

RIESGO PSICOSOCIAL ENTRE POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA Y NO DESPLAZADA, PERTENECIENTE A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN, 2002

MELBIN AMPARO VELASQUEZ PALACIO

Trabajo de Grado de Especialización en Niños con Énfasis en Clínica Cognitiva-Comportamental y
Neuropsicología Infantil

Asesora Luz Marina Galeano Psicóloga, Magíster en Neuropsicología

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

MEDELLÍN; 2003

Tabla de contenidos

..	1
AGRADECIMIENTOS .	3
RESUMEN .	5
INTRODUCCIÓN .	7
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA . .	9
3. JUSTIFICACIÓN .	13
4. OBJETIVOS . .	15
4.1 OBJETIVO GENERAL .	15
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .	15
5. MARCO TEÓRICO . .	17
5.1 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DESARROLLO DEL MENOR . .	17
5.1.1 Delimitaciones en los conceptos de infancia y adolescencia. . .	18
5.1.2 El desarrollo del menor desde campos teóricos psicológicos. . .	18
5.1.3 Condiciones para el desarrollo del menor. .	21
5.2 CONSIDERACIONES EN TORNO AL DESARROLLO Y LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL .	21
5.2.1 Desarrollo y patología mental en el menor. . .	21
5.2.2 Valoración en psicopatología infantil: riesgo psicosocial. . .	22
5.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL .	25
5.4 INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA POBLACIÓN OBJETO DE INVESTIGACIÓN .	28
6. METODOLOGÍA .	29
6.1 TIPO DE ESTUDIO . .	29
6.2 POBLACIÓN . .	29
6.3 UNIDAD DE ANÁLISIS .	30
6.4 VARIABLES ANALIZADAS . .	30
6.5 FASES DEL ESTUDIO . .	30

6.6 PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN Y RECOPIACIÓN DE LOS DATOS . .	31
6.7 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS . . .	31
6.8 INSTRUMENTOS: LISTADO DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS, LSP-COL. . .	32
7. RESULTADOS . .	35
7.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A LA QUE SE LE APLICÓ EL INSTRUMENTO LISTADO DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS, LSP-COL. . .	35
7.1.1 Descripción sociodemográfica de la población evaluada. . .	35
7.1.2 Descripción de variables psicosociales y de rendimiento académico. .	37
7.1.3 Descripción general de variables relacionadas con el desplazamiento. .	39
7.2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN EVALUADA SEGÚN LAS VARIABLES DE DESPLAZAMIENTO Y RIESGO PSICOSOCIAL. .	41
7.2.1 Descripción de la población víctima de desplazamiento por violencia. .	42
7.3 RESULTADOS DE ANÁLISIS COMPARATIVOS . .	44
7.3.1 Descripciones comparativas en la población general según el riesgo psicosocial. .	44
7.3.2 Descripciones comparativas en la población desplazada según el riesgo psicosocial. .	45
8. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS .	49
9. CONCLUSIONES . .	53
10. RECOMENDACIONES .	55
BIBLIOGRAFIA .	57
ANEXOS .	59
Anexo 1 . .	59

DEDICATORIA

A los menores, seres humanos dignos del respeto, la escucha y el buen trato de sus cuidadores, de sus pares, y de la comunidad a la que pertenecen.



AGRADECIMIENTOS

Agradezco a las personas responsables de las instituciones que abrieron sus puertas para que esta investigación se hiciera posible, y a las familias que confiaron en este estudio.

Agradezco igualmente a la asesora de esta investigación, quien con su acompañamiento sabio, paciente y respetuoso, posibilitó la culminación de este trabajo.

RESUMEN

Se realizó un estudio sobre el riesgo psicosocial entre población menor de edad, desplazada por la violencia y no desplazada, perteneciente a una institución educativa de la ciudad de Medellín, con el fin de describir y comparar el riesgo psicosocial según el instrumento Listado de Síntomas Pediátricos, Colombia (LSP-Col) ¹. La población evaluada estuvo conformada por 148 menores de 6 a 16 años, pertenecientes al estrato socio-económico bajo. Se encontró un riesgo psicosocial de 36.5%; sin embargo, para cada riesgo varió entre el 20% al 50%. El análisis comparativo dio cuenta de diferencias estadísticas significativas en la presentación de riesgo psicosocial según las variables de historia de desplazamiento y edad. Estos hallazgos sugieren que la mayor vulnerabilidad psicosocial podría asociarse al grupo que no ha sido víctima de desplazamiento por violencia, y a condiciones relacionadas con la edad, siendo más vulnerable el grupo que es menor de edad. Es necesario realizar otras investigaciones, que permitan explorar variables asociadas a la alta prevalencia de riesgo psicosocial, con el fin de desarrollar programas de prevención de enfermedad mental idóneos y eficaces.

Hay momentos en que quisiéramos que el día no prosiga su marcha, pero el tiempo no se detiene y la memoria sigue marcando pasos..." Vylmen Dalie

¹ CORREA, Martha y OLAYA, Alvaro. Validación del Pediatric Symptom Checklist-PSC para detectar riesgos psicosociales en escolares. Rionegro, Antioquia. Colombia 1998-1999. Trabajo de grado (Salubrista). Universidad de Antioquia. Facultad de Salud Pública

INTRODUCCIÓN

La presente investigación da cuenta del riesgo o probabilidad de padecer trastorno mental de depresión, ansiedad, trastornos de conducta o déficit de atención con hiperactividad en la población infantil y adolescente escolarizada de una institución educativa. Los escolares pertenecen a una comuna de la ciudad de Medellín de estrato socioeconómico bajo y que en gran porcentaje ha sido víctima del desplazamiento forzoso. Se describe la población desplazada y no desplazada por la violencia, y se identifica y compara el riesgo psicosocial de estos grupos.

Los hallazgos de este estudio permiten no solo identificar los trastornos mentales que tienen más probabilidad de presentarse en la población evaluada, sino también determinar las características de la población que debe ser intervenida de manera prioritaria por la presencia de riesgo psicosocial.

*“Viejas leyendas me contaba la abuela, princesas y hadas veía en el huerto...
Cantos, juegos y risas quedaron junto aquella silla que aún mece el viento...”
Vylmen Dalie*

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es Innegable que las condiciones históricas, políticas y económicas han modificado las condiciones y contextos en los que nuestros infantes y adolescentes, se educan. Medellín no es ajeno a esta situación, a este nuevo contexto que entre sus muchas condiciones, considera actualmente las del desplazamiento por violencia.

Es así como se plantea que "La magnitud de este drama humanitario está representado en las 213.855 personas, pertenecientes a 45.918 hogares, que entre enero de 2000 y junio de 2001 tuvieron que abandonar su lugar habitual de residencia y de trabajo debido a acciones perpetradas por los actores armados... Del total de personas desplazadas durante el periodo mencionado, el 60% tuvo que migrar en el año 2000 (128.843 personas) y el restante 40% (85.012 personas), en los primeros seis meses del presente año. Si se analizan las cifras desagregadas por semestres,... se observa un crecimiento de 64% en el número de personas desplazadas"²

Desafortunadamente este fenómeno de desplazamiento continúa presentándose en el 2003, siendo miles las familias que viven el drama del desarraigo por violencia de las tierras a las que han pertenecido.

Además del crecimiento desafortunado de esta situación, es necesario citar lo

² RED DE SOLIDARIDAD SOCIAL. Presidencia de la República de Colombia. Informe de la Red de Solidaridad Social - 2003
/www.red.gov.co

que para los grupos poblacionales significa este evento: "Según las estadísticas, de las 213.855 personas que se desplazaron entre enero de 2000 y junio de 2001, 103.403 eran menores de 18 años, lo que representa el 48.35% del total. Esta cifra da cuenta de la alta incidencia del desplazamiento... sobre este grupo" ³ .

Es preocupante encontrar que casi el 50% de la población víctima de este flagelo es menor de edad, población en desarrollo físico y mental que está apenas aprendiendo a enfrentar las circunstancias y problemas cotidianos de la vida familiar y social.

UNICEF (Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia), al respecto, resalta que más de 16 millones (41%) de colombianos son menores de 18 años; de ellos, 6 millones (aproximadamente el 40%) viven en la pobreza, y 1 millón en la miseria; UNICEF señala además el incremento, año por año, de los desplazados a partir de 1985, situación que desafortunadamente favorece el riesgo psicosocial ⁴ dado que en la etapa de desarrollo del menor se han identificado como factores de riesgo para la salud mental: las condiciones de pobreza, los acontecimientos generadores de estrés y el maltrato, entre otros. ⁵

Preocupa todo lo anterior aun más cuando investigaciones hechas en Estados Unidos y Canadá, han dado a conocer que los problemas de salud mental que se presentan en la niñez y la adolescencia son predictores de enfermedad mental para la edad adulta ^{6 7} .

Sin embargo, pese a los años de presentación del fenómeno del desplazamiento, no se han desarrollado hasta el momento suficientes estudios epidemiológicos sobre las condiciones y/o factores de salud mental en los niños y adolescentes víctimas de esta condición.

Es así como ante la necesidad de profundizar en estos eventos, y con el fin de contribuir al desarrollo de condiciones saludables para la población infantil desplazada, la Coordinadora de Investigación ⁸ de una de las instituciones

³ Ibid.

⁴ FONDO DE LA NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. (UNICEF). Carta para los Nuevos Gobernantes. Oficina de Arca para Colombia y Venezuela. Santa Fé de Bogotá. Colombia: Litocamargo, 2000

⁵ COJID, et al. The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. En: American Psychologist, 48: 1013-1022

⁶ NAGIN DS, y TREMBLAY RE. Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys or kindergarten to high school. En: Rach. Gen Psychiatry. 2001, 58(4):389-94

⁷ MACMILLAN HL, et al. Slapping and spanking in childhood and its association with lifetime prevalence of psychiatric disorders in a general population sample. En CMAJ, 1999, 161(7):805-9

⁸ LIDA EUGENIA VELASQUEZ P., Msc Epidemiología, Coordinadora de Investigación. Fundación Las Golondrinas Medellín, Colombia. 2003-2004

educativas situadas en una comuna de la ciudad de Medellín, lideró la realización de la presente investigación.

Los alumnos de esta institución pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo, son 181 en total, 60% son niños y el 40% niñas, con un promedio de edad de 9 años, teniendo entre 6 y 16 años. El 55,5% son desplazados de diferentes municipios como Dabeiba, Apartadó, Urabá, Sabana larga, entre otros.

Este trabajo pretende entonces contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud mental de la población objeto, respondiendo a las siguientes preguntas de investigación:

1. Cuáles son las características sociodemográficas de la población de la institución educativa que presenta riesgo psicosocial?

2. Cuál es el estado de riesgo psicosocial que presentan los niños y adolescentes desplazados por la violencia y que se encuentran actualmente escolarizados en una institución educativa perteneciente a una de las comunas de la ciudad de Medellín?

3. Fue adecuado el rendimiento académico de estos niños y adolescentes desplazados?

4. Tiene el mismo peso el riesgo psicosocial en población desplazada y no desplazada que comparte el contexto educativo?

5. Existen diferencias entre el rendimiento académico adecuado de la población desplazada y no desplazada que es objeto de esta investigación?

”... Pasaron los años con mi llanto dormido en el silencio, las flores con su aroma perfumaron mis recuerdos, y mis manos crecieron con el tiempo...”
Vylmen Dalie

3. JUSTIFICACIÓN

Es de vital importancia identificar el riesgo psicosocial en la población estudiantil infantil y adolescente con el fin de desarrollar acciones de intervención eficaces y oportunas que permitan mejorar la salud mental de la población en dichas etapas, pero también con el fin de disminuir la probabilidad de presentar alteraciones mentales y del comportamiento en la vida adulta.

La enfermedad mental, de acuerdo con las investigaciones y proyecciones realizadas por la OMS (Organización Mundial de la Salud), representara un gran porcentaje de discapacidad para la población mundial ya que las mismas tienden a aumentar porcentualmente y a generar pérdidas en la capacidad laboral.⁹

No cabe duda de que ante desastres sociales y económicos como el desplazamiento por violencia y la pobreza, hay mayor vulnerabilidad psicosocial para la enfermedad mental. La OMS lidera actualmente investigaciones y acciones que apuntan a una intervención temprana de la salud mental en estas situaciones.

Colombia no es ajena a este direccionamiento de la salud, y es cada vez más consciente de la importancia de favorecer condiciones de salud mental. Diferentes estudios dan cuenta de esta condición. En Medellín, por ejemplo, se están liderando investigaciones relacionadas con el riesgo psicosocial e igualmente se están liderando propuestas relacionadas con la población desplazada¹⁰.

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Francia: OMS, 2001. 171p.

El primer paso sin duda para una idónea intervención, es el conocimiento de las condiciones de salud mental de la población, y en este sentido, es prioritaria la investigación. Por ello, para la institución educativa a la que pertenece la población objeto del presente estudio, es fundamental ofrecer a partir del conocimiento de salud mental de sus escolares, intervenciones que posibiliten la prevención de trastornos psicosociales, y el desarrollo de capacidades y habilidades mentales y físicas que les permitan a los menores relacionarse consigo mismos y con su entorno de una manera saludable.

Los resultados de esta primera investigación realizada en la institución en el campo de la salud mental, son fundamentales para conocer los riesgos de enfermedad mental, y para determinar prioridades frente a la intervención psicosocial que propicien el desarrollo de una salud integral.

“Crucé las montañas de mi tierra en busca de ilusiones; me alejé como se alejan los que sueñan con dejar su tristeza en otra tierra..” Vylmen Dalie

¹⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Hacia un Plan Operativo de Salud Mental para Antioquia. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Medellín: OPS-DSSA, 2003

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Describir y comparar el riesgo psicosocial según el instrumento Listado de Síntomas Pediátricos, Colombia (LSP-Col) ¹¹ en la población infantil y adolescente desplazada por la violencia y no desplazada, que se encuentra escolarizada en una institución educativa de la ciudad de Medellín, 2002.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la distribución socio-demográfica de menores desplazados por la violencia y no desplazados, que al momento del estudio se encuentran escolarizados en una institución educativa de la ciudad de Medellín.
- Caracterizar el riesgo psicosocial en niños y adolescentes que al momento del estudio se encuentran escolarizados en una institución educativa de la ciudad de

¹¹ CORREA, Martha L y OLAYA, Alvaro. Op. Cit.

Medellín.

- Comparar el riesgo psicosocial en menores desplazados y no desplazados.
- Determinar diferencias estadísticas del rendimiento académico adecuado en los menores desplazados y no desplazados que se encuentran en la misma institución.

“En días lejanos por las calles de mi barrio corría, en danzas azules los sueños vivían y un moño rosado de mi cabello recogía...” Vylmen Dalie

5. MARCO TEÓRICO

La población objeto de esta investigación es una población considerada menor de edad, y por ello, una población en desarrollo no sólo físico sino también mental. Se ha considerado, por lo anterior, pertinente aclarar algunos aspectos relacionados con el desarrollo de los niños y los adolescentes. Este tema es abordado en el primer ítem en el que se da cuenta de delimitaciones en los períodos de desarrollo del menor, de diferentes posturas teóricas de la psicología ante el desarrollo, y de aspectos relacionados con las condiciones de desarrollo del menor.

Igualmente el campo de esta investigación se encuentra enmarcado en la psicopatología infantil, y por ello evalúa el riesgo psicosocial de la población menor de edad. Dicho campo será tratado en el segundo y tercer ítem. El segundo ítem aborda el desarrollo y la psicopatología infantil; el tercer ítem plantea las mediciones en psicopatología infantil y da cuenta de algunas investigaciones.

Finalmente se describe de manera breve la institución educativa en la que se realizó la investigación.

5.1 CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL DESARROLLO DEL MENOR

5.1.1 Delimitaciones en los conceptos de infancia y adolescencia.

De acuerdo con la UNICEF ¹² se considera niño a toda persona menor de 18 años, sin embargo para definir al niño se tiene en cuenta no solo la edad cronológica sino también el marco legal de las poblaciones cuando definen la edad a la que se es "mayor" para asumir responsabilidades ciudadanas y sociales.

Igualmente con respecto a la edad, las teorías de desarrollo consideran, además de la edad cronológica y social, la edad psicológica y la edad determinada por la maduración biológica. La infancia y la adolescencia son definidas entonces como períodos de desarrollo con diversas características biopsicosociales que dan cuenta de subperíodos determinados por cambios físicos, cognoscitivos y sociales.

En la Literatura se encuentran distintas divisiones sobre la infancia como: primera infancia (primeros 6 años) ^{13 14} y segunda infancia (6 a 12 años), o infancia, preescolar, escolar, y preadolescencia. Todas estas divisiones dan cuenta de posibilidades y límites de la relación del niño consigo mismo, con los otros y con el mundo; sin embargo, muchos autores hacen referencia a la infancia como un término general para los niños hasta los 10 o 12 años.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital que se ubica aproximadamente entre los 12 y 17-18 años de edad. Tiene también características propias del desarrollo biológico, emocional y cognoscitivo, no obstante, como se mencionaba anteriormente, suele ser considerada para efecto de muchos estudios como población infantil y en otros casos suele ser considerada como población adulta.

El presente estudio acoge y utiliza el término niño para hacer referencia a los infantes y adolescentes, hombres y mujeres, menores de 18 años; en ningún momento desconoce las diferencias que cada período o subperíodo de desarrollo pueden tener.

5.1.2 El desarrollo del menor desde campos teóricos psicológicos.

Realmente hasta hace muy poco, el infante fue fuente de preocupación en el desarrollo de teorías psicológicas del pensamiento occidental. Hoffman ¹⁵ propone cinco grupos de teorías que han contribuido a la comprensión del niño y del adolescente; este grupo de teorías está dividido en teorías biológicas,

¹² FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF). Los niños de las Américas. Santa Fé de Bogotá: OP. Gráficas, 1992

¹³ BARTOLOME, et al. Manual para el educador infantil. Tomo 1. Bogotá: McGraw-Hill, 1993.

¹⁴ Ibid

¹⁵ HOFFMAN, Lois et al. Psicología del Desarrollo hoy: Teorías del Desarrollo. Madrid: MacGraw-Hill, 1985

psicodinámicas, del aprendizaje, cognitivas y culturales-contextuales. Hoy en día siguen siendo vigentes, y continúan, desde la investigación, generando conocimientos.

Las teorías biológicas resaltan planteamientos relacionados con la conducta como efecto de la evolución biológica, planteamientos frente a los que autores como Lorenz ¹⁶, aluden características comportamentales de las especies, incluida la humana, que permiten que un bebé sea protegido por los adultos, o comportamientos, según Bowlby ¹⁷, como el apego de los bebés a los cuidadores, que posibilitan la supervivencia del infante.

Es interesante también el aporte que hace el modelo neurofisiológico ¹⁸, y que podría considerarse parte del grupo de las teorías biológicas actuales, que plantea órganos funcionales o analizadores neuronales que, como fruto de la genética y la experiencia, permiten las distintas funciones mentales en diferentes etapas o niveles del desarrollo.

Con respecto a las teorías del aprendizaje, teorías que hacen más énfasis en los factores extrínsecos del desarrollo, no pueden dejar de mencionarse a Pavlov ¹⁹, Skinner ²⁰, Miller ²¹, Bandura ²². Diferentes conceptos han sido abordados por este grupo de teóricos, entre ellos los de: condicionamiento clásico, condicionamiento operante, aprendizaje vicario, aprendizaje por imitación, aprendizaje social cognitivo, todos estos conceptos aportan elementos teóricos para comprender mejor el origen del comportamiento del niño, y permiten la intervención y modificación del mismo.

En relación con el modelo conductual, que hace parte del grupo de teorías del aprendizaje y está inscrito en una psicología científica positiva y analítica, se destaca, por ejemplo, el planteamiento de desarrollo psicológico de Bijou y Baer, teoría en la que se concibe al organismo como una unidad integrada de reacciones

¹⁶ quien retomó planteamientos de Darwin para entender el comportamiento humano y es considerado uno de los exponentes y pioneros de teorías etológicas junto con Niko tinbergen.

¹⁷ autor de la teoría del vínculo afectivo como un comportamiento que permite la protección de las especies.

¹⁸ perspectiva atribuida a Azcoaga y col., 1983

¹⁹ autor del condicionamiento clásico, el cual considera que aprendemos por asociación de acontecimientos

²⁰ plantea el condicionamiento operante o instrumental, y utiliza conceptos como los de refuerzo o extinción, entre otros, para explicar dicho aprendizaje

²¹ hace parte de los teóricos del aprendizaje social-cognitivo, y plantea la crianza como esa fuerza motivadora de la imitación que usan los niños frente a sus padres.

²² teórico del aprendizaje social-cognitivo quien plantea que las expectativas, creencias, entre otros elementos cognitivos, influyen significativamente en los comportamientos

a los estímulos que proporciona el medio, ya sean presentes o pasados, reacciones que son primero respondientes, luego fruto de la interacción intrafamiliar, y finalmente reacciones de índole social constituidas por condiciones íntimas, interpersonales y de grupo que permiten la interacción con el medio. (Ardila y col, 1992)

Otro de los grupos considerados por Hoffman igualmente importante, es el grupo de teorías cognitivas en el que se encuentran autores como Piaget²³, Selman²⁴, Ivan Pavlov, B.F. Skinner, Neal Millar, Albert Bandura, Kohlberg²⁵, Siegler²⁶, Flavell, entre otros, quienes han abordado conceptos como esquema, asimilación y acomodación²⁷, etapas de razonamiento moral²⁸, procesamiento de la información, entre otros, aportando elementos teóricos fundamentales para la comprensión del desarrollo del hombre, y de la interpretación que el niño va adquiriendo de sí mismo y de su mundo.

Sobre el modelo psicogenético del desarrollo humano²⁷, modelo que hace también parte del desarrollo de teorías cognitivas, no puede dejar de plantearse el análisis cualitativo de la evolución psíquica del niño, evolución que es fruto de la interacción individuo-medio en la que el individuo es un sujeto epistémico que se adapta progresivamente desde el campo prelógico al lógico formal de acuerdo con Piaget.

Son igualmente importantes para este sujeto epistémico en desarrollo, la inteligencia y la afectividad, que posibilitan frente a las crisis y conflictos, ir de la acción al pensamiento, inteligencia que según Wallon, nace sobre los cimientos de la afectividad.

Finalmente dentro de las teorías culturales-contextuales que hacen énfasis en el contexto histórico y cultural como generadores de límites y posibilidades para el desarrollo del menor, cabe destacar a Vygotsky²⁹ y Bronfenbrenner³⁰ quienes desarrollaron teorías como zona de desarrollo próximo³¹, o teorías de los diferentes sistemas en los que se forma el ser humano: microsistema,

²³ quien además de plantear las diferentes etapas de desarrollo cognoscitivo, analiza el pensamiento desde la epistemología genética.

²⁴ autor de la teoría de las relaciones entre compañeros. Hace parte del grupo de teóricos de cognición social junto con Kohlberg

²⁵ quien considera el desarrollo cognitivo como paralelo al desarrollo emocional y moral.

²⁶ teórico cognitivo del procesamiento de información.

²⁷ de Jean Piaget

²⁸ de Lawrence Kohlberg

²⁹ autor de la teoría socio-histórica, teoría para la cual el contexto, canaliza el desarrollo cognitivo

³⁰ quien plantea el desarrollo como fruto de la relación entre la persona y los diferentes niveles del medio ambiente

mesosistema, ecosistema y microsistema³²

Todos los modelos anteriores han aportado conocimientos para entender las características psicosociales del niño, y han posibilitado identificar variables de intervención en el desarrollo sano del infante.

5.1.3 Condiciones para el desarrollo del menor.

De acuerdo con Sierra³³, el desarrollo en el menor se da como un proceso multifactorial, en el que son actores tanto el ser humano como su medio social, biológico y psicológico. En consecuencia, el adecuado proceso de desarrollo del menor puede ser afectado por variables nutricionales, sociales, culturales, emocionales y genéticas³⁴, entre otras. Es decir, el impacto de dichas variables puede, por ejemplo, generar alteraciones o atrofias en el desarrollo, o puede por el contrario, disminuir el riesgo de aparición de las mismas.

El desarrollo psicosocial no es ajeno a la característica anterior, y demanda entonces en el menor, condiciones biológicas, psicológicas y sociales que faciliten su salud mental, que propicien el desarrollo de habilidades y comportamientos adecuados para el logro del bienestar personal y social; requiere además de entornos saludables como el de la familia, la institución educativa y los pares³⁵, y de entornos sanos propiciados por interacciones adecuadas.

5.2 CONSIDERACIONES EN TORNO AL DESARROLLO Y LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

5.2.1 Desarrollo y patología mental en el menor.

El desarrollo puede ser valorado como adecuado o no por los padres, los maestros u otras personas, de acuerdo con criterios personales, familiares o culturales. Esta valoración del comportamiento de los menores es objeto de preocupación de la

³¹ de Lev Vygostsky

³² de Urie Bronfenbrenner

³³ SIERRA, Pedro. Crecimiento y desarrollo del niño. Pediatría: Diagnóstico y tratamiento. Colombia: Celsus, 1994

³⁴ WICKS-NELSON, Rita y ISRAEL, Allen. Psicopatología del niño y del adolescente: El Contexto del desarrollo. Madrid, España: Prentice Hall, 1999. 494p.

³⁵ OLLENDICK, Thomas y HERSEN, Michael. Psicopatología Infantil. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca SA., 1993. 602p.

psicopatología infantil, disciplina que en aras de comprender el comportamiento, ha construido clasificaciones que permiten valorarlo como normal o patológico de acuerdo con referentes conceptuales, estadísticos y/o clínicos. Es así como, por ejemplo, conductas que preocupan a los padres pueden o no ser consideradas patológicas dependiendo de las características evolutivas, cognitivas o de aprendizaje del menor ³⁶ .

De acuerdo con Jaime Rodríguez-Sacristán ³⁷ , la psicopatología infantil es una de las ramas científicas que más se ha desarrollado en los últimos 20 años, aunque hay referencias de estudios patológicos en menores desde la antigüedad como, por ejemplo, el de epilepsia en casos infantiles por Hipócrates (V a C).

Los conocimientos alcanzados hasta el momento en este campo del desarrollo mental, posibilitan considerar como determinantes de la psicopatología infantil: el organismo, el contexto y el devenir experiencial; no puede por ello atribuirse exclusivamente la presentación de una entidad psicopatológica a sólo una de estas variables,. Igualmente se considera que "el desarrollo y organización de las funciones psicológicas son el fundamento, terreno y raíz para las estructuras psicopatológicas en la infancia", y son la" clave para entender la psicopatología del niño" ³⁵ .

Pero no sólo se consideran objeto de preocupación, las estructuras o entidades psicopatológicas y su etiología, sino también los síntomas que las caracterizan. Se entienden como síntomas psicopatológicos a esas señales que el niño utiliza para indicar que algo no está bien, sin embargo dichos síntomas no necesariamente dan cuenta de un síndrome, o muestran claramente la patología subyacente, ya que en el niño la alteración mental se puede mostrar de manera vaga.

Es importante también anotar que la psicopatología infantil es definida a partir de la co-causalidad y la multifactorialidad, expresadas de manera única en cada caso. Estas expresiones únicas están afectadas por la capacidad de adaptación del menor, por los rasgos psicológicos evolutivos, por la personalidad, igualmente por la presencia de otras entidades psicopatológicas, y la interacción maleable entre el contexto y el niño.

Todos estos elementos deben ser considerados para la adecuada intervención e implementación de estrategias de estimulación que puedan optimizar las condiciones de salud mental y brindar un ambiente dinamizador de aprendizajes propios de las etapas de la niñez y la adolescencia. ³⁶

5.2.2 Valoración en psicopatología infantil: riesgo psicosocial.

En el campo de la salud mental se están desarrollando diferentes pruebas que

³⁶ Ibid.

³⁷ RODRIGUEZ-SACRISTAN, Jaime. Psicopatología del niño y del adolescente. España: Universidad de Sevilla.,1998. 974p..

permitan favorecer la detección precoz de psicopatología, o apoyar diagnósticos para la población infantil. Estos instrumentos de evaluación pueden utilizar la entrevista clínica, escalas de desarrollo, test, pruebas de tamizaje, observación, entre otros. Son igualmente contruidos para ser aplicados de manera individual o grupal, a los padres, maestros y/o niños.

Entre los diferentes instrumentos diseñados, se cuenta en nuestro medio con valoraciones que tienen en cuenta referentes teóricos de la psicología, la psiquiatría y la salud mental, como el Listado de Síntomas Pediátricos, LSP-Col³⁸ que evalúa el riesgo psicosocial en la población infantil.

El Listado de Síntomas Pediátricos, Colombia, LSP-Col., se ha construido a partir de clasificaciones internacionales de salud mental de la Asociación Americana de Psiquiatría y de la Organización Mundial de la Salud, considerando riesgo psicosocial como la probabilidad que tiene el niño de presentar los trastornos mentales de: Déficit de Atención con Hiperactividad, Depresión, Ansiedad, y trastorno de comportamiento.

El DAH o síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad³⁹ es caracterizado por la presencia de inatención, impulsividad e hiperactividad⁴⁰, y afecta significativamente el desarrollo social y académico del niño y/o adolescente. El predominio de síntomas varía, y esta variación permite su clasificación. El tipo déficit de atención con hiperactividad (DAH) ha sido reportado por algunos estudios como el más frecuente en niños de edad escolar^{41 42}. Igualmente se ha evidenciado que un porcentaje alto de menores con este síndrome, presenta en la edad adulta síntomas del trastorno, además de tendencia, con respecto a la población normal, al abuso de drogas y trastornos psiquiátricos.^{43 44 45}

38

³⁹ como lo plantean David Pineda y Mónica Roselli en: Hiperactividad y trastornos atencionales. Neuropsicología infantil. Avances en investigación, teoría y práctica. Medellín: Prensa Creativa, 1997

⁴⁰ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders. DSM-IV American Psychiatric Association. Washington DC, 1994. 908p

⁴¹ SHUE, KL y DOUGLAS, M. Attention deficit-hyperactivity disorder and frontal lobe sindrome. En: Brain and Cognition 20: 104-124. 1996

⁴² PINEDA, David. Disfunción ejecutiva en niños con trastornos por deficiencia atencional con hiperactividad. En: Acta Neurológica Colombiana 12:19-25,1996

⁴³ WEISS, G y HECHTMANN, L. Hyperactive children grown-up: ADH in children, adolescents and adults. New York: The Guilfor Press. 1993

⁴⁴ HARRIS, JC. Developmental Neuropsychiatry. New York: Oxford University Press 1995

⁴⁵ GITTELMAN, R et al. Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. En: Archives of General Psychiatry. 42: 937-947

El trastorno de depresión, es caracterizado por estado de ánimo decaído, displacer, y pérdida del interés ⁴⁶. En la población infantil puede presentarse con irritabilidad, alteraciones del apetito, alteraciones del sueño, disforia, entre otros síntomas ⁴⁷ ⁴⁸. Su evolución está relacionada con condiciones biológicas, sociales y psicológicas. Entre las múltiples condiciones psicológicas de tipo extrínseco puede mencionarse, por ejemplo, la del ambiente emocional inadecuado que es ocasionado por un estado de depresión presente en la(s) figura(s) de apego ⁴⁹.

Es así como los hijos de padres deprimidos no sólo tienen mayor riesgo de sufrir depresión, sino también de desarrollar una serie de problemas de adaptación asociados a las relaciones disfuncionales que pueden ser generadas por el estado de ánimo de los padres o figuras de apego, problemas relacionados con la calidad del vínculo que se establece, o con aprendizajes cognitivos y comportamentales desadaptativos adquiridos por observación o imitación, y que pueden asociarse en los menores con la presentación de trastornos disociales, trastornos por dificultad de atención con hiperactividad, trastorno de ansiedad, problemas escolares, y un deterioro de la competencia social ⁵⁰.

La pérdida por separación suele ser una explicación psicológica común de la depresión, y puede desencadenar toda una serie de circunstancias adversas en la vida del menor tales como falta de cuidados, cambios en la estructura familiar y dificultades socioeconómicas. La separación, por ejemplo, puede dar lugar a la indefensión aprendida y, por ende, a la percepción de sí mismos como individuos con muy poco control sobre su entorno ⁵¹.

El trastorno de ansiedad es caracterizado por respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales disfuncionales y que no corresponden en intensidad, tiempo o situación a una respuesta considera normal. Su presentación se ha dividido en diferentes tipos ⁵²: El trastorno de pánico es definido como un episodio de miedo intenso o molestia, producido por la existencia de ataques de pánico recurrentes e inesperados que se acompañan de sintomatología somática, malestar, preocupación o cambios comportamentales. Las fobias son consideradas como reacciones desadaptativas e irracionales de intenso miedo a situaciones u

⁴⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Op. Cit.

⁴⁷ TORO, Ricardo y YEPES, Luis. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Medellín: Corporación para investigaciones Biológicas (CIB), 2000. 412p.

⁴⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Op. Cit.

⁴⁹ WICKS-NELSON, Rita y ISARAE, Allen. Op. Cit.

⁵⁰ OLLENDICK, Thomas y HERSEN, Michael Op. Cit

⁵¹ Ibid

⁵² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Op. Cit.

objetos, no justificadas por la amenaza real de éstos. El trastorno de estrés postraumático se plantea ⁵³ como una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión al experimentar directa o indirectamente una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona. El trastorno obsesivo compulsivo es definido como una pauta generalizada de obsesiones y/o compulsiones, de perfeccionismo e inflexibilidad que afectan de manera significativa la vida del sujeto.

En la psicopatología infantil ^{54 55 56} se habla igualmente de trastorno de ansiedad por separación, o ansiedad excesiva e inapropiada para la edad como respuesta a la separación del hogar, o de las personas ligadas afectivamente al niño; los síntomas se reflejan mediante manifestaciones cognitivas, síntomas de tipo psicósomático y manifestaciones conductuales. El trastorno de hiperansiedad. (ansiedad generalizada) se caracteriza por manifestar un estado crónico o difuso de ansiedad (ansiedad no focalizada), asociado a preocupación excesiva e incontrolable; puede presentar inquietud o sensación de excitación o "estar al límite", fatiga, dificultad para concentrarse o sensación de tener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

El trastorno de conducta es caracterizado por conducta antisocial, desafiante y agresiva que se presenta de manera persistente, repetitiva, anormal para la edad evolutiva y psicológica, y en la que se violan las normas y derechos de los otros ⁵⁷.

El riesgo psicosocial valorado por el Listado de síntomas pediátricos, LSP-Col, es considerado, a partir de la suma significativa de comportamientos que caracterizan los trastornos de ansiedad, de hiperactividad, de conducta y de depresión anteriormente descritos.

5.3 EPIDEMIOLOGÍA DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

La preocupación por caracterizar a la población infantil desde el punto de vista de la salud mental es muy reciente, y la mayoría de los estudios en este campo están relacionados con las dos últimas décadas. Es así como estudios internacionales y nacionales dan cuenta en los años noventas de las condiciones psicológicas de

⁵³ Ibid

⁵⁴ TORO, Ricardo, y YEPES, Luis. Op. cit

⁵⁵ OLLENDICK, Thomas y HERSEN, Michael Op. Cit

⁵⁶ WICKS-NELSON, Rita y ISARAEAL, Allen. Op. Cit.

⁵⁷ OLLENDICK, Thomas y HERSEN, Michael Op. Cit

dicha población a través de estudios de prevalencia de enfermedad mental, y riesgo psicosocial.

Estudios internacionales refieren, por ejemplo, que en EE.UU. uno de cada diez niños sufre una enfermedad mental, y en Europa, América y el Medio oriente, entre el 10 y el 20% de la población poseen uno o más problemas mentales⁵⁸; incluso países como Holanda y Canadá con altas condiciones sociales y educacionales presentan altas prevalencias.

Estudios epidemiológicos dan cuenta, por ejemplo, de una prevalencia de riesgo psicosocial entre el 10 y el 25 % en niños de Estados Unidos⁵⁹, y entre el 10% y 13% en Puerto Rico y Canadá⁶⁰. Otras investigaciones mostraron en Holanda, en niños de 5 a 15 años, uno o más problemas psicosociales en el 25% de la población evaluada⁶¹.

Es importante anotar que tratando de encontrar variables psico-sociales que den cuenta de la presentación de riesgo psicosocial, se ha hallado que los trastornos mentales son mas frecuentes en estratos bajos que en estratos altos, en una proporción de 2:1⁶²; se ha encontrado igualmente que los trastornos de ansiedad y depresión son más frecuentes en el sexo femenino⁶³, y que el trastorno de conducta y el déficit de atención con hiperactividad (DAH) son más frecuentes en el sexo masculino^{64 65}.

Las depresiones tienen una prevalencia de 3-5 % en la población mundial^{66 67}

⁵⁸ JONES, RN et al. Psychosocial assessment in the general pediatric population_ a multiple-gated screening and identification procedure. En: J pediatr. Health Care 1996 Jan-Feb 10(1); 10-16

⁵⁹ JELLINEK, Michael y MURPHY, JM. Patients Who are Parents: Approaches to Screening of Psychiatric Disorders in The Children of Adult Patients. En: Comprehensive Mental Health Care, 1991,1 (1): 57-68

⁶⁰ JELLINEK, Michael et al. Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for Psychosocial primary care_ a national feasibility study. En: Arch. Pediatr. Adolesc. Med, 1999, 153 (3):254-60.

⁶¹ BRUGMAN, E. et al. Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. En: Arch. Pediatr. Adolesc. Med, 2001,155 (4):462-9

⁶² ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Op. Cit..

⁶³ TORO, Ricardo y YEPES, Luis. Op Cit..

⁶⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Op. Cit .

⁶⁵ PINEDA, David. Diagnóstico neuroconductual y neuroepidemiológico de la deficiencia de atención. En: Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 2000, 2(1): 20-31

⁶⁶ TORO, Ricardo y YEPES, Luis. Op Cit.

⁶⁷ WICKS-NELSON, Rita y ISRAEL, Allen. Op. Cit.

y, son además consideradas como el fenómeno psiquiátrico más creciente ⁶⁸.

En la población infantil y adolescente se ha identificado una prevalencia entre 0.3 y 8.9. ⁶⁹ A nivel mundial se detectan cada vez más casos de depresión en adolescentes y jóvenes adultos y, se considera que tendrá una tasa ascendente dentro de los próximos 20 años ⁷⁰.

Estudios nacionales refieren datos similares. En el segundo estudio nacional de Salud Mental-Colombia 1997, se reporta una prevalencia de trastornos mentales en los niños que oscila entre 17 y 27% ⁷¹. Un estudio realizado en Colombia en población infantil entre 4 y 17 años, informa una prevalencia del 10-20% para DAH.

⁷²

Investigaciones realizadas entre 1999 y 2001 a nivel departamental con el instrumento de Listado de Síntomas Pediátricos, LSP-Col., dieron cuenta de una prevalencia de riesgo psicosocial de 20 a 35% ^{73 74 75}. Entre éstas, un estudio realizado en Rionegro, Antioquia-Colombia ⁷⁶, mostró una prevalencia del 24.3%. Otro estudio realizado en Barbosa, Antioquia-Colombia encontró una prevalencia del 35.5% ⁷⁷. Así mismo estudios realizados en niños con Fibrosis Quística de un Hospital de Medellín, dieron cuenta de una prevalencia de riesgo psicosocial de 20.3% ⁷⁸.

Cabe mencionar finalmente que desde 1993 se detectó que la niñez colombiana

⁶⁸ Ibid.: en poblaciones clínicas se habla de un 10 a 20%

⁶⁹ CABALLO, VE y SIMNON, MA. Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos Generales. Madrid: Editorial Pirámide, 2001.

⁷⁰ ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Op. Cit..

⁷¹ TORRES, Yolanda y MONTOYA, Iván Darío. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Santa Fé de Bogotá: República de Colombia- Ministerio de Salud, Colombia, 1997

⁷² PINEDA, David et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4-17 year old children in the general population. En: J. Abn Child Psychology. 1999, 27:455-462.

⁷³ ESCUDERO, Diana et al. Riesgo psicosocial en los escolares del Municipio de Barbosa. 2000. Trabajo de grado (Salud Pública). Universidad de Antioquia. Facultad de Salud Pública. 72p.

⁷⁴ CORREA, Martha Liliam y OLAYA, Alvaro. Op. Cit.

⁷⁵ SOLER, Wilmer et al. Efecto de una dieta natural, control del estrés y consumo de productos homeopáticos sobre el estado nutricional, la salud mental y la función respiratoria en pacientes con Fibrosis Quística. Medellín. Colombia: Organo Oficial de la Sociedad de Pediatría. Universidad de Antioquia, 2002

⁷⁶ CORREA, Martha Liliam y OLAYA, Alvaro. Op. Cit .

⁷⁷ ESCUDERO, Diana et al. Op. Cit.

se está desarrollando en un ambiente negativo para su salud mental debido a factores psicosociales ⁷⁹. En este sentido, identificar e intervenir el riesgo tempranamente, podrá disminuir la frecuencia y/o la intensidad de los trastornos mentales en la población infantil y adulta.

5.4 INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA POBLACIÓN OBJETO DE INVESTIGACIÓN

La población de la institución educativa en la que se realizó la presente investigación está caracterizada por niños y adolescentes que no han podido ingresar a las escuelas oficiales del sector por extra-edad, por falta de cupos, o por los bajos recursos económicos; parte de la población es víctima del desplazamiento.

Esta institución se encuentra ubicada en una de las comunas de la ciudad de Medellín, tiene grados desde pre-escolar hasta básica primaria. Cuenta con niños y niñas entre 5 y 16 años de edad aproximadamente.

“Si pudiera olvidar tantos recuerdos que me llenan de nostalgia y alejar el fantasma que camina en las noches de mi estancia...” Vylmen Dalie

⁷⁸ SOLER, Wilmer et al. Op. Cit.

⁷⁹ POSADA, JA et al. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas- Santa Fé de Bogotá: Colombia- Ministerio de Salud 1993

6. METODOLOGÍA

A continuación se describe el tipo de estudio, la población objeto de esta investigación, las variables analizadas, las fases del estudio realizadas. Igualmente se da cuenta del procedimiento de obtención y recolección de los datos y análisis de los mismos, y los instrumentos utilizados.

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo-comparativo de tipo transversal con el fin de determinar el riesgo psicosocial presente en niños y adolescentes desplazados y no desplazados que se encontraban escolarizados en el año 2002.

6.2 POBLACIÓN

Se consideró como población a los menores que al momento del estudio se encontraban escolarizados en una institución educativa de una de las comunas de la ciudad de Medellín. Incluyó a la población desplazada y no desplazada por la violencia. Se trabajó con el total de la población escolarizada a la que se le pudo

aplicar adecuadamente el Listado de Síntomas Pediátricos, LSP-Col (los datos válidos correspondieron al 81.7% de los escolares de la institución).

6.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Niños y adolescentes desplazados por violencia y no desplazados, que al momento del estudio se encontraban escolarizados en una institución educativa de la ciudad de Medellín.

6.4 VARIABLES ANALIZADAS

Variables sociodemográficas o de persona

Variables sociodemográficas o de persona			
variables	naturaleza	Nivel de medición	Fuente de información
Edad	cuantitativa	razón	secundaria
Sexo	cualitativo	nominal	secundaria
Cuidador que convive con el menor	cualitativa	nominal	secundaria
Grado de escolaridad	Cualitativa	ordinal	secundaria
Afiliación a E.P.S (Entidad Promotora de Salud)	Cualitativa	Nominal	secundaria
Variables psicosociales y de rendimiento académico			
variables	naturaleza	Nivel de medición	Fuente de información
Rendimiento académico Adecuado (promovido al grado escolar siguiente)	Cualitativo	nominal	primaria
Riesgo psicosocial	Cualitativa	nominal	Primaria
Riesgo para depresión	Cualitativa	nominal	Primaria
Riesgo para ansiedad	cualitativa	nominal	Primaria
Riesgo para trastornos de conducta	cualitativa	nominal	Primaria
Riesgo para déficit de atención con hiperactividad	cualitativa	nominal	Primaria
Variables relacionadas con el desplazamiento			
Tiempo de desplazamiento	cuantitativa	razón	primaria
Lugar de desplazamiento	cualitativa	nominal	primaria

6.5 FASES DEL ESTUDIO

Con el fin de cumplir con los objetivos de la presente propuesta se consideró necesario realizar dos estudios:

1. **Estudio descriptivo:** Determina características sociodemográficas de la población, y del comportamiento de riesgo psicosocial y rendimiento académico en niños y adolescentes desplazados y no desplazados por la violencia, que se encontraban escolarizados en la institución educativa en el año 2002.

2. **Estudio descriptivo-comparativo:** Analiza el comportamiento del riesgo psicosocial y rendimiento académico adecuado entre población desplazada y no desplazada que se encontraba en la misma institución en el año 2002.

6.6 PROCEDIMIENTO PARA LA OBTENCIÓN Y RECOPIACIÓN DE LOS DATOS

Con el fin de conocer el comportamiento y peso de las variables de estudio en los niños y adolescentes desplazados y no desplazados, se establecieron dos momentos para la obtención y recolección de los datos, que hicieron parte inicial del periodo de ejecución de cada uno de los estudios anteriormente planteados. En el primer momento se diseñó la matriz de los datos que permitirían la descripción de la población, y se revisaron los instrumentos y fuentes de información utilizados. En el segundo momento se digitaron los datos en la matriz diseñada y se verificó su adecuado registro. Se aplicó la prueba de escritorio.

6.7 PROCEDIMIENTO PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Cada estudio utilizó un análisis que permitiera alcanzar los objetivos planteados. Así, se realizó inicialmente una descripción de las distribuciones porcentuales y de tendencias de medida central de la población estudiada y de las variables objeto de la investigación.

Posteriormente se realizó un estudio descriptivo-comparativo que además de dar cuenta de la distribución del objeto de investigación, evaluara la presencia de diferencias estadísticas entre población desplazada y no desplazada. Para el análisis comparativo se conformaron grupos no pareados. En los datos

categoricos se utilizó la prueba chi-cuadrado, y en los datos numéricos la prueba t de Student

En el análisis estadístico se empleó el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences -versión 11)

6.8 INSTRUMENTOS: LISTADO DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS, LSP-COL.

El Riesgo Psicosocial se identificó mediante el instrumento: Listado de Síntomas Pediátricos para Colombia LSP-Col⁸⁰, que determina el riesgo psicosocial para depresión, ansiedad, trastornos de conducta y déficit de atención con hiperactividad.

El rendimiento académico adecuado, al igual que las variables sociodemográficas y de desplazamiento hicieron parte de la información secundaria tomada de las fichas de identificación escolar de cada uno de los niños.

El Listado de Síntomas Pediátricos LSP-Col, surgió de la validación hecha para Colombia en 1999 en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, a partir del instrumento Pediatric Symptom Checklist (PSC)^{81 82 83}. Este último desarrollado con base en el DSM-III-R⁸⁴, originado en 1986 y probado en Estados Unidos y Canadá para detectar el riesgo psicosocial al cual está expuesta una población o colectivo de niños, por el Doctor Michael Jellinek.

La prueba de tamizaje Listado de Síntomas Pediátricos, LSP-Col, es de utilidad epidemiológica para conocer los riesgos de salud mental infantil. Consta de 30 ítems respondidos por los padres. El puntaje asignado para cada ítem es de 0, 1 y 2 puntos; El punto de corte de riesgo psicosocial definido para Colombia es de 20 puntos⁸⁵ y detecta específicamente los riesgos relacionados con déficit de atención con hiperactividad (DAH), depresión, trastornos de Conducta y ansiedad.

⁸⁰ CORREA, Martha William y Olaya, Alvaro. Op. Cit.

⁸¹ MURPHY, JM et al. Screening for psychosocial dysfunction in pediatric practice. A naturalistic study of the Pediatric Symptom Checklist. En: Clin Pediatric. Phila. 1992 Nov 31 (11): 660-667

⁸² JONES, RN et al. Op. Cit.

⁸³ JELLINEK, Michael et al. Screening for psychosocial dysfunction in pediatrics impatiens. En: Clin. Pediatr. Phila, 1995 Jan 34 (1): 18-24

⁸⁴ JONES, RN et al. Op. Cit.

⁸⁵ CORREA, Martha Lilliam y OLAYA, Alvaro. Op. Cit.

Se considera en riesgo específico cuando para:

- **Depresión presenta 5 o más de los ítems que la evalúan**
- **Ansiedad presenta 4 o más de los ítems que la evalúan**
- **Déficit de atención con Hiperactividad presenta 5 o más de los ítems que la evalúan**
- **Trastorno de conducta presenta 5 o más de los ítems que la evalúan**

“...En rondas alegres la infancia crecía, poblando las distancias de amor y fantasía...” Vylmen Dalie

7. RESULTADOS

Los resultados que a continuación se presentan describen inicialmente a la población de la institución educativa a la que se le aplicó el Listado de Síntomas Pediátricos LSP-Col. Luego se describe la población según las variables de riesgo psicosocial y desplazamiento. Finalmente se presentan los resultados del análisis comparativo.

7.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA A LA QUE SE LE APLICÓ EL INSTRUMENTO LISTADO DE SÍNTOMAS PEDIÁTRICOS, LSP-COL.

Esta primera parte corresponde a la descripción de la población general. Se presenta la distribución porcentual de las variables sociodemográficas, psicosociales, de rendimiento académico y de desplazamiento.

7.1.1 Descripción sociodemográfica de la población evaluada.

La población evaluada estuvo conformada por 148 infantes de 6 a 16 años, con un promedio de edad de 9.5 años (ver tabla 1). El 63.5% correspondió a población masculina (ver figura 1). Con respecto al grado de escolaridad, se encontró que el 74.1% de la población evaluada está matriculada en básica primaria, el 10.2% en alfabetización y 15,7 %en grupos de Aceleración (ver tabla 2). Cabe resaltar que aproximadamente el 50% de los niños y adolescentes conviven con ambos padres (ver tabla 3).

El 100% de la población vive en una comuna de la Ciudad de Medellín donde está localizada la escuela, de condiciones y recursos económicos bajos ya que presenta los estratos socio-económicos de 0 a 2 de acuerdo con la clasificación económica municipal. Sólo el 45.5% está afiliado a salud en una EPS. El 54.5% restante se encuentra sin seguridad social.

Tabla 1. Distribución porcentual de edad de la población evaluada

Edad en años	N	%
6-7	35	23.64
8-9	44	29.73
10-11	36	24.33
12-16	33	22.30
total	148	100

Fuente: Datos de historia escolar - 2002

La mayor distribución porcentual de edad de la población se presentó en el grupo de 8 a 9 años de edad, y la menor, en el grupo de 12 a 16 años edad.

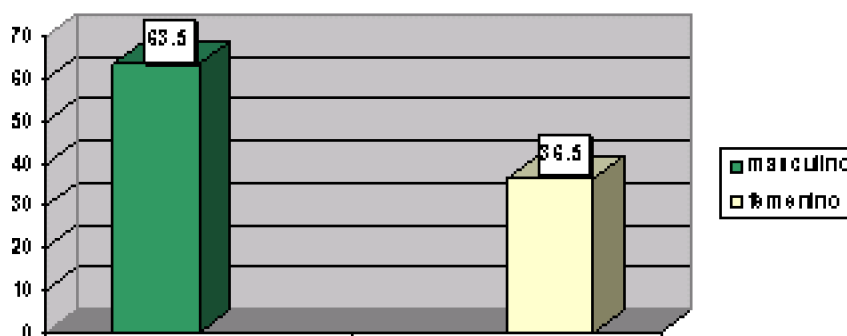


Figura 1. Distribución porcentual del sexo de la población evaluada.

86

El mayor porcentaje de la población evaluada es de sexo masculino. El promedio de edad de los hombres es de 9.7 años (DS 2.4) y el promedio de edad de las mujeres es de 9.3 años (DS 2.2)

Tabla 2. Distribución porcentual de grado de escolaridad

⁸⁶ Fuente: Datos de historia escolar – 2002

Grado de escolaridad	% Porcentaje	Porcentaje acumulado
Aceleración 1-5	15,7	15,7
Alfabetización	10,2	25.9
Preescolar	22,3	48.2
Primero	16,2	64.4
Segundo	18,2	82.6
Tercero	17,4	100

87

El mayor grupo poblacional se encuentra en el grado preescolar con edades entre los 6 y 9 años, y un promedio de edad de 7,20 años. El menor grupo poblacional, de acuerdo con el nivel de formación, se encuentra en alfabetización con edades comprendidas entre los 7 y 16 años, y un promedio de edad de 12,45 años.

Tabla 3. Distribución porcentual de cuidadores con los que convive la población evaluada

Cuidador	%	%Acumulado
Padres	52.8	52.8
Madre	37.8	90.6
Padre	2.1	92.7
Abuelo/a	2.8	95.5
Hermana	2.8	98.3
Otros	1.7	100

88

Aproximadamente la mitad de la población convive con ambos padres. De la población restante, el 80% convive con la madre.

7.1.2 Descripción de variables psicosociales y de rendimiento académico.

El rendimiento académico (evaluado como adecuado cuando se promovió al grado siguiente, inadecuado en el caso contrario al anterior y regular cuando quedó pendiente de logros para ser promovido), fue adecuado en el 78.03% de la población, el 4.55% está pendiente del logro y el 17.42% restante presentó un rendimiento académico inadecuado.

En relación con el riesgo psicosocial, el 36.5% de la población se encuentra en riesgo psicosocial según el Listado de Síntomas Pediátricos, LSP-Col. (ver figura

⁸⁷ Fuente: Datos de historia escolar - 2002

⁸⁸ Fuente: Datos de historia escolar - 2002

2). Sin embargo, el análisis para cada riesgo varía entre el 20% al 50%. Es así como, de acuerdo con el análisis de riesgo para cada uno de los trastornos en la población general⁸⁹ -aunque no puntuaran para el riesgo psicosocial total-, se encontró un riesgo para depresión de 23.64%, riesgo para ansiedad de 50.67%, riesgo para DAH de 41.21% y riesgo para trastornos de conducta de 44.59% (ver figura 3)

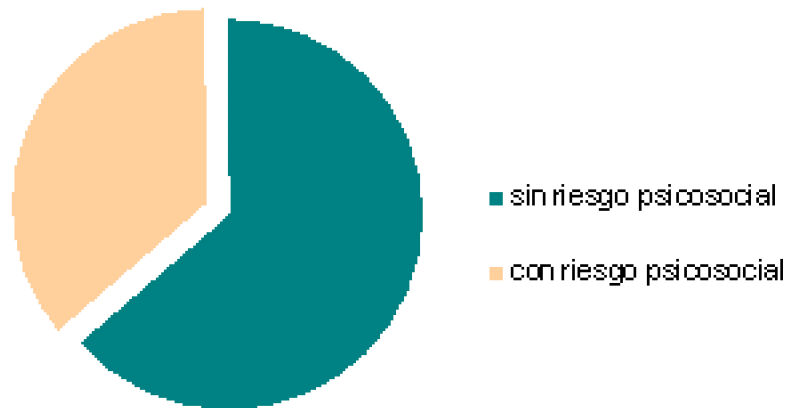
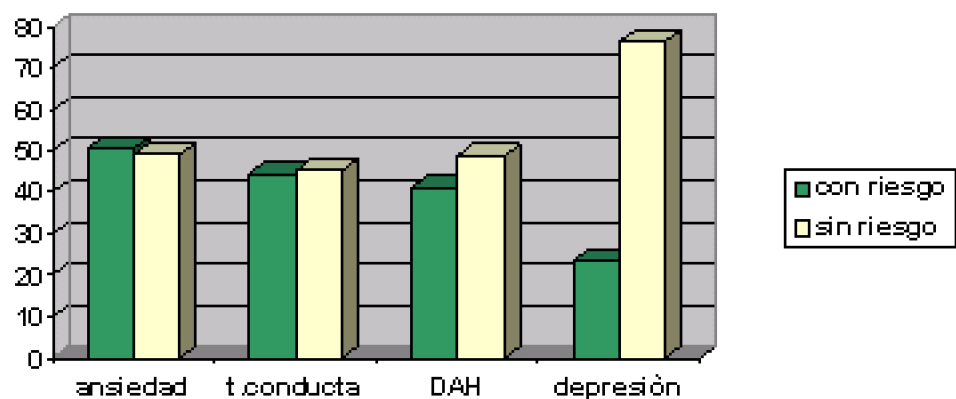


Figura 2. Descripción del riesgo psicosocial en la población general

90

El mayor porcentaje poblacional no presenta riesgo psicosocial

Otra variable igualmente importante es la del cuidador que convive con el menor. Al respecto se encontró que en la población con riesgo psicosocial el 44.4% vive con ambos padres, el 40.8% con la madre, el 3.7% con el padre, y la población restante con otros miembros de la familia. De la población sin riesgo psicosocial el 54.9% vive con ambos padres, el 31% con su madre, el 2.8% con su padre, y la población restante con otros miembros de la familia.



⁸⁹ Cada sujeto de investigación puede presentar riesgo para uno o más trastornos

⁹⁰ Fuente: Datos según instrumento aplicado LSP- Col -2002

Figura 3. Descripción de riesgo para cada trastorno en la población general

91

El riesgo de trastorno más presente en la población es el de ansiedad. Esta población no necesariamente puntúa con riesgo psicosocial total.

Tabla 4. Distribución porcentual de algunas variables sociodemográficas y de persona, en población con riesgo psicosocial y sin riesgo psicosocial.

	%Rendimiento académico		Edad Promedio en años	%Sexo		%Escolaridad	
Con riesgo	Adecuado	75.9	9.1	F	27.8	Aceleración	9.4
	Regular	1.9				Alfabetización	41.2
			(SD 2.05)	M	72.2	primero	16.7
						Segundo	18.5
						tercero	20.1
Sin riesgo	Adecuado	83	9.8 -	F	41.5	Aceleración	19.1
						Alfabetización	6.6
			(SD 2.5)	M	58.5	Primero	16
	inadecuado	11.7				Segundo	18.1
						tercero	18.9

92

La mayor población con riesgo psicosocial es de sexo masculino, y se encuentran diferencias porcentuales en el comportamiento del sexo según la presencia o no del riesgo psicosocial. Es así como el porcentaje de niños con riesgo psicosocial es mayor al de niños sin riesgo psicosocial. El fenómeno inverso sucede en las niñas.

7.1.3 Descripción general de variables relacionadas con el desplazamiento.

El 48% de la población evaluada fue víctima del desplazamiento antes del 2002, con un tiempo promedio de desplazamiento al momento de la investigación de 38.43 meses (ver figura 4 y tabla 5). Más del 90% de la población desplazada proviene de regiones del departamento de Antioquia, siendo la zona de origen de desplazamiento de mayor porcentaje, la región de Urabá. Aproximadamente el 4%

⁹¹ Fuente: Datos según instrumento aplicado LSP-Col – 2002

⁹² Fuente: Datos de historia escolar - 2002

de la población viene desplazada del Departamento de Caldas y Chocó. (Ver figura 5)

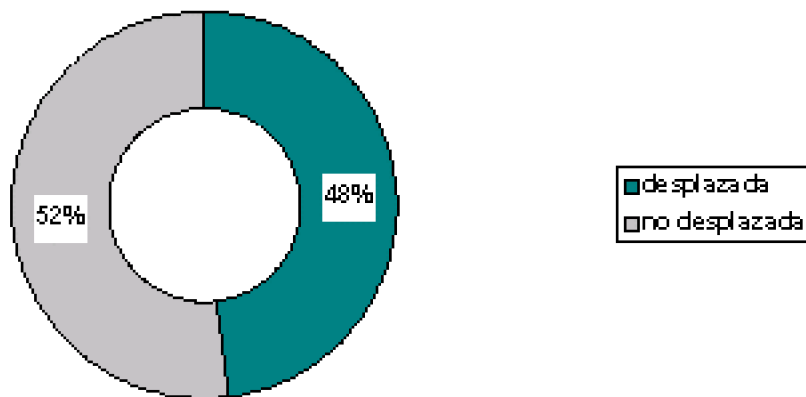


Figura 4. Distribución porcentual de la población según desplazamiento

93

Aproximadamente la mitad de la población escolarizada en el año 2002, tiene historia de desplazamiento por violencia.

Tabla 5. Distribución porcentual según meses de desplazamiento

Meses de desplazamiento	%	% acumulado
1 -12	19	19
13-24	15.9	34.9
25-36	22.2	57.1
37-48	33.3	90.5
49-180	9.5	100

94

El mayor grupo porcentual, según la variable objeto de medición, es el que corresponde a un tiempo aproximado historia de 4 años de desplazamiento por violencia.

⁹³ Fuente: Datos historia escolar - 2002

⁹⁴ Fuente: Datos de historia escolar - 2002

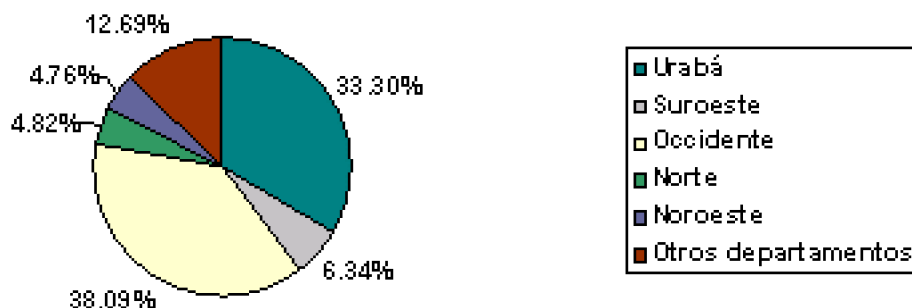


Figura 5. Distribución porcentual de origen de desplazamiento por regiones en el Departamento de Antioquia y otros departamentos

95

Aproximadamente el 71% de la población investigada que fue víctima de desplazamiento, procedía de las zonas de Urabá y Occidente del Departamento de Antioquia.

El 73.2% de la población desplazada no presenta riesgo psicosocial según el LSP Col. (ver figura 6)

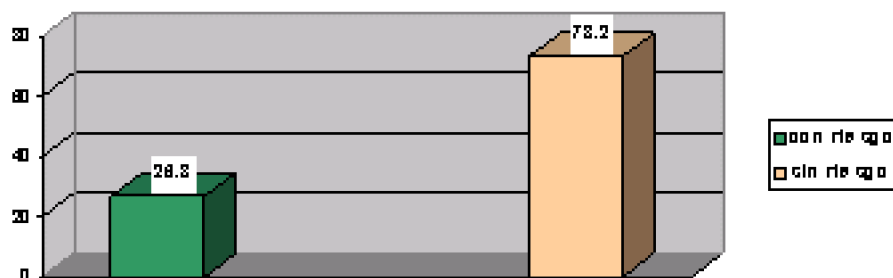


Figura 6. Distribución porcentual del riesgo psicosocial en la población desplazada

96

La mayor parte de la población que ha sido víctima de desplazamiento no presenta riesgo psicosocial según el Listado de Síntomas Pediátricos, LSP-Col.

7.2 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN EVALUADA SEGÚN LAS VARIABLES DE DESPLAZAMIENTO Y

⁹⁵ Fuente: Datos de historia escolar – 2002

⁹⁶ Fuente: Datos según instrumento aplicado LSP-Col – 2002

RIESGO PSICOSOCIAL.

Esta segunda parte presenta las distribuciones porcentuales de la población de acuerdo con el desplazamiento y el riesgo psicosocial.

7.2.1 Descripción de la población víctima de desplazamiento por violencia.

La población que tiene historia de desplazamiento por violencia y que se encontraba escolarizada en la institución objeto de esta investigación, presentó una edad promedio de 9 años; la mayor parte de la población de niños y adolescentes es masculina. El rendimiento académico fue adecuado en más del 80% de la población; y el grado escolar de mayor población fue el de preescolar.

El 26.8% de la población con historia de desplazamiento presentó riesgo psicosocial según el Listado de Síntomas Pediátricos, LSP-Col. El riesgo para cada trastorno fue para déficit de atención con hiperactividad (DAH) de 32.3%, para depresión de 12.6%, para trastorno de conducta de 45.7% y para ansiedad de 51.61% (ver figura 7).

El promedio de desplazamiento de la población con riesgo psicosocial es de 30.58 meses (SD 18.4). El 47.4% de este grupo poblacional tiene entre 37 y 48 meses de desplazamiento. Frente a un 34.6% de la población sin riesgo psicosocial que tiene entre 49 y 180 meses de desplazamiento, con un promedio de 41.82 meses (SD 30.5).

En relación con el cuidador se encontró que el 53.5% vive con ambos padres, el 31% con la madre y la población restante con otros miembros de la familia.

7.2.2 Descripción de la población escolarizada que no fue víctima de desplazamiento por violencia.

En la población escolarizada que no tiene historia de desplazamiento, la distribución porcentual de las variables sociodemográficas y de persona tuvo un comportamiento similar al de la población víctima de desplazamiento (ver tabla 6). El 46.8% presentó riesgo psicosocial según el Listado de Síntomas Pediátricos, LSP-Col. (ver tabla 7).

El riesgo encontrado para cada trastorno fue para Déficit de atención con Hiperactividad (DAH) de 50%, para depresión de 32.2%, para trastorno de conducta de 41.9% y para ansiedad de 51.61%.

Con respecto al cuidador en población no desplazada, el 48.4% de la población no desplazada vive con ambos padres, El 45.2% con la madre, y la población restante con otros familiares.

Tabla 6. Distribución porcentual de algunas variables sociodemográficas y de persona en población desplazada y no desplazada.

	%Rendimiento académico		Edad Promedio años	% Sexo		%Escolaridad	
Desplazado	Adecuado	80.3	9.6(SD2.3)	F	36.6	Aceleración	15.4
	regular	2.8				Alfabetización	4.2
	Inadecuado	16.9					
				M	63.4	primero	21.12
						Segundo	19.71
						tercero	14.22
No desplazado	Adecuado	82.19	9.1(SD2.39)	F	38.7	Aceleración	16.12
	Regular	1.61				Alfabetización	11.2
	inadecuado	16.12					
				M	61.3	Primero	14.5
						Segundo	16.12
						tercero	17.96

97

Las variables presentadas dan cuenta de un comportamiento porcentual similar al de la población general.

fig007.gif

98

El riesgo para trastorno de ansiedad, es el riesgo de proporción poblacional más alta en ambos grupos

Tabla 7. Distribución porcentual de algunas variables sociodemográficas y de persona, en población desplazada con riesgo psicosocial y sin riesgo Psicosocial.

⁹⁷ Fuente: Datos de historia escolar - 2002

⁹⁸ Fuente: Datos según instrumento aplicado LSP-Col -2002

	%Rendimiento académico		Edad Promedio años	%Sexo		%Escolaridad	
	Adecuado			F	M		
Desplazado con riesgo	Adecuado	78.9	9.1 (SD2.1)	F	21.1	Aceleración	10.6
	Regular	0				Alfabetización	0
	inadecuado	21.1					
				M	78.9	primero	15.8
						Segundo	31.6
				tercero	5.3		
Desplazado sin riesgo	Adecuado	80.8	9.8 (SD 2.4)	F	42.3	Aceleración	17.2
	Regular	3.8				Alfabetización	5.8
	inadecuado	15.4				Preescolar	
				M	57.7		
						Primero	23.1
						Segundo	15.4
						tercero	17.3

99

El mayor porcentaje de la población según el sexo con riesgo psicosocial en los menores víctimas del desplazamiento corresponde al sexo masculino.

7.3 RESULTADOS DE ANÁLISIS COMPARATIVOS

Para el análisis comparativo se conformaron grupos no pareados utilizando en la comparación de proporciones, la prueba chi-cuadrado, y en la comparación de los promedios, la prueba t de Student bajo las condiciones de varianza y distribución. Los análisis se realizaron primero en la población general y luego en la población desplazada.

7.3.1 Descripciones comparativas en la población general según el riesgo psicosocial.

- Riesgo psicosocial entre población desplazada y no desplazada: Al comparar la proporción de riesgo psicosocial de población desplazada y no desplazada, se encontraron diferencias estadísticas significativas con un chi cuadrada de 5.75 y un valor de p de 0.016. Llama la atención este hallazgo porque el peso porcentual de riesgo psicosocial se da en la población no desplazada.

⁹⁹ Fuente: Datos de historia escolar - 2002

- Riesgo psicosocial entre población femenina y masculina: No se encontraron diferencias estadísticas significativas al comparar la proporción de población masculina y femenina que presentó riesgo psicosocial. Los resultados mostraron una chi cuadrada de 2.78 y un valor de p de 0.095. El mayor peso porcentual de riesgo psicosocial según el sexo, se dio en los hombres.
- Riesgo psicosocial entre la población que convive con ambos padres y la que convive solo con uno de ellos: Aunque la proporción de población sin riesgo psicosocial que convive con ambos padres es más alta, no se encontraron diferencias estadísticas significativas. Este análisis reportó una chi cuadrada de 0,88 y un valor de p de 0,34.
- Riesgo psicosocial entre los grupos etáreos de 6-10 años y 11-16 años: Se consideró importante analizar diferencias estadísticas entre niños y adolescentes, estableciendo una edad de corte de 11 años para determinar el grupo de adolescentes. Los resultados dieron cuenta de una diferencia estadística significativa, con una chi cuadrada de 4.22 y un valor de p de 0,039.
- El mayor peso porcentual de la población con riesgo se encuentra en el grupo de 6 a 10 años de edad.
- Riesgo psicosocial según promedio de edad: Este análisis dio cuenta de diferencias estadísticas significativas de acuerdo con el promedio de edad entre población con riesgo psicosocial y sin riesgo psicosocial con un valor de p de 0,012. La población de mayor promedio de edad correspondió al grupo sin riesgo psicosocial.
- Riesgo psicosocial entre población con rendimiento adecuado y no adecuado: El porcentaje de población más alto con rendimiento adecuado se encuentra en la población sin riesgo psicosocial. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticas significativas en el análisis. Presentó una chi cuadrada de 1.83 y un valor de p de 0.17

7.3.2 Descripciones comparativas en la población desplazada según el riesgo psicosocial.

- Riesgo psicosocial entre el tiempo de desplazamiento de 1 -47 meses y de 48 meses en adelante: De acuerdo con la distribución porcentual, el grupo poblacional más grande con riesgo psicosocial corresponde al grupo con menos de 48 meses del evento de desplazamiento por violencia, pero el análisis comparativo no dio cuenta de diferencias estadísticas significativas. Se encontró una chi cuadrada de 0.23 y un valor de p de 0.63.

Al analizar el promedio de tiempo de desplazamiento entre la población con riesgo psicosocial y sin riesgo psicosocial, y aplicar la t de Student no se encontró una distribución normal de las variables. (La varianza entre los grupos fue de 1676.48 y el estadístico F Statistic fue de 62.25.)

- Riesgo psicosocial entre población desplazada femenina y masculina: No se

encontraron diferencias estadísticas significativas en estos grupos. Chi cuadrada de 2.71 y valor de p de 0.099. De todas maneras es importante anotar que la diferencia porcentual más grande, según el sexo, se encuentra en el grupo con riesgo psicosocial y con mayor peso en los hombres.

- Riesgo psicosocial entre población desplazada que convive con ambos padres y con uno de ellos: La mayor diferencia porcentual según la persona con la que conviven, se presentó en el grupo sin riesgo psicosocial, y con mayor peso en los que conviven con ambos padres. Sin embargo el análisis de estos grupos no reporta diferencias estadísticas significativas siendo la chi cuadrada de 0,56 y el valor de p de 0,45.
- Riesgo psicosocial entre población desplazada según la edad promedio: Al analizar estos grupos, se encontró diferencia estadística significativa entre la edad promedio de la población desplazada con riesgo psicosocial y sin riesgo psicosocial, siendo de mayor edad, la población desplazada sin riesgo. El valor de p fue de 0,011
- Riesgo psicosocial entre población desplazada con rendimiento adecuado e inadecuado: El análisis dio cuenta de una chi cuadrada de 0,26 y un valor de p de 0,6. No se encontraron diferencias estadísticas significativas.

Los datos anteriormente descritos, muestran diferencias estadísticas significativas en el riesgo psicosocial entre población desplazada y no desplazada con un valor de p de 0.016, entre población de 6 a 10 años y de 11 a 16 años con un valor de p 0,039 y según el promedio de edad con un valor de p de 0,012. Igualmente los análisis comparativos en la población con historia de desplazamiento sólo dieron cuenta de diferencias estadísticas significativas según el promedio de edad.

Estos hallazgos sugieren para la población objeto de investigación que la mayor vulnerabilidad psicosocial podría asociarse al grupo que no ha sido víctima de desplazamiento por violencia, y a condiciones y/o características relacionadas con la edad, siendo más vulnerable el grupo que es menor de 11 años.

En el análisis comparativo de promedios de la edad en la población general con riesgo y sin riesgo psicosocial, e igualmente de la edad en la población desplazada con riesgo y sin riesgo psicosocial, se encontraron diferencias estadísticas significativas; la tendencia en ambas comparaciones fue la presentación de no riesgo psicosocial en la población de mayor edad promedio.

Los datos anteriores también sugieren para la población investigada, mayor vulnerabilidad psicosocial en quienes conviven con uno sólo de los padres, al presentar mayor peso la variable de riesgo psicosocial. Igualmente es importante resaltar que la mayor proporción poblacional sin riesgo, presenta un rendimiento académico adecuado.

Es pertinente desarrollar otros estudios que describan o exploren otro tipo de variables para dar cuenta de estas diferencias y que permitan identificar variables que afectan el riesgo psicosocial en la población objeto de esta investigación.

“...Qué diera yo por retener todos los instantes, vivir sencillamente, y observar más la generosidad de la naturaleza... Ahora que al fin comprendo tantas cosas, el tiempo juega con mis horas...” Vylmen Dalie

8. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Llama la atención de la población evaluada en esta investigación, la prevalencia de riesgo psicosocial obtenida según el Listado de Síntomas Pediátricos, LSP-Col de un 36.5%, cifra que se encuentra por encima del porcentaje hallado en estudios nacionales e internacionales, en los que el dato más alto es de 35.5%.^{100 101 102 103 104}

En Colombia se ha encontrado según el Listado de Síntomas Pediátricos, LSP Col, prevalencias del 24.3% (Correa y cols, 1999), del 35.5% (Escudero y cols, 2000), y del 20.3% en población infantil con fibrosis quística (Soler, W y cols, 2002). En Norteamérica, Centroamérica y Europa, se ha encontrado prevalencias de riesgo psicosocial según el PSC (Listado de Síntomas Pediátricos)¹⁰⁵, de 10% a 25%.

La prevalencia de 36.5% de riesgo psicosocial en la presente investigación

¹⁰⁰ CORREA, Martha William y OLAYA, Alvaro. Validación del Pediatric Symptom Checklist- PSC - para detectar riesgos psicosociales en escolares. Rionegro, Antioquia, Colombia, 1998-1999. En: Saludarte, 2001, 1(2): 21 -37

¹⁰¹ CORREA, Ana Cecilia et al. Detección de Riesgo psicosocial en niños. Salud Integral para la infancia (SIPI). Medellín: Pediatría Social. Universidad de Antioquia, 2000-2002.

¹⁰² MURPHY, JM et al. Op. Cit..

¹⁰³ SOLER, Wilmer et al. Op. Cit.

¹⁰⁴ ESCUDERO, Diana et al. Op. Cit.

puede ser posiblemente explicado por variables relacionadas, entre otras, con la situación económica y los efectos que ésta tiene en la salud bio-psico-social de las familias, ya que el 100% de la población pertenece a un estrato socio-económico bajo.

Esta condición de pobreza se ha asociado a las dificultades o desviaciones del comportamiento y se ha considerado como un factor de riesgo para la salud mental

¹⁰⁶ .

Dicha hipótesis está relacionada también con hallazgos de estudios como el realizado en niños que asisten al programa SIPI (Salud Integral Para la Infancia) en la Universidad de Antioquia, en el que el estrato socioeconómico bajo fue la variable que dio cuenta de diferencias estadísticas significativas al comparar población con riesgo y sin riesgo psicosocial. El estrato bajo presentó mayor peso en la población con riesgo psicosocial.¹⁰⁷

Muchas de las hipótesis planteadas sobre el efecto del estado de salud mental de la madre en la salud mental de los infantes¹⁰⁸, coinciden con este hallazgo. Igualmente múltiples investigaciones han identificado asociación entre los problemas de los menores y las alteraciones familiares^{109 110 111} o han sugerido la importancia del clima familiar en los problemas infantiles, encontrando, por ejemplo, que hasta dos tercios de la consulta clínica infantil pueden tener como factor fundamental de causa, las actitudes de los padres.^{112 113}

Llama también la atención en la presente investigación - aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa-, el identificar un mayor porcentaje de población sin riesgo psicosocial en los menores que conviven con ambos padres frente a los menores que conviven con uno sólo de ellos.

¹⁰⁵ Instrumento validado en Colombia como LSP-Col

¹⁰⁶ RUTTER, M. Child Psychiatry: Looking 30 years ahead. En: Journal of child Psychology and psychiatry 27: 803-840

¹⁰⁷ CORREA, Ana Cecilia et al. Op. Cit.

¹⁰⁸ WICKS-NELSON, Rita y ISRAEL, Allan. Op. Cit.

¹⁰⁹ LOWE, LR y KASWAN, JW. Troubled Children: Their families, schools, and treatments. Nueva York: Wiley. 1974

¹¹⁰ ROBINS, LN. Psychopathological disorders of childhood. Follow-up studies. H.C.Quay and J.S. Werry eds. New York: Wiley. 1979

¹¹¹ FELNER, RD et al. Crisis events and school mental health referral patterns of young children. En: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 305-310. 1972

¹¹² RICHMAN, N. et al. Preschool to school: A behavioral study. Londres: Academic Press, 1982.

¹¹³ GATH, D. Child guidance and the general practitioner: a Study of factors influencing referrals made by general practitioners to a child psychiatric department. En: Journal of Child Psychology and Psychiatric. 9,213-227.

Una de las investigaciones realizadas en Colombia con el instrumento Listado de Síntomas Pediátricos, LSP-Col., encontró como variables estadísticamente significativas que diferenciaban población con riesgo y sin riesgo psicosocial, el ser cuidados por la madre ¹¹⁴. El ser cuidado por la madre en dicho estudio, tenía más peso en la población con riesgo psicosocial.

Con respecto a la presentación de riesgo psicosocial por sexo, vale la pena resaltar que aunque no hubo diferencias estadísticas significativas entre la población masculina y femenina, porcentualmente se presentó mayor población con riesgo psicosocial en los hombres. Este hallazgo fue similar al del estudio realizado en población antioqueña en el 2002 ¹¹⁵.

Algunos estudios consideran que las disputas familiares, las enfermedades mentales de las personas significativas, el estrés laboral de los padres, el divorcio, entre otras variables, afectan más a los niños que a las niñas ^{116 117}.

Los resultados relacionados con la edad dieron cuenta de diferencias estadísticas significativas en la población con riesgo y sin riesgo psicosocial. Se encontró una tendencia de riesgo psicosocial en la población de menor edad, que para efectos de este estudio se determinó como el grupo de 6 a 10 años de edad.

Si bien es cierto en estudios longitudinales de niños y adolescentes, la literatura reporta mayor prevalencia de enfermedad mental en preescolares ¹¹⁸, el escolar puede ser también afectado en su salud mental durante su desarrollo.

Igualmente, es importante resaltar que, contrario a lo esperado, la población con historia de desplazamiento presentó una más baja prevalencia de riesgo psicosocial. Las variables analizadas en esta investigación no posibilitan explicar este hallazgo.

Datos no estadísticamente significativos, relacionados con el tiempo de desplazamiento, permiten pensar en la posibilidad de que a mayor tiempo del evento de desplazamiento menor prevalencia del riesgo. Condición explicada también por múltiples autores que plantean cómo esta sintomatología puede presentarse situacionalmente, o cómo la resistencia o vulnerabilidad psicológica y social afectan el curso del riesgo psicosocial ¹¹⁹.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ CORREA, Ana Cecilia et al. Op. Cit.

¹¹⁶ ZASLOW, MJ y HAYES, CD. Sex differences in children's response to psychosocial stress: toward a cross-context analysis. En: Advances in developmental Psychology. Vol 4 Hillsdale. NJ_ eribaum. 1986

¹¹⁷ RUTTER, M. Op. Cit.

¹¹⁸ RODRIGUEZ-SACRISTAN, J. Op. Cit.

¹¹⁹ Ibid.

En relación con el rendimiento académico es importante resaltar que el mayor porcentaje poblacional con rendimiento académico adecuado, correspondió a la población sin riesgo psicosocial. Este hallazgo porcentual ha sido igualmente identificado en otros estudios^{120 121 122}

Finalmente es importante resaltar que estudios sobre el riesgo psicosocial son indispensables para intervenir oportunamente la enfermedad mental, no sólo porque de acuerdo con estudios epidemiológicos existe la posibilidad de diagnosticar un trastorno clínico en niños y adolescentes entre el 17 y 26% de la población¹²³, sino también, porque se ha reportado prevalencia de los trastornos de la infancia durante la vida adulta^{124 125}

Si bien es cierto, ésta ya es una población de 6 años de edad o más, considerada por algunos como etapa de menor impacto para programas de prevención¹²⁶, es urgente disminuir la probabilidad de presentar trastorno mental con acciones interdisciplinarias que favorezcan el desarrollo de habilidades cognitivas, emocionales y conductuales resistentes o que propicien resiliencia.

“...Alegre corría por las calles, llevaba en su corazón una fiesta...” Vylmen Dalie

¹²⁰ OCAMPO, Adriana y RIOS, Nury. Factores socio-familiares que inciden en el bajo rendimiento académico de los niños de la Escuela Urbana El Bosque, Barrio Moravia Medellín : propuesta de intervención desde el trabajo social, junio de 1999 - mayo de 2000. Trabajo de Grado (Sociología) Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

¹²¹ JADUE, Gladys. Características de los hogares de bajo nivel socioeconómico y educacional. Sus efectos en el rendimiento escolar. En: **Estudios Pedagógicos No. 22, Ene. 1996** Chile p61-66

¹²² **DEMBO, Miriam y GUEVARA, María T** eresa. Desarrollo psicológico, aprendizaje y enseñanza: una comparación entre el enfoque socio-cultural y el análisis conductual. En: **Revista Latinoamericana de Psicología Vol. 33, No. 02, Santa Fé de Bogotá 2001** p. 141-148

¹²³ VERHULST, FC y KOOT, HM. Child psychiatric epidemiology. Newbury Par; Sage. 1992

¹²⁴ CABELL et al. Correlates and predictors of hyperactivity and agresión_ A longitudinal study of parent referred problem preschoolers. En: **Journal of Abnormal Child Psychology**, 14:217-234.

¹²⁵ BIEDMAN, J et al. Diagnostic Continuity Between Child and Adolescent ADHD: Findings from a longitudinal Clinical Sample. En: **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry** 1998;37:305-313.

¹²⁶ RODRIGUEZ-SACRISTAN, J. Op. Cit.

9. CONCLUSIONES

La prevalencia de riesgo psicosocial de la población estudiada está por encima de las encontradas en estudios nacionales e internacionales^{127 128 129 130 131}. El tipo de análisis realizado y las variables que describen a los menores objeto de esta investigación, no permiten explicar dicho dato.

Sin embargo la condición de estrato bajo que presentan, ha sido considerada por otros estudios como un factor favorecedor de riesgo psicosocial y de enfermedad mental^{132 133}.

La población investigada muestra una tendencia de riesgo psicosocial a menor

¹²⁷ CORREA, Martha William y OLAYA, Alvaro. Op. Cit.

¹²⁸ CORREA, Ana Cecilia et al. Op. Cit.

¹²⁹ MURPHY, JM et al. Op. Cit.

¹³⁰ SOLER, Wilmer et al. Op. Cit.

¹³¹ ESCUDERO, Diana et al. Op. Cit.

¹³² RUTTER, M. Op. Cit.

¹³³ CORREA, Ana Cecilia et al. Op. Cit.

edad. Esta tendencia permite pensar en diferencias para la adaptación del menor a sus condiciones familiares y sociales, diferencias adaptativas que favorecen la condición de su salud mental a mayor edad, o de mayor vulnerabilidad a menor edad¹³⁴.

Los niños y adolescentes desplazados presentan una menor prevalencia de riesgo psicosocial al compararlos con población no desplazada. Esta diferencia fue estadísticamente significativa. No se identificaron variables que permitieran encontrar un modelo estadístico explicativo del comportamiento de riesgo psicosocial.

Posiblemente hay características de la población evaluada que no fueron tenidas en cuenta para esta investigación, y que afectan significativamente la vulnerabilidad o resiliencia de los menores.

No hay diferencias estadísticas significativas que puedan explicar la mayor presentación de rendimiento académico adecuado, en los diferentes grupos poblacionales analizados (con y sin historia de desplazamiento, con y sin riesgo psicosocial, según variables sociodemográficas, o según sexo).

Al respecto, es importante resaltar que el rendimiento académico puede verse afectado por la presentación de riesgo psicosocial o por variables relacionadas con las condiciones socio-emocionales^{135 136 137}. Así lo sugiere el mayor peso porcentual de rendimiento académico adecuado encontrado en los escolares sin riesgo psicosocial.

Con el incremento del tiempo de haber sido desplazado, la población presenta menor proporción de riesgo psicosocial. No se identificaron variables que afecten este hallazgo. Algunos autores, refieren que dicho comportamiento ha sido explicado por efectos de presentación situacional del trauma, por características psicológicas personales, y por los soportes sociales con los que se cuenta^{138 139}.

“...Hijo, cuando el sol lejano de tus ojos se encuentre pálido, la mano del tiempo cerrará la ventana, entonces tu padre y yo llevaremos el ramo, y cubriremos de flores el paisaje que celoso guarda el silencio de tus sueños...” Vylmen Dalie

¹³⁴ RODRIGUEZ-SACRISTAN, Jaime. Op. Cit.

¹³⁵ OCAMPO, Adriana y RIOS, Nury. Op. Cit. .

¹³⁶ JADUE, Gladys. Op. Cit.

¹³⁷ DEMBO, Miriam y GUEVARA, María Teresa. Op. Cit.

¹³⁸ RODRIGUEZ-SACRISTAN, Op. Cit.

¹³⁹ MURPHY, JM et al. Op. Cit..

10. RECOMENDACIONES

Es necesario realizar otras investigaciones, que permitan explorar y encontrar variables asociadas a la alta prevalencia de riesgo psicosocial en los escolares de la institución educativa objeto de esta investigación, con el fin de desarrollar programas de prevención de enfermedad mental idóneos y eficaces.

Se considera importante acompañar y continuar vigilando el riesgo psicosocial de los niños y adolescentes investigados, con el fin de identificar las variables que propician mayor o menor vulnerabilidad psicosocial, e igualmente determinar la prevalencia de riesgo psicosocial en otras etapas de su desarrollo para una oportuna identificación y tratamiento.

La población identificada con riesgo psicosocial requiere de evaluaciones clínicas que permitan definir la presencia de trastorno mental, y realizar planes de intervención especializados, individuales y grupales, para mejorar su salud mental.

Se requieren nuevas investigaciones sobre el comportamiento del riesgo psicosocial en los escolares con historia de desplazamiento, con el propósito de encontrar variables que en esta población, favorezcan la aparición de riesgo psicosocial o que por el contrario, eviten su presentación.

Es indispensable generar acciones de promoción que propendan por el desarrollo de factores protectores de la salud mental, y que posibiliten estilos de vida personales, familiares y comunitarios facilitadores de bienestar mental.

BIBLIOGRAFIA

- BARTOLOMÉ, Ruben et al. Manual para el educador infantil. Tomo 1. Bogotá: Mc-Graw-Hill, 1993
- BRUGMAN, E. et al. Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. En: Arch. Pediatr. Adolesc. Med, 2001, 155 (4):462-9
- CABALLO, VE y SIMÓN, MA. Manual de psicopatología clínica infantil y del adolescente. Trastornos Generales. Madrid: Editorial Pirámide, 2001.
- CORREA, Marta Lilliam y OLAYA, A. Validación del Pediatric Symptom Checklist- PSC para detectar riesgos psicosociales en escolares. Rionegro, Antioquia, Colombia 1998-1999. Trabajo de Grado (Salubrista) Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.
- ESCUDERO, Diana et al. Riesgo psicosocial en los escolares del Municipio de Barbosa, 2000. Trabajo de Grado (Salud Pública). Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública.
- JELLINEK, Michael y MURPHY, JM. Patients Who are Parents: Approaches to Screening of Psychiatric Disorders in The Children of Adult Patients. En: Comprehensive Mental Health Care, 1991,1 (1): 57-68
- JELLINEK. Michael et al. Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for Psychosocial primary care_ a national feasibility study. En: Arch. Pediatr. Adolesc. Med, 1999, 153 (3):254-60.

- JONES, RN et al. Psychosocial assessment in the general pediatric population_ a multiple-gated screening and identification procedure. En: J pediatr. Health Care 1996 Jan-Feb 10(1); 10-16
- JELLINEK, Michael et al. Screening for psychosocial dysfunction in pediatrics impatiens. En: Clin. Pediatr. Phila, 1995 Jan 34 (1): 18-24
- MACMILLAN, HL et al. Slapping and spanking in chit hood and its association with lifetime prevalence of psychiatric disorders in a general population sample. En: CMAJ. 1999, 161 (7): 805-9
- MURPHY, JM et al. Screening for psychosocial dysfunction in pediatric practice. A naturalistic study of the Pediatric Symptom Checklist. En: Clin Pediatric. Phila. 1992 Nov 31 (11): 6660-667
- NAGIN, DS y TREMBLAY, RE. Parental and early childhood predictors of persistent physical aggression in boys form kindergarten to high school. Rach. En: Gen Psychiatry. 2001, 58(4): 389-94
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Francia: OMS.2001
- PINEDA, David et al. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4-17 year old children in the general population. En: J. Abn Child Psychology. 1999, 27:455-462.
- PINEDA, David. Diagnóstico neuroconductual y neuroepidemiológica de la deficiencia de atención. En: Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 2000, 2(1): 20-31
- POSADA, JA et al. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas. Santa fé de Bogotá. Colombia: Ministerio de Salud, 1993
- SOLER, Wilmer et al. Efecto de una dieta natural, control del estrés y consumo de productos homeopáticos sobre el estado nutricional, la salud mental y la función respiratoria en pacientes con Fibrosis Quística. Medellín. Colombia: Organo Oficial de Pediatría, 2002
- TORRES, Yolanda y MONTOYA, Ivan Darío. Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Santa fé de Bogotá. República de Colombia: Ministerios de Salud, 1997
- UNICEF. Carta para los Nuevos Gobernantes. Oficina de Área para Colombia y Venezuela. Santa Fé de Bogotá. Colombia. Litocamargo.2000
- TORO, Ricardo y YEPES, Luis. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría. Medellín: Corporación de Investigación Biológica (CIB), 2000
- WICKS-NELSON, Rita y ISRAEL, Allan. Psicopatología del niño y del adolescente. . Madrid: Prentice Hall., 1997

ANEXOS

Datos tomados de la ficha de matrícula

Nombre del niño (a) _____
Edad ____ **Sexo** ____ **Grado Escolaridad:** ____ **Rendimiento**
académico adecuado SI_No_ Desplazado por violencia 81_NO_ Lugar de
Residencia_____ **Estrato socio-económico**_____
Lugar de Procedencia_____ **Tiempo de desplazamiento**_____
Lugar de desplazamiento_____ **Número de miembros de la familia**
_____ Con quien vive_____

Anexo 1

Lista de Síntomas Pediátricos (LSP-Col)

Michael Jellinek, M.D. * Versión ajustada y validada para Colombia Marta Lilliam Correa y Alvaro , 1.999

Nombre del niño __ Sexo ____ Edad				
item	Síntoma	Nunca '(0)	Algunas veces	Con Fre-cuencia

RIESGO PSICOSOCIAL ENTRE POBLACIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA Y NO DESPLAZADA, PERTENECIENTE A UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LA

Nombre del niño __ Sexo ____ Edad				
				(2)
1	Se queja de dolores			
2	Se cansa fácilmente o tiene poca energía			
3	Es nervioso o incapaz de estarse quieto			
4	Tiene problemas con su maestro			
5	Es poco interesado en la escuela			
6	Actúa como impulsado por un motor			
7	Sueña despierto (fantasías)			
8	Se distrae fácilmente			
9	Tiene miedo de situaciones nuevas			
10	Se siente triste, infeliz			
11	Es irritable, rabioso			
12	Se siente sin esperanza			
13	Tiene problemas de concentración			
14	Tiene poco interés en los amigos			
15	Pelea con otros niños			
16	Tiene bajo rendimiento escolar			
17	Tiene baja autoestima			
18	Tiene problemas para dormir			
19	Se preocupa mucho			
20	Quiere estar con los padres mas que antes			
21	Se expone a riesgos innecesarios			
22	Se lastima frecuentemente			
23	Parece divertirse menos			
24	Actúa como niño o niña de menor edad			
25	Desobedece las órdenes			
26	Tiene dificultad para comprender los sentimientos de otras personas			
27	Molesta o se burla de los demás			
28	Culpa a los otros de sus problemas			
29	Coge objetos que no le pertenecen			
30	Rechaza compartir			

PUNTAJE