleva a cabo la actividad del árbol. | |
| 5. Conversatorio acerca de la experiencia con los niños. | |
-

SESIÓN X

Descripción

Materiales

- | | |
|---|---|
| 1. Se desarrollan <i>la activación mental, pareja numerada y las palmadas</i> . | Música, espacio cómodo, ropa cómoda, globos llenos de agua. |
| 2. Se lleva a cabo el ejercicio del pez se mueve en el agua y el pez quiere salir del agua la Fase III. | |
| 3. Se realiza una sesión de respiración abdominal lenta y profunda. | |

Sesiones de trabajo técnica DICATI

4. Se lleva a cabo la actividad del globo (ver la Fase III de la Guía Técnica DICATI).
 5. Conversatorio acerca de la experiencia con los niños.
-

Nota. Elaboración propia.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados con el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) v20, en el cual se realizó una comparación de medias, utilizando una prueba no paramétrica: prueba de Wilcoxon; debido a que los grupos estaban conformados por números pequeños de individuos. Se analizó cada uno de los grupos trabajados, obteniendo la puntuación del instrumento en relación con el punto de corte, además de comparar las puntuaciones de cada grupo caso con las puntuaciones del grupo control.

Resultados

Datos sociodemográficos

Se evidenció que la edad máxima en los participantes del estudio fue de 12 años y la edad mínima de 9 años, se identificó que los menores se encontraban en los grados 4° y 6°. La muestra estaba conformada por 38 niños, asignados de la siguiente manera: el grupo caso 1, que estaba conformado por un total de 11 participantes; el grupo caso 2, lo conformaban 9 participantes y el grupo caso 3, que tenía una particularidad, contaba con 8 sujetos, los cuales, en el segundo momento de la investigación, fueron tomados de los 18 participantes que conformaban el grupo control inicial y que no habían sido intervenidos con la técnica DICATI. Teniendo en cuenta esto, se entiende que la muestra total del estudio fue de 38 participantes y no de más. A continuación, en la tabla 1 se detallan las características de la muestra.

Tabla 1
Datos sociodemográficos de los grupos estudiados

	Sexo	n	%
Grupo caso 1	Femenino	4	36.3
	Masculino	7	63.6
	Edad		
	9	0	0
	10	0	0
	11	5	45.4
	12	6	54.5
Grupo caso 2	Sexo	n	%
	Femenino	5	55.5
	Masculino	4	44.4
	Edad		
	9	3	33.3
	10	3	33.3
	11	3	33.3
Grupo caso 3	12	0	0
	Sexo	n	%
	Femenino	8	100
	Masculino	0	0
	Edad		
	9	0	0
	10	0	0
Grupo control	11	5	62.5
	12	3	37.5
	Sexo	n	%
	Femenino	14	77.8
	Masculino	4	22.2
	Edad		
	9	2	11.1
10	7	38.9	
11	5	27.8	
12	4	22.2	

Nota. Elaboración propia, noviembre 2019.

Resultados de la aplicación del tratamiento (técnica DICATI)

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en la comparación de medias antes y después de la intervención con la técnica DICATI.

Diferencia de medias (antes y después de DICATI) grupo caso 1: como se puede observar en la Tabla 2, en la diferencia de medias del grupo caso 1, no se evidencia una diferencia significativa en la reducción de medias de ansiedad (antes 34,09, después 33,45).

Diferencia de medias (antes y después de DICATI) del grupo caso 2: se observa en la Tabla 2 que en el grupo caso 2, hay una reducción de los síntomas después de recibir el tratamiento con la técnica DICATI, sin embargo, de acuerdo con la prueba no paramétrica de Wilcoxon, esta reducción no se considera estadísticamente significativa (antes 37,33, después 33,2).

Diferencia de medias (antes y después de DICATI) grupo caso 3: Se evidencia que en el grupo caso 3, hubo una reducción significativa en los niveles de ansiedad presentados por los niños luego de la aplicación del tratamiento (antes 34,38, después 15,6). Tabla 2.

Tabla 2
Diferencia de medias grupos caso y grupo control ansiedad

Tipo de grupo	Media ansiedad 1	Media de ansiedad 2	Diferencia de medias	Prueba de Wilcoxon
Grupo caso 1	34,09 (9,2)	33,45 (6,5)	0.64	0.62
Grupo caso 2	37,33 (6,9)	33,2 (7,6)	4,13	0.19
Grupo caso 3	34,38 (7,5)	15,6 (3,5)	18,78	0.12
Grupo Control	36,55 (6,6)	36,50 (10,1)	0.05	0.97

Nota. Elaboración propia, noviembre 2019.

Diferencias de medias en el grupo control: teniendo en cuenta que al grupo control no se le aplicó el tratamiento, se observa en la Tabla 2 que en la primera medición de los síntomas, los resultados fueron bastante altos y que en la segunda medición la puntuación sigue siendo alta, es decir, se mantuvieron los síntomas ansiosos (36,55–36,50), a diferencia de los demás grupos caso, en los cuales los síntomas disminuyeron y, especialmente, en el grupo caso 3 la reducción fue estadísticamente significativa.

Discusión

Así como Flórez y Gonzáles (2016) lograron probar la eficacia de una terapia de yoga infantil y de una terapia psicológica grupal breve en la reducción de síntomas ansiosos, Burgos, *et al.* (2006) también concluyeron que talleres sobre técnicas de relajación llegan a ser útiles en la disminución de ansiedad en atención primaria. La técnica DICATI, a su vez, evidencia cómo la vinculación de la relajación dinámica, relajación progresiva, ejercicios de respiración, el manejo asertivo de las emociones y el apoyo sociofamiliar pueden llegar a ser bastante favorables para la prevención y disminución de los síntomas ansiosos en los niños.

A través del presente estudio se logró evaluar el efecto de la Técnica DICATI en la disminución de síntomas ansiosos en niños de 9 a 12 años de la Institución Educativa Técnico Industrial Antonio Prieto, en la ciudad de Sincelejo-Sucre, en el año 2019, identificando que de los tres grupos caso que se intervinieron, un grupo (grupo caso 3) mostró una disminución significativa de medias en la presencia de sintomatología ansiosa (de 34,38 disminuyó a 15,6); a su vez, el grupo caso 1 y 2 reportaron disminuciones que no son consideradas significativas estadísticamente.

Se debe tener en cuenta que para el abordaje del grupo caso 3 a diferencia de los otros, se consideraron ciertas manifestaciones y condiciones del contexto sociofamiliar, pues los padres y docentes de los niños, apoyaron de manera directa el proceso, se mostraron comprensivos con la situación que estaban viviendo y además se les brindó las estrategias para que implementaran la semana del buen trato.

A estos padres también se les enseñaron algunas técnicas de relajación y manejo emocional que podían implementar de manera fácil en casa o en la escuela para que, una vez finalizado el estudio, si los niños se sentían de nuevo estresados, ansiosos o no recordaban cómo manejar sus emociones, los adultos los pudieran guiar, poniendo en práctica algunos de los ejercicios de la técnica DICATI. Lo cual permitió inferir que la vinculación de padres y docentes en el desarrollo de la técnica aportó a la obtención de los resultados favorables en este grupo.

En este orden de ideas, la presente investigación logró identificar un factor bastante significativo e importante en la obtención de resultados

favorables, en primera instancia se hace referencia a la familia, en segunda instancia se refiere a la escuela y el papel que juegan los docentes, pues tras la implementación de sesiones conjuntas, con el fin de realizar un trabajo más vinculante, se obtuvieron resultados satisfactorios. Castillo *et al.* (2015) refuerzan la importancia de este trabajo integrativo con las familias para el éxito de una terapia, expresan que las conductas efectuadas por padres y/o cuidadores, a través de los estilos de crianza, generan aumento de sintomatología internalizante en los menores, por lo cual, fue bastante acertado trabajar con los padres de los niños en la implementación de la técnica, teniendo en cuenta que estos pueden influir en el mantenimiento de los síntomas.

De igual forma, otro estudio que se relaciona con el mencionado anteriormente, y que da cuenta de la necesidad de implementar un trabajo vinculante (padres y docentes), dentro de una terapia es el estudio de Platt, Williams y Ginsburg (2016), encontraron que los acontecimientos vitales estresantes que pueden experimentar los menores causan un aumento significativo en la presencia de los síntomas ansiosos y depresivos, los cuales en ese estudio eran originados por los progenitores, pero que a su vez, también pueden ser originados por el contexto educativo (docentes y compañeros), por ende se vuelve a enfatizar, en la importancia de incluir a padres y docentes en este tipo de estudios, debido a que son considerados promotores de acontecimientos estresantes que impiden la eficacia de alguna terapia (Platt *et al.*, 2016).

Por otro lado, como se mencionó en apartados anteriores, es normal la manifestación de ansiedad en la primera infancia, pues esta es un mecanismo de defensa ante situaciones adversas o de riesgo que hacen parte del desarrollo de una persona; sin embargo, esta se vuelve una molestia cuando es excesiva y afecta la adecuada interacción del individuo y su entorno (Argumedos *et al.*, 2014).

Así mismo, los síntomas de ansiedad, a medida que avanzan, pueden ser potencializadores del inadecuado desempeño de los infantes en los diferentes aspectos de su vida, lo cual, si no se trata a tiempo, conlleva a un trastorno, que va a tener una implicación directa en la salud mental de los futuros adultos (APA, 2013; Argumedos *et al.*, 2014; Lozano-González & Lozano-Fernández, 2017).

Esto puede representar un problema de salud pública si no se trabaja en atención primaria, esto es, la implementación de estrategias o tratamientos a temprana edad, que ayuden a prevenir una progresión de la sintomatología, evitando que se conviertan en un trastorno (APA, 2013). De allí la importancia de la implementación de la técnica DICATI y el acompañamiento sociofamiliar para brindar a los menores las herramientas adecuadas con el fin de que estos puedan afrontar y manejar situaciones estresantes.

Por último, los resultados de este estudio constituyen una aproximación a las implicaciones que genera la implementación de una terapia grupal que logre la disminución de síntomas ansiosos en niños, haciendo énfasis en la importancia de trabajar conjuntamente con los cuidadores y docentes de estos, por ende, se recomienda ampliar esta investigación en otros contextos, con un mayor número de participantes y teniendo en cuenta la intervención individual y no solo grupal.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados evidenciados en la presente investigación, al evaluar el efecto de la Técnica DICATI en la disminución de los síntomas ansiosos en niños de 9 a 12 años de la Institución Educativa Técnico Industrial Antonio Prieto, se encontró que, en la comparación de medias, se obtuvieron datos significativos en la reducción de niveles de ansiedad en los niños que hicieron parte de los grupos caso o experimentales número 3.

Por lo señalado, la técnica se muestra eficaz en la reducción de los síntomas, gracias a que contó además con la vinculación de los padres de familia y de los docentes. De igual manera, las comparaciones de medias en relación con la comparación del grupo experimental y del grupo control reafirman la significación de la presencia de la técnica DICATI en la obtención de los resultados en este grupo en particular.

De la misma forma, se considera conveniente para futuras implementaciones de la técnica DICATI tener en cuenta la vinculación de la familia, docentes y niños en su ejecución, debido a que los acontecimientos vitales positivos, provenientes de estos ambientes —tal y como lo manifiesta

Ferreira, *et al.* (2012)— disminuyen los niveles de sintomatología ansiosa, mientras que los acontecimientos vitales negativos pueden aumentarlos, considerando estos factores como parte fundamental en el desarrollo de la técnica DICATI.

Se hace necesario que se sigan efectuando investigaciones de este tipo, que propendan a la validación de tratamientos o programas que disminuyan síntomas de ansiedad. Se invita a otros investigadores a continuar desarrollando estudios con la población educativa no solo de esta institución, sino de otras instituciones públicas del departamento, para tener una visión más amplia y poner en conocimiento de la comunidad científica el estado actual de los colegios públicos frente a estas dificultades.

El estudio referente a la eficacia de la técnica DICATI va a seguir desarrollándose y probándose con otras poblaciones, expandiendo la investigación en el abordaje de síntomas ansiosos, asimismo, en la comorbilidad de síntomas o patologías de tipo internalizante como la depresión y también las de tipo externalizante. Por ende, estos resultados que se exponen en el presente capítulo son preliminares, pues se continuará trabajando, teniendo en cuenta el diseño longitudinal para medir la durabilidad de estos efectos en el tiempo, y así obtener mayor soporte estadístico y metodológico de la técnica.

Limitaciones y dificultades

En la ejecución del proyecto se presentaron algunas limitaciones y dificultades, se destaca que de acuerdo con los resultados del grupo caso 2, es posible que factores medioambientales y atencionales pudieran favorecer a la no obtención de resultados significativos en la disminución de los síntomas ansiosos, pues para el trabajo de esta población se contó con un espacio de muchas interferencias auditivas y visuales, lo cual pudo afectar a la concentración de los menores, también se tiene en cuenta el hecho de la poca accesibilidad a un espacio más eficiente para el desarrollo de la técnica, considerándose como una limitación dentro del estudio.

Otra limitación encontrada, fue la poca vinculación por parte de docentes y padres de familia en el proceso del tratamiento, factores estresores provenientes de estos ambientes pudieron afectar el desarrollo exitoso de la técnica, especialmente en los dos primeros grupos de intervención (grupo

caso 1 y 2), ya que posterior a estos, se tomaron ciertas medidas para lograr resultados más eficaces.

También dentro de las dificultades encontradas en la ejecución del proyecto, se evidencia que en el grupo caso 3, la muestra estaba compuesta en su totalidad por niñas, a diferencia del grupo 1 y 2, a los cuales se les aplicó la técnica DICATI, debido a la poca accesibilidad de la población, no se pudo tener en este grupo una muestra más homogénea.

Referencias

- American Psychiatric Association–APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC.
- Argumedos, C., Pérez, D., & Romero, K. (2014). El estudio de los trastornos emocionales en la infancia colombiana. *Búsqueda*, 1(13), 61-68.
- Ato-García, M., & Vallejo-Seco, G. (2015). *Diseños de Investigación en Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Axelson, D., & Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Wiley Online library*, 14(2), 67-78.
- Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236. Doi: 10.1097/00004583-199910000-00011
- Burgos-Varo, M., Ortiz-Fernández, M., Muñoz-Cobos, F., Vega-Gutiérrez, P., & Bordallo-Aragon, R. (2006). Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *Medicina de Familia-SEMERGEN*, 32(5), 205-210.
- Castillo, S., Carpintero, L., Sibaja, D., & Romero, K. (2015). Estilos de Crianza y su relación con Sintomatología Internalizante en Estudiantes de 8 a 16 años. *Revista de Psicología GEPU*, 6(2).
- Diler, R., Birmaher, B., Brent, D., Axelson, D., Firinciogullari, S., Chiappetta, L., & Bridge, J. (2004). Phenomenology of Panic Disorder in Youth. *Depression and Anxiety*, 20(1), 39 – 43. Doi: 10.1002 / da.20018

- Domènech-Llaberia, E., & Martínez, M. (2008). Spanish version of Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder (SCARED). First validation results. Exposed in the 43th annual reunion of the Psychiatry Spanish Association of children and adolescents, 22-24 may.
- Estévez, R., Oliva, A., & Parra, A. (2012). Acontecimientos vitales estresantes, estilo de afrontamiento y ajuste adolescente: Un análisis longitudinal de los efectos de moderación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 39-53.
- Ferreira, E., Granero, R., Noorian, Z., Romero, K., & Domènech, E. (2012). Acontecimientos vitales estresantes y sintomatología depresiva en población adolescente. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 17(2), 123 – 135.
- Figueroa, D., & Trejo, E. (2003). Academia. Obtenido de http://www.academia.edu/4272784/Las_encuestas_sociodemograficas
- Flórez-Meza, P., & González-Morales, A. (2016). Una Terapia de Yoga Infantil y una Terapia psicológica grupal breve como técnica de intervención para disminuir los niveles de ansiedad en niños de 7 a 11 años de la institución educativa Altos del Rosario- Sede San Roque de la ciudad de Sincelejo. Trabajo de grado. *Repositorio CECAR, Sincelejo-Sucre*.
- García-Velandia, J., Angarita-Robayo, N., & Cusba-Bayona, A. (2016). Programa de intervención para niños con ansiedad social. Trabajo de grado. *Repositorio Universidad Católica de Colombia, Bogotá-Colombia*.
- Gómez-Ortiz, O., Martín, L., & Ortega-Ruiz, R. (2017). Conflictividad parental, divorcio y ansiedad infantil. *Pensamiento Psicológico*, 15(2). 67-78 Doi:10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.cpda
- Guerra, J. R., & Morales, N. G. (2006). Effects of multiple context and cumulative stress on urban children's adjustment in elementary school. *Child development*, 77, 907-923.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación (sexta ed.)*. México D.F: Mc Graw Hill Education.
- Jacobson, E. (1930). *Progressive relaxation*. University of Chicago Press.
- Koepfen, A. S. (1993). *Relaxation training for children*.

- López, P. (2016). Paula López Baldomir psicóloga. Recuperado de: http://www.baldomirpsicologa.com/wp-content/uploads/2016/12/relajacion_muscular_koeppen_baldomir_psicologa.pdf
- Lozano-González, L., & Lozano-Fernández, L. (2017). Los trastornos internalizantes: un reto para padres y docentes. *Revista padres y maestros*, 372, 56-63. Doi: *pym.i372.y2017.009*
- Maldonado, G. (2017). AMADAG. Recuperado de: <https://amadag.com/aplicar-la-relajacion-progresiva-jacobson/>
- Matos, M., Cruz, A., Dumith, S., Dias, N., Carret, R., & Quevedo, L. (2015). Stressor events in the family environment that are indicative of mental health problems in children of school age. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 2157-2163. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.17452014> .
- Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. (2018). Boletín de Salud mental. Salud mental en niños, niñas y adolescentes. Bogotá D.C. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>
- Mitchell, K., Tynes, B., Umaña-Taylor, A., & Williams, D. (2015). Cumulative experiences with life adversity: identifying critical levels for targeting prevention efforts. *Journal of adolescence*, 43, 63-71. Doi: 10.1016 / j.adolescence.2015.05.008
- Ortega-Hernández, M., Simanca-Sierra, L., & Pérez-Arrieta, L. (2017). Efectos de un programa de intervención con técnicas cognitivo conductuales para disminuir la ansiedad ante situaciones evaluativas en estudiantes de once grado de la jornada matinal de la Institución Educativa José Ignacio López en el año 2017. Trabajo de grado. *Repositorio CECAR, Sincelejo-Sucre*.
- Platt, R., Williams, S., & Ginsburg, G. (2016). Stressful Life Events and Child Anxiety: Examining Parent and Child Mediators. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 23-34.
- Rey-Bruguera, M., Calonge-Romanob, I., & Martínez-Ariasb, M. (2017). Stressful life events, symptomatology, and adaptation in childhood: A comparative study between mental health patients and students. *Clínica y Salud*, 28(3), 123-9.

- Romero-Acosta, K., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Jané-Balladriga, M. C., Viñas, F., & Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4), 613-618.
- Soriano, J. (2012). Quasi-experimental relaxation therapies in patients with anxiety. *Enfermería Global*, 11(26), 39-53.

Adolescencia



Capítulo 5



Asociación entre experiencias adversas en la infancia y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios: un estudio retrospectivo

Yuly Suárez-Colorado¹, Narem Reales²,
Margarita Fierro Rengifo³

Resumen

El estudio tiene por objetivo establecer la asociación entre experiencias adversas en la infancia y el consumo de alcohol, tabaco, *cannabis* e inhalantes alguna vez en la vida, en estudiantes de Ciencias de la Salud de una universidad pública del departamento del Magdalena. La muestra está conformada por 325 estudiantes de Medicina, Psicología, Odontología y Enfermería. Los estudiantes diligenciaron el Cuestionario Internacional sobre Experiencias Adversas en la Infancia y Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias. Los resultados señalan alto consumo de alcohol y Tabaco. Se registran experiencias adversas en la Infancia como la humillación por padres u otro miembro, agresión física por un miembro del hogar, presenciar eventos de agresión física en otros, y presenciar la humillación a padres u otro miembro. Las experiencias adversas en la infancia se asocian al consumo de tabaco, alcohol, *cannabis* e inhalantes alguna vez en la vida. Se concluye que las experiencias adversas en la infancia son un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas alguna vez en la vida en universitarios. Se recomiendan más investigaciones para reconocer la consistencia de los hallazgos, al ajustar por otras variables demográficas y psicológicas.

Palabras clave: experiencias adversas, infancia, sustancias psicoactivas, estudiantes universitarios.

1 Psicóloga. Magíster en Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia. Correo: yuli.suarezcol@ucc.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7715>

2 Psicólogo. Universidad del Magdalena. Correo: rejose1242@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9372-9225>

3 Bióloga. Magíster en Neuropsicología y Educación. Magíster en Neurociencia y Biología del Comportamiento. Universidad del Magdalena. Correo: mfierro@unimagdalen.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9799-4288>

Association between adverse experiences in children and consumption of psychoactive substances in university students: a retrospective study

Abstract

The objective of the study is to establish the association between Adverse Experiences in Children and the Consumption of Alcohol, Tobacco, Cannabis and Inhalants ever in life in Health Sciences students at a university in the Magdalena department. The exhibition consists of 325 students of Medicine, Psychology, Dentistry and Nursing from a public university. Students staged out the International Questionnaire on Adverse Experiences in Children and Proof of Detection of Alcohol, Tobacco and Substance Use. The results indicate high alcohol and tobacco use. Adverse Childhood Experiences such as parent or other member humiliation, physical assault by a household member, witnessing physical assault events in others, and witnessing humiliation to parents or other members are recorded. Adverse childhood experiences are associated with tobacco, alcohol, cannabis and inhalants once in a lifetime. It is concluded that adverse childhood experiences are a risk factor for the use of psychoactive substances sometime in college life. more research is recommended to recognize the consistency of findings by adjusting for other demographic and psychological variables.

Keywords: adverse experiences, childhood, psychoactive substances, university students.

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es un problema de salud pública mundial, afecta aproximadamente a 35 millones de personas, mientras que en Colombia aproximadamente 2.5 millones presentan consumo de riesgo (Ministerio de Salud, 2019; Oficina de la Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2018a). El impacto del consumo de SPA en la salud pública se evidencia en la carga mundial de morbilidad —años de vida ajustados en función de discapacidad— que corresponde al 8.9%. No obstante, el consumo de sustancias lícitas como el alcohol y tabaco se posicionan como la principal carga de salud mundial (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004, 2019).

El incremento de la prevalencia en población cada vez más joven configura al consumo de SPA como un problema de interés internacional, especialmente por estar presente a mayor escala entre los 18 a 45 años y, particularmente, entre 15 a 25 años (UNODC, 2018b). La adolescencia y juventud se vinculan al consumo de SPA en las Américas por una disminuida percepción de riesgo, presente también en universitarios de Colombia (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de las Drogas [CICAD], 2019). Específicamente, la prevalencia de consumo de SPA en universitarios de Colombia es de 20.7% frente a 11.7% de estudiantes universitarios de Ecuador, y 6.9% de universitarios de Perú y Bolivia respectivamente (UNODC, 2017).

El consumo de SPA alguna vez en la vida en estudiantes universitarios colombianos se observa para alcohol en 93.3%, tabaco 51.4%, cannabis 21.0% e inhalantes 3.5% (UNODC, 2017). Es importante destacar la posición de Colombia como tercer país andino en consumo de tabaco, mientras ocupa el primer lugar en consumo de alcohol, Cannabis e inhalantes. Así mismo, algunas investigaciones realizadas en distintas regiones del país evidencian las necesidades contextuales en población universitaria.

Diversas investigaciones demostraron alta frecuencia del consumo de alcohol en universitarios de Colombia: 69.4% en universitarios de Villavicencio (Mora & Herran, 2019); 82.3% en universitarios de Medellín (Castaño, *et al.*, 2014); 97.5% en universitarios de Pasto (Betancourth *et al.*, 2017), y 73% en universitarios de Bogotá (Gómez *et al.*, 2019). En Santa

Marta, un estudio registró que el 89.7% de los estudiantes consume más de 12 tragos de alcohol por semana (Canova-Barrios, 2017).

Referente al consumo de tabaco, en una investigación se evidenció prevalencia de 47.3% en estudiantes universitarios de Bogotá (Gantiva *et al.*, 2017); 50.2% en estudiantes de una universidad de Tolima (Soto *et al.*, 2018); y 38.4% en universitarios hombres y 15.2% mujeres de Santa Marta (Reyes *et al.*, 2018). Es importante destacar que son pocos los estudios en universitarios respecto al consumo de inhalantes.

Respecto al consumo de cannabis, se encontró un 20.7% en estudiantes universitarios de Manizales (Castaño, *et al.*, 2017); 11.2% en estudiantes universitarios de Pasto; 10.3% en estudiantes de Bucaramanga (Martínez *et al.*, 2018), y 10.1% en estudiantes de Villavicencio (García *et al.*, 2015). Mientras que, en Santa Marta un estudio informó consumo ocasional de Cannabis de un 5% en población universitaria (Canova-Barrios, 2017).

Los estudios regionales en estudiantes universitarios demuestran presencia de consumo de SPA y potencial para generar otros problemas sanitarios y sociales asociados al consumo de alcohol, tabaco, cannabis e inhalantes, de modo que, identificar los factores asociados es fundamental para comprender su naturaleza multifactorial.

Algunos factores asociados al consumo de SPA son: la cultura y creencias (Castaño *et al.*, 2014), estrato socioeconómico y nivel educativo (Betancourth *et al.*, 2017; Martínez-Torres *et al.*, 2018), influencia y presión de grupo (Castaño *et al.*, 2017), depresión (Restrepo *et al.*, 2018), ansiedad y dificultades académicas (Gómez & Zamora, 2017), la baja percepción de riesgo y facilidad de adquisición en el campus (Soto *et al.*, 2018), dinámica familiar negativa y modelos de crianzas inadecuados e incluso las experiencias adversas de la infancia (García *et al.*, 2015).

Actualmente, información sobre las experiencias adversas en la infancia se promueve desde la OMS y la American Academy of Pediatrics. Estas agencias buscan visibilizar el impacto de los eventos ocurridos en la niñez en el desarrollo social, afectivo, cognitivo, conductual y salud. Las experiencias tempranas en la infancia subyacen al desarrollo integral y son determinantes en las conductas negativas o perjudiciales para la salud (Vega & Núñez, 2017).

Conceptualmente, la perspectiva de victimización infantil desde las experiencias adversas otorga relevancia a la acumulación de eventos que conforman múltiples factores de riesgo para posteriores alteraciones de salud mental-física como obesidad, cáncer, diabetes tipo II, infecciones de transmisión sexual, depresión, intentos de suicidio, estrés postraumático y consumo de sustancias (Anda *et al.*, 2006; Chartier *et al.*, 2010; Holman *et al.*, 2016; Huang *et al.*, 2015; González-Pacheco *et al.*, 2008; Mandelli *et al.*, 2015; Brockie *et al.*, 2015).

A nivel internacional, las experiencias adversas en la Infancia son ampliamente investigadas. La exploración en China registró 65.8% de al menos una experiencia adversa, particularmente, la violencia doméstica en 24.9% y casos de experiencias múltiples en 9.2% (Ho *et al.*, 2018); otro estudio en jóvenes de China reportó alta frecuencia de abuso físico y violencia doméstica con un 39.9% y 30.4% respectivamente (Ho *et al.*, 2019).

En Europa, una investigación en ocho países como Albania, Latvia, Lituania, Montenegro, Rumania, Federación Rusa, la Antigua República Yugoslava de Macedonia y Turquía evidenció 53.1% de al menos una experiencia, asociadas a diversas conductas de riesgo en salud como el consumo de sustancias psicoactivas (Bellis *et al.*, 2014). Mientras que en adolescentes de Malawi se registró un 85.9% por negligencia emocional, 88.3% de violencia comunitaria, 53% de abuso emocional y 53.2% de abuso físico (Kidman *et al.*, 2019).

El estrés crónico y sostenido producto de las experiencias adversas en la infancia genera importantes repercusiones en la salud y desarrollo, desde el funcionamiento del sistema nervioso e inmune, de modo que, el consumo de SPA puede establecerse como una manifestación comportamental producto del estrés de una o múltiples experiencias adversas (OMS, 2014).

Estudios a nivel mundial evidencian la presencia de experiencias adversas en la infancia en pacientes ambulatorios por consumo de SPA de Medio Oriente (Naal, *et al.*, 2018). En América, algunos estudios establecen la asociación entre las experiencias adversas en la infancia y ciertas conductas de riesgo, por ejemplo, en Chile se encontró en 82% de pacientes depresivos al menos un evento traumático en la infancia (Vitriol *et al.*, 2017); en Ecuador un 90% de los participantes reportó un suceso estresante en la infancia y riesgo de suicidio (Corral, 2017); en Estados

Unidos, un estudio realizado identificó en 82.8% alguna situación adversa durante la niñez y el abuso de sustancias (Chandler *et al.*, 2018). Así mismo, en jóvenes nativos estadounidenses se evidenció la asociación entre experiencias adversas en la infancia y el consumo de sustancias psicoactivas (Brockie *et al.*, 2015).

Estas últimas investigaciones, coinciden en presentar la asociación entre las experiencias adversas en la infancia y las condiciones de riesgos para la salud; así también, el impacto de las múltiples experiencias adversas en las conductas de riesgo en la vida adulta (Bellis *et al.*, 2014).

En Colombia, se registraron algunas investigaciones acerca de las experiencias adversas en la infancia. Un estudio efectuado en la ciudad de Cali encontró que el 64% de los participantes vivenció alguna experiencia adversa y el 23% cuatro o más (Castillo *et al.*, 2017). Así mismo, una investigación en Villavicencio registró 10.2% de maltrato y el 56.9% consumo de alguna sustancia psicoactiva, además estableció la asociación entre el consumo de sustancias psicoactivas y el maltrato en la infancia (García *et al.*, 2015). En general, son limitadas las investigaciones en Colombia sobre las experiencias adversas en la infancia como un constructo conformado por diversos sucesos tempranos que afectan el desarrollo humano.

Particularmente, no es amplia la evidencia de la asociación entre experiencias adversas en la infancia y el consumo de SPA en el contexto colombiano, en consecuencia, es importante el estudio contextualizado en los territorios incluyendo en el estudio las características culturales y las necesidades psicosociales, especialmente en regiones caracterizadas por múltiples manifestaciones de violencia que impactan la salud mental y configuran entornos de riesgo para los niños, niñas y adolescentes.

Tomando en consideración las ideas precedentes, esta investigación tiene por objetivo establecer la asociación entre experiencias adversas en la infancia y el consumo de alcohol, tabaco, cannabis e inhalantes alguna vez en la vida en estudiantes de Ciencias de la Salud de una universidad pública del Magdalena.

Método

Diseño

Con respecto a esta investigación, se trata de un estudio observacional, analítico, transversal. El diseño permitió la observación de los participantes con sus características y se identificaron los factores asociados a un evento. La información fue recolectada en un momento determinado (Londoño, 2004).

Procedimiento

Inicialmente, se inició el contacto con las direcciones de programas de la Facultad de Ciencias de la Salud, con la finalidad de solicitar permiso de ingreso para la aplicación de los instrumentos. La recolección de datos se realizó en los salones de clases, tuvo una duración de 45 minutos. La ejecución del proyecto fue entre agosto y noviembre de 2019. Finalizada la toma de datos, se procedió a realizar la digitación de la información recolectada y, posteriormente, se realizó el análisis estadístico mediante Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Participantes

La población estuvo conformada por estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública. Se realizó un muestreo no probabilístico intencional por programa académico. La muestra estuvo conformada por 89 estudiantes de Medicina, 113 estudiantes de Psicología, 53 estudiantes de Odontología, y 70 estudiantes de Enfermería, para un total de 325 estudiantes de Ciencias de la Salud entre 15–50 años (Media= 20 Desviación Típica= 4.2). En el estudio participaron 66.8% hombres y 33.2% mujeres.

Instrumentos

Para esta investigación se aplicaron dos instrumentos, a continuación, se detallan algunas de sus características:

- *Cuestionario Internacional sobre Experiencias Adversas en la Infancia (ACE-IQ)*. Evalúa diferentes dominios de adversidad

de forma retrospectiva: negligencia emocional, abuso emocional, abuso físico, negligencia física, abuso sexual, abuso de sustancias en el hogar, familiar con problemas de salud mental, miembro del hogar, violencia doméstica, padres fallecidos o divorciados, intimidación de pares, violencia comunitaria y violencia colectiva. El ACE-IQ tiene dos formas como opción de respuesta: binaria y de frecuencia (OMS, 2012). Para esta investigación se utilizó la forma binaria. El alfa de Cronbach en este conjunto de datos fue 0.77.

- *Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSISTV3.0)*. Evalúa el consumo de alcohol, tabaco, anfetaminas, cannabinoides, cocaína, tranquilizantes, inhalantes, opiáceos y otros, a través de ocho preguntas con una composición cultural neutral (OMS, 2002). El ASSIST proporciona información sobre el consumo SPA a lo largo de la vida, últimos tres meses, entre otros problemas derivados como intoxicación aguda, consumo regular, consumo dependiente o de alto riesgo y conductas asociadas como inyectarse. Para esta investigación se analizaron las preguntas relacionadas con el consumo de alcohol, tabaco, cannabis e inhalantes alguna vez en la vida; cada sustancia fue valorada a partir de una pregunta con opción de respuesta binaria.

Análisis de la información

Se realizó un análisis univariado a través de frecuencias y porcentajes, posteriormente, se identificaron las asociaciones por análisis bivariado aplicando razón de oportunidades (OR) e intervalos de confianza de 95%. Se probaron modelos ajustados por variables sociodemográficas a través de análisis multivariado, sin embargo, no se encontraron asociaciones ajustadas. El análisis se realizó mediante el software SPSS.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos una vez aplicados los instrumentos, estos se dividen en *características sociodemográficas, experiencias adversas en la Infancia y la asociación entre las experiencias significativas adversas y el consumo de algunas sustancias.*

Características sociodemográficas

De acuerdo con la información presentada en la Tabla 1, el 92.3% de las personas no pertenecen a ningún grupo étnico y el nivel educativo prevalente fue el secundario, con el 96.9%. El 89.8% se dedican a sus estudios actuales, y el 85.8% son solteros (Tabla 1).

Tabla 1

Características sociodemográficas en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud

Variable	Categoría	F	%
Grupo étnico	Indígenas	6	1.8
	Afrodescendientes	10	3.1
	Otros	9	2.8
	Ninguno	300	92.3
Nivel educativo	Secundaria	315	96.9
	Universidad	8	2.5
	Posgrado	2	0.6
Estatus de trabajo	Empleado gubernamental	1	0.3
	Empleado no gubernamental	6	1.8
	Independiente	22	6.8
	Sin pago	4	1.2
	Estudiante	292	89.8

Variable	Categoría	F	%
Estado Civil	Casado	10	3.1
	Unión libre	22	6.8
	Divorciado	2	0.6
Estado Civil	Soltero	279	85.8
	Viudo	2	.6
	Otro	10	3.1

Consumo de SPA Alguna Vez en la Vida

El consumo de SPA alguna vez en la vida a través del cuestionario ASSIST mostró al alcohol como la sustancia de mayor consumo con un 81.2%, seguido del tabaco con un 24.6%. El 16.3% de cannabis, y 4% de inhalantes (Tabla 2).

Tabla 2
Consumo de SPA alguna vez en la vida en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud

Variables	Categorías	F	%
Tabaco	No	245	75.4
	Sí	80	24.6
Alcohol	No	61	18.8
	Sí	264	81.2
Cannabis	No	272	83.7
	Sí	53	16.3
Inhalantes	No	312	96.0
	Sí	13	4.0

Experiencias Adversas en la Infancia

En la evaluación de las experiencias adversas en la infancia realizada a través del cuestionario ACE-IQ, se destacan: el 68.9% vio o escuchó a alguien recibiendo una paliza en la vida real; 73.2% informa que su madre, padre o miembro del hogar le gritó, insultó o humilló; el 67.1% reportó que vio o escuchó a su padre, madre o miembro del hogar siendo gritado, insultado o humillado en su casa; 48.3% vio o escuchó a alguien siendo

amenazado con un cuchillo o pistola en la vida real; 44.3% informó que madre, padre o miembro del hogar lo azotó, abofeteó, pateó, le dio un puño o una paliza. En síntesis, un 42.8% presenta alta acumulación de experiencias adversas en la infancia (Tabla 3).

Tabla 3
Experiencias Adversas en la Infancia en universitarios en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud

Variable	Categoría	F	%
¿Sus padres/cuidadores no entendieron sus problemas o preocupaciones?	No	318	97.8
	Sí	7	2.2
¿Sus padres/cuidadores realmente no sabían lo que usted estaba haciendo durante su tiempo libre cuando usted no estaba en la escuela o el trabajo?	No	313	96.3
	Sí	12	3.7
¿Qué tan frecuente sus padres/cuidadores NO le daban suficiente comida, incluso cuando ellos pudieron fácilmente haberlo hecho?	No	302	92.9
	Sí	23	7.1
¿Estaban sus padres/cuidadores demasiados borrachos o intoxicados por drogas para cuidar de usted?	No	308	94.8
	Sí	17	5.2
¿Qué tan frecuente su padre/cuidadores no lo enviaron al colegio incluso cuando tenía fácil acceso a la escuela?	No	310	95.4
	Sí	15	4.6
¿Vivió usted con un miembro del hogar quien era un bebedor problemático o alcohólico o habitante de calle o drogas de prescripción?	No	286	88.0
	Sí	39	12.0
¿Vivió usted con un miembro del hogar que estuviera deprimido, mentalmente enfermo o suicida?	No	284	87.4
	Sí	41	12.6
¿Vivió usted con un miembro del hogar que haya sido enviado a la cárcel?	No	299	92.0
	Sí	26	8.0
¿Sus padres alguna vez se separaron o divorciaron?	No	201	61.8
	Sí	124	38.2

Variable	Categoría	F	%
¿Su madre, padre o cuidador murió?	No	298	91.7
	Sí	27	8.3
¿Vio o escuchó a su padre, madre o miembro del hogar en su casa siendo gritado, insultado o humillado?	No	107	32.9
	Sí	218	67.1
¿Vio o escuchó a su madre, padre o miembro del hogar en su casa siendo abofeteado, pateado, recibiendo un puño o paliza?	No	230	70.8
	Sí	95	29.2
¿Vio o escuchó a su padre, madre o miembro del hogar en su casa, siendo golpeado o cortado con un objeto tales como un: palo o caña, botella, cuchillo, látigo, ¿etc?	No	281	86.5
	Sí	44	13.5
¿Su madre, padre o miembro del hogar le gritó, insultó o humilló?	No	87	26.8
	Sí	238	73.2
¿Su madre, padre o miembro del hogar lo amenazó de abandonó o lo abandonó o lo expulsó del hogar?	No	250	76.9
	Sí	75	23.1
¿Su madre, padre o miembro del hogar lo azotó, abofeteó, pateó, le dio un puño o una paliza?	No	181	55.7
	Sí	144	44.3
¿Su madre, padre o miembro del hogar en su casa, lo golpeó o cortó con un objeto tales como un: palo o caña, botella, cuchillo, látigo, ¿etc?	No	273	84.0
	Sí	52	16.0
¿Alguien lo tocó o acarició en una forma sexual cuando usted no quería que lo hiciera?	No	252	77.5
	Sí	73	22.5
¿Alguien hizo que usted lo tocara en forma sexual cuando usted no quería hacerlo?	No	292	89.8
	Sí	33	10.2
¿Alguien intentó hacer coito oral, anal o vaginal con usted cuando usted no quería que lo hiciera?	No	298	91.7
	Sí	27	8.3

Variable	Categoría	F	%
¿Alguien tuvo hacer coito oral, anal o vaginal con usted cuando usted no quería que lo hiciera?	No	310	95.4
	Sí	15	4.6
¿Qué tan frecuente fue acosado?	No	199	61.2
	Sí	126	38.8
¿Usted vio o escucho a alguien recibiendo una paliza en la vida real?	No	101	31.1
	Sí	224	68.9
¿Usted vio a alguien siendo apuñaleado o recibiendo un disparo en la vida real?	No	233	71.7
	Sí	92	28.3
¿Usted vio o escuchó a alguien siendo amenazado con un cuchillo o pistola en la vida real?	No	168	51.7
	Sí	157	48.3
¿Usted fue forzado a irse y vivir en otro lugar debido a estos eventos?	No	300	92.3
	Sí	25	7.7
¿Experimentó la destrucción deliberada de su hogar debido a alguno de esos eventos?	No	313	96.3
	Sí	12	3.7
¿Fue usted golpeado por soldados, policías, milicias o pandillas?	No	316	97.2
	Sí	9	2.8
¿Fue un miembro de la familia o amigo asesinado o golpeado por soldados, policías, milicias o pandillas?	No	264	81.2
	Sí	61	18.8

Asociación entre las experiencias significativas adversas y el consumo de algunas sustancias

Así también, se encontró asociación entre las experiencias adversas en la infancia y el consumo de algunas sustancias alguna vez en la vida en los estudiantes universitarios. En específico, se encontró asociación de las experiencias adversas en la infancia con el tabaco ($OR=2.7$ $p=.000$), alcohol ($OR=1.8$ $p=.044$), Cannabis ($OR=2.8$ $p=.001$) e inhalantes ($OR=4.7$ $p=.020$).

No se encontraron asociaciones con ajuste de variables sociodemográficas (Tabla 4).

Tabla 4
Análisis bivariado Experiencias Adversas en la Infancia y consumo de sustancias alguna vez en la vida en estudiantes universitarios de Ciencias de la Salud

Sustancia Psicoactiva	OR	Sig.	IC 95%
Tabaco	2.7	.000	1.6-4.5
Alcohol	1.8	.044	1.0-3.3
Cannabis	2.8	.001	1.5-5.2
Inhalantes	4.7	.020	1.2-17.5

Discusión

El presente estudio tuvo por objetivo establecer la asociación entre experiencias adversas en la infancia y el consumo de alcohol, tabaco, cannabis e inhalantes alguna vez en la vida en estudiantes de Ciencias de la Salud de una Universidad Pública del Magdalena. Las experiencias adversas en la infancia corresponden a una perspectiva de la victimización infantil acumulada, con importantes repercusiones en el desarrollo humano, salud y calidad de vida, por esta razón su vínculo con el consumo de SPA permite una aproximación del problema a partir de las experiencias tempranas que generan secuelas en las trayectorias del desarrollo.

En esta investigación se pudo evidenciar inicialmente el consumo prevalente de sustancias legales como el alcohol y el tabaco, en consonancia con las proyecciones mundiales, estudios latinoamericanos y la evidencia nacional en estudiantes universitarios (Castaño *et al.*, 2014; Betancourth *et al.*, 2017; Gómez *et al.*, 2019; Gantiva *et al.*, 2017; Canova-Barrios, 2017; Mora & Herran, 2019; OMS, 2004; Reyes *et al.*, 2018; Soto *et al.*, 2018; UNODC, 2017).

Por otra parte, las experiencias adversas en la infancia también representan un grave problema mundial, evidente en los reportes retrospectivos de adolescentes, jóvenes y adultos en diferentes países como China, Albania, Latvia, Lituania, Montenegro, Rumania, Federación Rusa,

la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Turquía y Malawi (Bellis *et al.*, 2014; Ho *et al.*, 2018; Ho *et al.*, 2019; Kidman *et al.*, 2019).

El presente estudio identificó una asociación positiva entre las experiencias adversas en la infancia y el consumo de alcohol, tabaco, cannabis e inhalantes. Estos resultados son similares a un estudio poblacional en Estados Unidos conformado por 8613 participantes, donde más de cinco experiencias adversas se asociaron al consumo de SPA, incluso cuando el consumo inició antes de los 14 años, 15-18 años, después de los 19 años o toda la vida (Dube *et al.*, 2003).

De la misma forma, se encontraron asociación entre tres a seis experiencias adversas en la infancia y policonsumo de spa en 288 adolescentes y jóvenes nativos de Estados Unidos, ajustado por edad, género, afiliación tribal y asistencia escolar (Brockie *et al.*, 2015). Por otra parte, un estudio realizado en 29 pacientes de un programa de rehabilitación por consumo de SPA en Estados Unidos mostró que 82.8% presentaron 6 experiencias adversas en la infancia (Chandler *et al.*, 2018).

En general, la evidencia es consistente en la asociación de las experiencias adversas en la infancia evaluadas de forma retrospectiva en adolescentes-jóvenes y el consumo de SPA alguna vez en la vida, reafirmando el vínculo de la victimización infantil en posteriores resultados de salud mental.

Tomando en consideración el modelo de desarrollo social para el consumo de SPA, las experiencias adversas en la infancia pueden explicarse como un conjunto de factores de riesgo desde la victimización acumulada por violencia en comunidad, familia, escuela y pares (Hawkins, *et al.*, 1992).

Del mismo modo, la perspectiva del ecobiodesarrollo de la salud reafirma la importancia de los aspectos genéticos, entorno ecológico y neurobiológico; las experiencias adversas en periodos sensibles interfieren en el desarrollo normativo por medio del estrés asociado en diferentes contextos (Garner *et al.*, 2015). El impacto del estrés como respuesta a las experiencias adversas acumuladas se observa en la capacidad para el despliegue de recursos psicosociales necesarios para afrontar la adversidad (Mc Elroy & Hevey, 2014).

Aunque se estudia ampliamente las experiencias adversas en la infancia, el conocimiento es limitado referente a las categorías que pueden

conformar el constructo en sincronía con los cambios globales como el desarrollo tecnológico u otras formas de instrumentalizar la violencia.

Por otra parte, la comprensión de los eventos adversos en la infancia como fundamento para explicar e intervenir de forma temprana los efectos del trauma a lo largo de la vida, se enfrenta a barreras como la desestimación sobre la salud mental en la primera infancia, el estigma derivado de una etiqueta clínica en niños y niñas, los desafíos para el diagnóstico, la poca sensibilidad de los sistemas de clasificación para edades tempranas y las herramientas psicométricas como complementarias de evaluación en la población (Carter *et al.* 2004; Egger & Angold, 2006).

Es importante considerar que los efectos a largo plazo de las experiencias adversas en la infancia surgen en el 50% de los casos, porque no se origina una recuperación o restauración natural, y la manifestación sintomática puede surgir posterior a 2 años (Scheeringa, *et al.*, 2005).

La protección de la infancia y adolescencia deben ser un imperativo global que responda al estado actual de experiencias acumuladas y sus efectos en la salud. Las organizaciones escolares deben atender a la reexperimentación de eventos adversos a través del juego, respuestas evitativas/adormecimiento a conversaciones, personas, objetos, situaciones o lugares, así como la hiperactivación manifiesta en sueño alterado, irritabilidad, berrinches, alerta o sobresalto exagerado, dificultades en concentración y actividad aumentada (Lieberman & Knorr 2007; Pynoos *et al.*, 2009; Scheeringa *et al.*, 2005). De forma especial, se debe atender a cualquier cambio psicosocial después de la exposición a experiencias en periodos sensibles del desarrollo (Coates & Gaensbauer, 2009).

Por otra parte, la promoción de la salud en contextos universitarios es una importante estrategia para la prevención del consumo de SPA y la remisión a jóvenes–adultos con sintomatología derivada de las experiencias adversas en la infancia. El apoyo social producto de las redes de amistad y la posibilidad de acceder a la educación superior puede constituirse como un factor protector para conductas de riesgo en adolescentes víctimas de violencia en el hogar (Suárez *et al.*, 2018).

En el contexto universitario es vital reconocer dificultades emocionales recurrentes como experiencia de soledad, la sensación inseguridad, apatía, ansiedad y tristeza, dificultades para acatar normas sociales y familiares,

problemas concernientes a la adaptación y violación de derechos de los otros, dificultades en el aprendizaje y bajo rendimiento académico, generalmente vinculados a factores de riesgo como el maltrato intrafamiliar actual, otros entornos de riesgo y afectación por el conflicto armado (Llamas *et al.*, 2019).

Sin duda, en diferentes problemas en psicología la pregunta constante: ¿Por qué no todos los individuos expuestos a determinadas experiencias adversas presentan respuestas relacionadas con efectos nocivos en la salud?, respuesta que puede ser parcialmente homogénea desde una perspectiva de los recursos personales y psicosociales del individuo.

No obstante, la heterogeneidad se encuentra en el potencial de protección de algunos factores particulares. Para el caso de los eventos adversos que generan potencialmente deterioro en los niños, se encuentran variables asociadas a la naturaleza de la calidad del apego, la salud mental materna y las habilidades parentales (Young *et al.*, 2011).

Finalmente, se plantea la necesidad del rastreo en las alteraciones de salud mental para adolescentes, jóvenes y adultos con la finalidad de implementar intervenciones tempranas, aunque visiblemente las acciones deben enfocarse en la prevención de la violencia y promoción de entornos protectores para la infancia.

Así mismo, las doctrinas internacionales de protección que guían las acciones intersectoriales que favorecen el desarrollo integral en la primera infancia, deben considerar la perspectiva de la victimización o experiencias adversas en la infancia acumuladas que generan mayores secuelas en la salud mental a lo largo de la vida. La conexión de la perspectiva de exposición a múltiples eventos con el consumo de SPA es fundamental para medidas universales y medidas selectivas en salud.

Conclusiones

La acumulación de experiencias adversas en la infancia se asocia al consumo de alcohol, tabaco, cannabis e inhalantes alguna vez en la vida en estudiantes universitarios, de modo que se recomiendan nuevos estudios en el contexto colombiano para abordar las limitaciones metodológicas y profundizar en la comprensión del consumo de SPA desde una perspectiva

psicosocial. Es importante que las aproximaciones explicativas o comprensivas de las experiencias adversas y el consumo de SPA generen alternativas innovadoras de intervención para el riesgo temprano en el dominio familiar y comunitario.

Limitaciones

El presente estudio tiene algunas limitaciones metodológicas como el muestreo por conveniencia y el tamaño muestral, que impide la generalización de los resultados a población universitaria. Del mismo modo, debe tenerse en cuenta, en próximas investigaciones, variables confusoras como *estilos de apego*, *síntomas depresivos con importancia clínica* y el *apoyo social*.

Referente al estudio retrospectivo de las experiencias adversas en la infancia, se plantean ciertas limitaciones originarias de los sesgos de memoria por estrés y amplia temporalidad (Finkelhor *et al.*, 2013), mientras otras investigaciones informan que no se evidencian diferencias entre la exploración de las experiencias adversas en la infancia alguna vez en la vida o en el último año (Hardt *et al.*, 2010). No obstante, ante la probabilidad de los sesgos de memoria y la favorabilidad de este enfoque, el estudio retrospectivo de las experiencias adversas en la infancia puede ser útil, dependiendo la pregunta de investigación que busca responder (Naicker *et al.*, 2017).

Finalmente, el cuestionario ACE-IQ se promueve para la evaluación de las experiencias adversas en la infancia en todos los países, sin embargo, se define como un instrumento en desarrollo que debe incluirse en estudios de salud a nivel mundial, y estudios de propiedades psicométricas (OMS, 2018). Se recomienda la exploración de la estructura del ACE-IQ a gran escala en el contexto colombiano.

Referencias

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Bellis, M., Hughes, K., Leckenby, N., Jones, L., Baban, A., Kachaeva, M., Povilaitis, R., Pudule, I., Qirkajo, G., Urukol, B., Raleva M., & Terzic, N. (2014). Adverse childhood experiences and associations with health-harming behaviours in young adults: surveys in eight eastern European countries. *Bull World Health Organ*, 92(9), 641-655. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.129247>
- Betancourth, S., Tacán, L., & Córdoba, E. (2017). Consumo de alcohol en estudiantes universitarios colombianos. *Revista Universidad y Salud*, 19(1), 37-50. <https://doi.org/10.22267/rus.171901.67>
- Brockie, T., Dana-Sacco, G., Wallen, G., Wilcox, H., & Campbell, J. (2015). The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based native American adolescents and young adults. *American Journal of Community Psychology*, 55(3-4), 411-421. <http://dx.doi.org/10.1007/s10464-015-9721-3>.
- Canova-Barrios, C. (2017). Estilo de vida de estudiantes universitarios de enfermería de Santa Marta, Colombia. *Revista Colombiana de Enfermería*, 12(14), 23-32. <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v14i.2025>
- Carter, A. S., Briggs-Gowan, M. J., & Davis, N. O. (2004). Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 109-134. <http://dx.doi.org/10.1046/j.0021-9630.2003.00316.x>
- Castaño, G., García, J., & Marzo, J. (2014). Consumo de alcohol y factores intervinientes en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(1), 47-54.
- Castaño, J., García, S., Luna, J., Morán, M., Ocampo, D., & Ortíz, L. (2017). Estudio de factores asociados y prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas ilegales en estudiantes de una universidad colom-

- biana. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 65(1), 23-30. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.56471>
- Castillo, A., Cleves, D., García, Á. M., Martínez, L. L., Medina, V., Cortez, H., ... & Davalos, D. M. (2017). Experiencias adversas de la infancia en una muestra de pacientes con enfermedad crónica en Cali-Colombia. *Medicina UPB*, 36(1), 9-15.
- Chandler, G. Kalmakis, K., & Murtha, T. (2018). Screening Adults With Substance Use Disorder for Adverse Childhood Experiences. *Journal of Addictions Nursing*, 29(3), 172-178. <https://doi.org/10.10197/JAN.0000000000000233>
- Chartier, MJ., Walker, JR., & Naimark, B. (2010). Separate and cumulative effects of adverse childhood experiences in predicting adult health and health care utilization. *Child Abuse and Neglect*, 34(6), 454-464, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.020>.
- Coates, S., & Gaensbauer, T. J. (2009). Event trauma in early childhood: symptoms, assessment, intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 18(3), 611-626. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2009.03.005>
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de las Drogas [CI-CAD]. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en Las Américas 2019. Disponible en https://www.oas.org/es/centro_noticias/comunicado_prensa.asp?sCodigo=C-014/19
- Corral, V. *La relación entre experiencias tempranas de trauma infantil y comportamiento de riesgo suicida. Trabajo realizado desde la teoría del apego, con pacientes de 13 a 18 años que asisten al Departamento de Salud Mental del Hospital Enrique Garcés durante el año 2016*. BS [Thesis]. PUCE, 2017.
- Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Trauma in early childhood: A neglected population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 231. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0094-3>
- Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: the adverse childhood expe-

- riences study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
- Egger, H. L., & Angold, A. (2006). Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 313-337. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01618.x>
- Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2013). Improving the adverse childhood experiences study scale. *JAMA Pediatrics*, 167(1), 70-75. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.420>
- Gantiva, C., Muñoz, P., & Vila, J. (2017). Diferencias por sexo en la motivación, la dependencia y el ansia por el consumo de Tabaco en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 55-65. <https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI15-2.dsmd>
- García, M., Mann, R., Hamilton, H., Erickson, P., Brands, B., Giesbrecht, N., Miotto, M. Cumsille, F. Sapag, J., & Khenti, A. (2015). Relación entre el consumo de drogas y maltrato infantil entre estudiantes universitarios de la universidad en Colombia. *Texto Contexto Enfermería*, 24, 40-44. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001040014>
- Garner, AS., Forkey, H., & Szilagyi M. (2015). Translating developmental science to address childhood adversity. *Acad Pediatr*, 15, 493-502, <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2015.05.010.2>
- Gómez, A., & Zamora, A. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas en una facultad de salud del sur colombiano. *Cina Research*, 1(1), 7-14.
- Gómez, V. Reyes, M. Galo, P., & Euceda, J. (2019). Consumo de alcohol entre estudiantes de medicina que cursan asignaturas de farmacología I y II. *Revista científica de la Escuela universidad de las Ciencias de la Salud*, 5(1), 12-18. <https://doi.org/10.5377/rceucs.v5i1.7199>
- González-Pacheco, I., Lartigue, T., & Vázquez, G. (2008). Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y /o adolescencia e infecciones de transmisión sexual. *Salud Mental*, 31(4), 261-270.
- Hardt, J., Vellaisamy, P., & Schoon, I. (2010). Sequelae of prospective versus retrospective reports of adverse childhood expe-

- riences. *Psychological reports*, 107(2), 425-440. <https://doi.org/10.2466/02.04.09.10.16.21.PR0.107.5.425-440>
- Hawkins, J., Catalano, R., & Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 11(2), 64-105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>
- Ho, G., Chan, A., Chien, W. Bressington, D., & Karatzias, T. (2018). Examining patterns of adversity in Chinese young adults using the Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ). *Child Abuse & Neglect*, 88, 179-188. <https://doi.org/10.16/j.chiabu.2018.11.009>
- Ho, G. W., Chan, A. C. Y., Shevlin, M., Karatzias, T., Chan, P. S., & Leung, D. (2019). Childhood adversity, resilience, and mental health: a sequential mixed-methods study of Chinese young adults. *Journal of Interpersonal Violence*, 15,1-26. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260519876034>.
- Holman, D., Ports, K., Buchanan, N., Hawkins, N., Merrick, M., Metzler, M., & Trivers, K. (2016). The association between adverse childhood experiences and risk of cancer in adulthood: A systematic review of the literature. *Pediatrics*, 138, Suppl 1, S81-91, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-4268L>.
- Huang, H., Yan, P., Shan, Z., Chen, S., Li, M. ...& Liu, L. (2015). Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Metabolismo*, 64(11), 1408-1418, <http://dx.doi.org/10.1016/j.metabol.2015.08.019>.
- Kidman, R., Piccolo, S., & Kohler, H. (2020). Adverse Childhood Experiences: Prevalence and Association With Adolescent Health in Malawi. *American Journal of Preventive Medicine*, 58(2),285-293. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.08.028>
- Lieberman, A. F., & Knorr, K. (2007). The impact of trauma: A developmental framework for infancy and early childhood. *Pediatric Annals*, 36(4), 209-215.
- Llamas, T. C., Altare, A. P. E., Giraldo, A. S., García, A. G., Luna, S. M., & Martin, L. M. S. (2019). Caracterización psicosocial y de motivos de consulta de la población asistente a 28 Centros de Atención Psico-

- lógica Universitarios en Colombia. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1-23.
- Londoño, J. L. (2004). *Metodología de la investigación epidemiológica*. Bogotá: Manual Moderno.
- Martínez-Torres, J., Rangel-Navia, H., & Rivera-Capacho, E. (2018). Prevalencia de vida y factores asociados al consumo de marihuana en estudiantes escolarizados de Pamplona-Colombia, durante el primer período de 2015: estudio Emtamplona. *Revista Médica de Chile*, 146(9), 1016-1023. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000901016>
- Mandelli, L., Petrelli, C., & Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European Psychiatry*, 30(6), 665-680, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007>.
- Mc Elroy, S., & Hevey, D. (2014). Relationship between adverse early experiences, stressors, psychosocial resources and wellbeing. *Child Abuse Neglect*, 38(1), 65-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.07.017.38>
- Ministerio de Salud (2019). Política integral para la prevención y atención a consumo de sustancias psicoactivas [Resolución 089 de 2019]. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>
- Mora, C., & Herran, O. (2019). Prevalencia de consumo de alcohol y de alcoholismo en estudiantes universitarios de Villavicencio, Colombia. *Revista Facultad Medicina*, 67(2), 225-233. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v67n2.69282>.
- Naal, H. El Jalkh, T., & Haddad, R. (2018). Adverse childhood experiences in substance use disorder outpatients of a Lebanese addiction center. *Psychology Health & Medicine*, 23(9), 1137-1144. <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2018.1469781>
- Naicker, S. N., Norris, S. A., Mabaso, M., & Richter, L. M. (2017). An analysis of retrospective and repeat prospective reports of adverse childhood experiences from the South African Birth to Twenty Plus cohort. *PloS One*, 12(7), e0181522. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181522>

- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito [UNODC]. (2017). III Estudio epidemiológico andino sobre el consumo de drogas en estudiantes universitarios. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/peruandecuador//Informes/Otros/Informe_Universitario_Regional.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito [UNODC]. (2018a). Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. En Organización mundial de la salud, informe mundial sobre las drogas 2018. Recuperado de: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito [UNODC]. (2018b). Drugs and age 2018: drugs and associated issues among young people and older people. En Organización mundial de la salud, informe mundial sobre las drogas 2018. Recuperado de: <https://www.unodc.org/wdr2018/en/drugs-and-age.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2002). The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, Reliability and Feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-1194. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). Adverse childhood experiences international questionnaire (ACE-IQ) – Rationale for ACE-IQ.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). Experiencias infantiles adversas y su relación con comportamientos dañinos para la salud en los adultos jóvenes: encuestas en ocho países orientales de Europa. Disponible en <https://www.who.int/bulletin/volumes/92/9/13-129247-ab/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo 2019: ofrecer ayuda para dejar el tabaco. Ginebra, Suiza: OMS. Disponible en <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326072/WHO-NMH-PND-2019.5-spa.pdf>

- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Layne, C. M., Briggs, E. C., Ostrowski, S. A., & Fairbank, J. A. (2009). DSM-V PTSD diagnostic criteria for children and adolescents: A developmental perspective and recommendations. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 391-398.
- Restrepo, J. Sánchez, O. Calderon, G. Castañeda, T. Osorio, Y., & Diez, P. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Revista Health and Adiccions, 18*(2), 227-239.
- Reyes, L. Camacho, D. Ferrel, L. Ferrel, R., & Bautista, F. (2018). Diferencias en el consumo de tabaco en estudiantes según el sexo universitarios. *Revista Cubana de Enfermería 34*(3), 310-383.
- Scheeringa, M. S., Zeanah, C. H., Myers, L., & Putnam, F. W. (2005). Predictive validity in a prospective follow-up of PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(9), 899-906. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/01.chi.0000169013.81536.71>
- Soto, A. Bastidas, C., & Quimbayo, J. (2018). Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes universitarios del área de la salud. *Salud, Historia y Sanidad, 12*(2), 29-48.
- Suárez, Y., Restrepo, D., Caballero, C., & Palacio, J. (2018). Exposición a la Violencia y Riesgo Suicida en Adolescentes Colombianos. *Terapia Psicológica, 36*(2), 101-111. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082018000200101>
- Vega, M., & Núñez, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria, 14*(2), 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>
- Vitriol, V. Cancino, A. Leiva, M. Serrano, C. Ballesteros, S. Asenjo, A. Cáceres, C. Potthoff, S. Salgado, S. Orellana, F., & Ormazábal, M. (2017). Childhood trauma and psychiatric comorbidities in patients with depressive disorder in primary care in Chile. *Journal of Trauma & Dissociation, 18*(2), 189-205. <https://doi.org/10.1080/15299732.2016.1212449>

Capítulo 6



Bienestar psicológico, satisfacción con la vida y depresión en estudiantes de educación media vocacional de la ciudad de Barranquilla

Laura Restrepo Mugno¹, Estefany Paola Acuña Reyes²,
Guillermo Augusto Staaden Mejía

Resumen

La presente investigación analiza la correlación entre el bienestar psicológico, bienestar subjetivo y la depresión en una institución de carácter privado de la ciudad de Barranquilla, Colombia. La población de estudio estuvo conformada por estudiantes de noveno, décimo y undécimo grado, quienes completaron un batería de pruebas que incluía el inventario de depresión de Beck (BDI-2), la Escala de bienestar psicológico de Ryff y la Escala de bienestar Subjetivo de Diener. Los factores cognitivos-afectivos y somáticos evaluados en el inventario de depresión de Beck presentaron, por un lado, una correlación positiva significativa con el ítem único de bienestar subjetivo —satisfacción con la vida— y, por otro lado, una correlación negativa significativa respecto a las dimensiones de autoaceptación, propósito en la vida y crecimiento personal evaluadas dentro de la escala de bienestar psicológico. Los resultados sugieren que las dimensiones de bienestar psicológico, las cuales se centran en el funcionamiento positivo, la potencialización de capacidades y el crecimiento personal, se relacionan con una mayor satisfacción con la vida y, así mismo, estos índices de bienestar se correlacionan con los indicadores propuestos en el inventario de depresión de Beck, a

1 Psicóloga, Universidad Metropolitana (Colombia). Universidad Metropolitana. Correo: laurarestrepomugno1@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0001-5773-9672>

2 Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad del Norte (Colombia). Máster en Sciences de la Sociétés, Universidad Paris-Est Créteil Val de Marne (Francia). Magíster en Desarrollo Social, Universidad del Norte (Colombia). Psicóloga, Universidad del Norte (Colombia). Universidad Metropolitana. Correo: eacuna@unimetro.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0002-3638-3248>

3 Magíster en Psiconeuropsiquiatría y Rehabilitación, Universidad Metropolitana (Colombia). Especialista en Psicología Clínica, Universidad Metropolitana (Colombia). Psicólogo, Universidad Metropolitana (Colombia). Universidad Metropolitana. Correo: gaspar2000@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0002-2282-2422>

partir de la presencia, en mayor o menor grado, de factores somáticos y/o cognitivos-afectivos en la población participante del estudio. Al respecto, es necesario señalar que la ausencia de estos factores no garantiza la presencia de salud mental, y viceversa, va mucho más allá y sugiere la inclusión de diferentes factores a nivel psicosocial.

Palabras claves: salud mental, bienestar, satisfacción con la vida y depresión.

Psychological well-being, life satisfaction, and depression in high-school students in the city of Barranquilla

Abstract

The present investigation analyzes the correlation between psychological well-being, subjective well-being, and depression in a private institution in the city of Barranquilla, Colombia. The studied population consisted of ninth, tenth, and eleventh-grade students, who completed a series of tests that included the Beck Depression Inventory (BDI-2), the Ryff's Psychological Well-being Scale, and the Diener's Subjective Well-being Scale. The cognitive-affective and somatic factors assessed in Beck's depression inventory exhibit a significant positive correlation with the single item of subjective well-being (life satisfaction) and on the other hand, a significant negative correlation concerning the dimensions of self-acceptance, environmental mastery, purpose in life, and personal growth assessed within the scale of psychological well-being. The results suggest that the dimensions of psychological well-being which focus on positive functioning, the capacities reinforcement, and personal growth are related to greater satisfaction with life, and these well-being ratings are also associated with the indicators proposed in the Beck depression inventory, based on the presence, to a greater or lesser degree, of somatic and/or cognitive-affective components in the participant population. In this regard, it should be noted that the absence of these factors does not guarantee the presence of mental health, and vice-versa, it goes much further and suggests the inclusion of different factors at the psychosocial level.

Keywords: mental health, well-being, life satisfaction and depression.

Introducción

La adolescencia es una etapa de cambios significativos a nivel biológico y psicológico, así como de desarrollo a nivel cognitivo. Al respecto, es necesario señalar que, si bien la adolescencia es un periodo de crecimiento, oportunidades y desarrollo, también es una etapa de riesgos en lo que concierne al desarrollo psicosocial y, ciertamente, los entornos en los que se desarrollen los adolescentes se convertirán en un aspecto fundamental en la promoción de este desarrollo y su salud mental.

En un estudio de salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe adelantado por Benjet (2009), se señala que por lo menos 53 millones de niños, adolescentes y jóvenes requieren atención en salud mental, y al analizar la prevalencia en la población de adolescentes, la depresión y la ansiedad presentan las mayores tasas.

En esta misma línea, investigaciones adelantadas por Vélez *et al.* (2010) y Arrieta *et al.* (2014) coinciden en señalar que los trastornos unipolares como la depresión presentan una mayor tasa de aparición en esta población, que en la población general, a causa de que en el ambiente escolar se les orientan unas competencias u objetivos que deben alcanzar durante el periodo de formación académica, sometiéndolos, en la mayoría de casos, a una excesiva carga académica, evaluaciones, presiones familiares, económicas, sociales, que se pueden fácilmente llegar a establecerse como factores de riesgo para la presencia de depresión en esta población.

De esta manera, es importante mencionar que a nivel mundial el tema de la depresión en escolarizados se ha situado a pasos agigantados como una de las cinco principales causas de muerte en el rango de edad de 15 a 19 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2017).

Hay que mencionar que se ha reconocido paulatinamente la relevancia de la depresión en estudiantes en edad preadolescente y adolescente; en ocasiones no se les proporciona la atención que requieren. De acuerdo con Kessler *et al.* (2007), “la mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes, pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan” (p. 171).

En consonancia con estas ideas, Gómez-Restrepo *et al.* (2015) señalan que en la Encuesta Nacional de Salud Mental el 3,4% de los adolescentes

entre 12 y 17 años en Colombia refieren haber tenido algún problema de salud mental alguna vez en la vida y, de estos, el 35,2% de los adolescentes buscaron atención. En lo respecta a los episodios depresivos se asocian con trastornos disociales, de la conducta alimentaria, ansiedad, por déficit de atención y relacionados con sustancias.

Así mismo, de acuerdo con esta encuesta se le asocian eventos vitales estresantes que pueden convertirse en detonantes de intentos de suicidio como: peleas con los padres, separación, dificultades con la pareja, cambio de vivienda, suicidios de terceros, divorcio de los padres entre otros eventos.

Por su parte el Ministerio de Salud (MINSALUD, 2017) señala que dentro del sistema integrado de información de la protección social (SISPRO) entre 2009 y 2017, acudieron a consulta por depresión 141 364 personas de 0 a 19 años (Códigos CIE10 F32 y F33), en promedio se atendieron 15 707 por año. Y, aunque los datos son alarmantes, no reflejan la realidad en torno a la salud mental en la población de adolescentes: son poco o nulamente identificados/reconocidos por sus familiares o se presenta resistencia a la consulta con un profesional de la salud; esto se configura como un atenuante al momento de identificar los problemas de salud mental y factores de riesgo en la población estudiante.

Es significativa la importancia que tiene la prevención de la depresión en adolescentes, como un problema de salud pública, en este contexto las instituciones educativas se convierten en los principales escenarios de prevención que, sumado a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), podrían establecer las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación.

Lo anterior también se sustenta en la Resolución 1841 (2013) del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (Salud & Social, 2013) en relación con la estrategia de entornos saludables, donde se señala la necesidad de establecer acciones que influyan sobre los determinantes de la salud bajo esquemas operativos participativos organizados alrededor de entornos específicos como la vivienda, la escuela, el espacio público, el entorno laboral, ecosistemas estratégicos sostenibles.

Por ello, esta investigación permite el establecimiento de la relación entre la depresión, el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo, relación que ha sido poco estudiada, hasta el momento, en estudiantes de noveno, décimo y undécimo de un colegio privado de Barranquilla.

Salud mental: estado completo de bienestar

Aquí vale la pena detenerse un momento y señalar que la presente investigación retoma como premisa fundamental el modelo completo de salud propuesto por Keyes (2005), en el que se concibe la salud como un completo estado en el que los individuos son libres de la psicopatología y poseen altos niveles de bienestar emocional, psicológico y social.

La tesis expuesta anteriormente, permite ahondar en dos conceptos fundamentales del presente estudio: por un lado, el bienestar psicológico desde la tradición en torno a la eudaemonía, que enfatiza el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal como indicadores del funcionamiento positivo (Ryff, 1989). Este modelo de bienestar psicológico (BP) planteado por Ryff (1989) integra seis dimensiones:

- *Autoaceptación*: intento del ser humano por sentirse bien consigo mismo, aun conociendo y siendo conscientes de sus propias limitaciones (Ryff, 1989).
- *Relaciones positivas cercanas y de confianza*: capacidad de mantener relaciones estrechas con otras personas, basadas en confianza mutua y empatía (Díaz *et al.*, 2006).
- *Dominio del entorno*: habilidad para elegir o crear entornos favorables que les permitan satisfacer sus deseos (Ryff & Keyes, 1995).
- *Autonomía*: capacidad de la persona de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales (Ryff, 1989).
- *Propósito en la vida*: intención al cumplimiento de alguna función o al logro de algún objetivo, basados en los valores de referencia de cada persona (Casullo & Brenlla, 2002).

- *Crecimiento personal*: asociado a la idea de evolución y aprendizaje positivo de la persona (Ryff & Keyes, 1995).

Por otro lado el bienestar subjetivo, desde la tradición hedónica concibe el bienestar como un indicador de calidad de vida, basándose en la relación entre las características del ambiente y el grado de satisfacción experimentado por las personas donde, a partir de un modelo de organización jerárquica, el concepto de bienestar subjetivo se encuentra en el nivel superior, pues este manifiesta la valoración global del aspecto cognitivo y afectivo de la vida del ser humano (Diener, 2000).

En esta misma línea, Cuadra & Florenzano (2003) señalan que el bienestar subjetivo hace referencia a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognoscitivas, así como afectivas que alcanzan cuando evalúan su existencia.

La depresión en adolescentes: inventario de Beck

De acuerdo con Lakdawalla *et al.* (2007), la teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas de la depresión. En la cual, a partir de un modelo de vulnerabilidad al estrés, se activan esquemas de pensamiento distorsionado que apoyan a la forma negativa en que el individuo percibe, codifica e interpreta la información sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, lo cual forma y mantiene los síntomas depresivos (Beck, 1979).

En cuanto a los esquemas, Beck (1979) considera que los patrones cognitivos negativos del sujeto lo llevan a vivir predispuesto ante los hechos desfavorables que puede tener el entorno hacia él. Donde los errores cognitivos mantienen las creencias en la validez de los pensamientos negativos del sujeto. Así mismo, en el modelo de Beck se especifican aspectos que tienen relación con la alteración emocional y conductual del sujeto.

Dentro de las principales implicaciones de la depresión en adolescentes se resaltan los elementos enunciados en la Tabla 1:

Tabla 1
Consecuencias de la depresión

Consecuencia	Descripción
Trastornos del sueño	Se presentan trastornos del sueño asociados, sobre todo del tipo al irse a dormir, por ejemplo, dificultad para conciliar el sueño.
Conductas antisociales	Los trastornos conductuales se acompañan de baja autoestima y un sentimiento de culpa bastante patente no solo frente a las consecuencias de la conducta manifiesta, sino también a la realización misma de esas conductas.
Problemas escolares	<p>El bajo rendimiento académico, los problemas de absentismo y fracasos escolares son problemas concomitantes comunes en los adolescentes con depresión.</p> <p>Las personas jóvenes con depresión a menudo experimentan problemas a causa de una disminución del interés subjetivo en el progreso académico, tienen dificultades para concentrarse y prestar atención tanto en clase como a la hora de hacer los deberes en casa y manifiestan una pérdida de la energía y motivación requeridos para el éxito académico, lo que hace que el rendimiento escolar premórbido sea cada vez más difícil de mantener.</p> <p>La depresión clínica es uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes entre la población de jóvenes que se niegan a ir al colegio.</p>
Conflictos familiares	El incremento de los conflictos familiares es una de las causas relacionadas con la depresión en jóvenes. Los adolescentes que afrontan los síntomas de la depresión a menudo intentarán buscar instintivamente otras maneras de sobrellevar la creciente disforia, como pueden ser actividades (por ejemplo, experimentando con la sexualidad y con las sustancias de uso ilegal) que los adultos pueden considerar problemáticas o poco saludables, y que les llevan incluso a consultar un especialista.

Consecuencia	Descripción
Ausencias frecuentes de casa	Los adolescentes tienden a estar poco en su ambiente familiar, en ocasiones creen que así superarían lo que les pasa o culpan de su situación al ambiente familiar y sus exigencias.
Crisis suicidas	No es extraño, especialmente en adolescentes, que el primer motivo de consulta de la depresión sea una crisis suicida que oscila desde la autoestima no suicida (por ejemplo, hacerse rasguños superficiales en la piel de las muñecas) hasta atentados graves contra la propia vida, acompañados de un deseo expreso de morir.
Síntomas somáticos	Los adolescentes deprimidos suelen acudir a los profesionales sanitarios con síntomas físicos, tales como dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales y dolor músculo esquelético.

Nota. Adaptado de Uribe M. (2005).

Retomando el punto inicial, y desde una perspectiva cognitiva, se hace necesario precisar que la persona con depresión presenta un esquema que involucra una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. A este esquema se le conoce como triada cognitiva (Beck, 1979).

Bajo este panorama, el propósito de este estudio es establecer la relación entre la depresión, el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo en población de estudiantes, de manera particular, en una institución privada de la Ciudad de Barranquilla.

Método

La presente investigación se enmarca a partir de un diseño no experimental transeccional correlacional debido a que tal como establece Hernández Sampieri *et al.* (2010) el propósito de los diseños de investigación transeccional es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, se limitan a relaciones no causales y se fundamentan en planteamientos e hipótesis correlacionales.

Procedimiento

A continuación, se enumeran cada una de las fases adelantadas en la presente investigación:

Fase 1: Elaboración de la propuesta.

Fase 2: Revisión y análisis de la literatura y el estado del arte.

Fase 3: Acercamiento a las directivas de la Institución Educativa (IE) participante del estudio.

Fase 4: Establecimiento de la muestra y protocolos éticos con población participante.

Fase 5: Alistamiento de instrumentos.

Fase 6: Recolección, tabulación y análisis de datos.

Fase 7: Elaboración de informe final y devolución a la IE.

Participantes

La muestra del estudio estuvo conformada por 67 estudiantes de 9°-11° de un colegio privado de la ciudad de Barranquilla, los cuales fueron seleccionados por medio de un muestreo aleatorio estratificado.

Hipótesis de trabajo

Hipótesis General:

- Existe relación entre la depresión, el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo en estudiantes de noveno, décimo y undécimo grado de un colegio privado de Barranquilla.
- Hipótesis específicas:
- Existe relación entre la depresión y el bienestar psicológico en estudiantes de noveno, décimo y undécimo grado de un colegio privado de Barranquilla.
- Existe relación entre la depresión y el bienestar subjetivo en estudiantes de noveno, décimo y undécimo grado de un colegio privado de Barranquilla.

Instrumentos

Escala de bienestar psicológico (BP) de Ryff (1989): escala adaptada al español por Díaz *et al.* (2006). La escala consta de seis dimensiones: auto-aceptación (ítems 1, 7, 17, 13 y 24); relaciones positivas y de confianza con otras personas (ítems 2, 8, 12 y 25); dominio del entorno (5, 10, 14, 20 y 29); autonomía (ítems 3, 4, 9, 18, 19 y 23); propósito en la vida (ítems 6, 11, 15, 16 y 21) y crecimiento personal (ítems 22, 26, 27, y 28). Asimismo, implementa una escala de Likert de 1 al 6 donde las alternativas son: 1 *Totalmente en desacuerdo*; 2 *En desacuerdo*; 3 *Parcialmente en desacuerdo*; 4 *Neutro*; 5 *Parcialmente de acuerdo*; y 6 *Totalmente de acuerdo*.

Escala de bienestar subjetivo (BSUB) de Diener (000): escala de agrupación de 5 ítems en una dimensión única de satisfacción con la vida. Está compuesta por las siguientes categorías de respuestas en un rango de 1-5, donde 1: *Totalmente de acuerdo*; 2: *Parcialmente en desacuerdo*; 3: *Neutro*; 4: *Parcialmente en desacuerdo* y 5: *Totalmente en desacuerdo*.

Inventario de Depresión de Beck (1979): es un auto-informe de lápiz y papel compuesto por 21 ítems de tipo Likert, validación y adaptación al español desarrollada por Sanz & Vázquez (1998). El inventario consta dos factores: *factor cognitivo-afectivo* (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 17) y *factor somático* (ítems 16, 18, 19, 20 y 21).

Está compuesto por preguntas sobre el modo en cómo se ha sentido las últimas dos semanas el paciente, con una categoría de respuestas de 0 a 3, tomando 0 como el nivel mínimo de aparición del síntoma depresivo en ese tiempo y 3 como el máximo nivel de aparición de este en ese tiempo.

Análisis de la información

El análisis estadístico se llevó a cabo con el uso del programa SPSS, versión 23.

Resultados

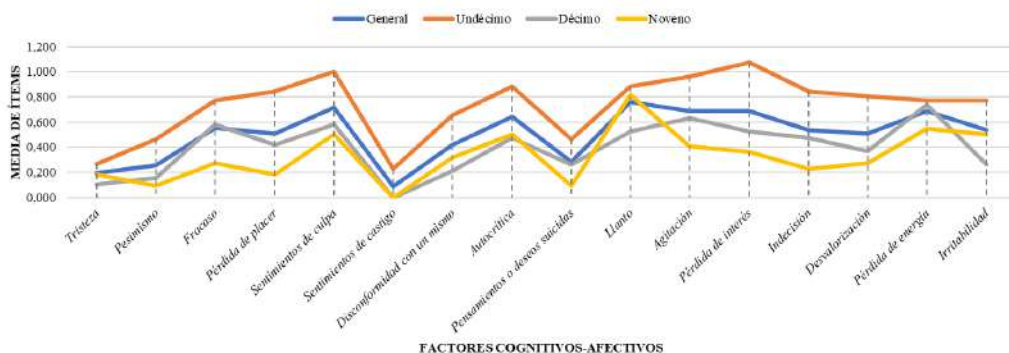
En lo que respecta al sexo, edad y cursos, el 54% de la muestra corresponde a población femenina, el 43% a población masculina y un 3% señalan que prefiere no informar sobre este ítem. Del total de participantes, entre el rango etario de 13-18 años, se presentó un promedio de 15 años.

Finalmente, en lo que respecta a los cursos: el 32,8% se encuentra en noveno grado; un 28,4% en décimo y un 38,8% está en undécimo grado.

Bajo la premisa del objetivo de investigación, donde se pretende identificar la relación entre depresión, bienestar psicológico y bienestar subjetivo en estudiantes, los resultados obtenidos con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck IDB fueron agrupados en una matriz general, se identificó la distribución de frecuencias de los ítems reactivos de los factores: *cognitivo-afectivo* (FCA) y *somático* (FS) del Inventario. A partir de la matriz, se desarrolla el análisis de resultados, tomando como referencia diversas elaboraciones graficas que contienen los datos de estudio.

Gráfica 1

Media en los ítems del factor *cognitivo-afectivo* del Inventario de Beck por grados.



Nota. Fuente: Matriz de resultados Factor Cognitivo IDB. Elaboración propia.

En el *factor cognitivo-afectivo*, a partir del análisis cuantitativo, se da cuenta de una mayor tendencia dentro de la media general, en los componentes, en orden de mayor presencia: llanto, sentimientos de culpa, agitación, pérdida de interés y pérdida de energía. Cabe resaltar, que la mayor incidencia de aparición de los niveles máximos de los síntomas depresivos (moderados y severos) se presenta bajo la categoría de análisis del grado en los estudiantes de undécimo grado, y al revisar por sexo, predomina en la población femenina.

Es importante señalar que dentro de los factores con menor media general se encuentran los pensamientos o deseos suicidas; cerca del 27% de la población encuestada manifiestan que han pensado/deseado matarse. Respecto al pesimismo, se encontró una mayor prevalencia en

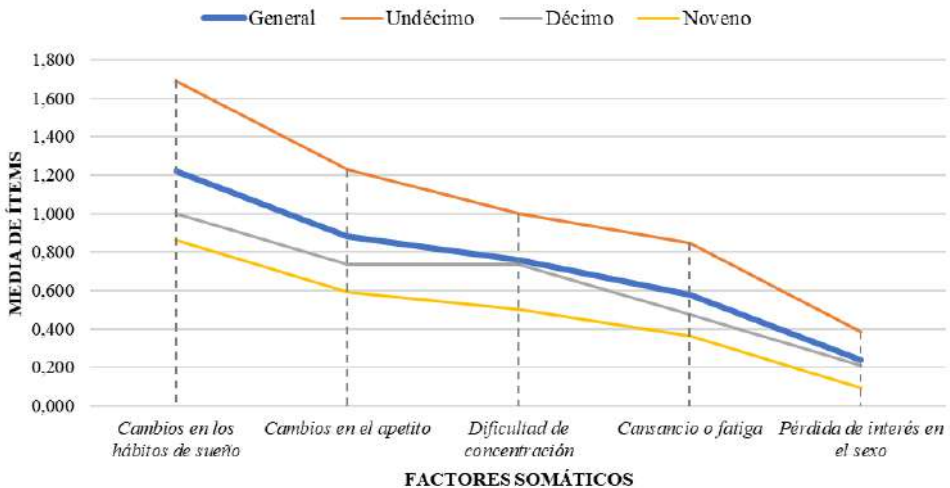
los estudiantes de undécimo grado donde un 46% de la población de los encuestados señala que “actualmente se sienten más desalentados respecto a su futuro de lo que solían estarlo”.

Así mismo, al analizar los cambios y evolución de los factores cognitivos-afectivos, se evidencia una tendencia en los estudiantes de undécimo grado a niveles más altos de aparición de síntomas depresivos por encima de la media general en todos los factores, en comparación con la población de noveno grado.

Adicionalmente, se observa un crecimiento porcentual superior al 100% en 14 componentes: sentimientos de castigo; pesimismo 408%; pensamientos o deseos suicidas 408%; pérdida de placer 365%; pérdida de interés en el sexo 323%; indecisión 272%; desvalorización 196%; pérdida de interés 196%; fracaso 182%; agitación 135%; cansancio o fatiga 133%; cambios en el apetito 108%; disconformidad con uno mismo 105%; sentimientos de culpa 100% y dificultad de concentración 100%.

Gráfica 2

Media en los ítems del Factor somático del Inventario de Beck por grados.



Nota. Fuente: Matriz de resultados Factor Somático [FS] IDB. Elaboración propia.

En la distribución (Gráfica 2) se evidencian los cambios en el apetito y en hábitos de sueño, alcanzan puntajes más altos del FS, con una media general de 1,22 para el primer componente y de 0,88 para el segundo componente respectivamente.

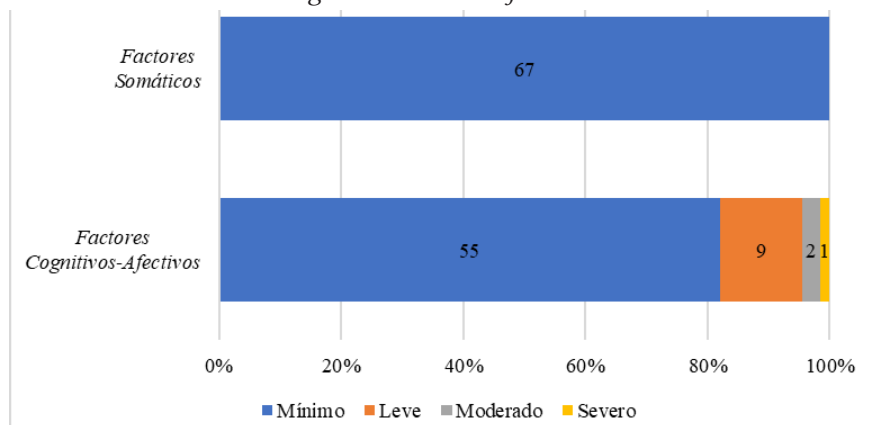
Es preciso señalar que estos componentes de apetito y sueño representan aspectos del FS de importancia al momento de considerar indicadores de depresión, ya que se ven significativamente afectados, tal como lo señala la evidencia clínica. El 82% de la población total de estudiantes manifiestan que han experimentado cambios en los patrones del sueño, de igual manera, un 67% han tenido cambios en el apetito.

Al indagar, en la población participante, en torno al modo en cómo se ha sentido las últimas dos semanas, de manera particular, los estudiantes de undécimo grado evidencian una prevalencia superior al promedio general en todos los componentes del factor somático. Así mismo, se evidencia una tendencia a incrementar los niveles de aparición del síntoma depresivo al comparar las medias de transición noveno a undécimo grado. Estos dos datos tienen significancia clínica en al momento de contrastarse su prevalencia con el factor cognitivo afectivo (FCA).

Ítems con tendencia a nivel leve en el factor somático (FS): dificultad de concentración (media de 0,76); el cansancio o fatiga (media de 0,58). Respecto al primer componente un 54% de los estudiantes afirma que ha tenido dificultades para concentrarse y mantener la mente en algo por mucho tiempo. De igual modo, un 43% afirman fatigarse más fácilmente que lo habitual o estar demasiado fatigado o cansado para hacer muchas o la mayoría de las cosas que solían hacer.

Gráfica 3

Resultado en el Inventario de Depresión de Beck FCA y FS, frecuencia y porcentaje según severidad de factores.



Nota. Fuente: Matriz de resultados Factor Cognitivo – Afectivo y Somático IDB. Elaboración propia.

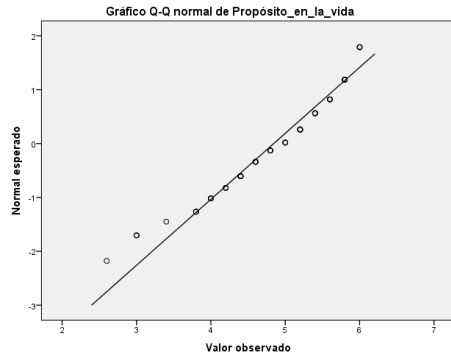
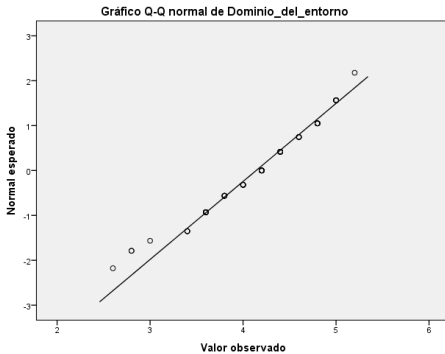
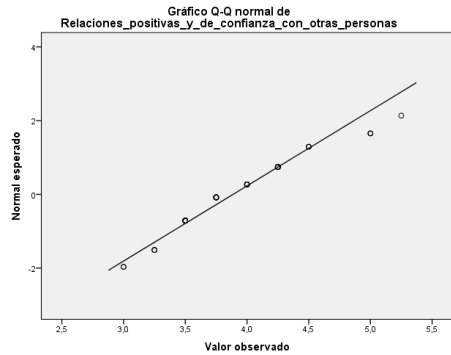
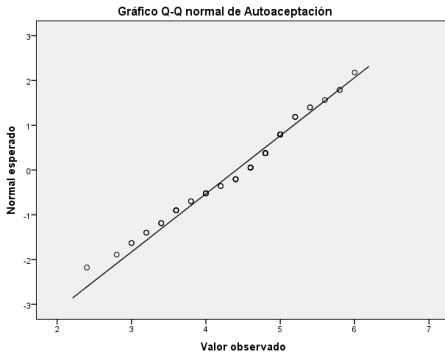
La Gráfica 3 evidencia los resultados generales en los niveles de valor que establece el Inventario de Depresión de Beck (IDB); en lo que respecta a la presencia de factores somáticos el 100% de la población se encuentra en un nivel mínimo de aparición del síntoma depresivos en las últimas dos semanas. Una tendencia similar es observada en los factores cognitivos, donde más del 80% de la población de estudiantes refleja la presencia de síntomas mínimos, un 13% con la presencia de síntomas leves y el restante se encuentra ubicado en los niveles moderado-severo.

Análisis correlacional

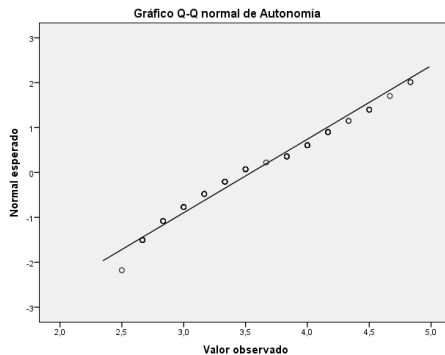
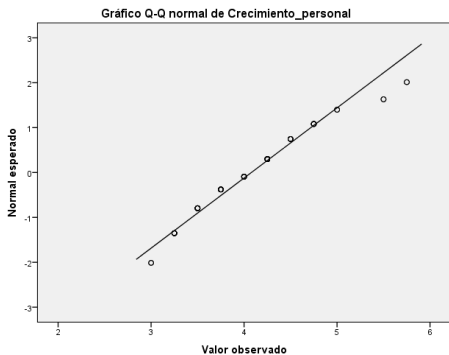
A continuación, se lleva a cabo un análisis correlacional lineal que permite establecer entre las variables seleccionadas las relaciones de incremento o reducción. En primera instancia, se estiman en la Gráfica 4 y 5 las gráficas de probabilidad normal para cada una de las variables y sus subdimensiones para la validación de los supuestos de normalidad.

Gráfica 4

Gráficos de probabilidad normal de las dimensiones del bienestar psicológico.



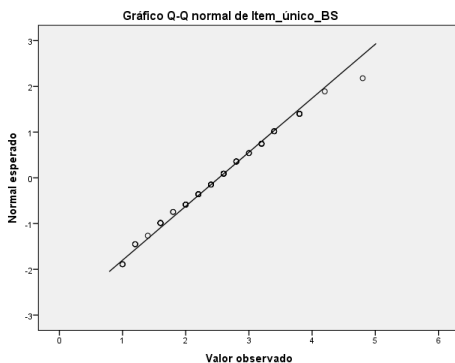
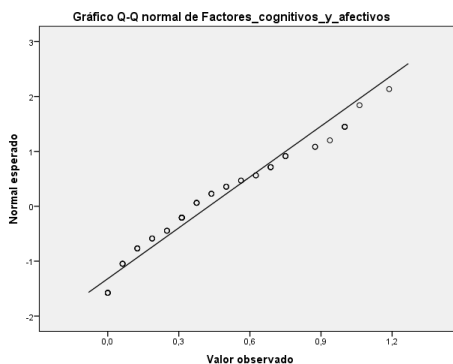
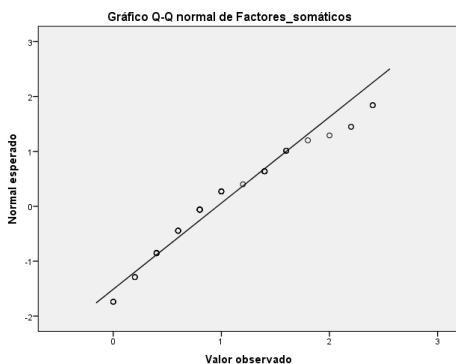
Bienestar psicológico, satisfacción con la vida y depresión en estudiantes de educación media vocacional de la ciudad de Barranquilla



Nota. Fuente: Matriz de resultados prueba de normalidad variable de bienestar psicológico [BP]. Elaboración propia.

Gráfica 5

Gráficos de probabilidad normal de los factores de depresión y el ítem único de bienestar subjetivo.



Nota. Fuente: Matriz de resultados prueba de normalidad de factores cognitivo – afectivo y somático IDB y de la variable de bienestar subjetivo [BS]. Elaboración propia.

Relación entre el bienestar psicológico y depresión (Factores cognitivos-afectivos y factores somáticos).

Tabla 2
Correlación entre Depresión IDB y Bienestar Psicológico [BP]

Factores: depresión		Subdimensiones del bienestar psicológico		
		Autoaceptación	Autonomía	Propósito en la vida
Factores cognitivos y afectivos	Correlación de Pearson	-,656**	,439**	-,446**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000
	N	67	67	67
Factores somáticos	Correlación de Pearson	-,381**	,499**	-,444**
	Sig. (bilateral)	,001	,000	,000
	N	67	67	67

Nota. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

El análisis de correlación muestra una asociación estadísticamente significativa entre tres de las seis dimensiones de la escala de bienestar psicológico [BP] de Ryff y los factores que evalúa el inventario de depresión de Beck (Tabla 2). Entre la autoaceptación y los factores cognitivos-afectivos existe una correlación negativa fuerte, bajo un nivel de significancia alta ($r = -0,656$, $p < 0,01$).

Con respecto a esta misma dimensión [autoaceptación], con los factores somáticos, se establece una correlación negativa débil ($r = -0,381$, $p < 0,01$), estas relaciones indican que los jóvenes que tienen una mayor presencia de factores cognitivos-afectivos como tristeza, pesimismo, fracaso, entre otros, y factores somáticos como pérdida de peso, pérdida de apetito o bajo nivel de energía presentan una disminución en el intento de sentirse bien con ellos mismos.

Entre los factores cognitivos-afectivos, los factores somáticos y autonomía existe una correlación positiva débil y moderada respectivamente ($r = 0,439$; $r = 0,499$ y $p < 0,01$); esto refleja que los jóvenes que tienen una mayor presencia de factores cognitivos-afectivos como tristeza, pesimismo, fracaso, entre otros, y factores somáticos, como pérdida de peso, pérdida de apetito

y bajo nivel de energía presentan una acentuación en cuanto a la capacidad para sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales.

También se observó una correlación negativa entre los factores cognitivos-afectivos, los factores somáticos y el propósito en la vida ($r, -446$; $r, -444$ y $p < 0,01$). Esto indica que los jóvenes que tienen una mayor presencia de factores cognitivos-afectivos como tristeza, pesimismo, fracaso, entre otros, y factores somáticos como pérdida de peso, pérdida de apetito o bajo nivel de energía presentan una disminución en cuanto a su intención relacionada con el cumplimiento de alguna función o al logro de algún objetivo.

Es preciso anotar que no se evidenciaron correlaciones al nivel de significancia de 0,01 entre los factores somático y cognitivos-afectivos con el dominio del entorno, relaciones positivas, y de confianza con otras personas y crecimiento personal.

Relación entre el bienestar subjetivo y depresión (factores cognitivos-afectivos y factores somáticos)

Tabla 3
Correlación entre Depresión IDB y Bienestar Subjetivo

Factores: Depresión		Ítem único de bienestar subjetivo
Factores cognitivos y afectivos	Correlación de Pearson	,510**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	67
Factores somáticos	Correlación de Pearson	,379**
	Sig. (bilateral)	,002
	N	67

Nota. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En lo que respecta a las variables de depresión y bienestar subjetivo, el análisis de correlación muestra una asociación estadísticamente significativa entre el ítem único de *bienestar subjetivo* y los factores que evalúa el Inventario de Depresión de Beck (Tabla 3). Frente a la correlación entre la depresión (IDB) y el bienestar subjetivo (BS) opera una correlación positiva

fuerte bajo un nivel de significancia alta entre los factores cognitivos-afectivos ($r,510$, $p<0,01$), los factores somáticos ($r,379$, $p<0,01$) y el ítem único de bienestar subjetivo (satisfacción con la vida).

Esto indica que los jóvenes exteriorizan un aumento de los términos positivos que hacen de su propia vida, pese a la presencia de factores cognitivos y afectivos como la tristeza, el pesimismo, el fracaso, la disconformidad con ellos mismos, la indecisión, los sentimientos de culpa, entre otros sentimientos y pensamientos, acompañados de factores somáticos tales como la pérdida de peso, cambios en los hábitos del sueño, bajo nivel de energía o dificultades de concentración.

Discusión

Es preciso señalar que las valoraciones transversales de factores afectivo, cognitivo y somático (presentadas en los estudiantes en las últimas dos semanas) señaladas en el presente estudio se deben tomar en consideración teniendo en cuenta la naturaleza del Inventario de Depresión de Beck IDB, como orientadores de los procesos de intervención, y no como indicadores y/o criterios diagnósticos de una psicopatología. Así la variable *depresión*, objeto de tratamiento en el estudio, señala la posible presencia de conductas, emociones y cogniciones en los individuos de la muestra, por tanto, exige de otras estrategias valorativas para que pueda considerarse como un diagnóstico clínico.

Consecuente, con la anterior aclaración, se hace necesario llamar la atención sobre una variable que se introdujo en el estudio y que, al no estar bajo el control de la investigación, debe ser considerada al momento de la lectura de los resultados. Siendo una situación excepcional, su efecto sobre los resultados, no invalidan lo actuado, sino que propone una perspectiva de revisión novedosa.

Tal variable fue la crisis de salud pública que amenaza al mundo, a partir de la propagación de un nuevo coronavirus, manifestado en el síndrome agudo respiratorio severo (SARS-CoV-2), cuyo responsable es la denominada COVID-19 (C-19), notificado por primera vez en Wuhan (China) el 31 de diciembre de 2019 por la Organización Mundial de la salud (OMS), 2020. Opiniones y análisis reconocen que el C-19 y su manejo,

a partir del confinamiento físico-social, opción dada por las autoridades sanitarias mundiales, regionales y locales, tendrá efectos directos e indirectos en la salud mental de muchas personas (Chamarro, 2020)

La investigación propuso establecer la relación entre la *depresión*, el *bienestar psicológico* y *bienestar subjetivo* en estudiantes de noveno, décimo y undécimo grado de un colegio privado de Barranquilla. Los resultados registran que, aunque un alto porcentaje (100% factores cognitivos-afectivo, y más de un 80% para factores somáticos) de los jóvenes evaluados se ubicaron en los niveles mínimo y leve respecto a la presencia de síntomas de depresión y de pensamientos negativos acerca de si mismos, el mundo o su futuro.

Es necesario precisar en las particularidades para cada uno de estos componentes con el fin de priorizar en términos del grado en que se encuentran, la edad y el sexo. Pese a que el rubro de severidad en cuanto al Inventario de Beck no constituyó un porcentaje elevado (aproximadamente un 10% de la población muestreada), este valor ha de considerarse relevante, ya que a futuro se podrían manifestar conductas relacionadas con la depresión, ideación suicida, entre otras.

Así mismo, la correlación negativa fuerte encontrada entre la depresión y las dimensiones autoaceptación y propósito en la vida de la escala de bienestar psicológico permite comprobar la primera hipótesis de trabajo, pues los adolescentes que presentaron mayores puntuaciones en la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff perciben con menor frecuencia pensamientos negativos acerca de si mismos, el mundo y/o su futuro. Diferentes estudios, entre ellos los de Castro Solano, *et al.* (2002); Rodríguez-Fernández *et al.* (2016); Giménez, *et al.* (2010) exponen la relación inversa entre el bienestar psicológico y el hallazgo de síntomas psicopatológicos como los relacionados con la depresión en población adolescente.

Con respecto a la relación entre la depresión y el bienestar subjetivo, es preciso mencionar que se halló una asociación directamente proporcional entre la puntuación derivada del Inventario de Depresión de Beck por los estudiantes y la Escala de Bienestar Subjetivo, planteamiento que permite comprobar la segunda hipótesis de trabajo, pero, sin duda, permite generar conclusiones diferentes a las ya conocidas y trabajadas acerca de los problemas de salud mental en adolescentes (alejadas de cualquier

proceso de prevención de síntomas o rasgos depresivos, y más cercanas a la promoción de habilidades sociales y de afrontamiento en los jóvenes).

Se puede concluir que, si bien la mayoría de los adolescentes participantes de esta investigación reconocen la existencia de situaciones que escapan de su control (teniendo en cuenta que el diligenciamiento de las pruebas se desarrolló en medio del confinamiento por la emergencia sanitaria relacionada con el Covid-19), también reconocen que pueden ser parte activa de la obtención de bienestar en sus vidas.

En consonancia, investigaciones en torno al bienestar, desde una propuesta de la psicología positiva, señalan que, si bien existe la presencia de síntomas, factores y huellas negativas que disminuyen la salud mental y la calidad de vida de las personas, también se pueden reconocer elementos de bienestar (Acuña *et al.*, 2013) y la disponibilidad así como uso de recursos psicológicos, familiares y sociales (Acuña *et al.*, 2011) que les permitan poner en funcionamiento estrategias saludables y adaptativas a nivel personal, familiar y social determinantes ante las situaciones adversas que se vivencian.

De igual forma, es importante mencionar que el *bienestar subjetivo* guarda relación con el desarrollo de vidas con mayor sentido y, particularmente, con la disminución de los efectos poco deseables de eventos vitales estresantes y la reducción de la probabilidad de que los adolescentes desarrollen problemas psicológicos o conductuales a futuro (Park, 2004). Seligman (1983) manifestó la importancia del estudio de factores que tengan por objetivo mejorar la calidad de la vida y prevenir los trastornos de carácter psicológico, con el fin de lograr terapias de mayor éxito.

Propuesto lo anterior, resulta importante considerar un segundo paso en el estudio: del nivel investigativo a la intervención primaria en salud, a efecto de identificar problemáticas particulares que presenten los adolescentes, para introducir programas de prevención y promoción en salud mental, enfocados al fortalecimiento de habilidades sociales intra e interpersonales y de la autoestima en los jóvenes.

Una contribución ética del estudio es la recomendación planteada a la institución educativa, de promover o participar de/con un sistema de tele-psicología con atención a los adolescentes que reflejaron algún nivel de

severidad en el Inventario de Depresión de Beck para descartar la presencia de estados y/o rasgos depresivos a fin de minimizar riesgos, y se obtenga atención, así como un seguimiento oportuno en medio de la crisis en salud pública que vive el país.

Conclusiones

La salud mental es parte fundamental de la salud general de los adolescentes; a partir de lo cual, temas relacionados con la identificación de pensamientos negativos que pueden experimentar los jóvenes en relación a sí mismos, al mundo o hacia su futuro, y la comprensión de los momentos de la vida adolescente (desde donde elaboran juicios evaluativos sobre su propia vida) deben ser primordiales en la hoja de ruta de programas de prevención y promoción de instituciones educativas o instituciones que focalicen su trabajo en esta población.

Los datos del estudio evidencian una correlación negativa entre la depresión y el bienestar psicológico, lo que puede configurar un factor predisponente en el desarrollo de trastornos mentales en los jóvenes, redundando en un problema de salud pública que, a futuro, habría que afrontar.

La asociación encontrada entre la *depresión* y el *bienestar subjetivo* invita a repensar el diseño de programas transversales para población adolescente en términos del desarrollo de recursos para la promoción de factores como la resiliencia y los estilos de afrontamiento, que aporte al desarrollo de competencias psicosociales al momento de realizar una valoración de la vida, aún en circunstancia que impliquen tensión o estrés.

Limitaciones

Entre las limitaciones del estudio, cabe destacar que los resultados presentados se refieren a escolares entre los 13 y 18 años que cursan noveno a once grados de básica secundaria, con lo cual, se restringe la generalización de los resultados en poblaciones que estén por fuera de estas edades y nivel educativo. Se sugiere estudios longitudinales que permitan valorar cambios en las variables estudiadas, dado que, por ejemplo, el constructo *bienestar*

cambia constantemente, y más si se consideran los tiempos de la pandemia relacionada con el COVID-19.

Referencias

- Acuña, E., Amaris, M., y Madariaga, C. (2011). Recursos psicológicos, familiares y sociales en mujeres víctimas de violencia de pareja.
- Acuña, E., Madariaga, C., y Amaris, M. (2013). Mental health, post-traumatic cognitions and perceived stress in women victims of violence by their former or current intimate partner.
- Arrieta Vergara, K. M., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14–22.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Benjet, C. (2009). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*, 234.
- Castro Solano, A., Brenlla, M., & Casullo, M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico en adultos. *MM Casullo y otros, Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*, 93–100.
- Casullo, M. M., & Brenlla, M. E. (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica* (Vol. 5). Paidós.
- Chamarro, A. (2020). Psychosocial impact of COVID-19: Some evidence, many doubts to be clarified. *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 38(1).
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), ág–83.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist*, 55(1), 34.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572–577.

- Giménez, M., Vázquez, C., & Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad.
- Gómez-Restrepo, C., Escudero, C., Matallana, D., González, L., & Rodríguez, V. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. *MInsalud. Ciencias, 1*.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio, P., & others. (2010). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., De Girolamo, G., et al. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry, 6*(3), 168.
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(3), 539.
- Lakdawalla, Z., Hankin, B. L., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical child and family psychology review, 10*(1), 1–24.
- Ministerio de Salud (MINSALUD). (2017). *Boletín de Salud Mental No 4, Salud mental en niños, niñas y adolescentes*.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Global Accelerated Action for the Health of Adolescents: Guidance to Support Country Implementation.
- Parke, R. D. (2004). Development in the family. *Annual Review of Psychology, 55*, 365-399.
- Rodríguez-Fernández, A., Ramos-Díaz, E., Ros, I., Fernández-Zabala, A., & Revuelta, L. (2016). Bienestar subjetivo en la adolescencia: el papel de la resiliencia, el autoconcepto y el apoyo social percibido. *Suma psicológica, 23*(1), 60–69.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology, 57*(6), 1069.

- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Salud, M. de, & Social, P. (2013). Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021: la salud en Colombia la construyes tú. *Bogotá: Grupo de Comunicaciones, Imprenta Nacional de Colombia*.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303–318.
- Seligman, M. E. (1983). *Indefensión: en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Debate.
- Uribe M., X. Giraldo C. Marulanda M. Rodríguez G y Rivera. (2005). *DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES*. UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL PEREIRA.
- Vélez, L. P. M., Gutiérrez, J. A., & Isaza, B. E. T. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Ces Medicina*, 24(1).

Capítulo 7



Percepción emocional en adolescentes de 14 a 16 años con conductas disruptivas y sin conductas disruptivas de una institución educativa regular del departamento de Sucre

Rossy Jaraba¹, José Dionisio Bertel Barreto², Jorge Navarro-Obeid³

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la percepción emocional en adolescentes con conductas disruptivas y sin conductas disruptivas de una institución educativa del departamento de Sucre. Se aplicó una metodología de diseño no experimental, de tipo descriptivo comparativo, de corte transversal; con una aplicación del Test de la Mirada (TdM) de Baron–Cohen a 40 adolescentes, seleccionados por medio de un muestreo intencional no probabilístico, cuyas edades oscilaban entre los 14 y los 16 años. Se halló que los adolescentes con comportamientos disruptivos obtuvieron medias significativamente más bajas que el grupo control en relación con el reconocimiento y procesamiento emocional (medias altas, 29,5; y medias bajas 21,25; diferencias significativas entre ambos grupos, $p < 0,001$). Se concluye que los niños con conductas disruptivas tienen dificultades

1 Universidad Abierta y a Distancia. Magíster en Trastornos Cognoscitivos y del Aprendizaje (Uninorte), Especialista en Trastornos Cognoscitivos y del Aprendizaje (Uninorte). Docente Universitaria UNAD, Programa de Psicología, Escuela de Ciencias Sociales, Arte y Humanidades. Correo: rossy.jaraba@unad.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8527-9578>

2 Magisterio de Colombia. Magíster en Administración y Planificación Educativa. Especialista en Investigación Aplicada a la Educación. Licenciado en Educación Básica con Énfasis en Humanidades de CECAR. Docente Magisterio de Montería-Córdoba. Correo: josebertel22@gmail.com Orcid: 0000-0002-9776-1855

3 Corporación Universitaria del Caribe. Estudiante de tercer año del Doctorado en Psicología de la Universidad Simón Bolívar de Barranquilla. Magíster en Psicología. Psicólogo. Docente de la Corporación Universitaria del Caribe – CECAR. Facultad de Humanidades y Educación, Programa de Psicología. Investigador Junior Minciencias. Correo: Jorge.navarro@cecar.edu.co Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2160-5220>

para percibir y comprender las emociones de los demás y, asimismo, dificultad para regular su comportamiento. Las implicaciones de estos hallazgos significativos se discuten al interior del texto.

Palabras clave: conductas disruptivas, procesamiento emocional, cognición social, adolescencia, teoría de la mente.

Emotional recognition in adolescents from 14 to 16 years old with disruptive behaviors and without disruptive behaviors from a regular educational institution of the department of Sucre

Abstract

The present study aimed to evaluate the emotional perception in adolescents with disruptive and non-disruptive behaviors of the Educational Institution of the Department of Sucre. A non-experimental design methodology was applied, of a comparative descriptive type, with a cross-section; with an application of the Baron-Cohen Test of the Looks to 40 adolescents, selected by means of an intentional non-probability sampling, whose ages ranged from 14 to 16 years. It was found that adolescents with disruptive behaviors obtained significantly lower means than the control group (high means, 29.5 and low means 21.25, significant differences between both groups, $p < 0.001$) in relation to recognition and emotional processing. It is concluded that children with disruptive behaviors have difficulty perceiving and understanding the emotions of others and also the ability to regulate their behavior. The implications of these significant findings are discussed within the text.

Keywords: disruptive behaviors, emotional processing, social cognition, adolescence, theory of the mind.

Introducción

La violencia escolar es una problemática prevalente en la cotidianidad de las dinámicas de las instituciones educativas. Es un tópico que ha tomado relevancia actualmente por la frecuencia de su presentación y los efectos a nivel personal y social. Es un fenómeno complejo que ha dado muestras de las manifestaciones de agresividad entre pares en la interacción escolar, lo que causa mucha preocupación, pues es sabido que la escuela es uno de los espacios mediáticos de socialización.

Estas formas inadecuadas de interacción entre niños y adolescentes provocan la normalización de tendencia hacia el maltrato, causando graves consecuencias emocionales, psicológicas y físicas que trascienden en el tiempo (Vega *et al.*, 2017). Así puede observarse en la encuesta de victimización escolar aplicada por la Secretaría de Gobierno de Bogotá a 87 302 estudiantes de los grados 5° a 11° en el año 2006.

Con respecto a las formas de maltrato escolar, se destaca el maltrato emocional, que en los colegios de Bogotá se registra como una de las más visibles, toda vez que el 38% de la población escolar es víctima de insultos que los hacen sentir mal; el 22% sufre de rechazo y exclusión por parte de sus compañeros; y el 9% manifiestan haber recibido amenazas en los colegios (Álvarez, 2013).

Entre los principales factores desencadenantes de problemas disciplinarios está la limitada empatía, asociada a estrategias de comunicación poco adecuadas. La comunicación empática requiere, pues, de un conjunto de habilidades para reconocer estados emocionales en los demás y responder de manera constructiva (Vélez, 2008).

Erazo (2016) afirma que “el comportamiento cognitivo y conductual de los seres humanos es una respuesta del funcionamiento y organización del sistema nervioso central, sus deficiencias alteran las condiciones biológicas y químicas con respuestas poco adaptables” (p. 44). Por lo cual, resulta primordial desarrollar investigaciones que indaguen en los elementos cognitivos que desencadenan este tipo de conductas.

Con este tipo de estudios se busca evitar que estas manifestaciones pasen de ser un proceso normal de ajuste social a un problema crónico o patológico, los cuales cobran especial interés en situaciones escolares y

familiares, por la intermediación de situaciones violentas e intolerantes (Arias *et al.*, 2009). Lo anterior, determinó la relevancia de esta investigación; y para su abordaje se deben considerar las conceptualizaciones referidas a la percepción emocional, como variable fundamental de la cognición social, y las conductas disruptivas que son prevalentes en un grupo de escolares.

En este orden de ideas, estudiar los procesos relacionados con la cognición social es de suma importancia; siendo este el eje central de la investigación en desarrollo. Primeramente, la cognición social según Butman (2001) citado por Uribe (2010) se puede entender como:

Una serie de procesos neurobiológico, psicosocial y social, por medio del cual se perciben, reconocen, y evalúan los eventos sociales, para construir una representación del ambiente de interacción de los individuos, y posteriormente generar el comportamiento social, es decir, la respuesta más adecuada según las circunstancias particulares. (p. 2)

Claramente, hacer un análisis de la cognición social posibilita el entendimiento de la forma en la que se evalúan las intenciones de los demás a través de su conducta: la dirección de las miradas, el movimiento corporal y la manifestación de las conductas de las otras personas; la cual, en su desarrollo adecuado como proceso cognitivo superior, posibilita la representación mental de situaciones de orden social, así como la construcción de diversas opciones de respuesta, de las cuales se selecciona la más acertada para mantener ambientes armónicos de interacción, donde las reacciones de los otros son cambiantes y diversas.

Debido al desconocimiento por parte de padres y educadores sobre los problemas de conducta, así como el bajo reconocimiento que tiene los sistemas sociales para manejar estas dificultades, se vuelve imperativo plantear la necesidad de desarrollar investigaciones que identifiquen estos problemas en el aula, para una mejor comprensión de las deficiencias neuropsicológicas y su manifestación de comportamiento cognitivo y conductual (Santander, 2016).

La investigación actual de la cognición social permite un paradigma más amplio de los procesos humanos, a la vez que mejora las posibilidades de prevención y control, lo cual fomenta una mejor calidad de vida entre las personas y las comunidades (Valdivieso, 2010).

Reconocimiento emocional como subdominio de la cognición social

La cognición social es responsable de la forma en como los seres humanos percibimos las emociones propias y las de los otros, cómo se comprende lo que piensan los demás en diversas situaciones, la forma como evaluamos mentalmente las interacciones interpersonales y cómo respondemos con acciones sociales a los ambientes sociales específico en la que se evalúan mentalmente las interacciones interpersonales (Lázaro & Solís, 2008).

Lo que determina que un comportamiento social adecuado resta la posibilidad de manifestación de las conductas disruptivas en el aula, en la medida que los estudiantes se vuelven capaces de emitir juicios que incluyen la reflexión sobre los temas de índole social, bien sea desde el reconocimiento de emociones básicas según los rostros de los otros (percepción emocional) o de la capacidad para hacer valoraciones negativas y positivas en determinadas situaciones (percepción del comportamiento social) para su actuar en consecuencia (Ruiz *et al.*, 2006).

La cognición social es un grupo de procesos mentales que son la base de las interacciones sociales. Green & Nuechterlein (1999) coinciden en determinar que la cognición social se compone de cuatro dominios:

- **Procesamiento emocional:** relacionado con la percepción, interpretación, regulación e implementación de las emociones que generan una conducta social.
- **La teoría de la mente:** conceptuado como la capacidad para inferir, explicar y predecir los comportamientos de las demás personas, a través de la representación de los estados mentales de los demás, los cuales son independientes a los propios.
- **La percepción social:** definida como la capacidad para codificar e interpretar los códigos sociales como el contexto social, las normas y roles que asumen las personas en ciertas situaciones, y los comportamientos que se manifiestan en respuesta.
- **El sesgo atribucional:** referido a la forma en cómo las personas les atribuyen un porqué a las situaciones ocurridas, o causas de los eventos, bien sean negativos o positivos.

En la presente investigación se desarrolla una medición sobre el subdominio *percepción emocional*. Este proceso cognitivo se refiere a la capacidad para comprender, regular y manifestar los estados emocionales. Esta función propiamente humana es de vital importancia porque nos permite desarrollar competencias sociales que vuelven eficaces nuestras interacciones, debido a que se concibe como el primer paso para responder a las emociones que manifiestan los otros desde un ambiente cambiante y diverso (Santos, 2014).

Por su parte, Ochsner citado por K. Gutiérrez (2013) define a la percepción emocional como “la habilidad de detectar, reconocer y juzgar el valor afectivo de estímulos tanto lingüísticos, como no lingüísticos” (p. 111). Estos estímulos pueden estar representados por palabras o proposiciones orales o escritas, expresiones faciales, imágenes de personas, dirección de la mirada o tono emocional de la voz (K. Gutiérrez, 2013).

Funcionalmente, el procesamiento de emociones humanas implica, en primera instancia, aprender a reconocer las expresiones faciales, debido a que es el recurso más próximo que utilizamos para manifestar los estados emocionales, además que el ser humano presta más atención a esto que a cualquier otro sistema de comunicación no verbal (Palomera *et al.*, 2012).

El estudio de esta instancia se ha desarrollado principalmente desde la identificación y discriminación visual de las emociones expresadas facialmente o la manifestación auditiva de las emociones (K. Gutiérrez, 2013), por lo cual los instrumentos más utilizados para hacer esta evaluación son aquellos que implementan tareas de fotografías con rostros que expresan emociones básicas (Zegarra & Chino, 2017).

La evaluación de la percepción de estados emocionales, desde la neuropsicología, se concentra en realizar una valoración de la capacidad para reconocer estados emocionales en las demás personas y la capacidad para sentir los estados emocionales propios (Bueso *et al.*, 2015).

Las alternativas más implementadas y de mayor validez son aquellas que usan fotografías o imágenes afectivas, debido a que las reacciones emocionales que generan son más cercanas a los estímulos propios de la realidad, en oposición con aquellas pruebas que usan la palabra como recurso de estimulación emocional (Casado *et al.*, 2011).

Conductas disruptivas en el contexto escolar

Con relación al comportamiento disruptivo, se ha establecido que el término tiene procedencia del inglés expresado como “disruptive behavior” —lengua en la que dicha categoría se asocia mucho con las investigaciones del ámbito escolar—. Se entiende como la manifestación de conductas transgresoras por parte de algunos estudiantes, que irrumpen el desarrollo armónico de las clases y que alteran la convivencia escolar, por concebirse desafiantes ante las normas propuestas como falta de cooperación y mala educación; insolencia; desobediencia; provocación y agresión; hostilidad y abuso; impertinencia; amenazas, entre otros (Gordillo *et al.*, 2014).

A menudo, las conductas disruptivas se manifiestan cuando los comportamientos de los estudiantes no encajan con los valores, motivos y fines de los procesos educativos, donde se exhibe la violación del derecho de los demás o de las normas sociales propias de cierta edad, promoviendo un ambiente de indisciplina que inhibe el desarrollo del aprendizaje y exponen dificultades para el desarrollo de las clases (Álvarez, *et al.*, 2016).

Tatum (1997) citado por Álvarez *et al.* (2016) explica que las conductas disruptivas pueden entenderse —bajo el discurso docente— como un conjunto de conductas inapropiadas: dificultades para la cooperación, desobediencia, insolencia, mala educación, comportamientos agresivos, hostilidad, abuso del compañero, lenguaje impertinente y amenazante, y otras conductas que generan escenarios inadecuados para el aprendizaje. Lo que nos cuestiona sobre la pertinencia de profundizar en este campo, para aportar en la determinación de posibles causas que se encuentren asociadas a la cognición social.

Por su parte, Fernández citado por Gallego (2012) establece siete denotaciones más comunes para el comportamiento disruptivo:

- Conjunto de comportamientos indebidos en el aula.
- Actitud aversiva que retrasa el proceso de enseñanza y aprendizaje.
- Generador de indisciplina en el aula y malas relaciones interpersonales.
- Está relacionado con el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar.

- Afecta a la colectividad de la clase, no solo al particular que lo manifiesta.
- Disociación de objetivos de clase entre el docente y el estudiante con la conducta.
- Depresión del clima de aula desarrollando una convivencia tensa.

Estas conductas, en principio moderadas, pueden despertar su potencial de desarrollo en la inmersión de situaciones familiares, escolares y sociales influidas por la violencia y la intolerancia que se exponen como factores de riesgo latente en estos escenarios, que además puede afectar otras dimensiones como el razonamiento moral, la autorregulación y el ajuste social de los niños y adolescentes (Arias *et al.*, 2009). En este contexto, es oportuno mencionar que ellos se encuentran en una fase de especial vrabilidad (Pino & García, 2007), por lo tanto, la familia al igual que la escuela deben ser sistemas sociales de incidencia en el desarrollo de valores, los cuales comparten la responsabilidad de educar (Álvarez *et al.*, 2016) en tolerancia y paz (Pino & García, 2007).

Reforzando lo ya expuesto, en varios estudios se ha afirmado que detrás de los comportamientos disruptivos existen detonantes de corte biológico, ambiental y emocional (Jurado & Justiniano, 2016), por lo cual algunos autores los sitúan como indicadores de un futuro comportamiento antisocial (Muñoz *et al.*, 2004), debido a que el organismo humano internaliza, interpreta y reacciona a los requerimientos y limitaciones provenientes de diversos agentes socializantes que consolidan esquemas cognitivo-afectivos; bases para la autorregulación y el establecimiento de la conducta socialmente competente (Ison & Morelato, 2008).

En la Institución Educativa Policarpa Salavarrieta fue determinante y de gran significado el desarrollo de este estudio, debido a los riesgos psicosociales a los cuales están expuestos los escolares de este plantel como lo son: la inseguridad del lugar donde se ubica la institución, las actividades delictivas cercanas a la localidad del plantel educativo y el reporte masivo por parte de los docentes de varios grupos de básica secundaria con problemas de indisciplina y problemas de relaciones interpersonales entre grupos.

Desde este panorama contextual se han desarrollado investigaciones como las de Hanett y Pereira (2017), realizada en un barrio disímil de

la ciudad de Sincelejo. En la investigación denominada *Funcionalidad familiar en escolares con comportamientos de riesgo psicosocial en una institución educativa de Sincelejo* se observa que el perfil escolar en los sectores populares de Colombia está determinado por la manifestación de grandes problemas como la violencia familiar y social, el fácil acceso a sustancias psicoactivas, ambientes de inseguridad y delictividad constante, la inserción temprana al trabajo, embarazos y actividad sexuales precoces; de dicho estudio puede señalarse que la conducta más resaltante de la muestra fue la violencia escolar, con un 81%.

Una vez finalizada la descripción general de las variables de estudio y de las características de los contextos educativos en el cual se desarrolló la investigación, se buscó describir la percepción emocional de los estudiantes con conductas disruptivas y sin conductas disruptivas de décimo grado de la Institución Educativa Policarpa Salavarrieta en el municipio de Sincelejo del departamento Sucre.

Metodología

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, el cual, para Hernández *et al.* (2014) utiliza la recolección y el análisis de la información numérica con el propósito de responder las preguntas de investigación, así como de comprobar hipótesis por medio de la estadística y la medición numérica. En base a la medición de las variables de esta investigación (*percepción emocional*) se busca cuantificar los datos recolectados para llevar a cabo el análisis, y así poder dar cumplimiento a los objetivos del presente estudio.

El tipo de investigación que soporta el estudio es descriptivo-comparativo, cuyo propósito es caracterizar perfiles o propiedades específicas de individuos, objetos, personas, procesos o de fenómenos que se deseen estudiar; desde este alcance de investigación se describen las diferencias entre las variables de interés entre dos o más grupos (Hernández, *et al.*, 2014).

El diseño usado en la investigación es de tipo no experimental, ya que no se manipulan las variables de la investigación y no se tiene influencia ni control sobre ellas. En este tipo de diseño se estudian los fenómenos tal y

como se observan en su contexto natural a fin de analizarlos posteriormente, sin la necesidad de extraerlos (Hernández *et al.*, 2014). De igual manera, el diseño es de tipo transversal, pues la recolección de datos se realiza en un solo momento único para realizar una descripción de las variables en un tiempo dado.

Población

La población estuvo constituida por 145 estudiantes de décimo grado de la Institución Educativa Policarpa Salavarrieta ubicada en el municipio de Sincelejo, Sucre.

Muestra

La muestra poblacional estuvo conformada por 40 estudiantes del grado décimo de la Institución Educativa Policarpa Salavarrieta del municipio de Sincelejo. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico, el cual consistió en seleccionar intencionalmente un número de estudiantes que cumplieran ciertos criterios de inclusión relacionados con la edad (14 y 16 años) y la caracterización de conductas disruptivas (registro de comportamientos disruptivos en el aula de clases).

Para la conformación del grupo caso se seleccionaron 20 participantes que presentaran conductas disruptivas, y para la conformación del grupo control, se seleccionaron 20 estudiantes sin conductas disruptivas (sin reporte de comportamientos disruptivos en el aula de clase), como se indica en la siguiente tabla.

Tabla 1
Características de grupos

Grupos	Participantes	Grado	Edades	Número
Control	Estudiantes sin conductas disruptivas	Décimo	14 – 16 años	20
Caso	Estudiantes con conductas disruptivas	Décimo	14-16 años	20

Nota. Elaboración propia (2020).

Para ambos grupos, la muestra estuvo conformada por sujetos femeninos en un 52,5% y masculinos 47,5%. Con relación a los rangos de edades se debe resaltar que el 40% de la muestra tiene 14 años de edad, el otro 40% 15 años y el 20% restante 16 años. La media de edad para esta muestra poblacional fue de 14,8 años.

Instrumentos

El presente estudio utilizó para la recolección de datos un instrumento, el cual es descrito por Custodio *et al.* (2015), a continuación:

The Mind in the Eyes Test de Baron Cohen (2011). Este test evalúa la variable percepción emocional. En su versión para adolescente y adultos incluye 36 fotografías de la parte superior del rostro (ojos y cejas) de personas de ambos sexos, en blanco y negro. El sujeto debe “leer la mirada” y elegir entre cuatro palabras la que mejor represente el estado mental de la imagen.

Como tarea control, para descartar que el sujeto no presente un trastorno del procesamiento de los rostros, se solicita a los sujetos que además de determinar la expresión emocional de la mirada, que identifiquen si esta pertenece a un hombre o a una mujer. El instrumento tuvo una confiabilidad de 0,73 para esta población, lo que indica que tiene una consistencia adecuada.

Categorización de comportamientos disruptivo y su manifestación conductual observable, planteada por Ruttledge y Petrides citados por Jurado & Justiniano, (2016) y manifestaciones del comportamiento disruptivo planteado por Peiró y Carpintero citado por Gallego, (2012). Igualmente para la identificación del grupo caso y su caracterización de conductas o comportamientos disruptivos se tuvo en cuenta el reporte brindado por administrativos y docentes de la institución, como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 2

Tipos de Comportamientos Disruptivos y su Manifestación Conductual

Tipo de comportamiento y manifestación conductual (Ruttledge y Petrides citados por Jurado & Justiniano, 2016).	Manifestaciones del comportamiento disruptivo (Peiró y Carpintero citados por Gallego, 2012)
Comportamiento Agresivo: manifestaciones de agresividad física hacia otro estudiante, uso de un lenguaje abusivo hacia estudiantes y docentes.	Compartimientos moralmente indebidos y hábitos no aceptables como: malos modales, acusaciones, mentiras reiterativas, robos en clase y arrebato de utensilios.
Comportamiento físicamente disruptivo: romper, dañar o destruir objetos propios y de otros, lanzar objetos, molestar físicamente a otros.	Comportamientos agresivos de modo físico o verbal a compañeros y profesores como: amenazas, peleas, discusiones acaloradas, uso de palabras soeces.
Comportamiento socialmente disruptivo: interrumpir cuando sus compañeros y docentes están realizando una exposición oral, levantarse del puesto y salir del salón frecuentemente, poco control emocional y conductual ante situaciones que exigen un adecuado comportamiento social.	Enfrentamiento con la autoridad de la clase como: falta de respeto a los docentes y desobediencias al profesorado.
Comportamiento Desafiante ante la Autoridad: Negarse a realizar tareas y/o actividades, exhibir comportamiento verbal y no verbal desafiante, utilizar lenguaje ofensivo o peyorativo.	Alteración de las reglas de clase que generan distractores entre lo compañeros como: pasarse notas ofensivas, tirar pelotas de papel, hacer bullicios o silbidos.
Comportamiento auto-disruptivo: ensimismarse, hacer actividades no académicas dentro del aula y tener comportamiento que considerablemente obstaculicen el alcance de los académicos de los estudiantes).	

Nota. Adaptado de Ruttledge y Petrides, citados por Jurado & Justiniano (2016) y Peiró y Carpintero citados por Gallego (2012).

Análisis estadístico

El análisis de la información se llevó a cabo utilizando el programa estadístico SPSS, empleando los estadísticos descriptivos y de frecuencias para el apartado descriptivo. Para el componente comparativo entre grupos caso y controles, se utilizó el análisis de un factor ANOVA.

Resultados

Los resultados de la presente investigación están expuestos por medio de tablas de frecuencias para la variable objeto de estudio, la cual está compuesta por reconocimiento emocional. Seguidamente, se evidencia el análisis descriptivo realizado a través del estadístico utilizado, destacando así las medias poblacionales, los puntos mínimos, máximos y la desviación típica.

Variable *reconocimiento emocional* en grupo control y grupo caso

A continuación, se muestran los resultados obtenidos por medio de la aplicación del Test de la Mirada para la evaluación de la variable: *percepción emocional*, para ambos grupos poblaciones, tanto para el grupo control (conformado por estudiantes sin registros de indisciplina) y el grupo caso (conformado por estudiantes con reportes de indisciplina y problemas disruptivos).

Tabla 3
Percepción emocional

Test de la Mirada	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Grupo Control	18,00	29,00	24,95	2,56443
Grupo Caso	16,00	26,00	21,25	3,66886

Nota. Elaboración propia.

Tal como lo expresa la tabla anterior. En relación con la variable *percepción emocional*, la media para el grupo control fue de 29,00, mientras que para el grupo caso fue de 26,00.

Tabla 4
Comparación entre grupo caso y controles

Variable	Grupo	N	Media	Desviación típica	F	Sig.
Percepción Emocional	Grupo control	20	24,95	2,56443	13,665	,001
	Grupo caso	20	21,25	3,66886		

Nota. Elaboración propia.

A partir del análisis comparativo que se ilustra en la Tabla 4, las medias muestran diferencias entre el grupo control y el grupo caso, lo que se corrobora con la significancia arrojada por el análisis de un factor ANOVA, esto indica que existen diferencias significativas con relación a la subdimensión de *percepción emocional*. Tales hallazgos denotan que las medias más altas puntuaron para el grupo control.

Discusiones

Al medir la variable *percepción emocional* se halló que la media poblacional fue más alta para el grupo control en comparación con el grupo caso. Estos resultados se pueden explicar a partir de lo expuesto por Bullock & Russell (1984) quienes resaltan que los niños sin presencia de conductas disruptivas en las edades escolares tienen configuraciones emocionales similares a las de los adultos.

En coherencia con esto, estudios realizados por García *et al.* (2006) evidencian que, a mayor edad, los niños reconocen con mayor facilidad las emociones presentadas por medios fotográficos. y cometen menor cantidad de errores con relación a estas tareas. Asimismo, C. Gutiérrez (2012) mencionó que en niños mayores de 11 años se facilita la identificación de las emociones en expresiones faciales. Lo que señala que terminar esta tarea de forma adecuada trae consigo la identificación correcta de las emociones por parte de los participantes.

Siguiendo el apartado anterior, Gómez *et al.* (2010) mostraron en los resultados de su investigación que existen diferencias estadísticamente

significativas entre los grupos evaluados, considerando que en los adolescentes con trastornos de conducta se observan peores desempeños con relación a la cognición social, lo que sugiere que la condición diagnóstica y de reconocimiento, sobre cómo son vistos los estudiantes por sus maestros y pares puede ser de gran influencia en la forma en cómo estos interactúan a nivel social y perciben los estados mentales de otras personas; además de que esto apunta a las deficiencias en la sensibilidad social para la comprensión y valoración de los sentimientos y emociones de las demás personas.

Igualmente, al hallar la existencia de diferencias significativas entre el grupo control (estudiantes sin conductas disruptivas) y para el grupo caso (estudiantes con conductas disruptivas) se evidenció que el rendimiento en ejecución de la percepción emocional fue significativamente menor para el grupo de estudiantes con presencia de conductas disruptivas, y mayor para los estudiantes sin presencia de estas conductas.

Lo que sugiere que la presencia de comportamientos disruptivos puede ser de gran influencia en la forma en cómo estos interactúan a nivel social y perciben los estados mentales de otras personas, además de que esto apunta a las deficiencias en la sensibilidad social para la comprensión y valoración de los sentimientos, al igual que de las emociones de las demás personas.

El resultado anterior se puede explicar desde lo propuesto por Restrepo *et al.* (2015) quienes destacan que en escolares con registro de problemas conductuales existe un comprometimiento en su capacidad para la optimización de comportamientos en ambientes cambiantes, afectando su capacidad de regulación emocional y la adecuada planeación y ejecución de conductas, teniendo consecuencias finales en respuestas agresivas y déficit de respuestas prosociales.

Estas particularidades a nivel interpersonal serían el producto obtenido a partir de fallas en ciertos aprendizajes al desarrollar la capacidad de empatía (Ison, 2001), la perspectiva social y la identificación de los estados emocionales (Cerezo, 1998).

Finalmente, los resultados obtenidos también estarían vinculados con las características particulares y contextuales de esta muestra poblacional (Vásquez, 2010), de los factores y agentes que se encuentran

interrelacionados con el contexto y la cultura (Garaigordobil y Fagoaga, 2006) y también debido a que los niños en edades escolares construyen dentro del proceso de socialización una concepción particular con respecto a las intencionalidades, estableciendo que, además de ejecutar acciones, las personas también deben realizar un proceso de planificación (Gómez *et al.*, 2010). Lo anterior, se podría asociar a que los adolescentes de la muestra se encuentran en una institución educativa ubicada en un sector vulnerable de la ciudad de Sincelejo y a las problemáticas de comportamiento reportados frecuentemente en los grupos de decimo grado.

Igualmente, los resultados hallados tendrían una explicación desde los estudios realizados por Palomera *et al.* (2012), quienes apuntan a que la variable *percepción emocional* en la etapa de la adolescencia se considera un factor protector frente a posibles desajustes psicosociales presentados en esa etapa crítica evolutiva, en la que se tienden a aumentar los problemas en las relaciones sociales con pares, padres y docentes, como también se incrementan las dificultades a nivel personal o en la salud.

El desarrollo de esta investigación se convierte en una línea base para despertar el interés en nuevas investigaciones conexas con la cognición social en estos grupos poblacionales, considerando otras variables que pueden ser de relevancia en el contexto, y con miras a intervenciones que fortalezcan las relaciones, habilidades sociales y dimensiones facilitadoras de la socialización (como la empatía, la jovialidad, la sensibilidad social y el respeto autocontrol) para que se promueva una adecuada interacción en el aula de clases, sana convivencia y correcta adaptación social.

Desde la investigación científica se aportan elementos fundamentales en pro de mejorar significativamente los procesos de enseñanza-aprendizaje, involucrando otros agentes de socialización como la familia, para que el proceso de investigación educativa sea más eficiente y se dirija a suplir necesidades y vacíos a nivel teórico.

Referencias

- Álvarez, Á. (2013). El fenómeno de bullying en Colombia. *Revista Logos Ciencia & Tecnología*, 4(2), 100–114.
- Álvarez, M., Castro, P., González, C., Álvarez, E. & Campo, M. (2016). Conductas disruptivas desde la óptica del docente: validación de una escala. *Anales de Psicología*, 32(3), 855-862.
- Arias, G., Montoya, E., & Romero, M. (2009). Manifestaciones de conducta disruptiva y comportamiento perturbador en población normal de 4 a 17 años de edad. *El Ágora USB*, 9(1), 17-33.
- Bueso, N., Hidalgo, N., Burneo, C., Pérez, M. (2015). Procesamiento emocional en maltratadores de género mediante el Test de Expresiones Faciales de Ekman y la Tarea Stroop Emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47 (2), 102-110.
- Bullock, M. & Russell, J. (1984) Preschool Children's interpretation of facial expressions of emotion. *Behavioral Development*, 7(1), 93-214.
- Casado, Y., Cobos, P., Godoy, A., Farias, A. & Vila, J. (2011). Procesamiento emocional en personas con sintomatología obsesivo-compulsiva. *Psicothema*, 23 (1), 94-99.
- Cerezo, F. (1998). *Conductas agresivas en la edad escolar*. Madrid. Ed: Pirámide.
- Custodio, N., Herrera, Eder., Lira, D., Montesinos, R., Alva, C., Cortijo, P., Cuenca, J., Valeriano, E. (2015). Utilidad de la batería ejecutiva y cognición social de INECO en la evaluación de funciones ejecutivas de una serie de pacientes peruanos con demencia fronto-temporal, variante conductual. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. 78(4), 211-220.
- Erazo, O. (2016). La adaptabilidad en el aula: Una reflexión desde los trastornos de integración sensorial, atención y conducta. *Tesis Psicológica*, 11 (2), 36-52.
- Gallego, M. (2012). *Prevención de la disrupción en el aula a través de la gestión democrática de las normas* (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.
- García, A., Gómez, J., Chávez, V. & Greer, G. (2006) *Procesos Psicológicos básicos. Un análisis funcional*. Madrid: Ed. Pearson Educación S.A.

- Garaigordobil Landazabal, M. T., & Fagoaga Azumendi, J. M. (2006). El juego cooperativo para prevenir la violencia en los centros escolares: evaluación de programas de intervención para la educación infantil, primaria y secundaria.
- Gómez, M., Arango, E., Molina, D. & Barceló, E. (2010). Características de la teoría de la mente en el trastorno disocial. *Revista Psicología desde el Caribe*, 26, 104-118.
- Gordillo, G., Rivera, C. & Gamero, J. (2014). Conductas disruptivas en estudiantes de escuelas diferenciadas, coeducativas e intereducativas. *Educación y Educadores*, 17(3), 427-443.
- Green, MF y Nuechterlein, KH (1999). ¿Debería tratarse la esquizofrenia como un trastorno neurocognitivo? *Boletín de esquizofrenia*, 25 (2), 309-319.
- Gutiérrez, C. (2012) Estudio comparativo de la ejecución en tareas que evalúan Teoría de la Mente en un grupo de niñas niños y adolescentes provenientes de zonas Urbanas y Rurales Colombianas. Tesis Doctoral. Universidad de Maimonides, Buenos Aires.
- Gutiérrez, K. (2013). Avaliação neuropsicológica da cognição social na esquizofrenia. *Pensamiento Psicológico*, 11(2).
- Hanett, D. y Pereira, M. (2017). Funcionalidad familiar en escolares con comportamientos de riesgo psicosocial en una institución educativa de Sincelejo (Colombia). *Revista científica de Salud Uninorte*, 33(3), 429-437.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación: Roberto Hernández Sampieri, Carlos Fernández Collado y Pilar Baptista Lucio* (6a. ed. —.). México D.F.: McGraw-Hill.
- Ison, M. S. (2001). Training in social skills: An alternative technique for handling disruptive child behavior. *Psychological Reports*, 88, 903-911.
- Ison, M., & Morelato, G. (2008). Habilidades socio-cognitivas en niños con conductas disruptivas y víctimas de maltrato. *Universitas Psychologica*, 7 (2), 357-367.

- Jurado, P. & Justiniano, M. (2016). Propuestas de intervención ante las conductas disruptivas en la educación secundaria obligatoria. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27 (3), 8-25.
- Lázaro, J & Solís, F (2008). Neuropsicología de lóbulos frontales, funciones ejecutivas y conducta humana. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, Vol.8, No. 1, pp. 47-58.
- Muñoz, J., Carreras, M. & Braza, P. (2004). Aproximación al estudio de las actitudes y estrategias de pensamiento social y su relación con los comportamientos disruptivos en el aula en la educación secundaria. *Anales de Psicología*, 20 (1), 81-91
- Palomera, R., Salguero, J. & Ruíz, D. (2012). La percepción emocional como predictor estable de ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicología Conductual*, 20(1), 43-58.
- Pino, M. & García, M. (2007). Concepto, tipos y etiología de las conductas disruptivas en un centro de Educación Secundaria y Bachillerato desde la perspectiva del profesorado. *Revista de Pedagogía*, 28 (81), 111-134.
- Restrepo, J., Ruiz, M., Arana, C., & Alvis, A. (2015). Cognición social en personas con trastorno antisocial de la personalidad: una revisión teórica. *Revista Lasallista de Investigación*, 12 (1), 254-262.
- Ruiz, J., García, S. & Fuente, I. (2006). La relevancia de la cognición social en la esquizofrenia. *Apuntes de psicología*, 24(1-3), 137-155.
- Santander, O. A. E. (2016). Problemas de Conducta en el Aula, Relaciones entre la Integración Sensorial, Problemas de la Atención y la Conducta. *Revista de Psicología GEPU*, 7(1), 224.
- Santos, J. (2014). Neurocognición, Cognición Social y Funcionalidad en el Trastorno Bipolar. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- Uribe, C. (2010). Una breve introducción a la cognición social: procesos y estructuras relacionados. *Revista Contextos*, 2(4), 1-10.
- Valdivieso, C. U. (2010). Una breve introducción a la cognición social: procesos y estructuras relacionados. *Contextos*, 2, 1-citation_lastpage.

- Vásquez, F., Ávila, N., Márquez, L., Martínez, G., Mercado, J., Severiche, J. (2010). inteligencia emocional e índices de bullying en estudiantes de psicología de una universidad privada de Barranquilla, Colombia. *Revista Psicogente*. 13(24), 306-328.
- Vega, L., Umbasía, A., & Giraldo, N. (2017). Los entornos sociales y su relación con el conflicto y la violencia escolar en las ciudades de Armenia y Manizales, Colombia, 13(1), 34–46.
- Vélez, J. (2008). Teoría de la mente y estrategias intencional. *Praxis Filosófica*, (26), 63-82.
- Zegarra, J. & Chino, B. (2017). Mentalización y teoría de la mente. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 80(3), 189-199.

Capítulo 8



Contexto escolar y salud mental en adolescentes

Yira Rosa Meléndez Monroy¹, Julieth Paola Díaz Lobo²

Resumen

Actualmente se detalla el aumento de las problemáticas de salud mental en los adolescentes; atendiendo las demandas del medio social, cultural y escolar en la que se desarrollan, así como los cambios físicos, hormonales y psicosociales que se dan y que son propios de la etapa evolutiva en la que se encuentran. Investigaciones, señalan, por ejemplo, que la existencia del estrés académico se constituye en un factor de riesgo para la salud mental de los jóvenes, revelando la presencia de síntomas depresivos, de ansiedad y del estado de ánimo. Atendiendo lo anterior, este documento se basa en un estudio que tiene como metodología la investigación documental; por lo que, en este, se presenta una disertación del contexto escolar y la salud mental de los adolescentes; encontrándose cifras preocupantes relacionadas con el deseo de muerte e ideación suicida, depresión, ansiedad, alcoholismo y violencia, entre otros. Situación que hace necesario fortalecer las estrategias preventivas, de promoción y tratamiento de la salud mental, que permita a los adolescentes responder de mejor forma a las exigencias de los contextos en especial el académico.

Palabras claves: contexto escolar, salud mental y adolescencia.

1 Magíster y Especialista en trastornos cognoscitivos y del aprendizaje. Decana de la Facultad de Ciencias Sociales. Docente-Investigadora en categoría Junior por Colciencias. Grupo de investigación GINCIS Corporación Universitaria Antonio José de Sucre. Correo: decanatura_facsc@corposucre.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7301-038X>

2 Psicóloga, Magíster en Psicología, Docente Investigadora – Grupo de investigación GINCIS Corporación Universitaria Antonio José de Sucre. Correo: Docente_investigador10@corposucre.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6379-8951>

School context and mental health in adolescents

Abstract

Currently the increase in mental health problems in adolescents is detailed; attending to the demands of the social, cultural and school environment in which they develop, as well as the physical, hormonal and psychosocial changes that occur and that are typical of the evolutionary stage in which they are found. Research indicates, for example, that the existence of academic stress constitutes a risk factor for the mental health of young people, revealing the presence of depressive, anxiety and mood symptoms. In view of the above, this document is based on a study whose methodology is documentary research; Therefore, in this, a dissertation on the school context and the mental health of adolescents is presented; finding worrying figures related to the death wish and suicidal ideation, depression, anxiety, alcoholism and violence, among others. Situation that makes it necessary to strengthen preventive strategies, promotion and treatment of mental health, which allows adolescents to respond in a better way to the demands of the contexts, especially the academic one.

Keywords: school context, mental health and adolescence.

Introducción

En el presente capítulo se presenta una discusión teórica relacionada con el contexto escolar y la salud mental de los adolescentes, asumiendo por contexto escolar, a ese espacio donde se practican procesos de enseñanza-aprendizaje a través de la interacción del estudiante con el docente, los recursos y los compañeros para generar conocimientos.

Desde este punto de vista, el contexto escolar se concreta en las escuelas o establecimientos educativos que corresponden a instituciones sociales creadas para “la transmisión de los conocimientos, la formación de habilidades y la adquisición de valores democráticos, ubicadas en un espacio físico concreto, con pautas de comportamiento y normas que la rigen” (Mateos Blanco, 2008, p. 286).

El adolescente en su rol de aprendiz, en estos contextos, es parte fundamental del proceso educativo; ya que posee expectativas, intereses, motivaciones o creencias sobre la institución escolar y su proceso de aprendizaje. Sin embargo, durante su estancia en las instituciones educativas se expone a factores de riesgo que pueden incidir en su salud mental, tales como el bajo rendimiento académico, problemas de atención y de concentración, el consumo de sustancia psicoactiva, el aislamiento y poco trabajo en grupo.

Autores como Papalia *et al.* (2001) conceptualizan que la adolescencia es un período de cambios biológicos, sociales, morales, de personalidad, físicos, sexuales y culturales en el cual se presenta el pensamiento abstracto, la autonomía y la decisión. Asumiendo lo anterior, se considera que la adolescencia es esa etapa de transición de la niñez a la edad adulta, por lo que se presentan transformaciones a nivel físico, cognitivo, conductuales y emocionales que lo llevan a presentar comportamientos inadecuados que pueden repercutir en su entorno psicosocial.

Partiendo de esta definición, se entiende que desde el mismo periodo del ciclo vital que atraviesa el adolescente se enfrenta a cambios internos propios de la etapa, además se enfrenta a los factores de riesgo del contexto social, cultural, familiar, así como académico en el que se desenvuelve, y dependiendo de sus recursos de afrontamiento estos pueden afectar a corto o largo plazo su salud mental.

Como postulan Lamar *et al.* (2020), el adolescente es un ser humano que piensa, siente y actúa, en función a sus necesidades o demandas del medio, y dependiendo de sus respuestas puede tener éxito o fracaso en la escuela. Al traducir sus resultados en fracasos, estos pueden desencadenar conductas desadaptativas en los estudiantes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948, s.p.), define que la salud es un estado de bienestar global, completo (bienestar físico, mental y social) que repercute en todas las esferas psicológicas del individuo, y no meramente como la ausencia de enfermedad o dolencia. Así mismo, la OMS (2018), informa en el mundo van en aumento afecciones como la depresión, ansiedad, alcoholismo, violencia y el suicidio, entre otras problemáticas psicosociales, especialmente en los jóvenes. Desde esta perspectiva, se identifican diferentes investigaciones donde se demuestra que en la adolescencia se presentan trastornos en la salud mental por causa de factores escolares, personales y sociales.

Por ejemplo, Posada (2013) sostiene que los trastornos mentales en Colombia se presentan con mayor prevalencia entre los 9 a 23 años de vida, situación que empeora el pronóstico, la productividad académica y económica de la población. Latorre & Montañés (2004) plantean que los trastornos antisociales, del estado de ánimo y de ansiedad en adolescentes se relacionan con el consumo de alcohol, consumo de drogas y adicciones.

En la adolescencia pueden aparecer síntomas relacionados con problemas de salud mental, como trastornos de ansiedad y depresivos (Costello *et al.*, 2003), también afrontan exigencias de adaptación y rendimiento en el contexto familiar, social y académico, que pueden ser vividas con estrés (Langer *et al.*, 2017). En esta etapa concurre una fuerte asociación entre estrés y desajuste emocional (Escobar *et al.*, 2011).

En virtud de lo anterior, esta disertación comprende el análisis de las categorías *contexto escolar* y *salud mental en los adolescentes*, para lo cual se empleó como metodología la investigación documental, definida por Arias (2014) como un proceso que permite observar, indagar, interpretar y reflexionar sobre las realidades teóricas a fin de construir más conocimientos.

Contexto escolar

El contexto escolar es concebido como el espacio o instituciones sociales creadas para “la transmisión de los conocimientos, la formación de habilidades y la adquisición de valores democráticos, ubicadas en un espacio físico concreto, con una distribución temporal particular interna y una serie de pautas de comportamiento y normas que la rigen” (Mateos Blanco, 2008, p. 286).

En el contexto escolar se da una acción pedagógica caracterizada por la relación permanente entre el estudiante y el docente. El estudiante —en este caso el adolescente— cumple un rol relevante dentro del proceso de formación, al ser el centro de este proceso y estar activo cognitivamente, afectivamente y comportamentalmente para generar conocimientos (Salas, 2006).

El aprendiz trae consigo unas expectativas de aprendizaje y unos recursos propios, a utilizar para llevar a cabo procesos de aprendizaje exitosos. Así mismo, el docente desempeña un papel esencial en la construcción de las subjetividades e identidades de sus estudiantes (Salas, 2006). En el contexto escolar el docente orienta, media el proceso de aprendizaje del estudiante; de igual manera, el docente tiene unas expectativas, metas y competencias a desarrollar en el estudiante.

Para los maestros es esencial estar al tanto del contexto social, cultural y económico en el que se desarrollan los estudiantes, así como los ritmos de aprendizaje y los conocimientos adquiridos, para llevar a cabo mejores prácticas de enseñanza-aprendizaje.

A estas ideas, Apple (1995 citado en Salas, 2006) añade que en el contexto escolar o en el aula intervienen unos recursos, espacios, normas y reglas que permiten la selección, organización y ejecución de los currículos. El aula ofrece espacios dinámicos, de intercambios y relaciones a través del “lenguaje verbal y no verbal, directa o indirectamente, ideas, valores e intereses diferentes” (Salas, 2006, p. 90).

Estévez *et al.* (2005) concluyen que en el contexto escolar se generan factores de alto riesgo para la salud mental del aprendiz, entre ellos señalan el bajo rendimiento académico, las dificultades para trabajar en equipo, problemas interpersonales, aislamiento social y problemas de aprendizaje.

En el contexto escolar el adolescente se enfrenta a diferentes demandas a nivel cognitivas, emocionales y comportamentales, por lo que requieren desarrollas habilidades cognitivas, emocionales, motivacionales para llevar a cabo los procesos de aprendizaje de manera significativa (Pintrich 199 citado en González & Hernández, 2009).

Marco conceptual

Adolescencia

Conceptualmente la adolescencia se constituye como un campo de estudio dentro de la psicología evolutiva, encontrándose así diferentes autores que han estudiado y teorizado sobre este concepto. Por ejemplo, Rousseau la conceptualizó como una etapa del desarrollo con unas características particulares, por lo que consideró que en esta etapa se vuelve a nacer.

Por su parte Hall (1904, citado en Carretero, *et al.*, 1998), teorizó que la adolescencia es una etapa “dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas” (p. 54). Así mismo, sostuvo que esta etapa era la más relevante en el desarrollo del individuo porque se producían numerosas transformaciones no presentes en otras etapas del ciclo vital.

Desde la teoría psicoanalítica, por su parte, Freud (citado en Carretero *et al.*, 1998), denominó la adolescencia como la etapa genital que va desde los 12 a 15 años de vida; caracterizada por la presión de los deseos sexuales y la lucha entre el *ello* y el *yo*; se denota en esta teoría que prevalecen los cambios biológicos exaltando la sexualidad como centro de atención en el individuo. Desde esta misma perspectiva, Erikson (1959, citado por Carretero *et al.*, 1998), denominó la adolescencia como la etapa de identidad versus confusión de identidad, en que el adolescente debe determinar su propio sentido de sí mismo.

Mientras que, bajo la perspectiva cognitiva, Piaget (citado en Moreno & Del Barrio, 2000) denominó esta etapa como período de las operaciones

formales comprendido desde los 12 años hasta la edad adulta; caracterizada por el pensamiento lógico, inferencias y razonamiento matemático y social.

Para la OMS (2013) la adolescencia corresponde al grupo etario entre los 10 y los 19 años; etapa del desarrollo que se caracteriza por el crecimiento puberal y el desarrollo de las características sexuales, así como la adquisición de nuevas habilidades sociales, cognitivas y emocionales, autoestima, autonomía, valores e identidad que se van afirmando en este proceso.

Costello *et al.* (2003) plantearon que esta etapa se caracteriza por múltiples y acelerados cambios fisiológicos, físicos y psicológicos que pueden originar malestar en la salud mental del adolescente. Las ideas precedentes coinciden con las de diferentes autores, que consideran que en los cambios físicos se finaliza el crecimiento y se da la madurez reproductiva, en los cambios cognitivos se dan profundos cambios cualitativos en la estructura del pensamiento (Dávila León, 2004).

Así mismo, Langer *et al.* (2017) amplían los factores de riesgo en los adolescentes; al estar estos expuestos a múltiples demandas de adaptación a contextos externos como el familiar, social y académico, que pueden ser experimentadas con estrés o, a largo plazo pueden generar trastornos en la salud. Entre los factores de riesgo Pérez & Santiago (2002) mencionan: las Familias disfuncionales, la deserción escolar, los accidentes, el consumo de alcohol y drogas, las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo y la desigualdad de oportunidades.

Harrington (2002 citado en Cova *et al.*, 2007) concluyeron que en la etapa de la adolescencia surgen con intensidad ciertos problemas de salud mental, como los trastornos del estado de ánimo, ansiosos y alimentarios, asimismo, se perciben ciertos factores de riesgo como el consumo de sustancias, conductas “antisociales” y trastornos de personalidad (Florenzano, 2005 citado en Cova *et al.*, 2007).

Salud Mental

Para iniciar las conceptualizaciones sobre salud mental, se hace necesario definir el concepto de salud; ya que la salud mental es un elemento esencial de la salud de un individuo. Según la OMS (2001, s.p.) salud es

un estado de bienestar completo: físico, mental y social, y no la ausencia de afecciones o enfermedad. Para Oblitas (2004, p. 3) es:

El bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. (p. 3)

En ese mismo sentido, Mebarak *et al.* (2009), sostienen que la salud es un estado y, al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante tanto interno (psicológico, físico) como externo (relaciones interpersonales) en el individuo. La salud, no es solo la ausencia de síntomas, sino tener una vida lo más plena posible, lo que también es conocido como prosperar.

Ahora bien, La ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2013, art. 3) define la salud mental como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción”. Desde esta perspectiva, la salud mental no solo se refiere a ausencia de trastorno, sino que debe ser entendida en términos más amplios, profundos y positivos, por lo que la OMS (2013, p. 42), la define como “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad”.

Se espera que en este estado de bienestar la persona desarrolle sus capacidades y sea capaz de enfrentar el estrés normal, de ser productiva y contribuya al medio donde se desenvuelve; por tanto, la salud mental no solo aporta al bienestar del individuo, sino también a la comunidad (Estévez, *et al.*, 2005).

Al definir la salud mental como bienestar Del Barco (2009) amplía el concepto a lo emocional y psicológico; que le permita a la persona desarrollar y usar habilidades emocionales, cognitivas y sociales, así como responder positivamente a las demandas que le señala la vida; por tanto, la salud mental se puede asociar a síntomas y procesos afectivos, cognitivos y comportamentales.

Esta concepción de salud mental permite promover fortalezas psicológicas (Peterson & Seligman, 2004) y definir y evaluar el bienestar psicológico con una perspectiva concreta (Vázquez *et al.*, 2009), facilitando

la superación de los modelos tradicionales de salud-enfermedad. En general, se utiliza el concepto de concepto de salud mental para identificar un estado y asignar una dimensión de salud del individuo (Bertolote, 2008).

En diferentes investigaciones y reportes de la OMS (2018), indican que en la adolescencia las afecciones de la salud mental aumentan cada vez más; con trastornos como la depresión, ansiedad, alcoholismo, violencia y el suicidio entre otras problemáticas psicosociales. Esto se debe a las características y factores de riesgo presentes en el contexto social, económico y cultural de la vida, además, de la manera en que los jóvenes las afrontan.

Cova *et al.* (2007), concluyeron que en la adolescencia se presentan con mayor prevalencia los trastornos depresivos, ansiosos y de consumo abusivo de alcohol y sustancias, y con menor prevalencia se presenta los trastornos alimentarios; las conductas autoagresivas en los jóvenes (mutilaciones, cortes intencionales), y la ideación y conducta suicida.

Para Rodríguez (2002), la salud mental puede ser alterada por las condiciones orgánicas, sociales o culturales en las que vive el individuo. Álvaro *et al.* (1992), adicionan otros factores que tienen relación con la salud mental como el desarrollo neurobiológico; factores hereditarios; la educación familiar y escolar; el nivel de bienestar social; el grado de realización personal y una relación de equilibrio entre las capacidades del individuo, y las demandas sociales.

Es de apreciar que Rodríguez (2002) adiciona el contexto escolar como un espacio que presenta factores de riesgo para el adolescente, que pueden generar alteración en la salud mental del joven. Según el autor, entre los grupos poblaciones más vulnerables de padecer trastornos en la salud mental se encuentran los niños y jóvenes que tienen interrupciones en el proceso educativo y como consecuencia tienen mayor riesgo de padecer desempleo, desintegración social, estigmatización y violación de derechos humanos. Por tanto, para la OMS desde 1998, estableció que los problemas de salud mental se convierten en una situación de atención prioritaria en el mundo.

Metodología

Este documento se planteó con la intención de examinar las categorías del contexto escolar y salud mental en los adolescentes, para lo cual se empleó la investigación cualitativa, desde la investigación documental definida como un proceso que permite observar, indagar, interpretar y reflexionar sobre las realidades teóricas con la finalidad de construir más conocimientos (Arias, 2014).

Discusión

La salud mental es un tema de interés y preocupación a nivel mundial; la OMS (2018) reporta cerca de 300 millones de casos a nivel mundial de persona que padecen depresión o trastornos bipolares. A nivel de adolescencia, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2019), reporta que el 20% de la población adolescente en todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento, y cada año aumentan los trastornos de depresión, ansiedad, alcoholismo, violencia y el suicidio entre otras problemáticas psicosociales, en los jóvenes (OMS, 2018).

Así mismo, en Colombia estas estadísticas son altas, pues el 27,5% de los adolescentes presentan síntomas de trastornos mentales; situación que es confirmada por Torres Galvis (2010, citado en Puentes & Parra, 2014), al encontrar en sus estudios que los adolescentes investigados presentaban algún trastorno de ansiedad.

La adolescencia es una etapa relevante en el ciclo vital del individuo, ya que en ella se logra la madurez física, sexual y psicológica. La OMS (2015) plantea que la adolescencia está comprendida entre los 10 y 19 años, y que muchos adolescentes mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables.

En ese sentido, Aguirre (1994, citado en Bennetts *et al.*, 2018, p. 104) señala que en la adolescencia se presentan cambios propios de la edad en búsqueda de la identidad, y a la vez está llena de contrariedades: “eufórico y disfórico, egoísta y altruista, desea soledad y aislamiento, pero recaba la vida grupal y la amistad, mientras unas veces está lleno de entusiasmo

idealista y prometeico otras vivencia [sic] una enfermiza melancolía”. Así mismo, otros autores afirman que la adolescencia en sí los hace vulnerables a situaciones psicosociales que pueden generar conductas inestables (Tobón *et al.*, 2013).

Guzmán & Galaz (2020) señalan que los adolescentes entre 17 a 25 años experimentan situaciones estresantes propias de su desarrollo y búsqueda de identidad, así como situaciones de riesgo en lo social y emocional; dicciones, patrones desadaptativos, trastornos alimenticios y de sueño, sobrecarga académica, carencias socioeconómicas, violencias, desempleo; esta situación hace necesaria que el adolescente use los recursos propios para lograr su adaptación.

En virtud de lo anterior, uno de los factores de riesgo para el adolescente es el contexto educativo, donde este pasa un tiempo, interactúa con docentes y pares y usa recursos para llevar a cabo los procesos de aprendizaje. Sin embargo, este contexto puede generar estrés, al momento que el joven percibe el impacto de los procesos, identifica las amenazas y demandas de este.

En ese sentido, el estrés académico se puede reflejar en síntomas como preocupación, ansiedad, confianza, ira, tristeza, satisfacción, alivio (Águila *et al.*, 2015 citado por Bennetts *et al.*, 2018). Así mismo, autores como Estévez *et al.* (2005) despliegan otros factores de riesgo en el contexto educativo, entre ellos el fracaso escolar, baja autoestima académica, problemas interpersonales, bajo rendimiento académico y aislamiento en el aula, lo que pueden generar afectación de la salud mental de los jóvenes.

Según la OMS (2018), algunas enfermedades que se originan en la adolescente inciden en las siguientes etapas del desarrollo, por tanto, se hace necesario apoyar a esta población para que desarrolle los recursos y habilidades que le permitan afrontar los riesgos psicosociales a los cuales están expuestos. Como indica la UNICEF (2011), hay que considerar la adolescencia como una etapa de posibilidades y oportunidades para ser, para despertar y desapegarse de los progenitores, la mente, las emociones y el ego, a fin de *tocar al ser* o a la esencia desde la conciencia (Poncela, 2014).

Los esfuerzos deben ir dirigidos a la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas y tratamiento de los trastornos mentales,

específicamente en etapas tempranas, en especial en países en vía de desarrollo, como es el caso de Colombia; donde se presentan problemáticas psicosociales que afectan el bienestar psicológico de los jóvenes, así como se plantea en la Ley 1616 del 21 de enero de 2013 (Posada, 2013).

De igual manera, se hace necesario avanzar en las investigaciones focalizadas en psicopatología con el propósito de comprender los mecanismos y procesos de cada una de las alteraciones de la salud mental y la vulnerabilidad de los jóvenes; para poder llevar a cabo la promoción, prevención y tratamientos oportunos (Tortella-Feliu *et al.*, 2016).

Así mismo, desde otros autores se proponen diferentes acciones a partir de las ciencias de la salud y las ciencias humanas; como la cooperación internacional, garantía de calidad de los servicios de salud, acceso de la población a los servicios de salud y la detección temprana de afectaciones mentales (Ross *et al.*, 2000).

Finalmente, puede decirse que el análisis de las categorías expuestas es amplio, por lo que se hace necesario continuar con aportes teóricos como este, y aportes investigativos que permitan el abordaje de la salud mental de manera ética y científica.

Conclusión

Las condiciones sociales, culturales, políticas, económicas y escolares de un país influyen en el desarrollo de alteraciones o síntomas de algunos trastornos mentales en los individuos. Atendiendo que las personas no están aisladas, sino que interactúan permanentemente con las condiciones expuestas; estas pueden generar estrés al momento de no ser favorables para el desarrollo y ciclo vital del individuo. En especial, los países en vía de desarrollo tienen más factores de riesgo para la población y su salud mental.

La adolescencia, principalmente, al ser una etapa de desarrollo genera una serie de cambios y transformaciones físicas, hormonales, mentales, sexuales, emocionales y psicológicas que de por sí son estresantes para los jóvenes, y asociadas a los factores estresantes externos pueden desencadenar alteraciones en su salud mental. (De la Peña *et al.*, 2013).

En la adolescencia se han aumentado trastornos como “la depresión y trastornos obsesivos compulsivos y de agresividad o aislamiento social, son muestras claves de que se debe priorizar su salud mental y sus emociones”. (Bennetts *et al.*, 2018, p. 116).

Uno de los factores de riesgo para el adolescente es el contexto académico; el cual puede generar estrés académico; por los compromisos y demandas que hacen del adolescente al momento de realizar sus procesos de enseñanza aprendizaje.

En atención a todas las categorías analizadas es relevante continuar con las investigaciones en el área de la salud mental de los jóvenes escolarizados; con el propósito de conocer a profundidad las alteraciones que estos pueden o están experimentando tanto por su etapa del desarrollo como por los contextos en donde están inmersos. Así mismo, al ser una problemática mundial, los países deben generar alianzas cooperativas que permitan ampliar y mejorar la calidad del servicio en salud mental.

Referencias

- Álvaro J, Torregrosa J, Garrido A. (1992). Influencias sociales y Psicológicas en la Salud Mental. Barcelona: Siglo Veintiuno S.A.
- Arias, F. (2014). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. Editorial Episteme, C.A. Caracas. Venezuela.
- Bennetts, M. T. I., Ramos, R. A. E., Machado, I. B., González, A. S., & Villegas, J. F. (2018). Estado de salud mental de adolescentes que cursan la educación media superior. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud: RICS*, 7(13), 100-124.
- Bertolotti, J. M. (2008). Raíces del concepto de salud mental. *World Psychiatry*, 6(2), 113-6.
- Carretero, M., Marchesi, Á., & Palacios, J. (Eds.). (1998). Psicología evolutiva: Adolescencia, madurez y senectud. Alianza Editorial.
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844.

- Cova Solar, F., Alvial, W., Aro, M., Bonifetti, A., Hernández, M., & Rodríguez, C. (2007). Problemas de salud mental en estudiantes de la Universidad de Concepción. *Terapia psicológica*, 25(2), 105-112.
- De la Peña, F., Estrada, A., Almeida, L., & Páez, F. (2013). Prevalencia de los trastornos depresivos y su relación con el bajo aprovechamiento escolar en estudiantes de secundaria.
- Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 12(21), 83-104.
- Del Barco, B. L. (2009). Salud mental en las aulas. La salud mental de las personas jóvenes en España, 66.
- Escobar Espejo M, Blanca MJ, Fernández-Baena FJ, Trianes Torres MV. (2011). Adaptación española de la escala de manifestaciones de estrés del Student Stress Inventory (SSI-SM). *Psicothema*; 23 (3): 475-85.
- Estévez López, E., Musitu Ochoa, G., & Herrero Olaizola, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud mental*, 28(4), 81-89.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). (2019). Más del 20% de los adolescentes de todo el mundo sufren trastornos mentales. <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>
- González, M. L. G., & Hernández, P. M. (2009). Estrés y adolescencia: estrategias de afrontamiento y autorregulación en el contexto escolar. *Studium: Revista de humanidades*, (15), 327-344.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J., & Gómez, D. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5(1), 15-28.
- Guzmán, M. L. B., & Galaz, M. M. F. (2020). Predictores Psicosociales de Salud Mental Positiva en Jóvenes. *Acta de Investigación Psicológica*, 10(3), 80-92.
- Latorre, J. M., & Montañés, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y estrés*, 10(1), 112-125.
- Lamar, K. V., Madera, A. P., & Monroy, Y. R. M. (2020). Noviazgo y rendimiento académico en estudiantes de octavo grado de la institución

- educativa la unión ubicada en Sincelejo, Sucre. *Formación Educativa en el Contexto Social y Cultural*, 233.
- Langer, Á. I., Schmidt, C., Aguilar-Parra, J. M., Cid, C., & Magni, A. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. *Revista médica de Chile*, 145(4), 476-482.
- Mateos Blanco, T. (2008). La percepción del contexto escolar. Una imagen construida a partir de las experiencias de los alumnos. *Cuestiones pedagógicas*, 19, 285-300.
- Mebarak, M., De Castro, A., del Pilar Salamanca, M., & Quintero, M. F. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Psicología desde el Caribe*, (23), 83-112.
- Moreno, A., & Del Barrio, C. (2000). *La experiencia adolescente: A la búsqueda de un lugar en el mundo*. Aique.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2001). Desarrollo psicosocial en la adolescencia. *Psicología del desarrollo*, 675-710.
- Pérez, S. P., & Santiago, M. A. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues*. New York, NY: Oxford University Press.
- Posada, J. A. (2013). La salud mental en Colombia. *Biomédica*, 33(4), 497-498.
- Poncela, A. M. F. (2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *Educación*, 50(2), 445-466.
- Puentes, A. P. R., & Parra, A. F. (2014). Relación entre el tiempo de uso de las redes sociales en internet y la salud mental en adolescentes colombianos. *Acta colombiana de psicología*, 17(1), 131-140.
- Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013.
- Rodríguez, A. P. (2002). Salud mental: situación y tendencias. *Revista de salud pública*, 4(1), 74-88.
- Ross, A. G., Zeballos, J. L., & Infante, A. (2000). La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de salud pública*, 8, 93-98.

- Salas, A. L. C. (2006). La construcción de subjetividades en el contexto escolar. *Revista Educación*, 30(1), 187-200.
- Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F, García-Campayo, J., & Vázquez, C. (2016). Retos de la investigación psicológica en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(1), 37-43.
- Tobón, F. Á., López Giraldo, L. A., & Fernando Ramírez, J. (2013). Acompañamiento psicosocial a jóvenes marginados para prevención de la farmacodependencia. *Humanidades médicas*, 13(2), 348-371.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf [Consulta: 2007, octubre 14]
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). Fortaleciendo la promoción de la salud mental. Ginebra. Organización mundial de la salud. Hoja informativa. Nro. 220.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Plan de acción para la salud mental 2013- 2020. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). Salud mental del adolescente. http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Salud mental del adolescente. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>

Capítulo 9



Salud mental, mediación pedagógica y adolescentes usuarios de internet-redes sociales online - televisión

Marta Silva Pertuz¹

Resumen

Los efectos de Internet, redes sociales y televisión en adolescentes universitarios entre 16 y 24 años son cada día más notorios. Este trabajo señala el rol de la familia como orientador para sus miembros ante la transformación de la comunicación, por los avances tecnológicos. El acompañamiento familiar juega un papel vital y mediador frente a los servicios y productos de televisión, Internet y las redes sociales, ya que influyen en la dinámica familiar. Sin embargo, el acompañamiento familiar se ve en cuanto a la televisión, más no en la Internet o las redes sociales. Los nuevos y viejos medios de comunicación afectan el uso del tiempo, los horarios, las comidas y la interacción con otros. Este tema, relacionado con las interacciones humanas cotidianas, amerita profundización académica, psicológica y social en el mundo actual.

Palabras clave: salud mental, mediación pedagógica, adolescentes, internet-redes sociales online-televisión.

1 Doctora en Ciencias de la Educación (Universidad de Cartagena - RUDECOLOMBIA). Estudios Doctorales en Educación y Pedagogía Social (Universidad de Granada - España). Magíster en Desarrollo Familiar (Universidad del Norte, Barranquilla. Colombia). Especialista en Orientación Familiar (Universidad de Navarra / España-Universidad de La Sabana / Colombia). Terapeuta Familiar Sistémica (Convenio Colombia-Argentina: Universidad de Cartagena, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- Regional Bolívar, Instituto Familiar Sistémico y Asociación Sistémica de Bs. As.). Psicóloga (Universidad Metropolitana, Barranquilla - Colombia) - Investigadora Senior y Profesora Titular. Correo: m.silva@unimetro.edu.co. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3779-8429>

Mental health, teaching mediation and adolescent internet users - online social networks – television

Abstract

The effects of the internet, social networks and television on college adolescents between 16 and 24 years old are becoming more important every day. This work points out the role of the family as a guide for its members as well as the transformation of communication due to these technological advances. Family support plays a vital and mediating role in the face of television, Internet and social media services and products, as they influence family dynamics. However, family support is seen in terms of television, but not on the Internet or social networks. The new and old media affect the use of time, schedules, meals, and interaction with others. It is these important themes in everyday human interactions that merit academic, psychological and social deepening in today's world.

Keywords: mental health, pedagogical-mediation, adolescents, internet-online social networks-television.

Introducción

La Internet se convirtió en la década de los noventa en un poderoso canal multimedia de comunicación interpersonal y social sincrónico (*chat*, *video chat*, mensajería instantánea, entre otros), y asincrónico (correo electrónico o foros). Se constituyó en una inmensa, así como dinámica fuente de información sobre cualquier tema o actividad, y un medio de publicación global de noticias, documentos y creaciones personales (páginas *web*, *blogs*, *wikis*, *entornos de publicación*, *tv online*) al alcance de todos.

Al multiplicarse los canales de información y comunicación se hizo necesario pensar en las formas posibles para catalizar los aprendizajes, usos racionales y necesarios que disminuyeran los abusos y dependencias o adicciones tecnológicas para algunos. Al igual que sucedía y aún ocurre con la televisión, el lugar y uso que ocupa el computador en el hogar sufre variaciones en función del género, la edad, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo, el estilo para ejercer la comunicación, la autoridad y la puesta de límites, entre otros aspectos, factores y categorías.

Ha sido evidente que la familia desempeña un papel fundamental y predominante en el establecimiento de pautas de interacción y socialización que nutren la salud mental de sus miembros, especialmente niños y adolescentes después, se replica en contextos, por ejemplo, como el escolar, el social, el laboral y el de pareja, entre otros.

Las redes sociales y su uso se han constituido en algo cotidiano en la vida de las personas. Plataformas como Facebook, Twitter e Instagram han revolucionado las formas de interactuar y de intercambiar entre los seres humanos y son utilizadas por multitudes de personas en todo el mundo (“estar conectados/as”).

Estas se han convertido en un espacio en el cual se establecen y cultivan relaciones, adicionalmente, configuran la identidad (en muchas personas y colectivos) facilitando conocer y expresarse acerca del mundo que nos rodea. Aun así, vale preguntarse: ¿Se han analizado o valorado los peligros y riesgos que estas connotan?

Según Faros (2020) la mayor incidencia del uso de las redes sociales suele presentarse entre los jóvenes de 16 a 24 años, un período crucial para el desarrollo emocional y psicosocial de las personas y su salud mental individual y grupal.

Precisamente, por ello, el objetivo del presente trabajo se orienta a reconocer y comprender el impacto de las redes sociales en los jóvenes, centrandó el interés en cómo estas pueden afectar su salud mental o, más bien, la salud integral de las personas (considerando aspectos como la familia, la educación, sexualidad; lo social, recreativo y asociativa, entre otros aspectos). Metodológicamente el estudio se abordó desde una perspectiva descriptivo-cualitativa, con un enfoque interpretativo-comprensivo utilizando las técnicas investigativas del cuestionario y la observación participante.

Sobre la salud mental de los adolescentes

Muchos jóvenes no han conocido un mundo sin acceso a Internet y redes sociales, pues su uso ha aumentado rápidamente en la última década. Un ejemplo de ello es que en 2007 solo el 22% de las personas del Reino Unido tenían al menos un perfil en las redes sociales, mientras que en el 2016 esta cifra aumentó al 89% (Faros, 2020).

Ser un adolescente es ya bastante difícil, pero las presiones a las que se enfrentan los jóvenes conectados a las redes son, sin duda, únicas para esta generación digital. Es conocido que las redes sociales más populares son fuente de innumerables beneficios y ventajas para sus usuarios y también generan efectos secundarios poco saludables.

Un nuevo estudio, realizado entre jóvenes británicos, se centra en un problema muy particular: el bienestar y la salud mental de los usuarios de estas aplicaciones, sobre todo Instagram, en el cual se considera inadecuada esta red para la salud mental de los adolescentes. De acuerdo con Faros (2020) uno de cada seis jóvenes experimentará un trastorno de ansiedad en algún momento de su vida, y las tasas de ansiedad y depresión en los jóvenes han aumentado un 70%.

El estudio ha demostrado que 4 de cada 5 jóvenes afirman que el uso de las redes sociales provoca que sus sentimientos de ansiedad empeoren. Ver amigos constantemente de vacaciones o disfrutando de las noches, puede hacer que los jóvenes sientan que están perdiendo momentos gratos mientras que otros “disfrutan de la vida”.

Estos sentimientos pueden promover la comparación y un efecto de “desesperación”. Las imágenes a menudo poco realistas que se ofrecen en las redes sociales pueden hacer que los jóvenes tengan bajos sentimientos de autoconciencia, desfavorable autoestima y la búsqueda del perfeccionismo que pueden manifestarse como trastornos de ansiedad.

Además de los trastornos de ansiedad, de acuerdo con lo señalado en Faros (2020), casi 80 000 niños y jóvenes del Reino Unido sufren depresión severa. Hay una creciente evidencia que vincula el uso de las redes sociales y la depresión en los jóvenes. El uso de estas durante más de dos horas al día también se ha asociado, de forma independiente, con la inadecuada autoapreciación de la salud mental, un aumento de los niveles de angustia psicológica y de la ideación suicida. Este fenómeno se ha etiquetado incluso como “depresión de Facebook”.

Por otra parte, el sueño y la salud mental están estrechamente relacionados. El sueño es especialmente importante en los jóvenes y adolescentes, ya que el dormir es un momento clave para su desarrollo. El sueño es esencial para poder funcionar favorablemente durante el día, y los adolescentes necesitan alrededor de 1 o 2 horas diarias de sueño diaria más que los adultos.

Numerosos estudios han demostrado que el uso creciente de redes sociales tiene una asociación significativa con la mala calidad del sueño en los jóvenes. Utilizar las redes sociales a través de teléfonos, ordenadores portátiles y tabletas por la noche antes de dormir también está relacionado con un sueño de mala calidad.

Se piensa que el uso de luces LED antes del sueño, puede interferir y bloquear procesos naturales en el cerebro que desencadenan sensaciones de somnolencia, así como afectar la liberación de la hormona del sueño, la melatonina. Esto significa que se tarda más en dormir y las personas terminan consiguiendo menos horas de sueño cada noche.

Uno de cada cinco jóvenes afirma despertarse durante la noche para consultar mensajes en las redes sociales, lo que multiplica por tres el hecho de sentirse cansados en la escuela, en comparación con los compañeros de clase que no utilizan las redes sociales durante la noche, señala Faros (2020).

Acerca de las mediaciones

La comunicación y socialización se convierten en elementos importantes, al momento de conversar sobre el uso de la tecnología y las nuevas formas de circulación del conocimiento, por ello, seguidamente se mencionan de manera sucinta algunos autores que versan al respecto.

Con relación a lo anteriormente expuesto, entre estos autores están Serrano (1977) con su teoría de las *mediaciones sociales*; Vygotsky (1934) y la teoría sobre las zonas de desarrollo próximo y potencial (ZDP) —fundamentadas en aportaciones teóricas acerca de las herramientas psicológicas como son la mediación e internalización—; Watzlawick *et al.* (1985), con su teoría sobre la pragmática de la comunicación humana; Eco (2000; 2004), y sus pertinentes planteamientos sobre semiótica así como mediaciones sociales; adicionalmente, Von Bertalanffy (1968) con la teoría general de los sistemas; y Morin (1990, 1999) con la teoría sobre la complejidad, al igual que el pensamiento complejo y sus urgentes reflexiones en torno al pensar global sobre humanidad (2011), acerca del futuro tecnológico y axiológico de la humanidad (2015).

Serrano, catedrático de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) es uno de los científicos y epistemólogos de la comunicación, cuyos trabajos han tenido mayor influencia en los estudios realizados en este campo desde los años setenta a nuestros días, principalmente en Europa y América Latina. Los campos disciplinares e investigativos diversos, como, por ejemplo, la comunicación, la medicina, la sociología, el trabajo social, la psicología, la fonoaudiología, la antropología, la ingeniería de sistemas, la pedagogía, la historia, entre otros, deben generar sinergias interdisciplinarias para conocer, comprender y promocionar usos favorables, incluyentes y positivos para el desarrollo humanístico y sociofamiliar del proceso/problemática abordada en este artículo.

En un diálogo intercontinental, estas inquietudes se sintonizan con derroteros investigativos como los del Centro Internacional de Estudios Superiores de Comunicación para América Latina (Ciespalc), una institución fundada en 1959, y que a partir de los años setenta jugaría un papel muy relevante en la producción de estudios que nutren la teoría de la comunicación desde una perspectiva crítica, transformadora y latinoamericana; el trabajo de Serrano entró en convergencia y enriqueció la teoría crítica latinoamericana, a raíz de la publicación en 1977 de *La mediación social* y, poco después, la edición revisada y aumentada (1981) de la *Teoría de la comunicación I* y *Epistemología y análisis de la referencia* (1982), se constituyen en alternativas teórico-conceptuales para abordar el problema.

En particular, su teoría de la *mediación social* (Serrano, 1977) permite explicar el papel que los medios de comunicación social (MCS) juegan como agentes que actúan entre los cambios macrosociales y los cambios micro psicológicos y conductuales, contribuyendo al ajuste entre ambos. Esta relación favorece la producción y reproducción del orden social bajo las nuevas condiciones de dominación del capitalismo postindustrial o monopolista que arranca al final de la década de los años sesenta del siglo anterior.

A través de mediaciones cognoscitivas y estructurales, los medios seleccionan el acontecer relevante, los *modelos de representación* del mundo y de producción de comunicación, conformando y nutriendo la *identidad* y los *hábitos* que proporcionan referencias comunes a/de la sociedad, actuando así sobre la conciencia, generando cohesión social y gestionando conflictos inherentes al tipo de sociedad actual (Serrano, 1985). La teoría de la mediación social ofrece un nuevo objeto para las ciencias sociales, en cuanto al estudio de la producción, transmisión y abordaje de la cultura, a partir del análisis de los *modelos culturales* y de sus funciones.

Comprender las formas en que se transmite la información resulta necesario cuando la cultura es asumida como un procedimiento de dominación. Así ocurre en los fenómenos de *transculturación*, es decir, cuando una sociedad destruye las señas de identidad de otra. También sucede en los procesos de *control social*, cada vez que se propone una visión preestablecida del mundo y de lo que sucede en él, para influir sobre la conciencia y *modos de comportamiento* de las personas, con respecto, a

los procesos de mediación en relación con los medios de comunicación, tal como lo reafirma Moragas (1985).

En esta área de la comunicación y las mediaciones sociales, hasta hoy, más de treinta años después del florecimiento teórico —al decir de los antiguos griegos—, la perspectiva de los fenómenos comunicativos realimenta y permite comprender los orígenes de la comunicación, así como la complejidad de sus relaciones con la naturaleza, la sociedad y la vida, estableciendo, de este modo, la posibilidad de una ciencia de la comunicación autónoma y, al mismo tiempo, productivamente conectada al conjunto de las ciencias biológicas y sociales (inter y transdisciplinarietà); Serrano proporciona con su trabajo teórico una explicación específicamente comunicativa de los fenómenos, biológicos y culturales generados por los procesos de comunicación.

Con respecto a las teorías del aprendizaje y su interdependencia con las mediaciones resultan relevantes y pertinentes, los aportes de Ausubel (citado por Coll, 1994) con su teoría e investigaciones acerca del aprendizaje significativo: esto, sumado a los aportes de otros autores, permite observar la necesidad transitoria de las ayudas que los docentes, padres de familia y adultos, prestan a niños, adolescentes y jóvenes en su aprendizaje hasta cuando logren mayores niveles de autonomía (para el caso, en el uso de los aportes tecnológicos de la información y la comunicación). Desde el campo de la *comunicación en contexto*, la idea de *acción mediada* y, desarrollada entre otros, por Freire (1996), Barbero (2006), Schmucler (1995), autores que reivindican que el concepto está atravesado por la dimensión comunicacional.

Esto significa que no es posible hablar de educación sin que intervenga la comunicación, entendida esta como producción en común de sentido, definición que se diferencia de aquellas que solo proponen la comunicación como transmisión de sentido unidireccional. Al decir Barbero (2006) que los diferentes modelos comunicacionales subyacen a las diversas matrices culturales y pedagógicas, sugiere observar la comunicación desde dentro de los procesos, prácticas y entornos educativos, familiares y socioculturales; no como solo una estrategia exterior (de ayuda, modernización o adorno a lo pedagógico).

Lo educativo en las mediaciones

Los tres componentes de enseñar-aprender son los docentes, los educandos y el conocimiento. Estos interactúan en un determinado contexto y se implican en un proceso complejo, donde, si bien, la centralidad la tiene el sujeto que aprende, la ayuda externa —siguiendo a Vygotsky— cobra especial relevancia, teniendo en cuenta la especificidad de la comunicación en la modalidad estudiada o en el proceso requerido.

El concepto de *mediación* es clave para interpretar las formas en que los docentes, padres de familia o ciudadanos se involucran o intervienen con la finalidad de desplegar estrategias de enseñanza, asesoría u orientación. Estas tienen como propósito no solo transmitir información, sino lograr que el educando o hijo se apropie de determinados conocimientos y formas de usar los desarrollos tecnológicos de uso masivo, con la expectativa de desarrollar mejores comprensiones y significados con un contexto específico y de forma proactiva. Así, posibilitarán el desarrollo de actitudes, comportamientos, hábitos y competencias saludables e integradoras en las interacciones con los demás.

Lo anterior deberá lograrse sin desplazar la comunicación esencial/personal, ya que, desde un punto de vista humano y epistemológico, sin el reconocimiento del otro como sujeto capaz de lenguaje y acción, no es posible una educación autónoma. Esto permitirá un desarrollo amplio desde el punto de vista cognoscitivo (no lo impuesto, lo meramente repetitivo o por imitación) para compartir, en el reconocimiento dialógico, proyectos de vida en común con otros.

De esto se entiende que la educación y la comunicación no pueden separarse. Por tanto, el *proceso de mediación* es un proceso flexible de educación y comunicación, crítico, constante, constructivo y activo, asumiendo entonces, que educar es comunicar, al mismo tiempo que una acción comunicativa conlleva un matiz educativo y humanizador.

Se evidencia y confirma, en la cotidianidad, lo que es una tendencia general percibida acerca del uso y consumo de los medios tecnológicos indagados por parte de la población adolescente, lo cual se contrasta con la realidad, al ver en diversos lugares a los jóvenes en contacto y comunicación, “conectados” como se le llama coloquialmente.

En la región Caribe colombiana, se han realizado dos investigaciones al respecto en la ciudad de Barranquilla (Colombia), en un lapso de casi dos décadas: *Caracterización de la relación entre las redes sociales virtuales y la formación de la dimensión humana adolescente* realizada por J, Escorcía (2015) y *Acción mediadora de la familia frente a la recepción de productos televisivos en niños de tercer y cuarto grado escolar con estudiantes de colegios de estrato socioeconómico alto en la ciudad de Cartagena, Colombia*, desarrollada por Silva y Torres (1998).

Además de lo anterior, puede observarse que, posiblemente, los procesos de lectura y escritura se vean afectados, tal como lo plantea Silva (2003): los aportes tecnológicos son una variada y compleja proyección del ser humano. Procesos tan vitales y decisivos para la evolución del hombre, como la lectura y escritura, entran en crisis, se redefinen, viven otras formas en su ejercicio, unas positivas y otras en contravía de aquella.

En esta dinámica local, regional, nacional e internacional, los diferentes desarrollos tecnológicos, entre los que se cuentan las redes sociales online (virtuales), servicios de la Internet y de la televisión que se están generando en las relaciones interpersonales y en el comportamiento / intereses / motivaciones humanas cotidianos, en diversos ámbitos, individual y colectivo.

Para comprender lo anterior, serán importantes los soportes teóricos, entre los cuales se encuentra a Capdevila (2010) quién indica en su estudio que el fenómeno de las redes sociales ha revolucionado el concepto de relación social clásica y la inversión del tiempo libre. En estas se buscan contactos con aquellos con quienes se ha perdido comunicación, se mantienen amistades, se pone al día de la vida de los demás, se conoce a gente nueva o incluso se encuentra trabajo.

Por otra parte, Noguera (2010), en su trabajo señaló que España es uno de los países del mundo con mayor consumo de redes sociales y, entre estas, Facebook se presenta como la más importante a nivel internacional. Si a dichos fenómenos se le suma el evidente panorama de transformación que está sufriendo el periodismo no es de extrañar que el progresivo acercamiento de algunos medios electrónicos españoles (y colombianos, entre muchas otras naciones) a esta plataforma, pueda valorarse como una de las vías para localizar y desarrollar nuevos productos periodísticos para

la red. En ese estudio, a partir de una observación estructurada, se aborda el comportamiento más significativo de los cibernautas españoles.

Según Díaz y García Fernández (2003), en su investigación *La familia e Internet, ¿un juego tres bandas?* expresaron: Bartolomé (1998) aborda en su estudio que, en algunos países como Estados Unidos, el tema ya ha llegado hasta la elaboración de leyes que luego han sido anuladas por el Tribunal Supremo; los padres se preocupan por los materiales a los cuales sus hijos pueden acceder desde dentro de su casa; los profesores lamentan que sus alumnos “chatean” en horas de clase. Y en el otro extremo, se interrogan acerca de si ¿existe libertad de expresión en internet? Finalmente, en su artículo titulado *Educación familiar y mediación televisiva*, Cánovas y Sahuquillo (2010) manifestaron la importancia de tratar de abordar la compleja influencia del visionario televisivo en el proceso de socialización y educación de la infancia y la adolescencia, centrando la atención en la necesidad de considerar a la familia como agencia mediadora/educadora de especial relevancia.

Por otro lado, en la investigación de L. Escorcía *et al.* (2015), manifiestan que se brindará un valioso aporte a la población conformada por niños, niñas y adolescentes, al igual que a los padres de familia, en la orientación que brindan a sus hijos respecto al adecuado uso de la tecnología (esto incluye los medios televisivos, la Internet y las redes sociales).

Sin embargo, las redes sociales despiertan un debate en torno a la privacidad; los riesgos de estas nuevas relaciones, al estar mucho tiempo conectado con varios de amigos; las formas en que afectan o no con la productividad en el trabajo; el desempeño escolar; la calidad de las interacciones familiares, así como el desempeño de su rol en la familia; y en su entorno social.

Actualmente, es de interés en el campo de las ciencias sociales y humanas, el estudio de medios de comunicación social (MCS) y la relación de estos con el comportamiento humano, individual y colectivo. Los estudios, las investigaciones, el abordaje y la formación de agentes educativos (en las familias, los contextos escolares, las diversas formas de asociatividad y sistemas sociales) debe ser responsable, comprometido, serio, por parte de quienes deben asumir, usar o interactuar con los desarrollos/aportes tecnológicos de la manera más adecuada y saludable para orientar el manejo de estas relaciones.

Internet se ha promocionado como una complejísima red de redes, fuente de información, de comercio y de entretenimiento. Una tecnología y unos nuevos servicios que están teniendo un impacto radical en la producción (transformando mercados y contextos de distribución) y, en particular en el consumo. Este *chat* ha generado una tendencia que ha sido acompañada y en cierto modo ha sido promovida, por una retórica mediática, para popularización.

El alto nivel de accesibilidad y la oferta diversa de servicios disponibles en la red han hecho que se empiece a hablar de un riesgo potencial por sobreuso. Se plantea también la posible presencia de cambios en el estado de ánimo cuando empieza la actividad, así como la existencia de inquietud e irritabilidad cuando no se está conectado o se es interrumpido durante la conexión, y la aparición de recaídas después de intentos por interrumpir o controlar la frecuencia de acceso a la red. La relación de los MCS (productos y servicios en la televisión y la Internet), particularmente en lo referente a las redes sociales, es compleja y polidimensional.

Gadamer (2001) señala que los grandes avances científicos y tecnológicos implican la aparición de otros problemas cuya solución supera el campo de estos saberes. Algunos problemas son nuevos, se han gestado al introducir la aplicación del conocimiento científico y de la tecnología a las condiciones de la existencia cotidiana del ser humano; pero otros se han exacerbado; es decir, aquellas situaciones que a través de la historia de la humanidad ni la ciencia ni la tecnología han sido capaces de ofrecer una solución satisfactoria; este es el caso de la “tecnologización” o “tecnotonización” (virtualización gradual) de la comunicación y de las interacciones cotidianas en muy variados ámbitos. Lo antes expuesto requiere de perspectivas y enfoques teóricos para aproximarse con fundamento al fenómeno abordado.

De las mediaciones al abordaje saludable familiar

Hablar de *mediación* es aludir a uno de los pilares de la enseñanza, en palabras de Edelstein (2002): la enseñanza como actividad intencional pone en juego un complejo proceso de mediaciones orientados a imprimir explícita o implícitamente algún tipo de racionalidad a las prácticas que se generan al interior del aula-hogar.

Así mismo, en las relaciones interpersonales, más aún en los tiempos actuales, donde los recursos tecnológicos y el manejo de sus contenidos permean estas interacciones. Para hablar de dicho proceso se parte de la categoría *mediación pedagógico-comunicacional*, haciendo énfasis en la enseñanza, el diálogo y el aprendizaje que se espera, como acto comunicativo o en una comunicación con intencionalidad educativa, en donde tanto los aportes pedagógicos como las cuestiones de índole comunicacional se unen para *dar sentido* a las prácticas del enseñar y el aprender.

Según Frawley (1999), Moll (1993) y Dixon-Krauss la mediación puede ser entendida como el conjunto de instrumentos de carácter cognoscitivo, físico o instrumental que hacen posible que la actividad cognitiva se desarrolle y logre las metas propuestas. En pocas palabras, la mediación pedagógica en este aspecto propone que los instrumentos externos ayudan a que se puedan representar internamente; este mismo proceso también se aplica a los procesos de interacción familiar, por medio de las instrucciones del educador-adulto responsable, de preguntas, observaciones y guiadas por los padres/docentes.

De esta manera, la mediación familiar de los padres con sus hijos, entre más temprana sea la edad de estos, mayor se espera sea el efecto positivo de la labor orientadora y educativa. De aquí que el acompañamiento familiar sea vital en el global-glocal mundo de hoy, en el caso específico de las *mediaciones familiares* frente a los productos y servicios televisivos, de Internet y las redes sociales *online*.

Silva y Torres (1998) refiriéndose a los servicios televisivos y, que obviamente, por su estrecha relación, con otros medios de comunicación, como el Internet y las redes sociales online se incluyen en esta categoría han tenido fuertes implicaciones en la dinámica familiar, hasta el punto de que, en ocasiones, disminuye y anula la comunicación, afecta horarios, comidas, lenguaje, frecuencia en la interacción con las amistades, distribución del tiempo y muchas otras formas de relación familiar.

A lo anterior se suman los cambios socioculturales y de valores en las nuevas generaciones, varios de ellos ocasionados por los nuevos roles asumidos por los padres y de manera especial por las madres, quienes, para laborar (como una contribución o porque de ellas depende únicamente la economía del hogar) dejan a sus hijos e hijas encomendados, generalmente, a personas que en la mayoría de los casos no reúnen los requisitos para

aportarles a su buena crianza. Con respecto a lo anterior, Silva (2003) planteó algunas características que los orientadores pedagógicos o familiares necesitan para cumplir con las tareas y las necesidades de los miembros de la familia.

Esto es profundizar en los valores permanentes que se pueden vivir en la familia; reflexionar sobre los procedimientos y medios para lograrlo; conocer las influencias del contexto social; considerar distintos procesos para que padres e hijos puedan lograr un desarrollo intra y extrafamiliar autónomo y contextualizado. Así mismo, estudiar cómo las familias pueden aumentar y cualificar su influencia favorable en la sociedad y en doble vía.

Todo lo anterior, se evidencia en los resultados que emergen en la investigación sobre la relevancia del papel mediador y, especialmente, interventor que corresponde a las familias en el proceso de información, educación y formación de los hijos —desde la infancia, durante la adolescencia y hasta llegar a la adultez— en lo pertinente a los productos y servicios televisivos, de Internet y las redes sociales online.

Lo anterior permitió plantearse, para la ruta de pesquisas, el siguiente *interrogante investigativo*:

¿Qué posibilidades formativas ofrece la mediación pedagógica en los sistemas educativos (y familiar) frente a los contenidos de información ofertados en Internet y posibilitados por las redes sociales online? Así mismo, los objetivos que orientaron la investigación fueron: (a) describir la existencia o no de mediaciones familiares de jóvenes estudiantes universitarios frente al consumo de productos y servicios televisivos, de Internet y en las redes sociales; (b) identificar los productos y servicios más utilizados por los jóvenes estudiantes universitarios, y (c) determinar la existencia del conocimiento sobre el concepto / proceso de la mediación familiar.

Metodología

Esta fue una investigación de tipo mixto, donde predominó el énfasis en la descripción-cualificación de los resultados, con algunos aspectos cuantitativos obtenidos a través del cuestionario y fundamentada en el paradigma interpretativo-comprensivo, acerca del cual Heidegger (1975)

se refiere como la interpretación de la interacción social. El autor propone que deben estudiarse las acciones, circunstancias y significados que las personas otorgan cuando interactúan en distintas situaciones y desde las realidades sociales en las cuales viven.

Esto hace referencia a un proceso constante y a los significados que se les atribuyen, que pueden modificarse por otros u otras interacciones. Dichos cambios son importantes para lo que se denomina el método del interaccionismo simbólico. En este contexto, Blumer (1982) plantea que la producción del conocimiento en el trabajo y la cotidianidad social se basa en gran parte en la interpretación; expresa además que todas sus perspectivas se pueden unir y complementar para así llegar a un conocimiento profundo, contextual y claro sobre el fenómeno, individuo o proceso que está siendo estudiado.

De esta manera, el diseño de investigación permitió observar y reflexionar sobre las mediaciones pedagógicas que sean posibles en los contextos familiares y educativos, como categorías, a la vez que expresiones de la salud mental en adolescentes y jóvenes (universitarios, en este caso) frente a la recepción y consumo de productos y servicios ofertados por la televisión, la Internet y las redes sociales *online*. Los participantes en el estudio fueron estudiantes universitarios entre los 16 y 24 años de edad de diversos programas, escogidos a través de la técnica de muestreo no probabilístico a conveniencia del investigador.

Las técnicas de recolección de información utilizada fueron mixtas, siendo estas la observación participante y el cuestionario para el análisis de la información. Se utilizó la triangulación de los resultados de la observación participante y de los cuestionarios con los hallazgos de la revisión y el análisis bibliográfico sobre la temática/proceso investigado.

Resultados

Acorde con los presupuestos en salud mental y la mediación pedagógica con adolescentes usuarios de Internet, redes sociales online y televisión, los resultados obtenidos se estructuran en seis apartados relacionados con: las características de *edad, sexo y procedencia*; en tal sentido, Barranquilla, como distrito capital del Atlántico (Colombia), arrojó

el mayor porcentaje de residencia o de procedencia de los estudiantes universitarios que participaron en esta investigación (83%).

La mayor parte de los estudiantes universitarios que respondieron fueron de sexo femenino, 85%; mientras que de sexo masculino fueron 15%. En cuanto al rango de edad, participaron estudiantes de 16-18 años, 38%; en edades comprendidas entre 19-21, 36%; y de 22-24 años, 18%.

Por otro lado, en los resultados asociados con las *opiniones y usos* de las redes sociales, páginas web y otros medios de comunicación masiva, los hallazgos fueron los siguientes: para un 54% de los encuestados las redes sociales tenían como propósito central la comunicación entre personas y, por unanimidad, (99%) de las personas encuestadas opinaron que el Internet es un medio muy utilizado en la casa y en el contexto académico.

La mayoría de los sujetos estudiados (96%) manifiesta que tiene claro el concepto de TV digital, redes sociales online e Internet. Mediante las gráficas se visualizan de manera más específica y didáctica los hallazgos, en cuanto a la opinión sobre las redes sociales y las páginas utilizadas comúnmente.

Gráfica 1

Opinión de las redes sociales.

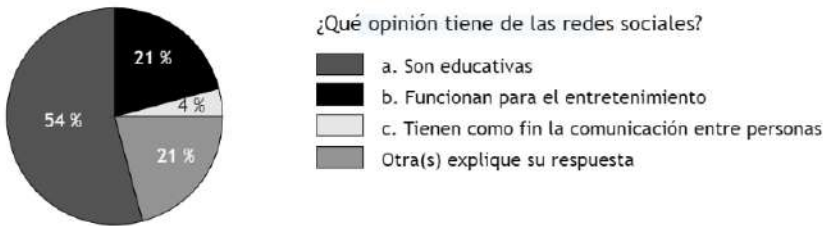


Figura 1. Opinión de las redes sociales.

Nota. Elaboración propia.

Gráfica 2

Páginas utilizadas comúnmente.

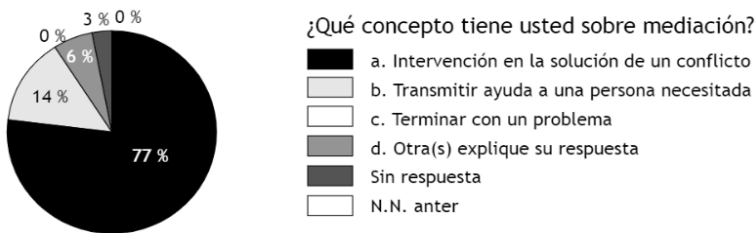


Nota. Elaboración propia.

Estos resultados nos acercaron al objetivo de identificar los *productos y servicios más utilizados* por los estudiantes universitarios. Sin embargo, se pudo notar que, al ser estudiantes universitarios, se esperaba que las páginas más utilizadas fueran académicas, de consulta para sus estudios. Por el contrario, es posible que los estudiantes prefieren la información en formatos más visuales y auditivos, como son los videos que comúnmente se encuentran en *YouTube*.

Gráfica 3

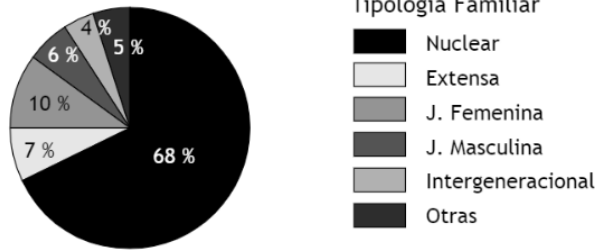
Concepto acerca de mediación.



Nota. Elaboración propia.

De la misma forma, los resultados permiten pensar en la disposición de las familias para realizar una *mediación* pedagógica de los contenidos. Sin embargo, los resultados relacionados con el objetivo específico: determinar la existencia del conocimiento sobre el concepto / proceso de mediación (Gráfica 3) permiten apreciar que, para los encuestados, está más relacionado, en un 77%, con *una intervención para la solución de un conflicto*, mientras que un 14% manifiesta que *es transmitir ayuda a una persona necesitada*.

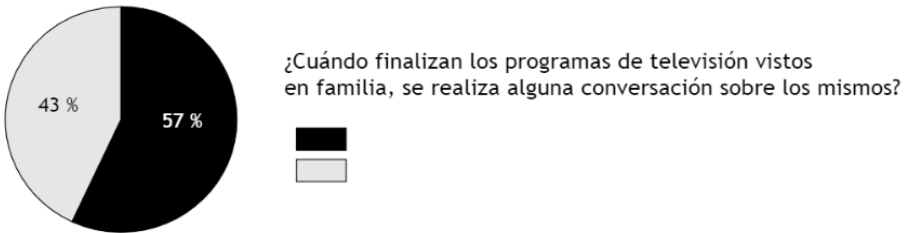
Gráfica 2
Tipo familiar.



Nota. Elaboración propia.

Lo anteriormente consignado se complementa con lo referente a la *tipología familiar* en la cual conviven e interactúan los participantes de la investigación, ello posibilita un análisis en relación con las características de la comunicación en el sistema familiar, acerca del objeto de este estudio. En la Gráfica 4, se observa la graficación de los diferentes tipos de familia de estos jóvenes y adolescentes, estudiantes universitarios, prevaleciendo la tipología familiar nuclear, con un 68%.

Gráfica 5
Conversación cuando ven tv.

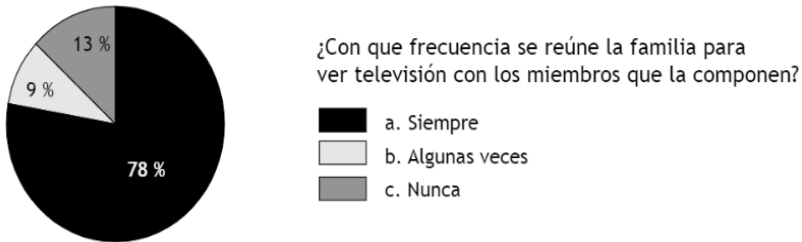


Nota. Elaboración propia.

La Gráfica 5 muestra que el 57% de las personas que respondieron el cuestionario, manifiestan que luego de ver algún contenido o programa en la tv, *conversan* (o discuten, debaten) con su familia acerca de lo tratado en el mismo.

Gráfica 6

Frecuencia con que la familia se reúne para ver tv.

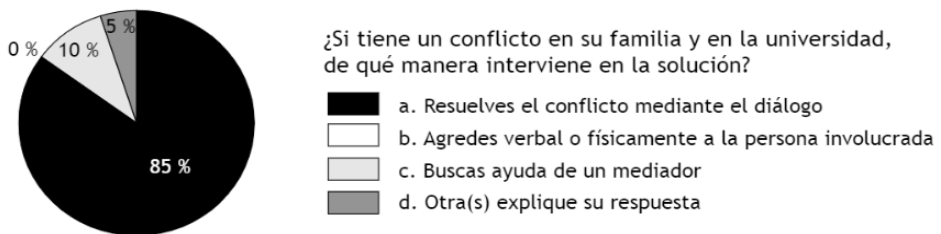


Nota. Elaboración propia.

El 78 % de los encuestados opina que suelen ver televisión con los miembros de la familia (Gráfica 6).

Gráfica 7

Resolución de conflictos.



Nota. Elaboración propia.

Cada miembro de la familia consume información y contenidos desde diferentes plataformas y páginas de Internet, así que la mediación de estos contenidos, en parte, se puede ver limitada, siendo la televisión, un espacio de integración, que a la vez se presenta como propicio para iniciar la mediación pedagógica, sea de manera consciente o no.

Igualmente, da una pista sobre la calidad de la comunicación y de la estrategia más frecuente que se utiliza en casa y que se replica en contextos sociales como la universidad o con los amigos. De los encuestados el 85% manifiestan que ante los conflictos de tipo familiar o de tipo educativo se debe recurrir al diálogo.

De igual forma, está claro para la mayoría que la mediación es una intervención benéfica para la solución de los conflictos. El 85% de los encuestados manifiesta que un *conflicto en la familia* y en la universidad lo resuelven mediante el diálogo.

Podría deducirse, entonces, que los procesos de mediación en los sistemas familiares, escolar y sociales en general pudiesen estar influenciados por el tiempo que dedican los niños, jóvenes y adultos al consumo de los contenidos de estos MCS en la década actual. Parece ser que estos han modificado los espacios de interacción familiar, escolar y social en general, propiciando nuevas formas de comunicación y mecanismos de adaptación a estos emergentes estilos de interacción.

No se puede desconocer que las tecnologías de información y comunicaciones (TIC) o nuevas tecnologías de información y comunicaciones (NTIC) son un fenómeno influyente, desde la perspectiva de ser herramientas que en múltiples aspectos aportan para el adecuado y saludable desarrollo del proceso cognoscitivo de los niños, jóvenes y adultos, para su crecimiento personal aportando e innovando al progreso, aportando a la sociedad.

Conclusiones

Acorde con el *propósito* de este estudio, esta forma de asumir los contenidos y nuevas formas de interacción serán exitosas o no en la medida que las familias y las escuelas generen estrategias de mediación funcionales. En tanto que la familia se contextualice y acompañe a sus miembros en el proceso de aprendizaje para el manejo de las tecnologías y su adecuada aplicabilidad para el beneficio de quienes la utilizan, acudiendo y propiciando procesos mediadores, educativos y de formación integral, identificando las formas de interacción familiar, lo cual podría ser la clave para iniciar este proceso.

Se presentan familias cuya pauta de interacción se pudo percibir / describir (sobre algunos estudiantes que respondieron el cuestionario en casa) como “tubos de cristal” (se les ve juntos a la vez que muy poco comunicativos, ensimismados en la relación con el dispositivo móvil), con comportamientos de “desprendimiento” o aislamiento familiar, lo cual implica una oportunidad para adentrarse y conocer el fenómeno relacional de las tecnologías online y las interacciones offline (presenciales), y plantear estrategias de comunicación/mediación familiar, como una (entre muchas posibles) categoría de y por la salud mental de este grupo

etario, que permitan una integración/interacción más directa de los padres o cuidadores frente a estos contenidos, teniendo en cuenta el ciclo vital individual y familiar.

Referencias

- Barbero J. (2006). *La educación desde la comunicación*. Bogotá: Editorial Norma.
- Bartolomé, A. (1998). *Familia y escuela: El miedo a internet*. Barcelona: Comunicar 10.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Barcelona: Hora D.L.
- Cánovas, P. & Sahuquillo, P. (2010). *Educación familiar y mediación televisiva*. Universidad de Valencia. Valencia.
- Capdevila, D. (2010). *Las Redes Sociales. Tipología, uso y consumo de las redes 2.0 en la sociedad digital actual*. Madrid: Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid.
- Coll, C. (1994). *Tecnologías y comunicación educativas*.
- Dixon-Krauss, L. (1996). *Vygotsky in the Classroom: Mediated Literacy Instruction and Assessment*. Addison Wesley Longman, One Jacob Way, Reading, MA 01867.
- Eco, U. (2000). *Tratado de semiótica general*. España: Lumen. (Trabajo original publicado en 1976)
- Eco, U. (2004). *Apocalípticos e integrados*. México: Lumen / Tusquets. (Trabajo original publicado en 1968)
- Edelstein, G. (2002). Problematizar las prácticas de la enseñanza. *Perspectiva*. 20(2), 21-30
- Escorcía J. L. (2015). *Caracterización de la relación entre las redes sociales virtuales y la formación de la dimensión humana adolescente*. (Trabajo de Maestría en Educación). Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.
- Escorcía L., García A., & Silva M. (2015). Mediaciones familiares, escolares y socio-culturales frente a los productos y servicios televisivos de internet y las redes sociales online. Programa de Psicología. Universidad Metropolitana. Barranquilla-Colombia.

- Faros (2020). Los riesgos de las redes sociales en la salud mental de los adolescentes. Hospital San Joan de Déu. Barcelona, (<https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/riesgos-redes-sociales-salud-mental-adolescentes>). Recuperado 31-05-20
- Frawley, W. (1999). *Vygotsky y la ciencia cognitiva*: Barcelona: Paidós.
- Freire P. (1996). *Pedagogía de la autonomía*. Siglo XXI editores.
- Gadamer, H. (2001). Fenomenología, hermenéutica y metafísica, en: *El giro hermenéutico*, Madrid: Cátedra 1998, p. 29
- Heidegger, M. (1975). *La pregunta por la cosa*. Buenos Aires: Editorial Alfa Argentina. (Traducido por: Eduardo García Belsunce & Zoltan Szankay).
- Díaz, M. & García Fernández, M. D. (2003). *La familia e internet, ¿un juego tres bandas?* Córdoba: Comunicar 21: Tecnologías en la era de la comunicación.
- Moll, L. (1993). Introducción. En L. Moll (Ed.), *Vygotsky y la educación. Connotaciones y aplicaciones de la Psicología Sociohistórica en la educación* (13-42).
- Moragas, D. M. (1985). *La mediación social y los enfoques de la teoría de la comunicación*. Barcelona.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*.
- Morin, E. (1999). *La inteligencia de la complejidad*.
- Morin, E. (2011). *La Vía*. Para el futuro de la humanidad.
- Morin, E. (2015). *Pensar global*. La humanidad y el universo.
- Noguera, J. M. (2010). *Redes sociales como paradigma periodístico. Medios españoles en Facebook*, Revista Latina de Comunicación Social, 65.
- Schmucler, H. (1995). *El imperio de la Información como imperio de la Banalidad*. En: *Comunicación y Educación como campos problemáticos desde una perspectiva epistemológica*. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional Entre Ríos (UNER).
- Serrano, M. M. (1977). *La mediación social*. Madrid: Akal
- Serrano, M. (1985). *Innovación tecnológica, cambio social y control social*.
- Silva, M. & Torres, M. (1998). *Acción mediadora de la familia frente a la recepción de productos televisivos en niños de tercer y cuarto grado*

escolar. (Trabajo de Maestría en Desarrollo Familiar). Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.

Silva, M. (2003). *Desde los tres robles*. Cartagena: Editorial Ideas gráficas.

Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría General de Sistemas. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. Nueva York.

Vygotsky, L. (1934). *Pensamiento y lenguaje*.

Watzlawick, P. y Cols. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Editorial Herder.



Edición digital
Vulnerabilidad y Salud Mental
Sincelejo, Sucre, Colombia
Diciembre de 2021



Este libro se propone como un escenario de discusión académica en torno a la salud mental, desde diferentes contextos y desde un enfoque salutogénico. Al tratar el tema de la salud mental, es necesario remitirnos a la definición que brinda la Organización Mundial de la Salud (OMS): “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad”. Metodológicamente, la obra es diversa, no se casa con ningún método, sino que acepta la complejidad del fenómeno que se quiere estudiar, pues el tema de la salud mental no es simple, sino, por el contrario, está constituido por una serie de entretejidos conceptuales que hacen ardua la tarea investigativa, y que la diversidad metodológica enriquece.