

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

ESCUELA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA**

**EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA SALUD
MENTAL EN UNA MUESTRA DE NIÑOS ENTRE 7-12
AÑOS DE UNA ESCUELA PÚBLICA Y UNA ESCUELA
PRIVADA, SAN JOSÉ, COSTA RICA, MARZO-ABRIL
2017**

Sustentante:

Anna Fernández Patiño

Tutor:

Dra. Yazlin Alvarado Rodríguez

Agosto, 2017

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ii
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vi
DEDICATORIA.....	ix
AGRADECIMIENTOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.1.1 Antecedentes del problema	14
1.1.2 Delimitación del problema	15
1.1.3 Justificación.....	15
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL.....	17
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES.....	19
1.4.1 Alcances de la investigación	19
1.4.2 Limitaciones de la investigación	19

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 EL CONTEXTO HISTÓRICO.....	21
2.1.1. Salud mental a nivel internacional	21
2.1.2 Salud mental a nivel nacional	23
2.1.3 Salud mental a nivel local	27
2.2 EL CONTEXTO TEÓRICO.....	31
2.2.1 La niñez.....	31
2.3 FACTORES DETERMINANTES DE SALUD MENTAL	33
2.3.1 Biológicos	34
2.3.2 Medio ambiente y estilos de vida	35
2.3.3 Sistemas y servicios de salud	38
2.4 FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD MENTAL	39
2.5 TRASTORNOS MENTALES	41
2.5.1 Epidemiología de los trastornos mentales	42
2.5.2 Trastorno de conducta disruptiva, control de impulsos y trastorno de conducta	44
2.5.3 Trastorno de déficit atencional e hiperactividad	48
2.5.4 Trastornos emocionales	50
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	55
3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	56
3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN	57

3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO.....	58
3.3.1 Población.....	58
3.3.2 Muestra	58
3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión	59
3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	60
3.4.1 Validez de un cuestionario.....	61
3.4.2 Confiabilidad.....	61
3.4.3 Procedimiento metodológico	63
3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	64
3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	65
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	69
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	94
5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	95
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	102
6.1 CONCLUSIONES	103
6.2 RECOMENDACIONES	105
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N. 1: Rangos de clasificación de las dimensiones del SDQ	63
Tabla N. 2: Distribución por informantes de los resultados de los niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.....	75
Tabla N. 3: Distribución por sexo y resultados de la dimensión síntomas emocionales de los niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.....	77
Tabla N. 4: Distribución por resultados de la dimensión de problemas de conducta de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	78
Tabla N. 5: Distribución por resultados de la dimensión de problemas con pares de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.....	83
Tabla N. 6: Distribución por resultados de la dimensión de conducta pro social de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017	86
Tabla N. 7: Distribución por resultados de la escala total de dificultades de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.....	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N. 1: Cambios en los indicadores de desarrollo social entre el periodo de 2000-2014.	37
Figura N. 2: Años de Vida Ajustados por Discapacidad de toda las edades a nivel mundial.	44
Figura N. 3: Criterios diagnósticos del DSM-V para el trastorno de ansiedad por separación.....	51
Figura N. 4: Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social según el DSM-V.....	53
Figura N. 5: Criterios diagnósticos del DSM-V para el trastorno ansiedad generalizada.	54
Figura N. 6: Distribución por centro educativo de los niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	70
Figura N. 7: Distribución por sexo de los niños de 7 a 12 años de la Escuela Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	71
Figura N. 8: Distribución por sexo de los niños de 7 a 12 años de la Escuela Ciudadela de Pavas, marzo-abril, 2017.....	72
Figura N. 9: Distribución por edad de los niños de 7 a 12 años de la Escuela Ciudadela de Pavas y Escuela Santa Catarina de Sena, marzo-abril, 2017.	73

Figura N. 10: Distribución por grado escolar de los niños de 7 a 12 años de la Escuela Ciudadela de Pavas y Escuela Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	74
Figura N. 11: Distribución en porcentajes según resultados de la dimensión síntomas emocionales de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	76
Figura N.12: Distribución por sexo y resultados de la dimensión problemas de conducta de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	80
Figura N. 13: Distribución por resultados de la dimensión de hiperactividad de niños de 7 a81	81
Figura N. 14: Distribución por sexo y resultados de la dimensión de hiperactividad de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	82
Figura N. 15: Distribución por sexo y resultados de la dimensión de problemas con pares en niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.....	85
Figura N. 16: Distribución por sexo y resultados de la dimensión de conducta pro social en niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.....	87

Figura N. 17: Distribución por sexo y resultados de la escala total de dificultades en niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	89
Figura N. 18: Distribución por edad y resultados de la escala total de dificultades en niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	90
Figura N. 19: Distribución por número de estudiantes con resultados anormales de las cinco dimensiones del SDQ, de los niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	92
Figura N. 20: Distribución por porcentaje de estudiantes con resultados anormales de las cinco dimensiones del SDQ, de los niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.	93

DEDICATORIA

A mis padres y toda mi familia por permitirme alcanzar esta meta y por el soporte incondicional a través de toda la carrera.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Hispanoamericana por permitirme realizar mi desarrollo como profesional en sus aulas, a cada uno de los hospitales que me abrieron sus puertas y a los médicos que me transmitieron el conocimiento y el amor por la medicina.

A los profesionales que me brindaron su asesoramiento y orientación a través de la elaboración de la presente tesis, por su tiempo, dedicación y apoyo.

Además, un agradecimiento especial a las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena por permitirme realizar esta investigación en su institución y los padres de familia por su colaboración.

RESUMEN

Introducción: la salud mental constituye uno de los pilares de la salud, es en un estado de equilibrio entre los factores psíquicos, biológicos y ambientales; va a estar determinada por las costumbres y cultura del área geográfica donde se desarrolle el individuo, representa el reflejo del desarrollo y capacidad de progreso de una población.

Objetivo: Determinar la salud mental en una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017.

Metodología: se emplea el instrumento ampliamente validado a nivel internacional, Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ, por sus siglas en inglés) en su versión para padres, con el fin de evaluar la salud mental de una muestra conformada por 410 estudiantes de ambos sexos, en edades entre siete y doce años, pertenecientes a un centro de enseñanza pública y uno de enseñanza privada, ubicados en el distrito de Pavas.

Resultados: en la escuela pública un 34,11% de los padres de familia autorizaron la participación de sus hijos en el estudio, mientras que el centro privado únicamente un 27,85%, y el mayor número de participantes pertenecen al sexo femenino. En general en la sumatoria de las escalas evaluadas por el instrumento, sólo 61 niños presentaron un resultado anormal, siendo las escalas de síntomas de tipo emocional y conductual las de mayor número de resultados alterados.

Conclusiones: ambos centros educativos de la zona de Pavas presentan un buen estado de salud mental, con resultados predominantemente normales en el test, no obstante la institución pública presentó mayor número cuestionarios anormales que el centro privado.

Palabras Clave: salud, salud mental, trastornos mentales, enseñanza pública y privada.

ABSTRACT

Introduction: mental health is one of the health's pillars, it's a state of balance between psychic, biological and environmental factors that are determined by the culture and traditions of the geographic area where the individual matures and is reflection of the population's development and progress capacity.

Objective: to determine the state of mental health in a children sample between the ages of 7 and 12 years old, from a public and a private school in San José, Costa Rica, march-april 2017.

Methodology: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) is a an internationally widely used validated instrument, applied in a sample of 410 students between the ages of seven and twelve years old, attending a public and private institute from the Pavas district,for the assessment of mental health.

Results: in the public school, 34.11% of the parents authorized the participation of their children in the study, while in the private school only 27.85%, the largest number of participants were females. In the entire sample only 61 children had an abnormal result in the Total Difficulties Score, with emotional and conduct symptoms being the most frequent abnormal scores.

Conclusions: both schools in Pavas area have an adequate state of mental health, with predominantly normal results in the SDQ, where the public institution presented the largest number of questionnaires with abnormal results.

Key Words: health, mental health, mental disorders, public and private education.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

Los trastornos mentales representan una de las patologías crónicas con mayor impacto económico y social a nivel mundial, por lo que la salud mental es uno de los ámbitos en salud cuyo interés se encuentra en auge con el paso del tiempo, en los últimos años se ha velado por el desarrollo de nuevas políticas y planes institucionales con el fin de mejorar la promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales.

En este sentido, Polanczyk *et al.*¹ manifiestan que a nivel global se estima que aproximadamente unos 241 millones de niños y adolescentes presentan algún tipo de trastorno mental, donde 117 millones de individuos se ven afectados por trastornos de ansiedad; este es el de mayor frecuencia, seguido por los trastornos disruptivos de conducta con 113 millones, en tercer lugar el trastorno de déficit atencional con hiperactividad con 63 millones y por último el trastorno depresivo con 47 millones de individuos, lo que representa una carga de enfermedad importante para este grupo de edades, los cuales pueden ser prevenibles, si se fomenta la prevención y la captación temprana.

A nivel nacional y local no se cuenta con datos actualizados sobre la prevalencia e incidencia de los problemas de salud mental y su distribución por edad, género y diagnóstico², los últimos datos presentados sobre la prevalencia de los trastornos mentales son los presentados en el Informe sobre la Situación actual en Salud Mental³ publicado en el 2004; como se indica en el mismo, en Costa Rica sólo se han realizado tres publicaciones previas a la anteriormente mencionada, una realizada a finales de los años sesenta y dos a inicios de los años ochenta, por

lo que existe la necesidad de realizar censos sobre el estado de la población tanto adulta como en niños.

1.1.2 Delimitación del problema

El cantón de Pavas es ampliamente conocido por su problemática social, pobreza, violencia y vandalismo, por lo que se elige para la realización del estudio, se abarca dos instituciones tanto de enseñanza pública como privada ubicadas en este sector de San José, Costa Rica, entre los meses de marzo y abril del 2017.

Debido a la cantidad de estudiantes de cada escuela, para seleccionar la muestra se aplica un método de barrido bajo efecto consentimiento informado en los niños en edades entre siete y doce años, de ambos sexos, que se encuentren cursando grados escolares de primero y segundo ciclo; con el cual se obtiene una muestra de 322 estudiantes en la Escuela Ciudadela de Pavas y 88 niños en la Escuela Santa Catalina de Sena,

Se eligió este grupo de edades, debido a su estado de vulnerabilidad y dependencia completa de los padres de familia, con el propósito de establecer y comparar el estado de salud mental de los alumnos de cada centro.

1.1.3 Justificación

Educación e información sobre los fundamentos de la salud mental constituye uno de los pilares para construir una sociedad productiva, cuya responsabilidad reside en los actores sociales de la comunidad, establecimientos de salud, centros educativos, así como en los núcleos familiares,

fomentar y promocionar estilos de vida saludables y actividades de fortalecimiento de las relaciones interpersonales, constituyen la herramienta fundamental para conseguir esta meta.

Optimizar la calidad de salud mental de los costarricenses es uno de los principales retos en salud, ante la necesidad de realizar un abordaje durante los últimos cinco años se han desarrollado nuevas estrategias institucionales para la promoción de la salud mental, sin embargo existe la necesidad urgente de realizar estudios epidemiológicos a nivel nacional, ya que se dispone de reducida información estadística actualizada sobre la salud mental.³

La presente investigación tiene como fin dar a conocer el bienestar mental de las poblaciones vulnerables en desarrollo, tanto como el ambiente y entorno de formación de los niños de la zona, lo cual contribuye a definir las áreas a trabajar para prevenir y abordar trastornos mentales desde su raíz, beneficiando tanto a la comunidad, como a los centros educativos y a los familiares, además de partir como base para futuros estudios.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

¿Cuál es el estado de la salud mental en una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Determinar la salud mental en una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar la población según el sexo, edad, grado escolar y centro educativo de una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017.
2. Evaluar la salud mental de cada centro a través de las dimensiones de problemas de conducta, síntomas emocionales, hiperactividad, relaciones con pares y comportamiento pro social en una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017.
3. Identificar los grupos de mayor riesgo al deterioro de la salud mental, según la puntuación de cada dimensión evaluada y de la escala total de dificultades en una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017.
4. Comparar la salud mental de la población por cada centro educativo, según los resultados de la escala total de dificultades en una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

- Se identificaron las áreas que requieren atención en la población costarricense tanto en el sector salud, como en la comunidad para mejorar la promoción de la salud mental y la prevención de padecimientos mentales.
- Se identificaron los factores de riesgo y protección que poseen los escolares de ambos centros educativos de la región de Pavas.
- Se entregó a la Junta Directiva el resultado del estudio, de manera que pueda servir a las escuelas para generar mayor conciencia acerca del estado de salud del cuerpo estudiantil y partir de éste para generar programas de abordaje y atención a la comunidad.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

- Pocos estudios actualizados sobre la salud mental en Costa Rica.
- Ausencia de estudios previos en la población de Pavas.
- Poca participación por parte de los padres de familia.
- Diferencia en el número de estudiantes por muestra de cada centro educativo.
- Bajo intervalo de confianza en todas las dimensiones que valora el instrumento.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 EL CONTEXTO HISTÓRICO

2.1.1. Salud mental a nivel internacional

El inicio del movimiento de salud mental data desde 1843 donde se elabora el concepto de higiene mental en Inglaterra y avanza rápidamente a otros países de Europa y el continente americano, en 1909 se desarrolla la Comisión Nacional de Higiene Mental y posteriormente en 1950 se genera la primer definición de salud mental de la OMS, que se expone en el Estado de Arte de la Salud Mental en Costa Rica.

“Salud mental es una condición, sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos y sociales, que permite al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos, potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros, y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico.”⁴

En la actualidad la OMS define salud como: “Un estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o padecimiento”⁵

Uno de los hitos en el desarrollo y progreso de la salud mental es la Declaración de Caracas gestionada en Caracas, Venezuela el 14 de Noviembre de 1990, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS en la Conferencia Internacional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en Latinoamérica, con su promulgación se pretendía reorganizar el modelo de los hospitales psiquiátricos a uno basado en la comunidad y fomentar la protección de la dignidad y los derechos civiles de personas con trastornos mentales.⁶

Lo cual remonta a que desde inicios de la corriente de la salud mental, se ha regido por un enfoque desde la perspectiva de enfermedad médico-psiquiátrica, cuya orientación se encuentra dirigida al tratamiento de la enfermedad y creación de hospitales psiquiátricos con modelo de asilos, con lo que se limitan los programas de prevención, promoción de la salud y de reinserción a la sociedad.⁷

Dentro de las principales limitantes al estudio de la salud mental es la falta de consenso nacional e internacional sobre la definición de salud mental, su conflicto radica en que al elaborar una definición se dificulta el abarcar cada uno de sus elementos, ya que éste se va a ver modificado por el lugar geográfico, su población y los estilos de vida procedentes de la región donde se desarrolle.

Al hablar de salud mental se incluye una red de factores determinados por la concepción propia del ser, así como la generada por su contexto sociocultural y su capacidad de afrontamiento y relación con el medio, lo que va a condicionar la habilidad de ser productivo y la percepción del éxito, que son requisitos para generar vínculos sociales y relaciones interpersonales.

Como se constata en el Atlas de Salud Mental publicado en el 2015 por la OMS⁸, con respecto al aporte económico del gobierno estadounidense para la salud mental, se dispone un promedio de \$6.96 dólares por cada ciudadano para este fin, de la cual 73% se dirige al mantenimiento de instituciones psiquiátricas especializadas y tan solo un 81% de los países participantes cuenta con una política nacional en salud mental, de los cuales únicamente el 50% ha sido actualizado en los últimos 10 años.

Según el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Costa Rica⁹ publicado en el 2008, donde se utiliza el instrumento Sistemas de Salud Mental (IESM-OMS) formulado por la

OMS, en el cual recopila información clave para evaluar y fortalecer los servicios de salud mental, en países de ingresos medios-bajos, únicamente un 1% de los fondos totales en salud se dirige a la salud mental.

2.1.2 Salud mentala nivel nacional

El Ministerio de Salud de Costa Rica junto con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) bajo la necesidad de acción sobre el campo de la salud mental, publicanla Política de Nacional de Salud Mental 2012-2021; este país constituye el primero de Centroamérica en desarrollar este tipo de normativas, la cual fue publicada en diciembre del año 2014, durante el gobierno de la presidente Laura Chinchilla y la dirección de la Ministra de Salud Dra. Daisy María Corrales Díaz y la viceministra de salud y médico psiquiatra Dra. Sisy María Castillo Ramírez, donde se define el concepto de salud mental de la siguiente manera:

“La Salud Mental se entiende como un proceso de bienestar y desempeño personal y colectivo caracterizado por la autorrealización, la autoestima, la autonomía, la capacidad para responder a las demandas de la vida en diversos contextos: familiares, comunitarios, académicos, laborales y disfrutar de la vida en armonía con el ambiente”¹⁰.

La OPS en su edición difundida en el 2012 de la Salud en las Américas señala que en población general costarricense de todas las edades, las afecciones con mayor prevalencia y que generan gran carga económica al sistema de salud, son los trastornos de carácter afectivo, neurótico, de personalidad y la esquizofrenia.¹¹

Con respecto a la asignación de fondos nacionales por parte de la Caja Costarricense del Seguro Social, el Informe Sobre el Sistema de Salud Mental en Costa Rica¹² publicado en el 2008, indica que para entonces tan solo el 3% del total del capital en salud se invierte en salud mental,

del cual un 76% se dirige a las instituciones psiquiátricas y tan solo un 33% es asignado a otros centros de salud para actividades de carácter preventivo.

Durante el 2010 se realizaron un total de 158.476 consultas ambulatorias en servicios de psiquiatría, de las cuales un 41% fueron primeras consultas, lo que refleja la gran cantidad de referencias a centros especializados y la carencia de manejo y capacitación en el primer nivel de atención para el abordaje de estos pacientes.

En los centros hospitalarios, de un total de 5.613 camas en todos las sedes, los servicios especializados en atención mental abarcan un 16,76% y de éstas un 58,16% se localizan en hospitales psiquiátricos; en cuanto a los egresos de un total de 329.349, un 1,7% fueron por trastornos mentales, donde un 50,6% se encontraban en edades entre los 20 y 44 años.¹¹

Asimismo, los estudios realizados en Costa Rica se ven limitados por la visión médico-psiquiátrica, ya que se realizan en su mayoría en instituciones psiquiátricas en pacientes hospitalizadosportadores de algún padecimiento mental crónico, o bien de individuos en control por una patología mental y carecen de información real sobre la población en general, lo cual se encuentra dentro de las principales obstáculos para la mejora de la calidad de salud mental de los ciudadanos y de los servicios de salud.

Paralelamente la atención psiquiátrica cuenta con personal escaso en sus centros de atención especializada, para el año 2008, según el Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental de Costa Rica, realizado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud², en nuestro país se cuenta con 3,7 médicos especialistas en psiquiatría por cada 100000 habitantes e inclusive menos en áreas rurales.

La carencia de apoyo por parte de las instituciones rectoras en salud constituye una dificultad agregada; como lo indica la literatura previamente mencionada, en el país se cuenta con reducidos fondos para la investigación científica, actualmente tan solo el 0.5% del producto interno bruto (PIB) es dirigido a las actividades de carácter investigativo en ciencia y tecnología.

El proceso hacia mejorar la salud mental en una población consiste en una estrategia dinámica y evolutiva, donde se pretende concienciar sobre la importancia de mantener un equilibrio en diferentes ámbitos personales y sociales, así como de la naturaleza padecimiento psiquiátrico, con el fin de reducir los efectos negativos de las enfermedades y promover la salud de la población.

En lo concerniente al marco político y normativo nacional, en Costa Rica no se cuenta con un programa de promoción de la salud mental en el primer nivel de atención, de manera que se incentive a la participación de la comunidad y se inculque sobre conductas a seguir para mejorar su condición actual de salud y fomentar las acciones comunitarias para mejora del entorno y de las relaciones con el prójimo; es de vital importancia la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales y de sus potencialidades individuales para el trabajo y la convivencia.

En el país, las estadísticas actuales sobre salud mental, como se mencionó previamente, sólo brindan información sobre el estado de la población enferma o con indicios de patología, sin embargo las políticas institucionales conservan las acciones enfocadas en el tratamiento de las enfermedades y sus repercusiones en el sistema y dejan de lado la promoción y prevención.¹³

Los problemas de salud mental al igual que otras enfermedades son de curso crónico, degenerativo y progresivo, de no realizar acciones tempranas generan discapacidad, sufrimiento

y muerte, además de gran costo al sistema de salud, por lo que requieren de un abordaje integral temprano, con un apoyo intersectorial e interinstitucional y de la participación ciudadana.

Es deber de los actores de las instituciones públicas rectoras en salud del país, formular estrategias para identificar las áreas de atención, además de políticas donde se estipulen los lineamientos y directrices para la actualización del Plan Nacional en Salud Mental, se ha demostrado que con esas medidas se reducen los factores de riesgo, se fomentan los factores protectores, se disminuyen los síntomas psiquiátricos, discapacidad y se mejora la calidad del sistema de salud.¹⁴

Los cuatro niveles de acción en salud mental puntualizados por el International Committee on Mental Hygiene¹⁴ son el campo preventivo, positivo, preservativo y terapéutico, la efectividad de las intervenciones y su impacto sobre la calidad de vida van a permitir construir una sociedad que pueda alcanzar las tres metas de la salud mental que son la: madurez emocional, relaciones interpersonales sanas y productivas e independencia y autonomía.

Por lo que es vital generar un llamado a reestructurar el sistema de atención y de optar por modelos comunitarios, así como de la existencia estrategias de crecimiento y planes de acción en la comunidad, escuelas y centros de atención primaria para la promoción de la salud y prevención de enfermedad, con el propósito de garantizar condiciones sociales y ambientales.

Los seres humanos en condiciones normales estamos capacitados para sobrepasar adversidades y compensar sus efectos sobre nuestra salud, una experiencia difícil puede convertirse en un factor positivo que contribuye al mejoramiento de las condiciones de la vida, sin embargo al permanecer expuesto a factores de riesgo por un tiempo prolongado se pueden ver

comprometidos los sistemas adaptativos básicos, lo que aumenta exponencialmente la probabilidad de generar conductas anormales y dificultades en el desarrollo.¹⁵

2.1.3 Salud mental a nivel local

Las Pavas es el noveno distrito de San José ubicado en la región oeste de la capital, fue donado por el primer cura de San José, el "Padre" Manuel Antonio Chapuí, es el distrito más grande con casi un 21% del territorio del cantón, con una extensión de 9.34km². A partir de los años sesenta tuvo un crecimiento poblacional acelerado que se mantuvo hasta el 2009, además cuenta con la mayor concentración de habitantes, con una población proyectada de 112,077 habitantes, aproximadamente un 24,8% de la población total de la provincia y una densidad poblacional de 12.000 ha/km².¹⁶

Presenta un mayor porcentaje de niños y adolescentes, entre las edades de cero a catorce años y con una menor proporción de población anciana, además muestra uno de los peores indicadores socioeconómicos de la región, con elevados índices de pobreza, ocupando el segundo lugar en pobreza y pobreza extrema, después de la Uruca; por lo que constituye una zona de riesgo para el desarrollo de la población, con una fuerte exposición a factores negativos para el crecimiento, con la mayor concentración de precarios y barrios en malas condiciones para ser habitados.¹⁶

En cuanto a la educación Pavas presenta el mayor porcentaje de centro educativos del cantón con un 18%, con un porcentaje de deserción en primaria del 2,87% y un porcentaje de aprobación del 88,11%.¹⁶

- Centros Educativos y la Salud Mental

La educación es un derecho fundamental de los individuos, sin importar su edad, género o procedencia, es un pilar para el desarrollo de una sociedad productiva y que goce de capacidad intelectual para afrontar los retos de la vida diaria, es por esta razón que se debe luchar por la inclusión al sistema educativo de las personas con cualquier tipo de discapacidad física o mental y que presenten algún trastorno del aprendizaje, ya que cuentan con los mismo derechos a beneficiarse de instalaciones y oportunidades educativas que el resto de la población.

El salón de las escuelas constituye el primer ambiente de desarrollo del niño fuera de su núcleo familiar, es donde se genera un sentimiento de independencia e individualidad, donde se fomentan los valores aprendidos en el hogar y se inicia con el proceso de formación de conciencia y autonomía. Para alcanzar un desempeño óptimo dentro en este recinto se debe contar desarrollo adecuado de las capacidades físicas como intelectuales, la existencia de alguna invalidez en éstas genera una barrera para el desempeño académico y como consecuencia, el rendimiento inadecuado.

Los programas específicos de salud mental en los centros educativos son excelentes medios de acceso a la población general desde un ambiente controlado y bajo la supervisión de los maestros; si se inicia la educación sobre salud mental en esta etapa, se contribuye a disminuir el estigma sobre los trastornos mentales y la discriminación hacia los individuos con estas condiciones, además de reducir el temor hacia la búsqueda de ayuda psiquiátrica.⁴

Estos programas escolares también ayudan a tomar conciencia de los trastornos emocionales y conductuales y a desarrollar habilidades para la vida.⁶ Los centros educativos juegan un papel

fundamental a la hora de identificar precozmente problemas de carácter emocional o conductual en los niños y por tanto ayudan a prevenir minusvalías secundarias a esos trastornos.

Además, se debe generar un llamado a reestructurar el sistema de educación e implementar modelos de información comunitarios y actividades preventivas desde los núcleos familiares, para así fomentar las estrategias de crecimiento y los planes de acción en la comunidad, escuelas y colegios para la promoción de la salud y prevención de enfermedad, con el propósito de garantizar mejores condiciones sociales y ambientales para el aprendizaje.

En este sentido, los profesionales de la salud y la educación deben mantener continuidad en sus actividades, crear un red de apoyo entre disciplinas que permita mejorar la detección y captación de niños que manifiesten dificultades para el aprendizaje, desarrollo y que presenten conductas y respuestas anormales. A nivel de centros educativos mejorar los planes, programas y metodología en niños que presenten indicios de dificultad para adaptarse al modelo educativo y con bajo rendimiento académico relacionado con problemas de atención o conducta.

Cabe indicar que es la zona de Pavas donde se encuentran los centros educativos seleccionados para la investigación acerca del tema indicado. Es así como más adelante se expone su reseña histórica.

Escuela Santa Catalina de Sena

Se crea en el año 1960 como el kínder de Nuestra Señora de Fátima en un salón parroquial de la Iglesia de la Soledad en el centro de la capital, posteriormente se trasladan a Barrio Amón en 1961, desde donde pasa a distintos asentamientos hasta que en el año 1970 se inicia la construcción de la escuela en la zona de Pavas donde se encuentra hoy día.

Fue renombrado a Escuela Santa Catalina de Sena a petición del Ministro de Educación Pública, debido a que existía otro centro con este nombre, únicamente contaba con los grados de preescolar, primero y segundo ciclo, más adelante en el 2009 se realiza la ampliación a secundaria.

Este es un centro educativo de tipo privado y se encuentra dirigido por monjas, con un total de 316 estudiantes, únicamente hay dos secciones por grado, a excepción de primer grado que existen tres secciones.

Escuela Ciudadela de Pavas

La institución se fundó en 1953 en un viejo edificio del Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU) que para ese entonces se utilizaba como bodega., ubicaba en lo que hoy se encuentran la cancha de básquet ball, y el salón comunal San Pablo pertenecientes a la Parroquia María Reina en Pavas centro.

Con tan solo seis aulas separadas por un estrecho pasillo dos para cada grado escolar, con una población estudiantil de I Ciclo únicamente, posteriormente dos años después la atención se amplía a II ciclo.

Actualmente está situada en la comunidad de Ciudadela María Reina de Pavas, de donde proviene el nombre de la institución el cual fue modificado por el Ministerio de Educación Pública (MEP) años después a Escuela Ciudadela de Pavas, cuenta con preescolar, primero y segundo ciclo, con una población estudiantil de 944 niños solo en primaria, que se distribuyen en cinco secciones por cada grado escolar, con excepción de primer grado, que cuenta con seis grupos, segundo grado que cuenta con ocho grupos y sexto grado con sólo cuatro.

2.2 EL CONTEXTO TEÓRICO

2.2.1 La niñez

Según el Código de la Niñez y la Adolescencia, publicado en La Gaceta N.26, en mes de Febrero del año 1998, en su ARTÍCULO 2 define niñez como: “Toda persona desde su concepción hasta los doce años de edad cumplidos, y adolescente a toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho”¹⁷.

La definición de infancia media propuesta en la Política Nacional de la Niñez y la Infancia, da mayor proyección a este concepto:

“Etapa comprendida entre los 7 y 11 años. Se inscribe básicamente en el período de escuela. Niños y niñas requieren la atención de sus garantías básicas: alimentación, descanso apropiado, afecto, etc. Se forman los hábitos de higiene, orden y responsabilidad”¹⁸.

La infancia y adolescencia son un período crítico del desarrollo humano, comprenden etapas donde se inicia con el proceso de aprendizaje, hay plasticidad para la formación de conductas y se desarrolla la capacidad de resiliencia, que va condicionar la personalidad adulta; las experiencias vividas durante la infancia y los mecanismos de defensa desarrollados hacia la adversidad en esta fase podrían atenuar o aumentar el riesgo de desarrollar una afección mental a futuro.⁷

La crianza de los hijos también juega un papel vital en el transcurso del desarrollo físico, psíquico y social, para generar competencias y capacidades intelectuales, emocionales y sociales productivas, que permita su adaptación óptima a pesar de las exigencias de la vida.

La constante exposición del niño a discriminación y experiencias adversas tempranas afecta el desarrollo posterior y genera un impacto sobre la calidad de vida y mecanismos de adaptación al medio en el adulto, esto se agrava cuando los primeros indicios de alteraciones en la salud mental se presentan durante la vida escolar.

En el estudio BELLA realizado por Włodarczyk *et al.*¹⁸ en Alemania, se seleccionaron aleatoriamente un total de 792 familias con niños entre las edades de cero y 17 años, fueron clasificadas según municipio y grado de urbanización, en esta investigación se evidenció que el desarrollo de alguna afección mental se ve estrechamente relacionado con el carácter del niño en edades tempranas, su condición socio económica, relación con sus padres y por la existencia de antecedentes familiares de enfermedad (IC>1.54–8.80), siendo esta última capaz de aumentar la posibilidad de desarrollar síntomas desde edades preescolares.

En este marco es trascendente apoyar a familias y comunidades para que las instituciones y sus actores guíen y apoyen el desarrollo de los adolescentes a través de la salud y el bienestar, la educación, la participación social, protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de la civilización a futuro.

2.3 FACTORES DETERMINANTES DE SALUD MENTAL

Como menciona la exministra de salud María Luisa Ávila¹³ en el Acta Médica Costarricense Vol.51 en el 2009, el modelo de salud pública de los países de clase económica alta como baja, aún se encuentran basados en el impulsado por el ministro de salud canadiense Marc Lalonde en 1974, donde se postula que la salud consiste en un equilibrio entre un conjunto de factores innatos al ser humano y del medio en el que se desarrollan sus componentes son los factores biológicos, el medio ambiente, estilo de vida y el sistema sanitario.

Al igual que en la salud física, estos factores también van a ser determinantes para la salud mental, ya que como se mencionó al inicio de este capítulo, consiste en un proceso de índole individual e interpersonal, dinámico y bidireccional, cuya continuidad e interdependencia van ligadas una de la otra. Conservar el bienestar mental se presenta como un reto, ya que va a depender de actividades directa o indirectamente relacionadas al individuo, y son el conjunto de estas acciones las que además van a concretar la visión hacia la realidad de la experiencia personal de vida y su reacción al medio.

La exposición a escenarios traumáticos y la interacción entre situaciones de riesgo y protección a cortas edades predispone al desarrollo posterior de conductas anormales y finalmente a un trastorno mental con todas las características, que va a generar repercusiones a nivel personal, social, así como en el sistema de salud.²⁰

Por lo demás, el efecto acumulado de esta exposición a múltiples factores de riesgo y escasos factores de protección, está relacionado con consecuencias negativas y puede inducir a un individuo a cambiar de una condición mentalmente saludable a una mayor vulnerabilidad;

algunos indicadores tempranos de conducta patológicos en niños y adolescentes son el abuso de sustancias, comportamiento violento, deficiente rendimiento escolar, deserción, vandalismo, embarazo en adolescentes y síntomas emocionales y conductuales precoces.¹⁵

2.3.1 Biológicos

Es de conocimiento general que en todas las enfermedades el componente genético condicionado por los padres va a predisponer o a conferir resistencia de padecimientos crónicos, como por ejemplo la diabetes mellitus, hipertensión y cáncer, al igual sucede con los trastornos mentales; sin embargo el hecho de que se cuente con una historia familiar de algún desorden mental si bien contribuye a su desarrollo, va a depender de la presencia de otros factores asociados.

En el estudio BELLA¹⁸ anteriormente mencionado señala que el tener padres con algún padecimiento mental va a aumentar la posibilidad de desarrollar síntomas desde edades preescolares, con un intervalo de confianza del 1.54 al 8.80.

En una investigación realizada¹⁹ se estableció que algunos de los factores que favorecen al desarrollo de un desequilibrio mental se ven dictados desde previo al nacimiento, las emociones maternas como la depresión durante el embarazo van a favorecer al desarrollo de síntomas depresivos o ansiosos durante la infancia temprana.

Asimismo, la presencia de este trastorno durante y previo al embarazo va a repercutir en la respuesta materna al embarazo y al niño, factores importantes que contribuyen al desarrollo de trastornos futuros, se ha constatado que el bajo peso al nacer y algunos defectos congénitos son atribuibles al pobre control prenatal y cuidado postnatal materno, condiciones inherentes del

estilo de vida, como ejemplo se puede mencionar bajo nivel socioeconómico, madres adolescentes o con situaciones como abuso de sustancias.

2.3.2 Medio ambiente y estilos de vida

Existen múltiples factores socioculturales y demográficos que traducen la condición de salud en general de una población y por consiguiente su repercusión en la salud mental, entornos como núcleos familiares disueltos, contacto temprano con drogas, trabajo infantil, violencia e inestabilidad económica, son factores condicionantes para el desarrollo y favorecen la aparición de conductas patológicas, los más vulnerables dentro de este grupo son los niños que se encuentran sin hogar o que trabajen en la calle.²¹

En cuanto a los estilos de vida, parten desde el núcleo familiar en cada uno de los hogares, con las costumbres que la ciudad alberga en su región demográfica, su dieta y disponibilidad de recursos.

Algunas condiciones que traducen la calidad de salud de una región, como se menciona en la literatura²son: el inadecuado manejo de desechos, pobre sistema de transporte y vía pública, deserción escolar, violencia doméstica y pobreza extrema. Los elevados índices de actos delictivos y al aumento de accidentes de tránsito producidos como consecuencia de éstos, van a generar un fuerte impacto económico para el país.

Por lo cual se requiere además modificar la planeación por parte de las municipalidades cantonales para que en conjunto con la comunidad se diseñen mejores modelos para el desarrollo urbano y espacios para la recreación.

En Costa Rica, según estadísticas presentadas en el octavo Informe del Estado de la Nación, la OPS junto con el Ministerio de Salud³ mencionan en su informe sobre la Situación Actual de la

Salud Mental en Costa Rica publicado en el 2004, que para el 1996 un 21.5% de los hogares se encontraban en pobreza no extrema, en contraste en el informe del 2001, donde este porcentaje se redujo al 20,3%.

Partiendo del dato reportado en el Informe del Estado de la Nación⁴ en el 2010, al menos un 27,3% de las viviendas del país presentan malas condiciones para ser habitadas, ya sea por problemas de infraestructura o por su ubicación geográfica, un 9,1% por hacinamiento o por servicios básicos deficientes en un 40% de la población.

El vigesimosegundo Informe del Estado de la Nación²² publicado en el pasado año (2016), un 14,6% de las viviendas del país se encuentran en condiciones de pobreza no extrema y un 7,2% en condición de pobreza extrema, en cuanto el alcance de los servicios básicos, el 99% de las viviendas en zonas urbanas cuentan con ellos y en zonas rurales el 97.7%.

En relación con ambos informes citados, en la Figura N.1 se puede visualizar las áreas del desarrollo social en las que han logrado cambios en los últimos catorce años.

Figura N. 1: Cambios en los indicadores de desarrollo social entre el periodo de 2000-2014.

CUADRO 1.1
Valoración de algunos indicadores sociales por su desempeño nacional^{a/}. 2015

Mejora	Se mantiene	Desmejora
<ul style="list-style-type: none"> • Coberturas de la PEA en la seguridad social • Tasa de mortalidad infantil • Jóvenes que no estudian ni trabajan • Salario mínimo real • Viviendas con acceso a internet • Inversión social pública total • Inversión social en educación[”] 	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de desempleo • Coeficiente de Gini • Incidencia de la pobreza • Tasa de participación laboral femenina • Tasa neta de cobertura en secundaria • Población de 12 a 18 años que asiste a la educación • Escolaridad promedio de la población en edad activa[”] 	<ul style="list-style-type: none"> • Esperanza de vida • Tasa de homicidios • Ingreso promedio real de los hogares • Población de 25 a 39 años con secundaria completa[”]

a/ El desempeño se valora comparando el valor registrado por el indicador en el 2015, con la tendencia observada en el período 2000-2014.

Fuente: ²²

La calidad de vida de un individuo, sus metas, logros y alcances futuros, se construyen desde su lugar de origen, la región en la que se desarrolla una persona va a modificar su personalidad, sus hábitos y costumbres, además de su capacidad de reaccionar a los retos del día a día.

Los padres son el primer y principal modelo a seguir por sus hijos, las forma de vivir y actitudes que estos exhiban van a generar un gran impacto en la formación del carácter de la visión hacia la vida y al resto de individuos.

Crecer en un ambiente hostil predispone a un niño a ser hostil, un ambiente de violencia va a generar conductas violentas y de adicción al uso de sustancias, en este último caso, se ha evidenciado que niños con padres consumidores van a tener un riesgo aumentado de presentar algún problema de conducta, emocional, mal rendimiento académico, vandalismo, entre otros conductas de riesgo.²³

2.3.3 Sistemas y servicios de salud

Como se ha puntualizado a lo largo del presente documento, las enfermedades de índole psíquica generan un impacto fuerte sobre la economía y funcionamiento de los servicios de salud alrededor del mundo, lo que ha requerido de una reestructuración de la atención y formación de nuevos lineamientos a seguir para reformar la visión sobre el padecimiento mental.

Por lo que el proceso de reforma psiquiátrica juega una función fundamental, donde se reconozca y transmita globalmente la importancia de la salud mental, se modifique el enfoque del sistema de atención sanitaria y los fondos económicos para este fin, así como para investigación en este campo, además de optar por modelos comunitarios y acciones preventivas para mejorar la producción social de la salud mental.

Algunas de las acciones preventivas que se han desarrollado en otras áreas y que de igual manera contribuyen a la salud del individuo son las inmunizaciones, planificación familiar, tamizajes, tratamiento antibiótico y control estrecho de patologías crónicas, con lo que se ha logrado mejorar la expectativa y la calidad de vida de las poblaciones.

2.4 FACTORES PROTECTORES DE LA SALUD MENTAL

La calidad de salud mental de una nación es un compromiso de todos los individuos en cada momento de la vida, en su interacción con otros y actitud positiva frente al día a día, de manera que se actúe desde el núcleo familiar y que sea así un movimiento progresivo y contagioso, donde se promuevan los hábitos para un interés personal y social de progreso y bienestar.

La resiliencia consiste en un elemento clave durante el proceso de crecimiento y maduración de los seres humanos, los orígenes del concepto datan de la década de los setentas y ochentas, la primera definición conocida fue la propuesta por Lösel *et al.*²⁴, postulada en 1989, donde se define como: “Enfrentamiento efectivo de circunstancias y eventos de la vida severamente estresantes y acumulativos.”

Para la década de los noventa tras avances en la investigación, el concepto evoluciona a como lo define Grotbergen 1995:

“La capacidad que posee una persona para enfrentar las adversidades, poder superarlas y además, del ser humano para hacerle frente a las adversidades de la vida, superarlas e inclusive, ser transformados por ellas”²⁵.

Algunas características que condicionan la capacidad de resiliencia en los niños según Zolkoski & Bullock¹⁵, son el género, el temperamento, las relaciones con pares y su núcleo familiar, este último es quizás el de mayor peso ya que es donde se inculca la moral y los valores que dictan la personalidad y su visión hacia la vida y donde construyen las bases para las relaciones interpersonales y comunitarias.

Dentro de los factores que favorecen a una buena salud mental se encuentra un modelo de educación, donde se promuevan los vínculos, las relaciones interpersonales y la conducta pro social, que van a favorecer a la formación de una buena red de apoyo en la institución, que le proporcione al niño un sentimiento de soporte y pertenencia, que contribuya a reducir las repercusiones en otros ámbitos de la vida.

Como señala el Ministerio de Educación Pública (MEP)²⁷ en su Informe Anual sobre el Sector Educativo presentado en el 2015, según lo determinado a través del el Proyecto de Apoyo a la Educación Secundaria para la Reducción del Abandono Escolar (ProEDUCA), dentro de las primeras causas del abandono escolar se encuentran la baja condición socioeconómica y la repitencia.

El ProEDUCA consiste en una iniciativa del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y del MEP²⁸, para determinar los factores contribuyentes al abandono escolar, realizado en el 2012; contó con la participación de 100 centros educativos públicos de secundaria, pertenecientes a comunidades con altos índices de pobreza y exclusión social; en él se determinó que la tasa de abandono para estas instituciones es del 17,1%, en tanto los recintos control fue del 9,3%, es importante recalcar que dentro de los centros seleccionados para este estudio se encuentra el Colegio Liceo de Pavas, localizado contiguo a la Escuela Ciudadela de Pavas y que recibe a la mayoría de la población estudiantil egresada de este centro.

Es vital generar iniciativas y actividades a nivel del sistema educativo para mejorarla anuencia a continuar con los estudios, algunos de los programas impulsados por el MEP son: la apertura becas estudiantiles y el servicio de orientación, con el fin de disminuir el gasto económico por parte de las familias, que se presenta como una de las principales limitantes.²⁷

2.5 TRASTORNOS MENTALES

Desde la niñez temprana se puede manifestar estados de desequilibrio y dificultades en la regulación del temperamento, que se presentan en forma de conflictos a la hora de adaptarse al medio ambiente, conductas inadecuadas y falta de autocontrol ante distintas situaciones cotidianas. Como lo indica Wlodarczyk *et al*¹⁹ el presentar un temperamento difícil desde la niñez es un factor predictor de enfermedades mentales, principalmente si se encuentra asociado a historia de familiar y otros factores de riesgo como se indicó en el apartado anterior.

Como lo menciona Aguirre³⁰ en su publicación *Prácticas de crianza, temperamento y comportamiento prosocial de estudiantes de educación básica*, el temperamento está determinado genéticamente bajo una base biológica, lo conforman la emotividad, actividad, sociabilidad e impulsividad y se va a expresar a través del carácter, el cual se desarrolla desde el inicio de la vida y se va forjando por medio de la enseñanza de los padres y familiares cercanos, las relaciones con otras personas y las experiencias postnatales.

Continuando con el autor previamente mencionado, la emotividad como su nombre lo indica, es la predisposición a responder a situaciones con sentimientos ya sea positivos o negativos, la actividad se refiere a los movimientos motores y el gasto de energía física, la sociabilidad es la capacidad de relación con otros individuos y a preferir la compañía y la impulsividad se relaciona con la reacción inmediata o precipitada ante una situación.

Se ha encontrado en investigaciones que en hijos de padres con antecedentes de afecciones mentales, existen indicadores de problemas externalizados e internalizados desde edades preescolares, como lo son la dificultad para concentrarse, mantener la atención, hiperactividad

y/o alta reactividad ante situaciones de estrés o miedo y por el contrario el ser introvertido, nervioso y la tendencia a retraerse socialmente en este periodo, son predictores de futuros problemas de esta índole a la edad escolar de ocho años.²⁹

Además, de acuerdo con el Informe sobre los Servicios de Salud en las Américas de la OMS¹¹, la incidencia de los trastornos mentales persiste en aumento, principalmente en los países con ingresos económicos reducidos, donde el acceso a un médico es difícil y los sistemas de salud cuentan con aporte insuficiente para atención especializada, y como consecuencia de los escasos recursos económicos, violencia, delincuencia, drogas, transición demográfica, desastres naturales y falta de recursos para el crecimiento social.

De lo anterior se desprende que las condiciones mentales son un problema de salud pública que representa una carga social importante, que pone en riesgo la salud y el progreso del país; la contaminación ambiental, el despilfarro de los recursos naturales, la migración hacia ciudades, hacinamiento, contaminación sónica, la mala alimentación y el sedentarismo contribuyen a que se generen desequilibrios mentales, es un llamado a fomentar los estilos de vida saludables, a cultivar la salud física y a cooperar con la comunidad para mejorar el ambiente, las relaciones interpersonales y disminuir el estrés de la vida diaria.

2.5.1 Epidemiología de los trastornos mentales

En un análisis sistemático de 52 estudios sobre la prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes en 27 países alrededor del mundo, realizado por el departamento de psiquiatría de la Universidad de Sao Paulo en Brasil, Polanczyk *et al.*¹, se determina que para el 2015 la prevalencia media de trastornos mentales fue de un 13.4%, reportándose con mayor frecuencia

los diagnósticos de trastornos de ansiedad con un 6.5%, el trastorno disruptivo de la conducta en un 5.7%, trastorno oposicionista desafiante un 3.6%, trastorno de déficit atencional con hiperactividad un 3.4%, depresión con un 2.6% y por último los trastornos de conducta un 2.1%.

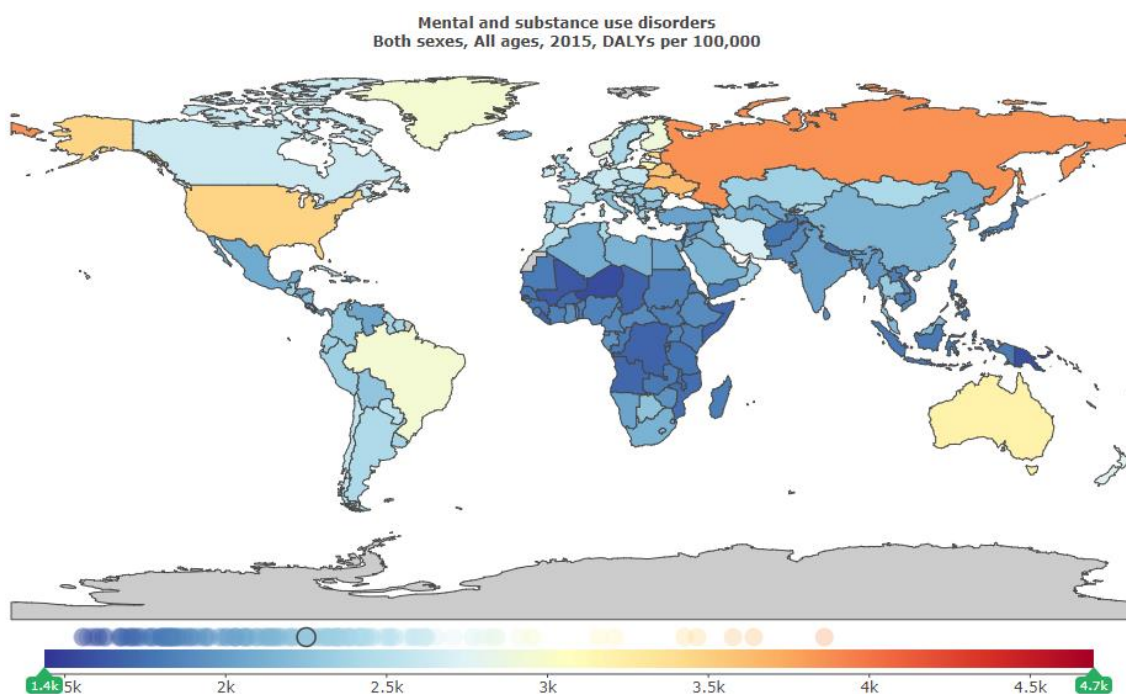
Sin embargo es imposible extrapolar o correlacionar estos resultados a la población global, debido a que a la fecha no existe ningún estudio internacional sobre el estado de salud mental, ni de la carga de los padecimientos mentales en niños y adolescentes, debido a la incongruencia entre la metodología aplicada entre las diferentes investigaciones a lo largo del mundo.

De igual manera, tampoco es posible correlacionarlo a nivel nacional, debido a que en Costa Rica durante los últimos 35 años no se ha realizado un estudio de tipo epidemiológico sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en la población adulta o en niños.²

De la misma manera, se puede crear una imagen global de la carga que tienen los trastornos mentales a nivel mundial a través de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (DALYs por sus siglas en inglés), que corresponden al total de años que se pierden debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo, de los cuales las afecciones psiquiátricas son responsables del 13% al 14%.²⁰⁻⁹

En el siguiente gráfico tomado del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) representa los DALYs como consecuencia de los trastornos mentales en la población general a nivel mundial, Costa Rica se señala con el círculo color negro:

Figura N. 2: Años de Vida Ajustados por Discapacidad de toda las edades a nivel mundial.



Fuente:³¹

2.5.2 Trastorno de conducta disruptiva, control de impulsos y trastorno de conducta

Representan la gran mayoría de las consultas y referencia a los distintos servicios especializados a nivel mundial²⁹, los niños que presentan dificultad en la regulación del temperamento al extenderse hacia el área de conducta predispone la aparición de problemas en el ámbito emocional, de relaciones sociales y principalmente el desarrollo cognitivo tienen riesgo aumentando de desarrollar algún trastorno internalizado o externalizado a futuro.

Las intervenciones preventivas más exitosas para reducir el riesgo de conducta agresiva y trastornos de conducta se enfocan en mejorar la capacidad social y la conducta pro social de los niños, los padres, compañeros y maestros.²⁰

Además, el carácter como se indicó en la sección anterior, es desarrollado y forjado desde la infancia en los hogares, algunos estudios³⁰ han identificado que niños pertenecientes a familias donde existe constante exposición a violencia, castigos severos y ambientes hostiles y que desarrollan alguno de los trastornos del espectro conductual, que persisten aun en la adolescencia y adultez, van a general las mismas condiciones en sus hogares a futuro, con familias perturbadas, sin estructura y con tendencia al control psicológico.

Dentro de la categoría de trastornos de conducta que afectan en la infancia, según el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en ingles), se incluyen en este apartado los siguientes trastornos:

Trastorno negativista desafiante

El trastorno oposicionista y desafiante tiene sus orígenes desde la infancia y se caracteriza por la manifestación de un patrón de conducta retórica, hostil y desobediente hacia las reglas y la autoridad, acompañada de la incapacidad para hacerse responsable por sus errores.³²

A causa del comportamiento expuesto se envuelven en discusiones y peleas constantes, generando un sentimiento persistente de tristeza, disconformidad, ira y enojo, sin embargo no llegan a presentar conductas destructivas o agresión física hacia sí mismos u otros.

Como consecuencia da origen a deterioro en el funcionamiento en el ámbito académico, principalmente por inatención o falta de participación, a pesar de presentar desarrollo cognitivo e inteligencia adecuada, en las relaciones con pares, por el rechazo por parte de los compañeros y en el hogar, por problemas con los padres.

El tratamiento de este trastorno se basa en modificar las conductas del niño estableciendo mejores límites, trabajando en el ambiente familiar y en las relaciones de los niños con sus padres, ayudando a establecer mejores vínculos afectivos con los mismos, de esta manera se trabaja en las habilidades de convivencia del niño, se mejora el estado anímico y así fomenta las habilidades del niño para relacionarse con otros.

Trastorno explosivo intermitente

Se caracteriza por conductas agresivas que se presentan ya sea física o verbalmente, se dan en forma de berrinches o peleas como respuesta a un agente estresante, que en términos normales no sería capaz de desencadenar ésta reacción. El cuadro se desarrolla sin llegar a generar daño severo otros individuos o animales, se presenta en niños mayores de seis años, y además puede llegar a interferir en las relaciones con pares, otros familiares y en el rendimiento escolar.³²

Trastorno de conducta

El trastorno de conducta propiamente dicho, se refiere al conjunto de actitudes que se presentan desde la niñez o adolescencia, caracterizadas por agresión física o daño hacia otras personas o animales, con comportamientos que a diferencia de los mencionados previamente, trasciende a la destrucción de la propiedad ajena o personal, violación de las reglas y engaños o actos delictivos. Su prevalencia es del 6% al 16% en Estados Unidos y se presenta más frecuentemente, con marcada diferencia, en hombres en un 6% al 16%, que en mujeres, en un 2% al 9%.³³

Algunos de los factores de riesgo para desarrollar este trastorno son exposición física a violencia o por medio de video juegos, música u otros medios tecnológicos, abuso físico, psicológico y/o sexual y regímenes familiares punitivos.

Según se ha documentado a través de estudios de neuroimagen, en comparación con niños sanos de la misma edad, los niños que padecen de trastornos de conducta presentan disminución de la sustancia gris en regiones del sistema límbico, en la corteza insular bilateral y en la región izquierda de la amígdala. En adición a través de exámenes de laboratorio se determinó que existe una menor cantidad plasmática de dopamina 3-hidroxiilase, enzima encargada de convertir la dopamina en norepinefrina.³³

Según el DSM-5³² se van a clasificar en tres subtipos, que va a depender de la edad de aparición de los síntomas:

1. Tipo de inicio infantil: síntomas antes de los diez años.
2. Establecido en la adolescencia: síntomas después de los diez años.
3. No especificado: edad desconocida de inicio de síntomas.

En cuanto a su tratamiento Kaplan & Sadock³³ recomiendan para la irritabilidad, labilidad emocional e impulsividad, el uso de Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina (ISRS), algunos de ellos la fluoxetina, sertralina, paroxetina o citalopram; se ha comprobado que los antipsicóticos típicos como el haloperidol y atípicos como el risperidol han sido eficaces para el comportamiento abusivo y agresivo.

2.5.3 Trastorno de déficit atencional e hiperactividad

El trastorno de déficit atencional e hiperactividad (TDAH) consiste en un desorden psiquiátrico que se presenta en un 3% a un 7% de los niños durante la educación media³⁴, como su nombre lo indica, se presenta con dificultad para mantener la atención, impulsividad y/o hiperactividad, se puede prolongar a lo largo de la vida, presentándose en un 60 al 85% de los casos inclusive hasta edades adultas.³³

El presentar TDAH puede llegar a interferir con el funcionamiento y desarrollo del niño, crear dificultades para socializar, baja autoestima, causando un deterioro significativo en las actividades diarias, en la vida social, académica y familiar; comúnmente se ve asociado a otras condiciones como trastornos de aprendizaje, trastornos disruptivos de la conducta y ansiedad.

Como puntualiza Ramos *et al.*³⁵, varios autores han demostrado que este trastorno además puede generar repercusiones importantes en otros ámbitos de la vida como la regulación del comportamiento, control de emociones, memoria de trabajo y la planificación. Por lo cual se presenta como un problema social importante, ya que al ser tan común pasa desapercibido al ojo de individuos con poco entrenamiento y al no ser detectado tempranamente se puede llegar a generar consecuencias de esta índole, que eventualmente va a crear un efecto domino y repercutir en otros individuos de la comunidad, compañeros de clase, familiares, así como económicamente en los servicios de salud.

Al respecto, es importante educar a los padres de familia sobre la existencia de este desorden y su detección temprana, así como su manejo con medidas no farmacológicas, con el fin de evitar que trascienda a generar conductas de difícil manejo y reversibilidad.

Por lo demás, según el DSM-V³² en su última actualización, para hacer el diagnóstico de este desorden, se deben de presentar síntomas antes de los doce años, concepto que fue modificado a partir de esta actualización, ya que previamente se tomaba como edad límite los siete años.

Según la referencia mencionada anteriormente, se va a clasificar en tres tipos:

1. Presentación mixta
2. Predominantemente síntomas de inatención
3. Predominantemente síntomas de hiperactividad e impulsividad

2.5.4 Trastornos emocionales

Los trastornos de tipo emocional pueden manifestarse desde etapas preescolares y escolares tempranas, algunos síntomas predictores como emociones negativas principalmente, traducen probables padecimiento de tipo internalizados en edades escolares tardías.²⁹

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de este espectro que se presentan en infancia son: el trastorno de ansiedad por separación, el mutismo selectivo, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizado; comúnmente se mantienen bajo una misma categoría ya que tienden a presentarse en conjunto y el manejo y tratamiento son los mismos.

- Trastorno de ansiedad por separación

Constituye el trastorno de ansiedad más frecuente en menores de 12 años, aparece en gran medida como resultado del inicio de la vida escolar al alejarse del hogar y de su figura de poder (madre, padre u otro), se presenta en forma de rechazo a ir a la escuela y otros lugares, o a través de síntomas psicósomáticos como cefaleas, dolor de estómago y pesadillas, causando repercusiones importantes a nivel del desarrollo.³³

En condiciones normales en cuanto el niño gana confianza en sí mismo y en el entorno escolar el cuadro desaparece, sin embargo en los niños que padecen de este trastorno la ansiedad generada por estas situaciones aumenta exponencialmente en vez de disminuir.

Figura N. 3: Criterios diagnósticos del DSM-V para el trastorno de ansiedad por separación

Criterios diagnósticos	309.21 (F93.0)
<p>A. Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego. 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte. 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego. 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación. 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares. 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego. 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación. 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego. <p>B. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos.</p> <p>C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro autista, delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos, rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia, preocupación por una salud enfermiza u otro daño que pueda suceder a los allegados u otros significativos en el trastorno de ansiedad generalizada, o preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.</p>	

Fuente:³²

Al igual que en los trastornos de conducta, los niños con ansiedad por separación se ha determinado por neuroimagen que también van a presentar alteraciones con respecto a niños sanos de su edad, en este caso van a ser de tipo funcional, presentan una sobre activación a nivel de la amígdala al exponerse a estresores, esta característica se mantiene a través del tiempo.³³

- Mutismo selectivo

El mutismo selectivo consiste en la cuarta clase de trastorno de ansiedad que comúnmente se presenta previo a los cinco años de edad, se caracteriza por pánico a hablar en circunstancias específicas como la escuela, con salvedad del ámbito familiar y en el hogar que confiere seguridad al niño.

- Trastorno de ansiedad social (fobia social)

Se conoce con este nombre sentimientos de estrés, incomodidad, ansiedad y miedo excesivo generado al encontrarse en ambientes sociales o al relacionarse con otras personas, tanto con otros niños de la misma edad como con mayores, presentado síntomas como sudoración, taquicardia y hasta incapacidad para hablar.

El tratamiento consiste en una combinación de terapia conductivo conductual y farmacoterapia con inhibidores selectivos de la receptación de serotonina (ISRS), combinados o por si solos, han demostrado eficacia.³³

La importancia de su manejo temprano radica en las altas repercusiones en la calidad de vida del niño, como lo son mal rendimiento académico, deserción escolar y en edades adultas, problemas en el ámbito laboral y en las relaciones de pareja.

Figura N. 4: Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad social según el DSM-V.

Criterios diagnósticos	300.23 (F40.10)
A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla).	
Nota: En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.	
B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen, que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).	
C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad.	
Nota: En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.	
D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.	
E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.	
F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.	
G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	
H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica.	
I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explican mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro autista.	
J. Si existe otra enfermedad (p. ej., enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones), el miedo, la ansiedad o la evitación deben estar claramente no relacionados con ésta o ser excesivos.	

Fuente: ³²

- Trastorno de ansiedad generalizada

Esta afección se presenta el cuadro mencionados al inicio de la sección, su inicio comúnmente es en adolescencia, más se puede dar desde edades tempranas³², se presenta como actitud negativa, irritabilidad, tensión, miedo exagerado, trastornos del sueño y cansancio físico y se presenta en igual medida en hombres o mujeres.³³

Figura N. 5: Criterios diagnósticos del DSM-V para el trastorno ansiedad generalizada.

Criterios diagnósticos	300.02 (F41.1)
<p>A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).</p> <p>B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):</p> <p>Nota: En los niños solamente se requiere un ítem.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.2. Facilidad para fatigarse.3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.4. Irritabilidad.5. Tensión muscular.6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). <p>D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).</p> <p>F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés posttraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).</p>	

Fuente: ³²

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación consiste en un estudio de tipo cuantitativo, cuyo fin es determinar el estado de salud mental de los escolares de dos centros educativos; para ello se aplica el instrumento Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ, por sus siglas en inglés), el cual clasifica los resultados con base en la medición numérica de 25 preguntas, divididas en cinco dimensiones de cinco preguntas cada una, para realizar una sumatoria de todas ellas obteniendo el resultado final, que constituye la escala total de dificultades.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación consiste en un proceso de tipo descriptivo, clasifica los datos según su observación y no se realiza ninguna intervención o se da seguimiento a la población, por lo que se considera un estudio exploratorio de corte transversal ecológico.

3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Área de estudio: Escuela Ciudadela de Pavas, centro educativo público y Escuela Santa Catalina de Sena, centro educativo privado, Pavas, San José, Costa Rica.

Fuentes de información primaria: estudiantes de primaria entre siete y doce años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena.

Fuentes de información secundaria: artículos de revisión basados en estudios realizados en diferentes países latinoamericanos, europeos y asiáticos.

Universo: todos los estudiantes que cursen primero y segundo ciclo en la Escuela Ciudadela de Pavas y Escuela Santa Catalina de Sena.

3.3.1 Población

La población está conformada por niños que se encuentran cursando primero y segundo ciclo de primaria, entre el rango de edades de siete a doce años, de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena.

3.3.2 Muestra

El proceso de muestreo se realiza mediante un barrido bajo un efecto de consentimiento informado incluyendo a todos los estudiantes de ambas instituciones, de manera de que se cumple con un margen de error mínimo aceptable y un nivel de confianza superior o igual al 95%.

N= total de estudiantes de siete a doce años, entre primero y sexto grado de la Escuela Ciudadela de Pavas con 944 estudiantes y la Escuela Santa Catalina de Sena con un total de 316 alumnos.

n= posterior a realizar el barrido se obtiene una muestra de 322 estudiantes en la escuela pública y 88 niños en la escuela privada.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión

- Criterios de inclusión
 - ✓ Niños dentro del rango de edades de siete a doce años conocidos sanos.
 - ✓ Niños que no se encuentren en control psiquiátrico o psicológico.

- Criterios de exclusión
 - ✓ Estudiantes de secundaria de la Escuela Santa Catalina de Sena.
 - ✓ Estudiantes en los cuales los padres no autoricen la participación en el estudio.
 - ✓ Consentimiento informado incompleto o sin firmar.
 - ✓ Cuestionarios incompletos.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

En el país actualmente no se cuenta con un instrumento aprobado para el tamizaje de trastornos mentales, por lo que se recurre a buscar un instrumento internacionalmente aprobado y aplicado en estudios en Centroamérica, países europeos como España, Inglaterra, Suecia, Noruega, entre otros y en el continente asiático en China y Japón.

El Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) fue desarrollado por el Dr. Robert Goodman en el Instituto de Psiquiatría en Londres en 1997, desde entonces ha sido mundialmente aplicado por su accesibilidad y fácil comprensión, el cuestionario consta de 25 preguntas que se dividen en cinco dimensiones, cada una de ellas con cinco ítems: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad o inatención, relaciones con pares y conducta pro social.³⁶

El instrumento es de tipo cuantitativo, se obtiene un puntaje por cada dimensión, las preguntas de cada categoría se califican con base a una escala de Likert, las respuestas no es cierto, un tanto cierto y absolutamente cierto poseen un valor de cero, uno y dos respectivamente. Tras obtener el resultado de cada dimensión se realiza una sumatoria de las cuatro primeras escalas, excluyendo la de conducta pro social, para obtener el resultado de la escala total de dificultades, cuyos valores van de uno a cuarenta, de acuerdo con el formato de calificación propuesto por Goodman *et al.*³⁶, de acuerdo con el resultado de esta sumatoria, se categoriza en normal, límite o anormal.

Se elige este cuestionario para la presente investigación por su brevedad, fácil comprensión y aplicación, se puede utilizar en un rango amplio de edades, desde los dos a los diecisiete años,

existen tres versiones: la auto administrada, para maestros y la de padres, esta última es la que se aplica en la presente investigación.

3.4.1 Validez de un cuestionario

El instrumento, Strengths and Difficulties Questionnaire, ha sido ampliamente utilizado y validado su estructura interna en múltiples países como Gran Bretaña, Italia, Finlandia, Australia, Alemania, España, Japón, China, Chile, Grecia, entre otros países.

El cuestionario está disponible en más de 40 idiomas, su validez interna ha sido estudiada de igual manera mundialmente, su versión en español fue validada por Rodríguez, Hernández *et al.*³⁷ en una muestra de 595 niños residentes de las islas canarias, en el cual se comprobó las propiedades psicométricas del instrumento por cada dimensión estudiada, utilizando el coeficiente de alpha Cronbach y desviación media.

Las tres diferentes versiones aplicables del instrumento se sometieron a estudio en una población australiana, donde se evidencia que administrando únicamente la versión para padres la sensibilidad es de 29.8%, a pesar de esto en esta misma publicación se determinó que al utilizar solo un tipo de cuestionario el valor predictivo positivo se mantiene idéntico al ser aplicado tanto en padres como en maestros³⁸, es por esta razón que se decidió emplearlo en padres de familia, ya que se tiene una valoración individualizada del niño en su contexto familiar.

3.4.2 Confiabilidad

En la investigación científica existen múltiples instrumentos de valoración y tamizaje, con el fin de confirmar su capacidad para detectar enfermedad o ausencia de la misma, se desarrollaron

métodos estadísticos para calcular su nivel de fiabilidad, como lo es el α de Cronbach, cuya utilidad es determinar la consistencia interna de un instrumento, que radica en la correlación entre cada uno de los ítems de un cuestionario con calificación bajo una escala de Likert o cuantitativa, posee un rango entre cero y uno, donde valores entre .70 y .90 se traducen como un adecuada consistencia interna.

En un análisis sobre las propiedades psicométricas del SDQ, realizada por la Universidad de Santiago en Chile, al validar la versión en castellano para padres, se encuentra que cada una de las escalas presenta fiabilidad sub óptima, con una consistencia interna entre .30 en la dimensión de conducta prosocial y .65 síntomas emocionales, no obstante en la escala total de dificultades se determinó un valor de .79 dentro del rango adecuado, lo que indica que a pesar de que cuatro de las dimensiones del instrumento presenta valores bajos, la sumatoria de las mismas para la puntuación final es superior al límite, comprobando su capacidad como herramienta de tamizaje.³⁶

En el estudio australiano realizado por Vazet *al.*³⁸ se corrobora lo descrito por otros autores³⁹, donde se encuentra que cada una de las dimensiones del instrumento se encuentra por debajo del coeficiente interno deseado, se plantea un coeficiente de .67 en la dimensión de conducta prosocial, .66 en la de síntomas emocionales, .58 en problemas de conducta y .53 problemas con pares, con salvedad de la dimensión de hiperactividad/inatención con un α de Cronbach de .76.

3.4.3 Procedimiento metodológico

Para la evaluación del instrumento, se utilizaron los rangos de valores propuestos por los autores, disponibles en su sitio web⁴⁰, donde se califican los cuestionarios en las categorías normal, límite y anormal, según la sumatoria de los valores de las respuestas no es cierto, un tanto cierto y absolutamente cierto, que van a tener un puntaje de cero, uno y dos respectivamente, con excepción de las preguntas númerosiete, 11, 14, 21, 25, donde su calificación es inversa:

Tabla N. 1: Rangos de clasificación de las dimensiones del SDQ

Dimensión/Escala	Normal	Límite	Anormal
Síntomas emocionales	0-3	4	5-10
Problemas de conducta	0-2	3	4-10
Hiperactividad	0-5	6	7-10
Relaciones con pares	0-2	3	4-10
Conducta pro social	6-10	5	0-4
Escala total de dificultades	0-13	14-16	17-40

Fuente:⁴⁰

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es de tipo no experimental, ya que únicamente se observan las variables y se procede a catalogarlas sin realizar alguna intervención, así como transversal ya que se recolectan datos en un solo periodo de tiempo, sin dar seguimiento a la población. Para el análisis de los resultados se recurre al software estadístico STATA versión 13.0.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Objetivo Especifico	Variable	Definición conceptual	Dimensión	Instrumento
1. Caracterizar la población según el sexo, edad, grado escolar y centro educativo de una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017.	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina del ser humano, de los animales y las plantas	Masculino Femenino	Cuestionario de capacidades y dificultades (strengths and difficulties questionnaire - SDQ)
	Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Niños de edades entre 7 y 12 años.	
	Grado escolar	Cada una de las secciones en que sus alumnos se agrupan según su edad y el estado de sus conocimientos y educación.	Individuos cursando años escolares de primero a sexto grado.	
2. Evaluar la salud mental de cada centro a través de las dimensiones de	Salud mental	Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus	Síntomas emocionales	Cuestionario de capacidades y

<p>problemas de conducta, síntomas emocionales, hiperactividad, relaciones con pares y comportamiento pro social en una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017.</p>		<p>propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad</p>	<p>Problemas de conducta Hiperactividad Relaciones con pares Conducta pro social</p>	<p>dificultades (strengths and difficulties questionnaire (SDQ))</p>
<p>3. Identificar los grupos de mayor riesgo al deterioro de la salud mental, según la puntuación de cada dimensión evaluada y de la escala</p>	<p>Normal</p>	<p>Por su naturaleza, forma o magnitud, se ajusta a ciertas normas fijadas de antemano. Ausencia de enfermedad.</p>	<p>Centro educativo público Centro educativo</p>	<p>Cuestionario de capacidades y dificultades (strengths and</p>

total de dificultades en una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017.	Límite	Línea real o imaginaria que separa dos terrenos, dos países, dos territorios.	privado	difficulties questionnaire (SDQ)
	Anormal	Persona cuyo desarrollo físico o intelectual es inferior al que corresponde a su edad		
4. Comparar la salud mental de la población por cada centro educativo, según los resultados de la escala total de dificultades en una muestra de niños entre 7-12 años de una escuela pública y una escuela privada, San	Educación privada	Enseñanza que se da en centros no estatales.	Síntomas emocionales Problemas de conducta Hiperactividad	Cuestionario de capacidades y dificultades (strengths and difficulties questionnaire -SDQ)

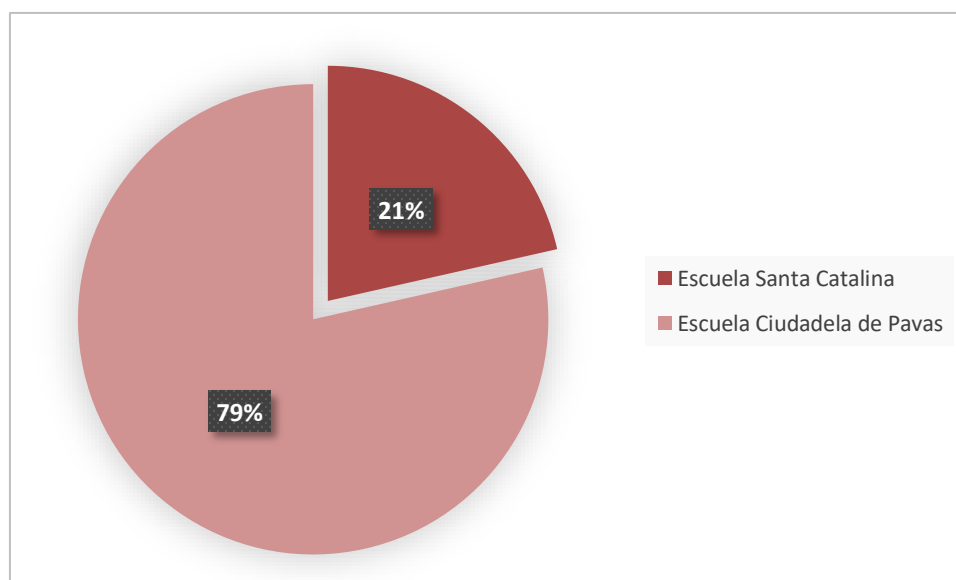
José, Costa Rica, marzo-abril 2017.	Educación pública	Enseñanza que depende directa y totalmente del Estado.	Relaciones con pares Conducta pro social Escala total de dificultades.	
-------------------------------------	-------------------	--	--	--

Fuente: Elaboración propia (2017)

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Figura N. 6: Distribución por centro educativo de los niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.

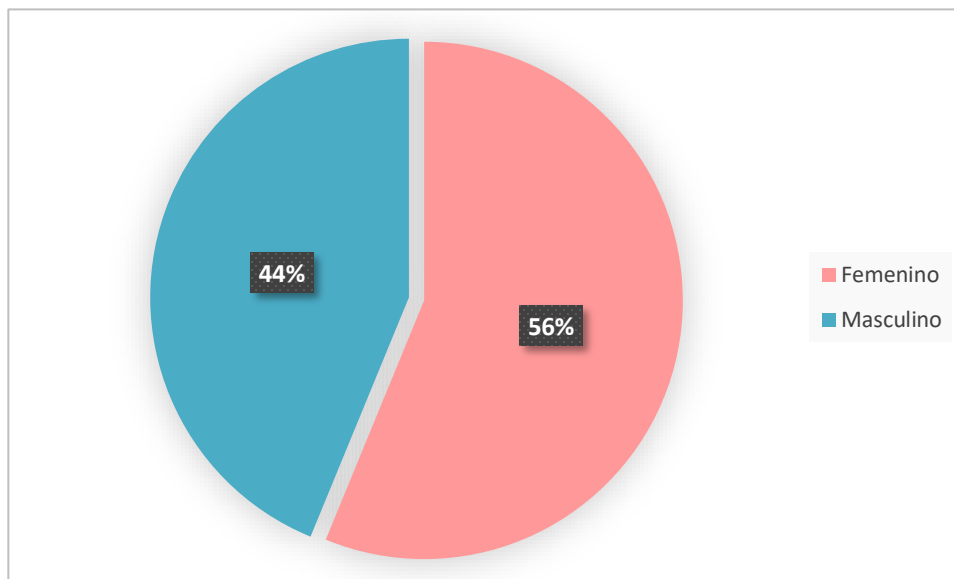


Fuente: Elaboración propia (2017)

En la figura N.6 se establece que de un total de población de 410 personas ($n=410$), 88 niños pertenecen al centro educativo privado Santa Catalina de Sena, lo que corresponde a un 21,46% de la muestra total y 322 estudiantes al centro educativo público Ciudadela de Pavas para un 78,54 % de la población en estudio.

Se observa que la mayor cantidad de estudiantes de la muestra pertenece al centro público, la población total de esta institución corresponde a 944 estudiantes distribuidos entre primero y sexto grado, de los cuales un 34,11% de los padres de familia autorizó la participación de sus hijos en el estudio, mientras que el centro privado de una población total de 316 estudiantes en los mismos años escolares únicamente un 27,85% de las familias brindó consentimiento para la participación.

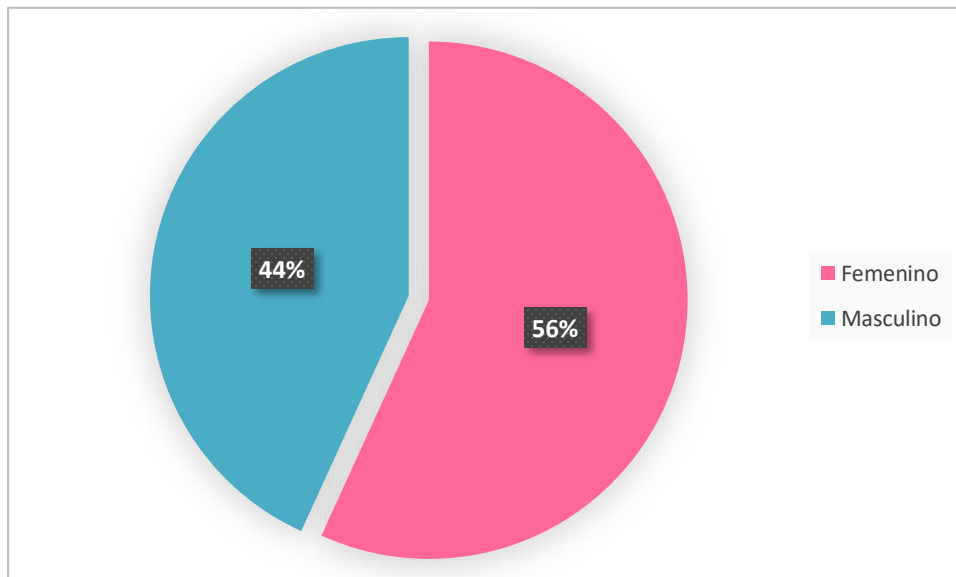
Figura N. 7: Distribución por sexo de los niños de 7 a 12 años de la Escuela Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

En el gráfico N.7 se puede observar la distribución según el sexo de los estudiantes de la Santa Catalina de Sena, de la muestra de 88 personas ($n=88$), 50 individuos corresponden al sexo femenino, para un 56% del total y 38 individuos pertenecen al sexo masculino para un 44% de la muestra de este centro.

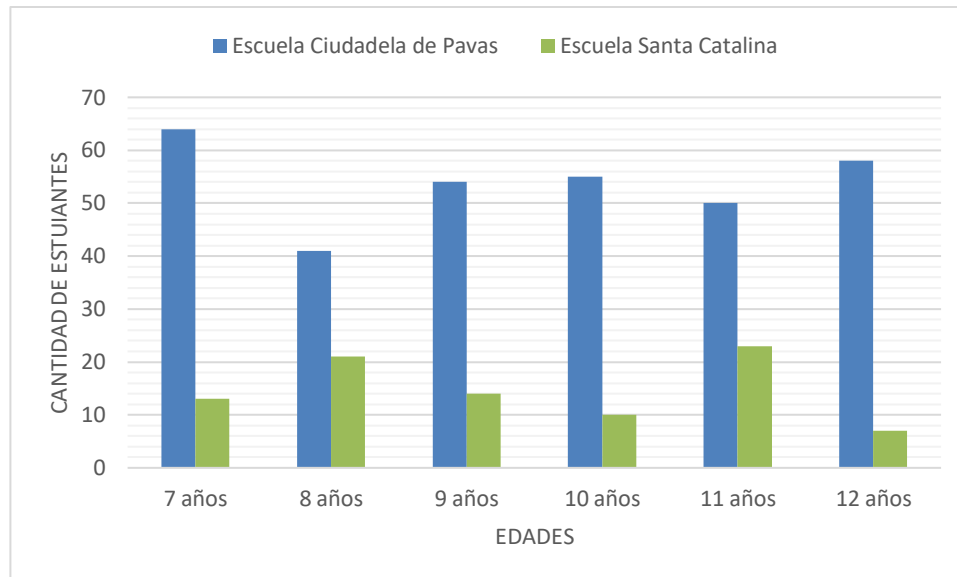
Figura N. 8: Distribución por sexo de los niños de 7 a 12 años de la Escuela Ciudadela de Pavas, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

Con respecto al centro educativo público Ciudadela de Pavas, en el gráfico N.8 se representa la distribución por sexo en esta muestra de 322 estudiantes, 181 niños participantes son del sexo femenino, para un porcentaje de 56,21% y del sexo masculino son 141 estudiantes para un 43,79% de la totalidad de los colaboradores.

Figura N. 9: Distribución por edad de los niños de 7 a 12 años de la Escuela Ciudadela de Pavas y Escuela Santa Catarina de Sena, marzo-abril, 2017.



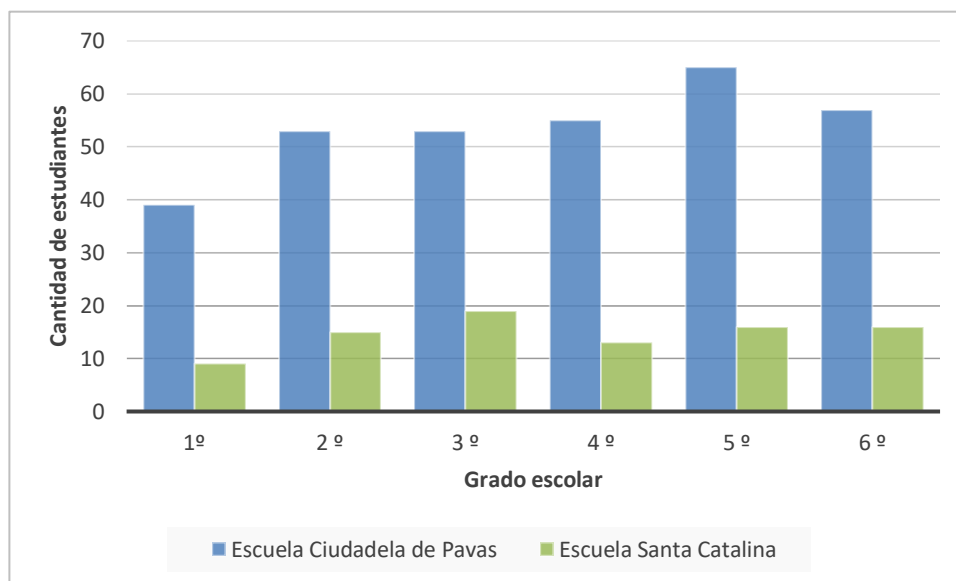
Fuente: Elaboración propia (2017)

Como se aprecia en el figura N.9, con respecto a la distribución de estudiantes por edades en ambos centros educativos, en la Escuela Ciudadela de Pavas de un total de 322 personas, 19,88% tiene siete años, 12,73% tiene ocho, 16,77% de los individuos posee nueve años, 17,08% tiene diez años de edad, de once años corresponden a un 15,53% y un 8,01% de los niños con doce años.

Del total de 88 personas participantes de la Escuela Santa Catalina de Sena, 14,77% cumplió en este período los siete años, 23,86% ocho años, de nueve años hay un 23,86%, un 11,36% con diez años, de once años dio consentimiento un 26,14% y tan solo un 7,95% de doce años.

En conjunto (n=410) participaron 77 niños de siete años, 62 estudiantes de ocho años, 68 de nueve años, 65 de once años y un total de 73 alumnos de doce años.

Figura N. 10: Distribución por grado escolar de los niños de 7 a 12 años de la Escuela Ciudadela de Pavas y Escuela Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

Según el gráfico N.10, con respecto a la distribución según grado escolar de la Ciudadela de Pavas, de un total de 322 estudiantes ($n=322$), un 12,11% de los niños se encuentra cursando primer grado, 16,46% segundo grado, 16,46% tercer grado escolar, 17,08% cuarto grado, en el año escolar, de quinto grado un 20,19% y por último en sexto grado un 17,70% del total.

En cuanto a la Escuela Santa Catalina de Sena de un total de población de 88 individuos ($n=88$) únicamente un 10,23% de los niños cursa primer grado, accedió a participar un 17,05% de segundo grado, un 21,59% del total son de tercer grado, un 14,77% de estudiantes de cuarto grado. 18,18% de quinto grado y por igual un 18,18% de sexto grado. Del total de la muestra, 48 niños cursan primer grado, 68 están en segundo grado, 72 de ellos en tercer grado, 68 de cuarto grado, 81 son de quinto grado y de sexto grado 73 escolares.

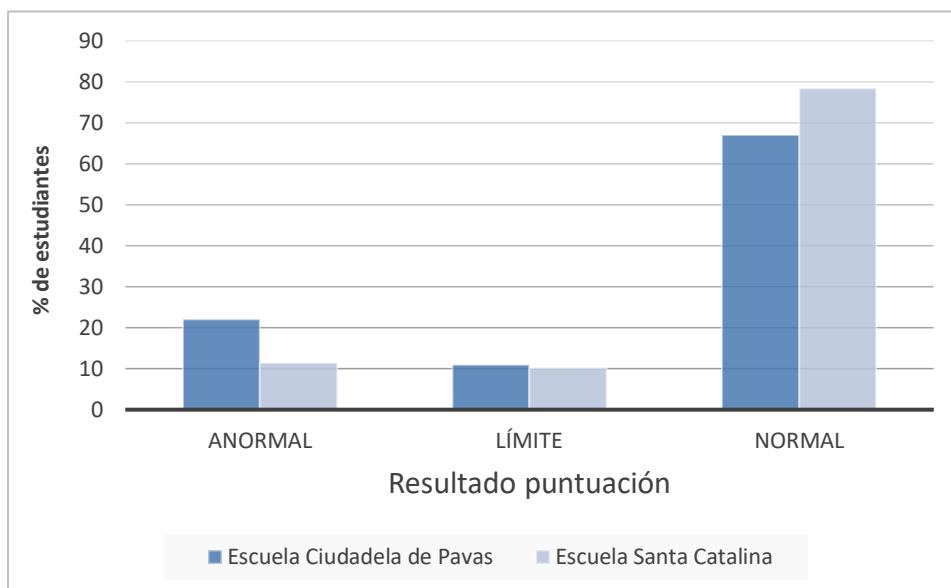
Tabla N. 2: Distribución por informantes de los resultados de los niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.

Escuela	Informante							
	Madre		Padre		Otro		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ciudadela de Pavas	290	90,06	29	9,01	3	0,93	322	100,00
Santa Catalina de Sena	67	76,14	19	21,59	2	2,27	88	100,00
Total	357	87,07	48	11,71	5	1,22	410	100,00

Fuente: Elaboración propia (2017)

Según lo reportado en los Cuestionarios de Capacidades y Dificultades (SDQ) sobre el informante, como se puede visualizar en el tabla N.2, la gran mayoría de las encuestas fueron completadas por las madres de familia, con un amplio porcentaje del 90% y 76,14% para la primera y segunda escuela respectivamente; en el caso de los padres, tan solo un 9% de ellos se reportó como informante en la escuela pública, mientras que en la privada el porcentaje es mayor con un 21,59%, menos de un 1% de ellos corresponde a otros familiares quienes son cuidadores, abuelos o tíos en el primer centro, en el privado alcanza únicamente un 2,27%.

Figura N. 11: Distribución en porcentajes según resultados de la dimensión síntomas emocionales de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

En el gráfico anterior se demuestra que con respecto al puntaje de la dimensión de síntomas emocionales del total de la muestra de 410 estudiantes, 81 individuos obtuvo un resultado anormal con un porcentaje con respecto al total de la población de un 19,76%, 44 de ellos tuvieron una calificación dentro de los valores correspondientes a la categoría límite, con un 10,73% y la porción más numerosa de 285 niños gozó de cuestionarios con puntajes normales, en un 69,51%.

Tabla N. 3: Distribución por sexo y resultados de la dimensión síntomas emocionales de los niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.

Sexo	Anormal		Límite		Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Femenino	48	59,26	24	54,55	159	55,79	231	56,34
Masculino	33	40,74	20	45,45	126	44,21	179	43,66
Total	81	100,00	44	100,00	285	100,00	410	100,00

Fuente: Elaboración propia (2017)

En la tabla N.3 se presenta la distribución por sexo y puntuación de síntomas emocionales de niños de 7 a 12 años, en la escuela pública con una muestra de 322 niños (n=322), y en la Escuela privada Santa Catalina de Sena con muestra de 88 personas (n=88), se muestran resultados anormales un 59,26% corresponde a mujeres para un valor de 48 niñas, mientras que los varones obtuvieron un 40,74% del total de esta clase de 33 niños.

Con respecto a las calificaciones límite, esta corresponde a 24 niñas para un porcentaje de 54,55% y 20 niños para valor porcentual de 45,45 %. Se encuentran dentro de valores normales 159 estudiantes de sexo femenino correspondiente 55,79% y 126 estudiantes de sexo masculinos correspondientes a un 44,21%.

Tabla N. 4: Distribución por resultados de la dimensión de problemas de conducta de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.

Centro Educativo		Anormal		Límite		Normal		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ciudadela de Pavas		89	27,64	63	19,57	170	52,80	322	100,00
Santa Catalina de Sena		13	14,77	17	19,32	58	65,91	88	100,00
Total		102	24,88	80	19,51	228	55,61	410	100,00

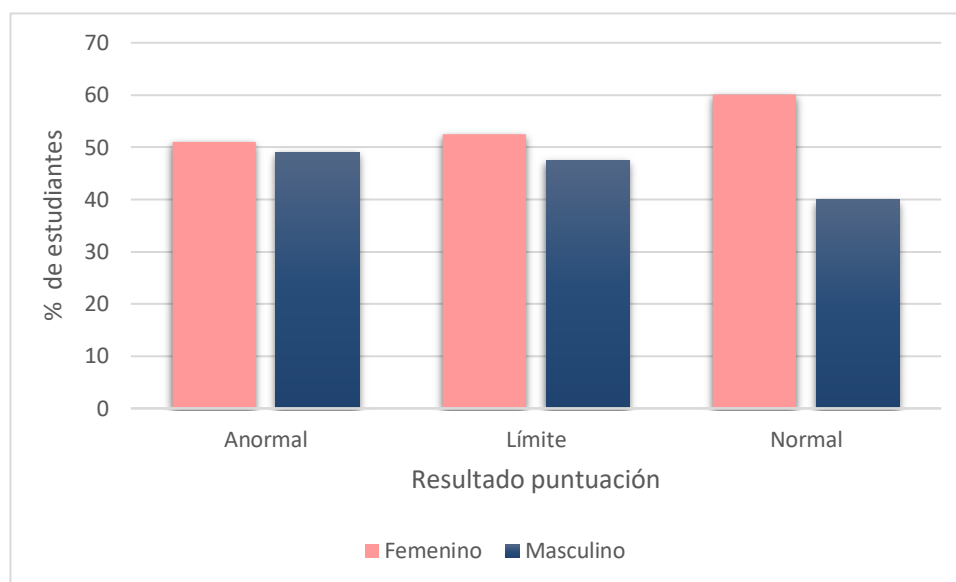
Fuente: Elaboración propia (2017)

En la tabla N.4 se establece la distribución porcentual de los puntajes de la dimensión de problemas conductuales, en la escuela pública de 322 niños estudiados (n=322), 89 tuvieron resultados anormales con un 27,64%, 63 con calificaciones límite para un 19,57%, nuevamente la mayor parte con resultados normales con un total de 170 estudiantes para un 52,80%.

En contraste el centro privado presentó del total de 88 (n=88), 13 test fueron anormales, un 14,77%, 17 límites para un 19,32% y 58 en rango normal para un 65,91%. Nuevamente para esta dimensión la institución privada presenta los porcentajes más altos de test alterados.

En total, 102 niños calificaron con resultados anormales con un porcentaje de del 24,88%, 80 estudiantes con puntajes límite para un 19,51% y 228 normales para un porcentaje de 55,61%, cercano a la mitad.

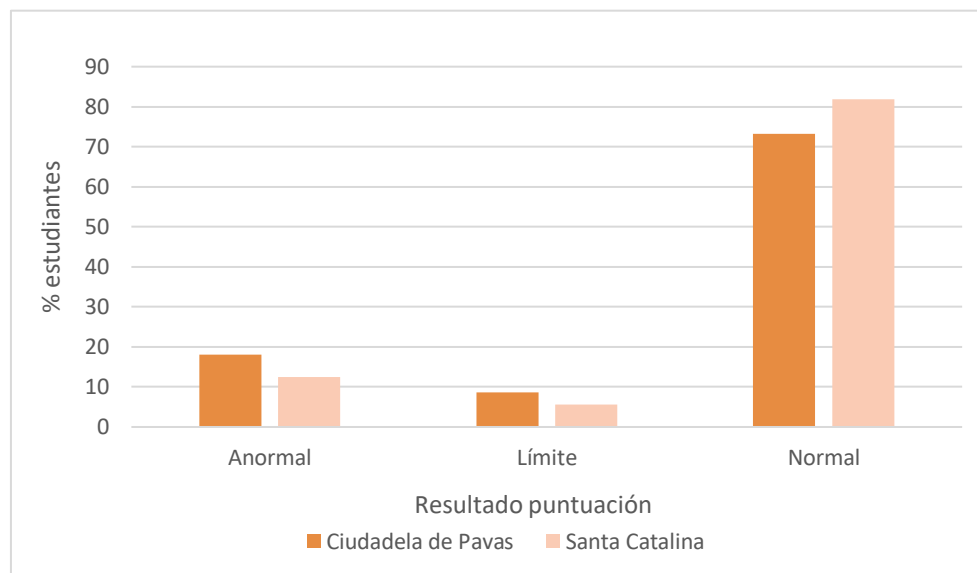
Figura N.12: Distribución por sexo y resultados de la dimensión problemas de conducta de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

En la figura N.12 se observa la distribución porcentual por sexo y puntuación de la dimensión de problemas de conducta de los estudiantes entre las edades 7 a los 12 años; en la escuela pública se cuenta con una muestra de 322 niños estudiados ($n=322$), y en la escuela privada la muestra es de 88 personas ($n=88$); como resultado anormal calificaron el 52 mujeres, mientras que varones 50 del total. Con calificaciones límite, 42 son niñas y 38 niños, en cuanto a la categoría de normal al igual que en la pasada dimensión se encuentran la mayor parte de estudiantes y son 137 del sexo femenino y 91 del sexo masculino.

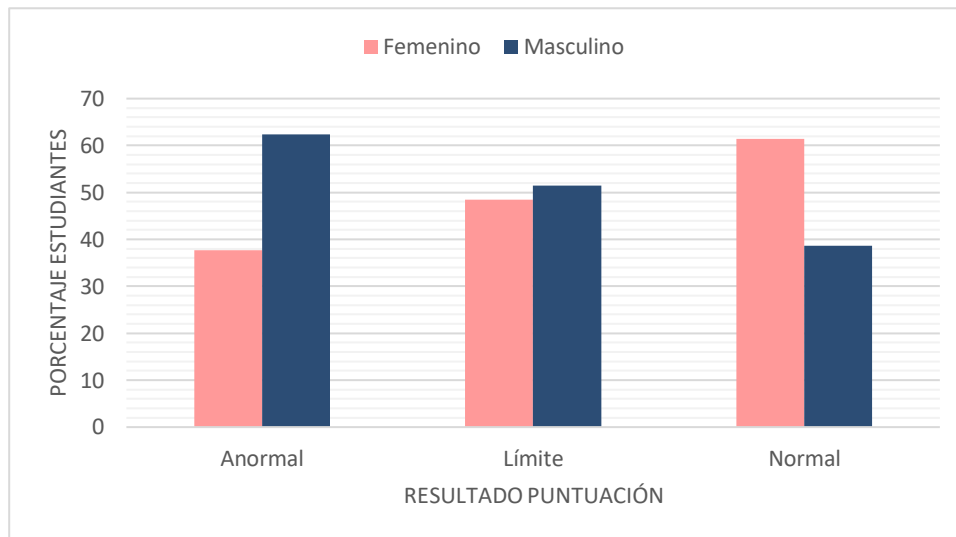
Figura N. 13: Distribución por resultados de la dimensión de hiperactividad de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

En la figura N.13 se representa que del total de la muestra de ambos centros (n=410), 69 presentaron evaluaciones con resultados dentro de valores anormales, para un 16,83%, 58 estudiantes forman parte de la población de la escuela pública y 11 de la privada, de un total de 30 test con resultados límite, correspondientes a un 8,05%, 28 son de la Escuela Ciudadela de Pavas y 5 son del otro centro educativo; por último, en la categoría de normal con el mayor cantidad de test, la Escuela Santa Catalina de Sena tiene un total de 72 niños, mientras que en la institución pública fue un valor de 236 niños, para un total de 75,12% de test normales en 308 individuos.

Figura N. 14: Distribución por sexo y resultados de la dimensión de hiperactividad de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

El gráfico N.14 demuestra la distribución porcentual por sexo y puntuación de la dimensión de hiperactividad; en la escuela pública se cuenta con una muestra de 322 niños (n=322), y en la segunda con una muestra de 88 colaboradores (n=88); de la totalidad de calificaciones anormales, 26 corresponde al sexo femenino, de los varones tuvieron un valor de 43 niños, para un total de 69 cuestionarios. De los cuestionarios con resultado límite se cuenta con 16 niñas y 17 hombres un total de 33 cuestionarios. Se encuentran dentro de los valores normales 189 estudiantes de sexo femenino y 119 niños del sexo masculino, correspondientes a un total de 308 test con esta calificación.

Tabla N. 5: Distribución por resultados de la dimensión de problemas con pares de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.

Centro Educativo	Anormal		Límite		Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ciudadela de Pavas	73	22,67	55	17,08	194	60,25	322	100,00
Santa Catalina de Sena	15	17,05	2	2,27	71	80,68	88	100,00
Total	88	21,46	57	13,90	265	64,63	410	100,00

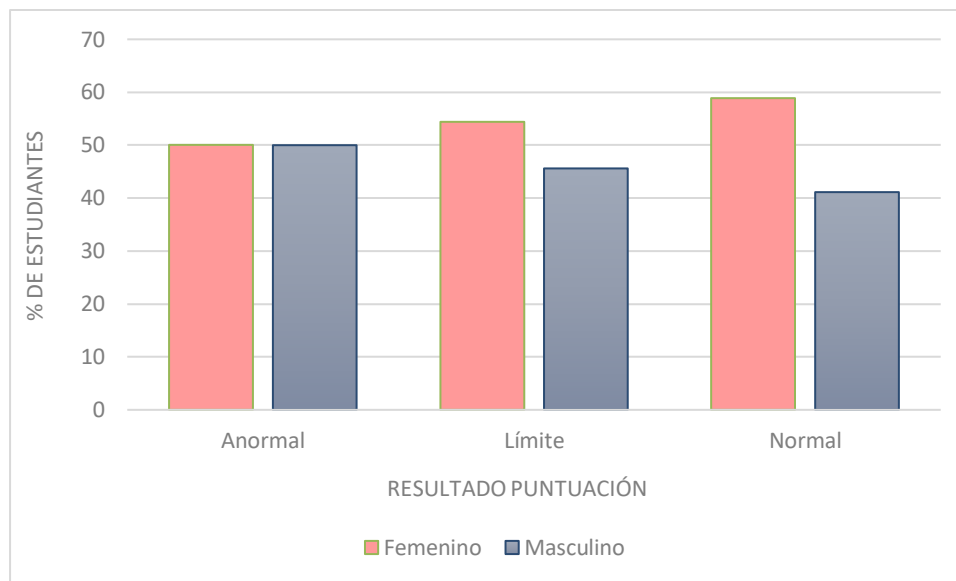
Fuente: Elaboración propia (2017)

Como se puede corroborar en la tabla N.5, se representan los resultados para la dimensión de relaciones con pares, los resultados entre ambas escuelas (n=410) presentan una amplia diferencia, en las calificaciones anormales, un total de 88 niños calificaron como anormal, de los cuales, 73 niños pertenecen a la Ciudadela de Pavas y 15 a la escuela privada.

En la siguiente clase, los resultados límite fueron 57 tests para un 13,90% del total, en el mismo orden de escuelas, para la primera escuela sólo un 17,08% calificó límite y de la escuela privada un 2,27%.

Continuando con el patrón presentado en todas las escalas anteriores, el mayor número se mantuvo dentro de rangos normales, entre ambas escuelas, un total de 265 estudiantes, para un 60,25%, con un total de 194 niños en la Ciudadela de Pavas y 71 en la Santa Catalina de Sena.

Figura N. 15: Distribución por sexo y resultados de la dimensión de problemas con pares en niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

Como se presenta en el figura N.15 con respecto a la dimensión de problemas con pares, de una muestra total de 410 estudiantes entre ambos centros (n=410), se puede observar que del total,88 niños poseen resultado anormal, para un valor de 44 niñas y 44 del sexo masculino, con un valor relativo de 44 niños.

Un total de 57 niños obtuvieron calificaciones límite, para un valor de 31 niñas y 26 varones, para valor porcentual de 45,61% de total de los resultados en hombres y con parámetros normales, 156 estudiantes de sexo femenino y 109 estudiantes de sexo masculino.

Tabla N. 6: Distribución por resultados de la dimensión de conducta pro social de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017

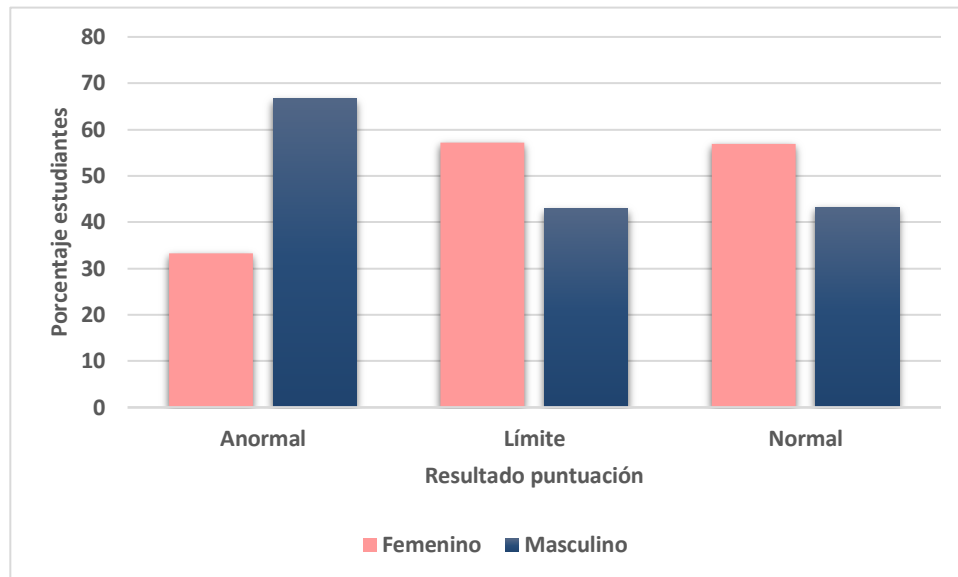
Centro Educativo	Anormal		Límite		Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ciudadela de Pavas	7	2,17	20	6,21	295	91,61	322	100,00
Santa Catalina de Sena	2	2,27	1	1,14	85	96,59	88	100,00
Total	9	2,20	21	5,12	380	92,68	410	100,00

Fuente: Elaboración propia (2017)

En el tabla N.6 se demuestra que en el centro educativo Ciudadela de Pavas, con respecto al puntaje de la dimensión de conducta prosocial, de la muestra de 322 estudiantes (n=322), siete individuos obtuvieron un resultado anormal, 20 de ellos tuvieron una calificación límite y la porción más numerosa de 295 niños gozó de cuestionarios con puntajes normales.

Como se transmite en la tabla anteriormente mencionada, en Escuela Santa Catalina de Sena de la muestra de 88 individuos (n=88), solo dos niños tuvieron resultados dentro de los valores correspondientes a la categoría anormal, sólo un individuo con test límite, al igual que la escuela pública, la mayor parte con un total de 85 niños obtuvieron resultados normales. En su totalidad ambos centros (n=410), 2,20% fueron cuestionarios anormales, límites sólo un 5,12% y dentro de los valores 92,68%.

Figura N. 16: Distribución por sexo y resultados de la dimensión de conducta pro social en niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

En la figura N. 16 se muestra la distribución porcentual por sexo y puntuación de la dimensión de conducta prosocial y se establece que en la escuela pública, con una muestra de 322 niños (n=322) y en la Escuela privada Santa Catalina de Sena, con una muestra de 88 personas (n=88), de los resultados anormales hay un total de 9 cuestionarios, 3 fueron mujeres y 6 hombres. Con calificaciones límite, de un total de 21 test, doce fueron niñas y 38 niños, mientras que de las respuestas normales 216 individuos pertenecen al sexo femenino y 164 al sexo opuesto.

Tabla N. 7: Distribución por resultados de la escala total de dificultades de niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.

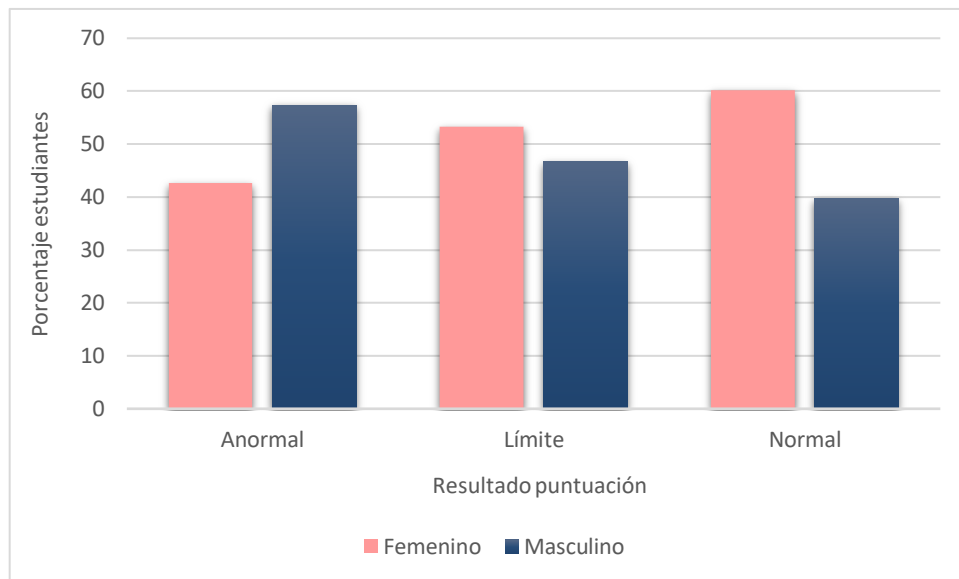
Centro Educativo	Anormal		Límite		Normal		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ciudadela de Pavas	56	17,39	62	19,25	204	63,35	322	100,00
Santa Catalina de Sena	5	5,68	13	14,77	70	79,55	88	100,00
Total	61	14,88	75	18,29	274	66,83	410	100,00

Fuente: Elaboración propia (2017)

En la tabla anterior se puede visualizar la distribución por escala total de dificultades de ambos centros de enseñanza, de la totalidad (n=410), 61 niños de la población presentaron cuestionarios con valores anormales, de los cuales 17,39% pertenece al centro público y 5,68% al privado.

Correspondientes a la categoría límite, 75 individuos obtuvieron este resultado, lo cual corresponde a un 19,25% de la primera escuela y 14,77% de la segunda y 274 estudiantes con valores normales, un 63,35% de la Escuela Ciudadela de Pavas y 79,55% de la Santa Catalina de Sena. De la población total sólo 14,88% de los cuestionarios fue anormal, 18,29% límite y 66,83% resultados normales, en su mayoría se encuentra en esta categoría.

Figura N. 17: Distribución por sexo y resultados de la escala total de dificultades en niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.

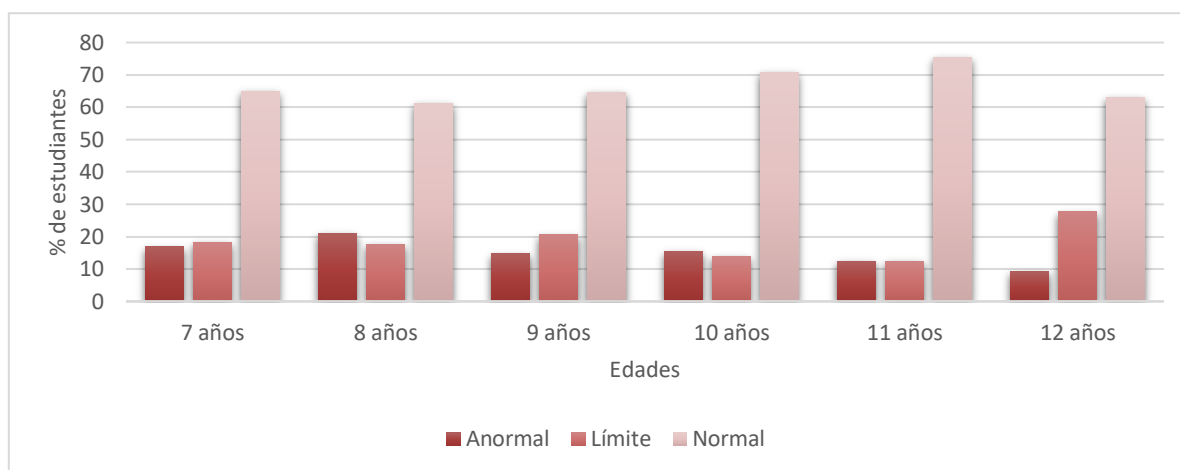


Fuente: Elaboración propia (2017)

La figura N.17 establece la distribución por sexo de la puntuación de la escala total de dificultades para tanto el centro privado como el centro público, de un total de muestra en conjunto de 410 participantes (n=410), de los cuales 231 personas corresponden al sexo femenino para un 56,34% de la muestra y 179 de sexo masculino para un 43,66%.

En las primeras columnas se muestra que un 42,62% de los resultados anormales corresponde a mujeres para un valor relativo de 26 niñas y 57,38% a varones, para un número absoluto de 35 niños; en la categoría límite, 40 son mujeres con un porcentaje de 53,33% y 35 son varones para valor porcentual de 46,67% y de los test normales un total de 60,22% estudiantes corresponde a niñas con un valor neto de 165, mientras que 109 estudiantes corresponden al sexo masculino para un 39,78% de la muestra.

Figura N. 18: Distribución por edad y resultados de la escala total de dificultades en niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

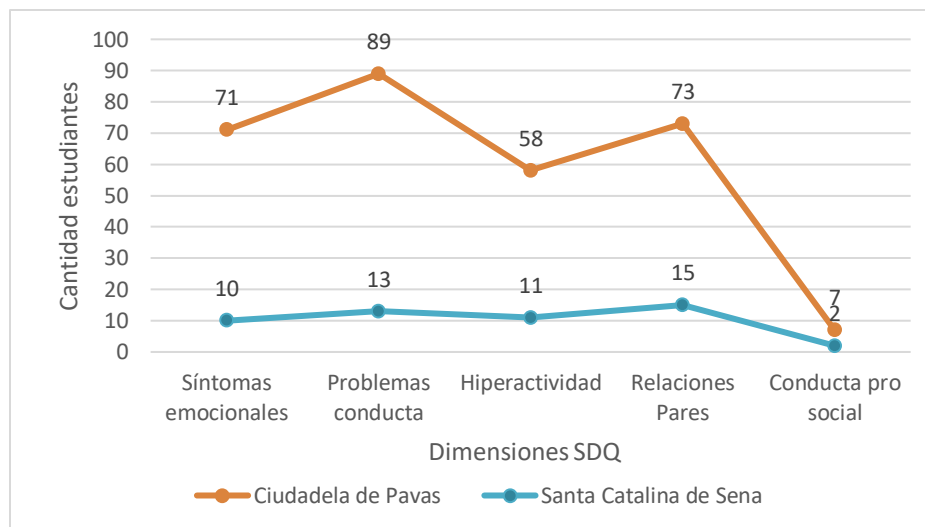
El gráfico N.18 representa cuáles son las edades en que se presentan mayor número de cuestionarios con resultados alterados según la escala total de dificultades en ambos centros, de la Escuela Ciudadela de Pavas de un total de muestra de 322 niños (n=322) y de la Santa Catalina de Sena 88 participantes (n=88), se puede observar a simple vista que la mayor parte de la totalidad de la población de todas las edades escolares presenta resultados normales, para 7 años un 64,94%, para 8 años un 61,29%, 9 años un 64,71%, 10 años un 70,77%, 11 años un 75,34% y, por último, 12 años con un 63,08%, un total de 774 individuos tuvo cuestionarios con calificación dentro de categoría normal, para un 66,83%.

En la segunda barra se pueden apreciar los porcentajes de encuestas dentro de valores límite que fueron para 7 años un 18,18%, para 8 años un 17,74%, 9 años un 20,59%, 10 años un 13,85%, 11 años un 12,33% y por último 12 años con un 27,69%, un total de 75 personas, un 18,29% obtuvo puntuaciones dentro de categoría límite la segunda barra se pueden apreciar.

Con respecto a la categoría anormal de los test con calificaciones elevadas y de mayor riesgo, se encuentran en la primera barra de color más oscuro, para 7 años un 16,88% de los participantes, en 8 años un 20,97%, tercer grado un 14,71%, 10 años un 15,38%, 11 años un 12,33% y, por último, 12 años con un 9,23%, un total de 61 personas, para un 14,88% obtuvo puntuaciones dentro de categoría límite.

Según los resultados reportados anteriormente, se infiere que 8 años es la edad donde se presentaron mayor número de instrumentos con valores anormales, seguido de 7 años, posteriormente en la misma posición los niños de 9 y 10 años, seguidos de los de 11 años y por último los niños de mayor edad con 12 años.

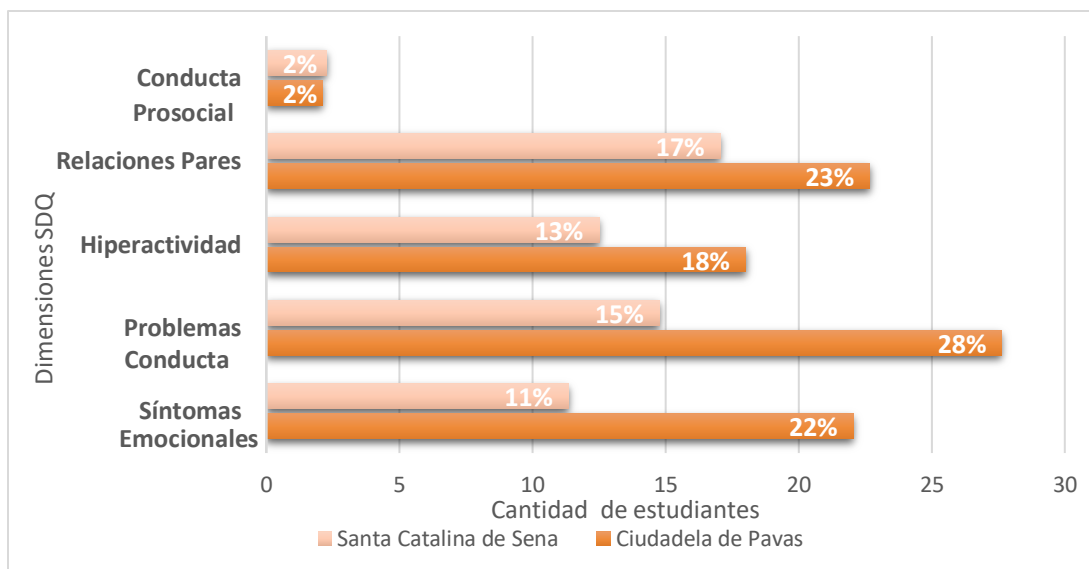
Figura N.20: Distribución por número de estudiantes con resultados anormales de las cinco dimensiones del SDQ, de los niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia.(2017)

En la figura anterior se representa la comparación entre los resultados anormales en números absolutos para cada centro educativo de cada una de las dimensiones; en cuanto a los resultados de síntomas emocionales, un total de 81 niños tuvieron test anormales, para la dimensión de problemas de conducta el 102 de los niños calificaron dentro de la categoría anormal; en la tercera dimensión correspondiente a hiperactividad, 69 individuos se encuentran dentro de este rango, para la de relaciones con pares 88 estudiantes y por último en la dimensión de conducta prosocial entre ambos centros tan solo hay nueve cuestionarios anormales.

Figura N.21: Distribución por porcentaje de estudiantes con resultados anormales de las cinco dimensiones del SDQ, de los niños de 7 a 12 años de las escuelas Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena, marzo-abril, 2017.



Fuente: Elaboración propia (2017)

En el gráfico N.20 se puede observar la comparación entre los resultados anormales en cada centro educativo por cada dimensión; en la categoría de síntomas emocionales en la escuela pública, un 22% de la obtuvo calificaciones dentro del rango anormal, en contraste en el centro privado, únicamente el 11% obtuvo resultados dentro de esta categoría, para la dimensión de problemas de conducta el 28% de los niños calificó anormal para la primera institución y para la segunda el 15%, en la tercera dimensión correspondiente a hiperactividad, en la institución pública se tuvo un 18% de resultados anormales y en la privada un 13%, para la de relaciones con pares un 23% y su oponente obtuvo un 17% y por último en la dimensión de conducta pro social ambos centros recibieron igual porcentaje, con un 2% de la población.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El presente estudio se realizó con el propósito de determinar el estado de salud mental de los niños de siete a doce años, que se encuentran cursando años escolares entre primero y sexto grado, en los centros educativos Ciudadela de Pavas y Santa Catalina de Sena en el 2017; utilizando el instrumento de medición psicométrica, Cuestionario de capacidades y dificultades en su versión para padres de familia.

Se analiza la población según las variables sexo, edad, grado escolar y centro educativo, su asociación con los puntajes de las cinco dimensiones evaluadas por el instrumento y se realiza una comparación entre los resultados obtenidos por cada institución, con el fin de reconocer la presencia de indicios de desequilibrio de la salud mental en la población estudiantil en los últimos seis meses.

Se observa que la mayor cantidad de estudiantes de la muestra pertenecen al centro público, la población total de esta institución es de 944 estudiantes distribuidos entre primero y sexto grado, de los cuales un 34,11% (n=322) de los padres de familia autorizó la participación de sus hijos en el estudio, mientras que el centro privado de una población total de 316 estudiantes en los mismos años escolares, únicamente un 27,85% (n=88) de las familias brindó consentimiento para la participación.

Al valorar la discrepancia de porcentajes de participación, en la escuela pública el valor fue un 6,26% superior que en la privada, lo que representa un resultado inesperado, pues se pensaría que al estar ubicado en una región con mayor problemática social y factores de riesgo, se presentara menor colaboración.

El tamaño de la muestra en cada centro confiere una limitación a los alcances de los resultados obtenidos, ya que el número de estudiantes difiere ampliamente de un centro al otro, a pesar de que se utilizó un muestreo por barrido bajo efecto consentimiento, con el fin de recolectar la mayor cantidad de encuestas, la iniciativa por parte de los padres de familia de ambos centros fue baja.

Se cree que la razón de la baja anuencia a participar en la investigación es a causa del desconocimiento del papel que juega la salud mental en la calidad de vida de los individuos, así como a la ausencia de programas de promoción dentro de las escuelas y principalmente por el estigma social sobre las enfermedades mentales.

La interpretación de los resultados manifiesta que, en relación a la cantidad de la muestra total de 410 estudiantes distribuidos en ambas escuelas, el mayor porcentaje de participación fue por parte del sexo femenino, lo cual supera más del 55% de la población en ambos centros, lo que quiere decir que las mujeres presentan un mayor grado de respuesta en comparación con los hombres.

Los datos reflejan que por parte de la escuela pública, la mayor anuencia a la participación fue de los niños de siete años, continuado con el extremo de los doce años, posteriormente los de diez años, muy seguidos de los individuos de nueve años, en cuanto los niños de once y ocho años, estos son los que tuvieron una menor participación. En el centro privado, por el contrario, los estudiantes de once años fueron los que participaron en mayor número, seguidos de los niños de ocho años, y son los de nueve, siete, diez y doce, los de menor colaboración en orden respectivo.

En cuanto a la distribución por secciones, se observa que la mayor cantidad de estudiantes participantes de la Escuela Ciudadela de Pavas se encuentra completando el quinto grado

escolar, seguidos de los sextos grados, a diferencia de esto, en el segundo centro fueron los terceros grados los que contribuyeron en mayor cantidad y los primeros grados en menor número.

Según los resultados de las respuestas completadas del instrumento SDQ, se encuentra que la mayor proporción de informantes que completó el cuestionario corresponde principalmente a las madres de familia con un amplio porcentaje del 90%; ello es congruente con lo sucedido en un estudio realizado en Chile con el fin de comprobar las propiedades psicométricas del instrumento, donde el 82.8% de las encuestas enviadas fueron respondidas por las madres de familia, 4.7% por padres y tan solo un 2.5% por otros.³⁶

Tanto en la dimensión de síntomas emocionales, como en la de problemas de conducta, el porcentaje de cuestionarios en categoría de anormal obtenido por los niños del centro público, llega a casi al doble de los del centro privado; esto se puede explicar por la mayor exposición a situaciones de violencia, como lo indica Aguirre³⁰, el crecer en un ambiente violento y el estar expuesto a ambientes hostiles condiciona el desarrollo de trastornos de tipo conductual.

En cuanto a la distribución por sexo de estas dimensiones, en la de síntomas emocionales se obtuvieron porcentajes más altos en el sexo femenino en todas las categorías, situación que concuerda con varios estudios⁴¹⁻⁴² realizados en España y Grecia, donde en niños y adolescentes del sexo femenino predominan los conducta prosocial y síntomas emocionales, y es en este último más amplia la brecha entre géneros de mayor edad.

Según los resultados de la dimensión de problemas de conducta se observa una discrepancia con publicaciones anteriormente mencionadas, ya que para esta predomina de igual manera el sexo

femenino en todas las clasificaciones, cuando se conoce que los trastornos de conducta se presentan con mayor frecuencia en varones.

Según se reportó en el metaanálisis realizado por Polanczyk *et al.*¹ sobre la prevalencia de los trastornos mentales, el trastorno de ansiedad es el más común durante la infancia, seguido de los trastornos de conducta; esta situación no es congruente con el presente estudio, ya que llevan la batuta los problemas de tipo conductual, con lo cual se cuestiona el aumento en la incidencia de este trastorno dentro de esta población.

Además, se debe recordar, tal y como se expuso en el desarrollo del presente estudio, que los trastornos de tipo emocional, al cual pertenecen los trastornos de ansiedad son más frecuentes en el sexo femenino³²; al tener presente esto y conociendo que el 56,34% de la muestra total corresponde a niñas, se esperaría que la dimensión de síntomas emocionales obtuviera la mayor cantidad de cuestionarios anormales.

El trastorno de déficit atencional se presenta muy comúnmente en las aulas, en algunos casos pasa desapercibido por los padres puesto que sólo se relacionan con los niños en el hogar, además de que no tienen punto de comparación con otros niños en caso de no tener hermanos, por lo que en la sección que valora trastornos de hiperactividad los resultados pueden diferir dependiendo de la versión del cuestionario SDQ que se utilice.

Según lo plasmaron los datos obtenidos, esta dimensión obtuvo porcentajes de presentación bajos, con respecto a las dos dimensiones previas, tan solo un 18% de la escuela pública y un 13% de la privada presentaron resultados anormales, sin grandes diferencias en la ocurrencia entre ambos centros. En cuanto a la distribución por sexo, de este trastorno se da con mayor frecuencia en varones, lo que concuerda con la revisión de la literatura³³⁻⁴³, ya que en ambas

publicaciones se estipula que el TDAH es más frecuente en varones y difiere de lo propuesto por Giannakopoulos *et al.*⁴⁴ donde este desorden no presenta diferencias significativas entre género.

En las categorías de relaciones con pares y conducta prosocial la diferencia muy estrecha, se concluye que tanto en un centro como en el otro se promueve de igual manera la formación de vínculos y la capacidad de desarrollar empatía y simpatía hacia los demás. En un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España en el 2014, no se encontraron diferencias por sexo entre los resultados de estas dos dimensiones, sin embargo para la dimensión de conducta prosocial, para este estudio, el porcentaje de varones con resultados anormales duplica el de las niñas.⁴³

En cada uno de las dimensiones estudiadas predominan los resultados normales, en cuanto a los resultados límite y anormales, la escuela de educación pública es la que presenta mayores porcentajes, incluyendo la escala total de dificultades, lo que concuerda con las expectativas previas al estudio.

Existen estrechas relaciones entre los resultados obtenidos y la literatura consultada, donde se corrobora la influencia del medio ambiente y condición socioeconómica como factores determinantes del bienestar mental, se ha evidenciado que el estado de salud mental es proporcional a estos factores, donde a mayor desventaja social, mayor decadencia en el bienestar mental.⁴³

En un estudio realizado por Giannakopoulos *et al.*⁴⁴ previamente mencionado en una muestra de 1,194 adolescentes entre los 11 y 17 años residentes de Grecia, se comprobó que los niños de hogares con mayor desventaja social y económica presentaron mayor puntuación en la escala total de dificultades, así como en las dimensiones de hiperactividad y problemas con pares.

Lo anteriormente expuesto se puede justificar debido que en un centro educativo privado, por lo general se encuentran mayor número de factores protectores como lo son mejor condición socio-económica, mayor escolaridad en padres, buena red de apoyo en la institución y educación más individualizada al tener número de estudiantes más reducido; en este caso en la Escuela Santa Catalinase tiene como máximo 29 estudiantes por salón, en tanto en la escuela pública hay hasta 35 estudiantes.

Como se puede corroborar en la Figura N.18, existe una tendencia a la disminución del porcentaje de estudiantes con resultados anormales conforme aumenta la edad del niño, esto si bien no es la norma, como lo indica Ortuño *et al.*⁴² en su revisión de estudios realizados en Finlandia, Grecia, Alemania e Irak aplicando el instrumento SDQ, donde los resultados para esta variable han sido irregulares, además sugiere que la mayor predisposición en esta edad a desarrollar problemas de conducta y en las relaciones con pares, se puede deber a la dificultad que presentan para la auto regulación.

Al comparar los resultados correspondientes a cada una de las cinco dimensiones, se evidencia que para cada una de ellas, la institución pública es la que tiene mayor cantidad de cuestionarios con resultados anormales; en cuanto a la dimensión de síntomas emocionales se obtuvo una diferencia de porcentajes de un 11% más de niños con test anormales que en la escuela privada, en la segunda categoría de problemas de conducta es donde se encuentra la mayor discrepancia con un 14% más de los estudiantes, al tanto que solo un 5% de diferencia en la dimensión de hiperactividad, un 6% relaciones con pares y tan solo un 1% en la dimensión de conducta pro social, con lo que se remonta nuevamente al riesgo social en que se encuentran los niños de la Escuela Ciudadela de Pavas, con mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno mental a futuro.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Posterior a la interpretación de los resultados al evaluar la salud mental de los niños de siete a doce años de una escuela pública y una escuela por medio del instrumento Cuestionario de capacidades y dificultades, se concluye:

1. La salud mental de los niños de la Escuela Ciudadela de Pavas y la Escuela Santa Catalina de Sena es adecuada, en conjunto la mayor porción de la población (67%) presentó puntuaciones dentro del rango normal en la escala total de dificultades.
2. La población estudiada pertenece predominantemente al sexo femenino, las edades con mayor participación son los niños de siete y once años y los grados con mayor concurrencia son quinto y sexto grado.
3. En contraste se presentaron mayor número de niños con resultado anormal y límite en la escala total de dificultades en la escuela pública, lo que se traduce en que los estudiantes de la de esta escuela presentan mayor probabilidad de desarrollar algún trastorno de tipo emocional, conductual, de hiperactividad o de relaciones con pares.
4. La cantidad de test con puntuaciones anormales prevalece en hombres, por lo que los escolares varones en la zona de Pavas están más propensos a desarrollar indicios de trastornos mentales.
5. La educación privada constituye un factor protector para el desarrollo de trastornos mentales, la educación pública por sí sola es un factor de riesgo para desarrollar desequilibrio en la salud mental.

6. Los niños de escuelas públicas están en mayor riesgo de exposición a factores de riesgo como violencia, agresión, pobreza, drogas y hacinamiento, que como se evidenció en el estudio son predictores de futura deserción escolar y desarrollo de conductas anormales.
7. Las niñas de la muestra se encuentran en mayor riesgo de desarrollar trastornos de tipo emocional, que los niños de ambas escuelas, mientras que los niños tienen mayor predisposición a desarrollar problemas de hiperactividad y de relaciones con pares.
8. Se comprueba que las edades de mayor tendencia al desarrollo comportamientos anormales y presencia de síntomas se los siete y ocho años, a mayor edad los síntomas se atenúan, por lo que los estudiantes de nueve, diez, once y doce años son los que tienen menores síntomas y resultados del cuestionario predominantemente normales.
9. Con respecto al grado académico, se determina que los estudiantes de primero y sexto año son los que presentan menores indicios de trastornos mentales y por ende menor cantidad de resultados de cuestionarios anormales; por el contrario, los escolares de tercero, cuarto y quinto grado son los que tienen más síntomas.
10. En tanto la escuela pública y la privada presentan buena relación con pares y adecuada tendencia a la conducta pro social en ambas instituciones, por lo que tipo de educación público o privado no modifica estas dimensiones.

6.2 RECOMENDACIONES

Al finalizar la presente Evaluación comparativa de la salud mental en la Escuela Ciudadela de Pavas y Escuela Santa Catalina se detectaron zonas que requieren mejoras tanto en el sistema educativo como en el de salud, por lo que se dan las siguientes recomendaciones.

- Promover la realización de informes a nivel local y nacional por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud sobre la situación de la salud mental tanto de adultos, como niños costarricenses y la implementación de un instrumento de cribado para los trastornos mentales en los servicios de atención primaria del país
- Desarrollar una red de apoyo entre EBAIS y centros educativos para crear planes de abordaje multidisciplinario temprano que mitiguen la carga de la enfermedad y mejoren el pronóstico futuro del niño.
- Trabajar en conjunto con las municipalidades cantonales para modificar la planeación y distribución de recursos para el desarrollo urbano, áreas recreativas y programas de promoción y prevención.
- Generar grupos recreacionales para los niños de cada comunidad donde se realicen talleres para el desarrollo artístico y deportivo del niño, además charlas de temas educativos para cada edad, como el desarrollo, la sexualidad, la salud y estilos de vida saludable.
- Capacitaciones a los maestros sobre el papel vital de la salud mental en los individuos, así como para la detección de signos y síntomas de algún padecimiento mental y sobre el

reporte e intervención temprana de los hogares con problemas de drogas, violencia y agresión infantil.

- Fomentar la comunicación entre los centros educativos y los núcleos familiares para monitorizar el comportamiento, a través de la utilización de recursos electrónicos como el servicio de mensajería telefónica, donde se puede comunicar el desempeño académico y emocional del niño dentro de la institución.
- Incentivar a los centros educativos del país a realizar estudios rutinarios sobre la calidad de vida, salud y salud mental de sus estudiantes, con el fin de contar con un personal informado sobre el estado de su población y así generar estrategias de manejo de los sectores problema.
- A la Escuela Santa Catalina de Sena realizar actividades dirigidas a los padres de familia para educar sobre el la salud mental y la importancia de conocer el estado de salud de la comunidad, así como incentivar a la participación en estudios de carácter científico.
- Se sugiere a la Escuela Ciudadela de Pavas realizar charlas educativas dirigidas a sus estudiantes sobre la salud y salud mental, así como fomentar el desarrollo de estilos de vida saludables, de manera que se fortalezcan los factores protectores como la unión familiar, la resiliencia y la actitud positiva frente a la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents [Internet]. [citado 17 de marzo de 2017]. Disponible en: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/42643191/Polanczyk_JCPP_2015.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1500339165&Signature=xrWyH7yLzIyH%2Bkx4Pv9ww%2Bp54x4%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAnnual_research_review_A_meta-analysis_o.pdf
2. Call for a change in research funding priorities: the example of mental health in Costa Rica [Internet]. [citado 18 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v36n4/08.pdf>
3. Situación actual de la salud mental en Costa Rica [Internet]. [citado 18 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&alias=214-situacion-actual-de-salud-mental-en-costa-rica&Itemid=222
4. Estado del arte de la investigación en salud mental en Costa Rica [Internet]. [citado 18 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/8942/Estado%20del%20arte%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%20en%20salud%20mental%20en%20Costa%20Rica.pdf?sequence=1>
5. El Contexto De La Salud Mental [Internet]. [citado 18 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/Maqueta_OMS_Contexto_Ind.pdf
6. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos [Internet]. [citado 20 de marzo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/human_rights/Legislacion_salud_mental_DH.pdf
7. Retos para el estudio epidemiológico de la salud mental y el bienestar en Costa Rica [Internet]. [Citado 20 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.rcps-cr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/download/32/31>
8. MENTAL HEALTH ATLAS 2014 [Internet]. [citado 20 de marzo de 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1
9. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? [Internet]. [Citado 1 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n4/a03v33n4.pdf>
10. Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. [Internet]. [citado 1 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/politicasaludmental.pdf>
11. Salud En Las Américas, 2012 Volumen De Países [Internet]. [citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas->

2012/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sa-2012-capitulos-pais-23&alias=198-costa-rica-198&Itemid=125&lang=en

12. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Costa Rica utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS) [Internet]. [Citado 4 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.bvs.sa.cr/saludmental/informe.pdf>
13. Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud [Internet]. [citado 1 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/amc/v51n2/art02v51n2.pdf>
14. Raíces del Concepto de Salud Mental [Internet]. [citado 3 de abril de 2017]. Disponible en: <http://alimentaciondietaynutricion.com/wp-content/uploads/2012/07/Ra%C3%ADces-del-Concepto-de-Salud-Mental.pdf>
15. Resilience in children and youth: A review [Internet]. [citado 3 de abril de 2017]. Disponible en: <http://esd113.schoolwires.net/cms/lib3/WA01001093/Centricity/Domain/48/ResilienceResearchChildren.pdf>
16. Diagnóstico Cantonal [Internet]. [Citado 17 de abril de 2017]. Disponible en: https://www.msj.go.cr/informacion_ciudadana/SiteAssets/DIAGN%C3%93STICO%20CANTONAL.pdf
17. Código De La Niñez Y La Adolescencia [Internet]. [citado 17 de abril de 2017]. Disponible en: <http://www.tse.go.cr/pdf/normativa/codigodelaninez.pdf>
18. Política Nacional Para La Niñez Y La Adolescencia Costa Rica [Internet]. [citado 7 de mayo de 2017]. Disponible en: https://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Politica_NNA_CR.pdf
19. Risk and protective factors for mental health problems in preschool-aged children: cross-sectional results of the BELLA preschool study [Internet]. [citado 8 de mayo de 2017]. Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/aa97/59fa036b51032265553c8636af5b4bd904a4.pdf?_ga=2.15963444.307957529.1500336482-1096568354.1500336482
20. Prevención De Los Trastornos Mentales: Intervenciones Efectivas Y Opciones De Políticas [Internet]. [Citado 13 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
21. Estudio epidemiológico sobre la salud mental de los niños uruguayos [Internet]. [Citado 14 de mayo de 2017]. Disponible en: http://tdahlatinoamerica.org/documentos/articulosnuevos/_125_Gabriela_Libro_09-2008%5B1%5D.pdf
22. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. [Citado 18 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf>

23. Vigésimosegundo Informe Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible [Internet]. [Citado 18 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/022/PEN-22-2016-BOOK-BAJA.pdf
24. Emotional and Behavioral Problems in Children Living With Addicted Family Members: Prevention Challenges in an Underprivileged Suburban Community [Internet]. [Citado 22 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v26n64/1982-4327-paideia-26-64-0225.pdf>
25. Manual De Identificación Y Promoción De La Resiliencia En Niños Y Adolescentes [Internet]. [Citado 26 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>
26. Resiliencia. Conceptualización e investigaciones en Argentina [Internet]. [citado 1 de junio de 2017]. Disponible en: <https://www.academica.org/analia.veronica.losada/7.pdf>
27. Informe Anual 2015 Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 [Internet]. [Citado 3 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/aportes-desarrollo-2015.pdf>
28. Abandono escolar en la secundaria costarricense [Internet]. [Citado 3 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/crc-proeduca.pdf>
29. The link between infant regulatory problems, temperament traits, maternal depressive symptoms and children's psychopathological symptoms at age three: a longitudinal study in a German at-risk sample [Internet]. [Citado 4 de junio de 2017]. Disponible en: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s13034-017-0148-5.pdf>
30. Prácticas de crianza, temperamento y comportamiento prosocial de estudiantes de educación básica [Internet]. [Citado 6 de junio 2017]. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20150512044312/EduardoAguirre.pdf>
31. GBD Compare | IHME Viz Hub [Internet]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
32. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5a Ed. Arlington, VA.: Editorial Médica Panamericana; 2014.
33. Benjamin James Sadock, Virginia Alcott Sadock, Pedro Ruiz. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia, PA.: LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS. WOLTERS KLUWER HEALTH; 2015.
34. Association between family environment and attention deficit hyperactivity disorder in children – mothers' and teachers' views [Internet]. [citado 15 junio de 2017]. Disponible en: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-244X-13-215?site=bmcp psychiatry.biomedcentral.com>
35. Relación entre el modelo híbrido de las funciones ejecutivas y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad [Internet]. [citado 18 de junio de 2017]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/5986/6987>

36. Propiedades psicométricas de la versión para padres del Strengths and Difficulties Questionnaire [Internet]. [citado 19 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/264/26435341004.pdf>
37. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample [Internet]. [citado 19 de junio de 2017]. Disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-411.pdf
38. Is Using the Strengths and Difficulties Questionnaire in a Community Sample the Optimal Way to Assess Mental Health Functioning? [Internet]. [citado 24 de junio de 2017]. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0144039&type=printable>
39. PubMed Central Full Text PDF [Internet]. [citado 3 de julio de 2017]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919684/pdf/10567_2010_Article_71.pdf
40. Scoring the Strengths & Difficulties Questionnaire [Internet]. [Citado 9 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.ehcap.co.uk/content/sites/ehcap/uploads/NewsDocuments/236/SDQEnglishUK4-17scoring-1.PDF>
41. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents [Internet]. [Citado 9 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2744914/pdf/1744-859X-8-20.pdf>
42. Evaluación De Dificultades Emocionales Y Comportamentales En Población Infanto-Juvenil: El Cuestionario De Capacidades Y Dificultades (SDQ) [Internet]. [Citado 15 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2658.pdf>
43. Salud mental y calidad de vida en la población infantil [Internet]. [Citado 16 de julio de 2017]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/informesMonograficos/SM_CVRS_infantil_ENSE2011_12_MONOGRAFICO2.pdf

ANEXOS



ESCUELA CIUDADELA DE PAVAS
 Circuito 02 Dirección Regional San José Oeste
 Código 0328 Email: esc.ciudadeladepavas@mep.go.cr
 100 Este de Maxi Palí, Pavas Tel: 2231-0808



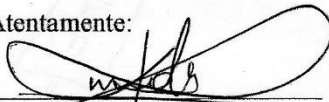
OFICIO N° ECP- 156- 2017
 Página 1 de 1

Para: PADRES DE FAMILIA
De: MSc. William Francisco Hernández Elizondo
 Director Escuela Ciudadela de Pavas
Asunto: Solicitud de autorización para estudio
Fecha: Lunes 17 de abril del 2017

Señores padres de familia

Reciban un cordial saludo, por medio del presente documento me dirijo a ustedes con el fin de informar sobre el estudio que se estará realizando en la Escuela Ciudadela de Pavas por parte de la estudiante Anna Fernández Patiño para su tesis de grado en la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana. El título de la investigación es **“Evaluación comparativa de la salud mental en una muestra de niños de 7 a 12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017”**, es un estudio formal de carácter anónimo y confidencial, sin fines de lucro y bajo la supervisión de la institución. Únicamente participaran los niños que reciban previa autorización se apoderado legal, el instrumento de medición consiste en el **“Cuestionario de capacidades y dificultades”**, mundialmente reconocido y que será aplicado a cada padre o madre de familia, la selección de los niños a participar es por métodos estadísticos aleatorios.

Atentamente:


 Anna Fernández Patiño
 Investigadora




 V°B° MSc. William Hernández Elizondo
 Director

Quien suscribe _____, cédula _____,

encargado legal del estudiante _____ de la sección _____ autorizo su participación voluntaria en el estudio **“Evaluación comparativa de la salud mental en una muestra de niños de 7 a 12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo-abril 2017”**, conociendo las pautas y objetivos de la investigación y cumpliendo con el compromiso de confidencialidad y uso del cuestionario únicamente con fines investigativos.

Firma del padre o encargado

Cédula

Favor devolver esta boleta firmada a la docente de grado.





HNAS. DOMINICAS DE SANTA CATALINA DE SIENA
CENTRO EDUCATIVO SANTA CATALINA DE SIENA
Telefax: 231-2070
Del Palí de Pavas, 100 oeste, 50 norte y 15 oeste

31 de marzo de 2017

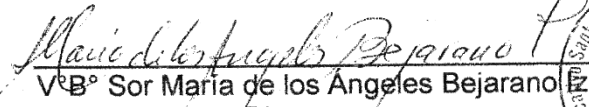
Estimados Padres de Familia:

Reciban un cordial saludo, por medio del presente documento me dirijo a ustedes con el fin de informar sobre el estudio que se estará realizando en el Centro Educativo por parte de la estudiante Anna Fernández Patiño para su tesis de grado en la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana. El título de la investigación es **"Evaluación comparativa de la salud mental en una muestra de niños de 7 a 12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo – abril 2017"**, es un estudio formal de carácter anónimo y confidencial, sin fines de lucro y bajo el supervisión de la institución. Únicamente participarán los niños que reciban previa autorización del apoderado legal, el instrumento de medición consiste en el *"Cuestionamiento de capacidades y dificultades"*, mundialmente reconocido y que será aplicado a cada padres o madre de familia, la selección de los niños a participar es por método estadístico aleatorios.

Atentamente,



Anna Fernández Patiño
Investigadora



V.B. Sor María de los Angeles Bejarano
Directora



Quien suscribe _____, cédula _____
Encargado legal del estudiante _____, de la sección ____
Autorizo su participación voluntaria en el estudio **"Evaluación comparativa de la salud mental en una muestra de niños de 7 a 12 años de una escuela pública y una escuela privada, San José, Costa Rica, marzo – abril 2017"**, conociendo las pautas y objetivos de la investigación y cumpliendo con el compromiso de confidencialidad y uso del cuestionario únicamente con fines investigativo

Firma del padre o encargado

cédula

Cuestionario de capacidades y dificultades (SDQ-Cas)

P 4-17

Por favor, ponga una cruz en el cuadro que usted cree que corresponde a cada una de las preguntas: No es cierto, Un tanto cierto, Absolutamente cierto. Nos sería de gran ayuda si respondiese a todas las preguntas lo mejor que pudiera, aunque no esté completamente seguro/a de la respuesta, o le parezca una pregunta rara. Por favor, responda a las preguntas basándose en el comportamiento de su hijo/a durante los últimos seis meses.

Nombre de su hijo/a

Varón/Mujer

Fecha de nacimiento.....

	No es cierto	Un tanto cierto	Absolutamente cierto
Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tiene rabietas o mal genio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto/a o preocupado/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado, o enfermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está continuamente moviéndose y es revoltoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea con frecuencia con otros niños/as o se mete con ellos/ellas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por lo general cae bien a los otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trata bien a los niños/as más pequeños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo miente o engaña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los otros niños/as se meten con él/ella o se burlan de él/ella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños/as)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piensa las cosas antes de hacerlas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Termina lo que empieza, tiene buena concentración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene usted algún comentario o preocupación en particular que quiera plantear?

Por favor, vuelva usted la página, hay más preguntas

DECLARACIÓN JURADA

Yo Anna Fiorella Fernández Patiño, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1480 0832 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: **EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA SALUD MENTAL EN UNA MUESTRA DE NIÑOS ENTRE 7-12 AÑOS DE UNA ESCUELA PÚBLICA Y UNA ESCUELA PRIVADA, SAN JOSÉ, COSTA RICA, MARZO-ABRIL 2017**, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. en fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 6 días del mes de setiembre del año dos mil diecisiete.


Firma del estudiante
Cédula

CARTA DEL TUTOR

San José, 30 de agosto de 2017

Señores
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

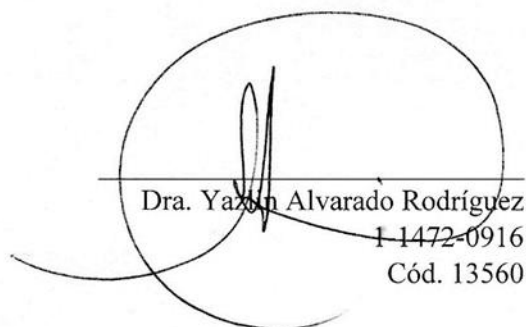
La estudiante **Anna Fiorella Fernández Patiño**, cédula de identidad número 1-1480-0832, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA SALUD MENTAL EN UNA MUESTRA DE NIÑOS ENTRE 7-12 AÑOS DE UNA ESCUELA PÚBLICA Y UNA ESCUELA PRIVADA, SAN JOSÉ, COSTA RICA, MARZO-ABRIL 2017.”**, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se han incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas, durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	17%
C)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
D)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
E)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		95%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura.

Atentamente,


Dra. Yazmín Alvarado Rodríguez
1-1472-0916
Cód. 13560

31 Octubre, 2017

Srs.
Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados:

La estudiante **Ana Fernández Patiño**, cédula de identidad número **1-1480-0832**, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado **“EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA SALUD MENTAL EN UNA MUESTRA DE NIÑOS ENTRE 7-12 AÑOS DE UNA ESCUELA PÚBLICA Y UNA ESCUELA PRIVADA, SAN JOSÉ, COSTA RICA, MARZO-ABRIL 2017”** el cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura.

He revisado y hecho observaciones basándome en mi función como lector, en lo referente a contenido analizado, coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. He verificado que se han hecho las modificaciones mínimas aceptables, correspondientes a las observaciones indicadas.

Por lo anterior, en calidad de Lector metodológico, doy visto bueno al trabajo de investigación para que sea defendido públicamente.

Atentamente,



Christian Valverde Solano
1-1375-0845
Carnet No. 13482

LICDA. ELVIA FERNÁNDEZ MORALES
FILÓLOGA UCR
SAN RAMÓN, ALAJUELA TEL. 2-447 1581 8-825- 3794
elviafdz@gmail.com
C.2312338 COL. LIC. Y PROF

CONSTANCIA DE REVISIÓN FILOLÓGICA DE TESIS

La suscrita, Licenciada en Filología Española, ELVIA FERNÁNDEZ MORALES, hace constar que efectuó la revisión filológica del documento denominado, **EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA SALUD MENTAL EN UNA MUESTRA DE NIÑOS ENTRE 7-12 AÑOS DE UNA ESCUELA PÚBLICA Y UNA ESCUELA PRIVADA, SAN JOSÉ, COSTA RICA, MARZO-ABRIL 2017**. Este consiste en una TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO DE LICENCIATURA EN MEDICINA Y CIRUGÍA DE LA UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA. La postulante es ANNA FERNÁNDEZ PATIÑO.

Al respecto, indica que luego de efectuadas las correcciones necesarias, dicho documento se encuentra listo para su presentación y disertación, pues se ajusta a las normas gramaticales y ortográficas establecidas y a la modalidad de discurso, correspondiente a su especialidad.

Dado en San Ramón, Alajuela, Costa Rica, el siete de noviembre de dos mil diecisiete, a solicitud de la interesada y para los efectos administrativos pertinentes.



CC/Archivo


Licda. Elvia Fernández Morales
Carné COLYPRO 2312338

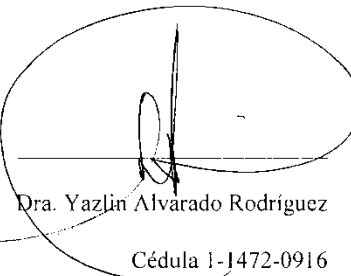
San José, 21 de diciembre de 2017

Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente

Estimados señores:

La estudiante Anna Fiorella Fernández Patiño, cédula de identidad número 1-1480-0832, me ha presentado, para efectos de revisión final las correcciones del trabajo de investigación **“EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA SALUD MENTAL EN UNA MUESTRA DE NIÑOS ENTRE 7-12 AÑOS DE UNA ESCUELA PÚBLICA Y UNA PRIVADA, SAN JOSÉ COSTA RICA, MARZO – ABRIL 2017”**. He verificado que se han efectuado las modificaciones correspondientes a las observaciones indicadas por los miembros del Tribunal de Defensa de Tesis el día 1 de diciembre del 2017, antes de ser entregado el trabajo final a la Universidad.

Atentamente,



Dra. Yazlin Alvarado Rodríguez
Cédula 1-1472-0916

Código 13560