

REVISTA DE SALUD POR LOS NIÑOS DE LAS AMÉRICAS

SaludArte

ISSN 1657-4400



- Investigaciones de México y Colombia
- Entrevista:
Dr. Francisco Leal Quevedo
El Amazonas, infancia y literatura

No. 10 - Año 3 Noviembre 2003 - Enero 2004



Riesgo psicosocial en niños

COLOMBIA RESUMEN

DETECCIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL EN NIÑOS. SALUD INTEGRAL PARA LA INFANCIA (SIPI). PEDIATRÍA SOCIAL. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN, 2000 - 2002

AUTORES

Ana Cecilia Correa Hernández¹, Marta Lilliam Correa Hernández², Yamilé Díaz de Correa³, Álvaro Olaya Peláez⁴, Hugo Grisales Romero⁵, Melbin Velásquez Palacio⁶.



INSTITUCIÓN

¹Investigadora Principal. Pediatra Universidad de Antioquia (U. de A.) Profesora Facultad de Medicina U. de A. ²Psiquiatra U. de A. Magister Salud Pública con énfasis en Salud Mental U. de A. Profesora Psiquiatría Infantil. Facultad de Medicina, U. de A. ³Enfermera U. de A. Especialista en Enfermería Pediátrica. Universidad Autónoma de México. Profesora Facultad de Enfermería U. de A. ⁴Comunicador Social U. de A. Magister Salud Pública con énfasis en Salud Mental U. de A. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública U. de A. ⁵Matemático U. Nacional de Colombia. Especialista en Estadística U. Nacional de Colombia. Magister en Epidemiología U. de A. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública U. de A. ⁶Psicóloga U. de A. Magister Salud Pública con énfasis en Salud Mental U. de A. Profesora Facultad de Psicología U. de A.

RESUMEN

La salud mental infantil es un factor básico de bienestar. El clima de armonía o violencia que vive el niño define su comportamiento futuro. Desde el programa Salud Integral para la Infancia (SIPI) de Pediatría Social de la Universidad de Antioquia, se estudió el riesgo psicosocial de los niños que allí acuden. Las mediciones se realizaron aplicando el Listado de Síntomas Pediátricos Colombia (LSP-Col).

Se estudiaron 204 niños (3-8 años) que asisten a los controles de crecimiento y desarrollo; se encontraron 59, (29%) en riesgo psicosocial. El riesgo fue más prevalente en: sexo masculino (33%), desescolarizados (36%), estrato socioeconómico bajo (31%), entre los que conviven sin ambos padres (34%) y en los cuidados por persona diferente de la madre (32%).

Se exploró el riesgo para **Depresión**, **Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH)**, **Trastornos de Conducta** y **Ansiedad**. El 55% presentó riesgo para más de un trastorno. La prevalencia de riesgo fue: **Depresión** 12%, con mayor presencia del sexo femenino y entre quienes conviven sin ambos padres. El **Déficit de Atención con Hiperactividad** mostró prevalencia del 47%, mayor en sexo masculino (50%), en niños desescolarizados (61%) y en aquellos que sus padres no conviven (59%). Por su parte, los **Trastornos de Conducta** presentaron la mayor severidad, con prevalencia del 58%, más presente en sexo masculino (61%), estrato socioeconómico bajo (59%) y en quienes no conviven con ambos padres (66%). El riesgo para **Ansiedad** fue del 51%, predominando en sexo femenino (53%) y en niños de condición socioeconómica baja (52%). La condición socioeconómica baja fue el factor de mayor significancia estadística ($p < 0.05$). Igualmente, la convivencia sin ambos padres mostró significancia estadística frente al **DAH**. Se destacó como factor de riesgo el estrato socioeconómico bajo y como factores protectores la convivencia con ambos padres, la madre como cuidadora y la escolarización.

Palabras clave: salud mental infantil, tamización psicosocial, riesgo psicosocial, crecimiento y desarrollo. Lista de Síntomas Pediátricos (LSP-Col).

Psychosocial risk in children

COLOMBIA ABSTRACT

DETECTION OF PSYCHOSOCIAL RISK IN CHILDREN. INTEGRAL HEALTH FOR CHILDHOOD. SOCIAL PEDIATRICS. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN, 2000-2002

AUTHORS

Ana Cecilia Correa Hernández¹, Marta Lilliam Correa Hernández², Yamilé Díaz de Correa³, Álvaro Olaya Peláez⁴, Hugo Grisales Romero⁵, Melbin Velásquez Palacio⁶.

INSTITUTION

¹Investigadora Principal. Pediatra Universidad de Antioquia (U. de A.) Profesora Facultad de Medicina U. de A. ²Psiquiatra U. de A. Magister Salud Pública con énfasis en Salud Mental U. de A. Profesora Psiquiatría Infantil. Facultad de Medicina, U. de A. ³Enfermera U. de A. Especialista en Enfermería Pediátrica. Universidad Autónoma de México. Profesora Facultad de Enfermería U. de A. ⁴Comunicador Social U. de A. Magister Salud Pública con énfasis en Salud Mental U. de A. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública U. de A. ⁵Matemático U. Nacional de Colombia. Especialista en Estadística U. Nacional de Colombia. Magister en Epidemiología U. de A. Profesor Facultad Nacional de Salud Pública U. de A. ⁶Psicóloga U. de A. Magister Salud Pública con énfasis en Salud Mental U. de A. Profesora Facultad de Psicología U. de A.

SUMMARY

A good mental health in children is a key factor for their welfare. The environment of harmony or violence in which the children are developing defines their future behavior. Within the Integral Health for Childhood program of the Social Pediatrics section of the Universidad de Antioquia we studied the psychosocial risk in the children that assist to this program. The assessments were made applying the List of Pediatric Symptoms-Colombia (LSP-Col).

204 children between the ages of 3 to 8 years were evaluated during their ambulatory consult for growth and development. We found 59, (29%) children with psychosocial risk. The risk was more prevalent in male children (33%), those that not assisted to school (36%); low socio-economic status (31%), in those who lived without one of their parents (34%) and in those that were cared by a person different from their mother.

We explored the risk for depression, attention deficit and hyperactivity disorder and behavior and anxiety disorders. 55% had risk for more than one disorder. The prevalence of risk for each disorder was: 12% for depression with a higher prevalence in females and in those who lived without one of their parents. 47% for attention deficit and hyperactivity disorder with a bigger prevalence in males (50%), children that didn't assist to school (61%) and those who didn't live with both parents (66%). The risk for anxiety was 51% more prevalent in females (53%) and in children with low socio-economic status (52%). Low socio-economic status was the factor of greatest statistical significance ($p < 0.05$). Living without one of the parents showed statistical significance for attention deficit and hyperactivity disorder. We emphasized like risk factors the low socio-economic status, and like protective factors to lived with both parents, the caregivers mother and the school attendance.

Key words: child mental health, psychosocial screening, psychosocial risk, growth and development, list of pediatric symptoms.

DETECCIÓN DE RIESGO PSICOSOCIAL. SALUD INTEGRAL PARA LA INFANCIA (SIPI). PEDIATRÍA SOCIAL. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, MEDELLÍN, 2000-2002

Autores

Ana Cecilia Correa Hernández¹, Marta Lilliam Correa Hernández², Yamilé Díaz de Correa³, Álvaro Olaya Peláez⁴, Hugo Grisales Romero⁵, Melbin Velásquez Palacio⁶.

Institución

¹Pediatra Universidad de Antioquia (U. de A.).
²Psiquiatra U. de A. Magister Salud Pública con énfasis en Salud Mental. ³Enfermera U. de A. Especialista en Enfermería Pediátrica. Universidad Autónoma de México. ⁴Comunicador Social U. de A. Magister Salud Pública. ⁵Matemático U. Nacional de Colombia. Especialista en Estadística U. Nacional de Colombia. ⁶Psicóloga U. de A. Magister Salud Pública con énfasis en Salud Mental U. de A.

INTRODUCCIÓN

A pesar de que no se puede hacer abstracción de las condiciones de violencia que vive Colombia, y aunque es posible que los niños y niñas^① que asisten a los programas de Salud Integral para la Infancia (SIPI), cuyas características son el trabajo en equipo y el diálogo de saberes en aspectos relacionados con la crianza infantil, están expuestos con menor frecuencia a factores de riesgo psicosocial, se considera que este es un momento adecuado para su detección, por el tipo de trabajo que se realiza, y a su vez para intervenir en forma oportuna y adecuada.

En razón de la importancia creciente de la promoción de la salud y la prevención de la

enfermedad, y teniendo en cuenta que en la Ley 100 de 1993¹ dentro del Plan de Atención Básica (PAB)² se da prioridad a estos dos aspectos, sería de gran utilidad la detección temprana de factores de riesgo^② psicosocial en niños y niñas preescolares y escolares que asisten a los programas de crecimiento y desarrollo.

Es el programa de Salud Integral para la Infancia (SIPI), un momento adecuado para aplicar el instrumento epidemiológico de tamización, denominado Lista de Síntomas Pediátricos-Colombia (LSP-Col)³, pues los niños y niñas que asisten a dicho programa son objeto de un monitoreo en su crecimiento y desarrollo y, por tanto, están en una fase propicia para observar también algunos cambios afectivos y del comportamiento como indicadores de su salud mental.

El LSP-Col³ surgió de la validación hecha para Colombia en 1999 en la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, a partir del instrumento Pediatric Symptom Checklist (PSC)^{4, 5, 6, 7, 8}. El PSC fue elaborado por el doctor Michael Jellinek en 1986, originado y probado en Estados Unidos y Canadá, para detectar el riesgo psicosocial al cual está expuesta una población o colectivo de niños. Se desarrolló con base en el DSM-III-R^{5, 9}.

Los estudios de Salud Pública en Salud Mental Infantil en nuestro medio empezaron a tener auge en la década del 90; se han aplicado diferentes instrumentos, el Children's Depression Inventory para América Latina (CDI-LA), para reconocer depresión en la población infantil, validado para América Latina¹⁰. Otra prueba validada para Colombia es el DSM IV Checklist para DDA¹¹, útil para tamizar la población pediátrica con Déficit de Atención con Hiperactividad¹¹.

El programa SIPI, antes denominado de crecimiento y desarrollo, cuenta con la aplicación de la Escala Abreviada del Desarrollo (EAD-1)¹²,



"Nadie se baña en el río dos veces porque todo cambia en el río y en el que se baña".
Heráclito de Efeso

① Se advierte que la expresión "niño" hace referencia al niño y a la niña.

② El término "riesgo" implica que la presencia de una característica o factor (o de varios) aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En ese sentido, el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en el futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. OMS. El concepto de Riesgo en la Asistencia Sanitaria. Ginebra: O.M.S. Cuadernos de Salud Pública # 76, 1985. p. 1-17.

la cual brinda elementos importantes para detectar alertas en el desarrollo, pero quedan por fuera muchos aspectos del desarrollo psicosocial que permitirían detectar factores de riesgo y factores protectores para la salud mental del niño.

Factores epidemiológicos y sociofamiliares

En vista de las condiciones socioeconómicas y ambientales que vive el país como son la pobreza, la violencia, el alcoholismo, la drogadicción, los nuevos modelos de familia: madre e hijos, padre e hijos, abuelos y nietos y cambios frecuentes de pareja, los niños están sometidos a condiciones de estrés que conducen a circunstancias poco favorables para la estabilidad mental y emocional de estos sujetos en desarrollo, por falta de acompañamiento, afecto y figuras significativas estables^{③13}.

En 1993 se encontró que la niñez colombiana se está desarrollando en un ambiente negativo para su salud mental debido a factores psicosociales referentes a la familia como son la alta desintegración familiar, las dificultades en la comunicación y la gran ausencia de la figura paterna¹⁴. En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2000¹⁵, se encontró que el 61% de los hijos menores de 15 años viven con ambos padres biológicos, el 27% sólo con la madre, el 3% con el padre y el 8% con ninguno de los dos. Todo esto debido al aumento de las separaciones maritales o del fallecimiento de un progenitor.

Aspectos Legales

La Constitución Política de la República de Colombia de 1991,¹⁶ recogió el espíritu de la Declaración de los Derechos del Niño en su artículo 44, como una forma de rescatar la salud mental de la niñez colombiana.

En la Ley 100 de 1993 se hace énfasis en la detección de factores de riesgo. La Resolución No. 04288 de noviembre 20 de 1996² define el plan de atención Básica – PAB – del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual hace alusión a la necesidad de desarrollar acciones de promoción relacionadas con la salud

integral de los niños, niñas y adolescentes. En relación con las acciones de prevención y detección precoz, se incluye el programa de crecimiento y desarrollo en menores de 12 años². La resolución 00412 del 25 de febrero de 2000, reafirma la adopción de normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los menores de 10 años.

Antecedentes de los programas de crecimiento y desarrollo

Los programas materno-infantiles en Colombia han sido prioritarios y en ese sentido el Ministerio de Salud en 1974 elaboró tres manuales de crecimiento y desarrollo, luego se implementó el Plan Nacional de Supervivencia y Desarrollo Infantil (Supervivir) en 1984, y en 1991 el Ministerio de Salud presentó la Escala Abreviada de Desarrollo para ser utilizada en todo el país¹².

En la Sección de Pediatría Social de la Universidad de Antioquia, en un principio se realizó el programa en forma individual, luego en 1987 se presentó una propuesta de *atención por concentración al niño menor de cinco años* en el programa de crecimiento y desarrollo¹⁷. Después, en 1990, esta misma Sección presentó una nueva propuesta de *Crecimiento y Desarrollo por Atención Grupal* con nuevos elementos de trabajo¹⁷.

En 1991 surgió la propuesta nacional desde el Ministerio de Salud y el Grupo Interinstitucional para los programas de Salud del niño en Antioquia, de salud Integral para la Infancia “S.I.P.I.” para el menor de siete años¹⁷. En 1996, este mismo Grupo elaboró el manual de Salud Integral para el niño y la niña en edad escolar.

Caracterización del instrumento Lista de Síntomas Pediátricos Colombia (LSP-Col)

La prueba “LSP-Col” es un elemento de utilidad en estudios clínicos y epidemiológicos que ameriten conocer los riesgos de salud mental infantil. Es una prueba con 30 ítems que debe

Los niños están sometidos a circunstancias poco favorables para la estabilidad mental y emocional.

③ El pacto (13) se refiere a los factores de riesgo para la salud mental de los niños colombianos. Se recomienda consultar en Jiménez BI, Barragán AM, Sepúlveda AM. Los tuyos, los míos y los nuestros. Paternidad y maternidad en familias nucleares poligenéticas de Medellín. Medellín: Editorial U. de A., 2001, 147p.

ser respondido por los padres. El puntaje es obtenido por asignación de 0, 1 y 2 puntos; el punto de corte definido para Colombia es de 20 puntos, puntaje con el cual el niño es identificado como en riesgo^{18, 19}. (Anexo 1).

De acuerdo con los criterios y diagnósticos del DSM III-R, el instrumento LSP-Col, detecta específicamente los riesgos relacionados con los siguientes diagnósticos: **Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH), Depresión, Trastornos de Conducta y Ansiedad.**

OBJETIVOS

Objetivo general

Detectar los riesgos psicosociales a los que está expuesta la población de niños de tres a ocho años que asiste al programa Salud Integral para la Infancia (SIPI), de la Sección de Pediatría Social de la Universidad de Antioquia. Para ello se aplica la prueba tamiz: Lista de Síntomas Pediátricos- Colombia (LSP-Col), con el fin de precisar la magnitud del riesgo para la salud mental en esta población infantil.

Objetivos específicos

1. Identificar la presencia y la magnitud de los riesgos psicosociales para **Depresión** en la población preescolar y escolar del grupo en estudio.
2. Detectar la presencia y la magnitud de los riesgos psicosociales para **Déficit de Atención con Hiperactividad** en la población preescolar y escolar del grupo en estudio.
3. Determinar la presencia y la magnitud de los riesgos psicosociales para **Trastornos de Conducta** en la población preescolar y escolar del grupo en estudio.
4. Reconocer la presencia y la magnitud de los riesgos psicosociales para **Ansiedad** en la población preescolar y escolar del grupo en estudio.
5. Establecer comparaciones entre las siguientes variables: edad, sexo, escolarización, informante, convivencia con ambos padres, persona que cuida al niño y estrato

socioeconómico, con el fin de definir el grado de significancia estadística.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio descriptivo de corte transversal dirigido a la búsqueda de problemas psicosociales en niños seleccionados mediante la aplicación del instrumento (LSP-Col). La población objetivo la constituyeron 204⁴ niños y niñas del programa SIPI, con edades comprendidas entre tres y ocho años que asistieron a la aplicación de la encuesta con sus padres.

Se aplicó la prueba de tamización LSP-Col, validado en el país en 1999⁵, a los padres o acudientes de los niños y niñas del programa SIPI y una encuesta estructurada con las variables elegidas y el consentimiento informado (anexos 2 y 3), bajo la supervisión de los investigadores. Una vez recolectados los datos, se archivaron en medio magnético utilizando los servicios del EPIINFO, versión 6.04 y SPSS (Statistics Package for the Social Sciences), versión 9.0.

Después de seleccionados los niños con riesgo psicosocial, se separaron para el análisis en dos grupos independientes; uno de ellos se conformó con aquellos niños que mostraron la presencia de riesgo psicosocial y el otro con la población total. Establecidos los dos grupos, el análisis se hizo siguiendo los lineamientos de un estudio de Corte Cruzado (Cross Sectional).

Definición de caso

El instrumento utilizado tiene un punto de corte de 20, por encima del cual el niño se considera en riesgo psicosocial; es necesario aclarar que esta encuesta tiene utilidad para estudios de población y en ningún caso puede considerarse diagnóstico.

Para efectos del presente estudio se consideró que un niño está en riesgo de **Depresión**, cuando registra afirmativamente 5 o más ítems de los 10 que constituyen el criterio diagnóstico: Se cansa



"Nunca es largo el camino que conduce a la casa de un amigo".
Juvenal

⁴ La población ideal fue constituida por todos los niños de 3 a 8 años del programa SIPI de Pediatría Social.

TABLA 1

Distribución porcentual de las variables de persona en la población total de niños. Programa SIPI, Universidad de Antioquia, (U. de A.), Medellín, 2000.

Variable		n	Porcentaje
Sexo	Masculino	109	53
	Femenino	95	47
Escolarización	Estudia	170	83
	No estudia	34	17
Convive con ambos padres	Si	132	66
	No	68	34
Cuidador del niño	Madre	151	74
	Otro	53	26
Estrato socioeconómico	Bajo (1-3)	178	87
	Alto (4-6)	26	13
Edad	3-4 años	83	41
	5-8 años	121	59
Informante	Madre	142	70
	Padre	19	9
	Otro	43	21

Magnitud del riesgo psicosocial en población total

La prevalencia del riesgo psicosocial según el LSP-Col. fue de un 29% (Tabla 2).

TABLA 2

Magnitud del riesgo psicosocial. Niños Programa SIPI. U. de A., Medellín, 2000

Resultado	Cantidad	Proporción
Con riesgo	59	29%
Sin riesgo	145	71%
Total	204	100%

Hallazgos comparativos del riesgo psicosocial en población total

Al comparar la prevalencia del riesgo psicosocial según las categorías de cada variable (tabla 3), se encontró que los niños pertenecientes al estrato socioeconómico bajo tienen mayor riesgo psicosocial, siendo éste el único hallazgo estadísticamente significativo ($p = 0.037$), con una razón de prevalencia de 2.72, factor sobre el cual se ha hecho énfasis en algunos de los últimos informes de Unicef^{20,21}. Llama la atención la mayor prevalencia de riesgo psicosocial en las categorías de: sexo masculino, menor edad (3-4 años), desescolarizados, cuidados por persona diferente a la madre y que conviven sin ambos padres.



"El futuro tiene muchos nombres. Para los débiles es lo inalcanzable. Para los temerosos, lo desconocido. Para los valientes es la oportunidad".
Victor Hugo

TABLA 3

Distribución absoluta y porcentual del riesgo psicosocial e indicadores de la magnitud de la asociación del mismo por variables de persona. Niños Programa SIPI, U. de A., Medellín, 2000.

Variable		n	Con riesgo Psicosocial	% con riesgo	Razón de prevalencia	p
Sexo	Masculino	109	36	33	1.36	0.167
	Femenino	95	23	24		
Escolarización	Estudia	171	47	27	0.75	0.304
	No estudia	33	12	36		
Convive con ambos padres	Si	132	34	26	0.76	0.232
	No	68	23	34		
Estrato Socio-económico	1-3	178	56	31	2.72	0.037*
	4-6	26	3	12		
Edad	3-4 años	83	25	30	1.07	0.755
	5-8 años	121	34	28		
Cuidador del niño	Madre	151	42	28	0.87	0.557
	Otro	53	17	32		

* estadísticamente significativo ($p < 0.05$)

Los niños pertenecientes al estrato socioeconómico bajo, tienen mayor riesgo psicosocial.

Caracterización de la población infantil con riesgo psicosocial

En la población identificada con riesgo psicosocial^⑤, las variables de persona con mayor prevalencia fueron: el sexo masculino, la edad de 3-4 años, la convivencia con ambos padres, el estrato socioeconómico bajo, la escolarización y la madre como cuidadora. Estas tres últimas fueron estadísticamente significativas en el análisis comparativo. La tabla 4 resume lo anterior.

TABLA 4

Distribución absoluta, porcentual y valor de la significación estadística entre las categorías de las variables de persona para todos los niños que el LSP-Col. calificó con riesgo psicosocial. Programa SIPI, U. de A., Medellín, 2000.

Variable		Con riesgo psicosocial (n=59)	% observado	p*
Sexo	Masculino	36	61	0.118
	Femenino	23	39	
Escolarización	Estudia	47	80	0.000**
	No estudia	12	20	
Convivencia con ambos padres	Si	34	60	0.185
	No	23	40	
Estrato socioeconómico	1-3	56	95	0.000**
	4-6	3	5	
Edad	3-4 años	34	58	0.298
	5-8 años	25	42	
Cuidador del niño	Madre	42	71	0.002**
	Otro	17	29	

*Se aproximó a la distribución normal **estadísticamente significativo ($p < 0.05$)

⑤ Es preciso aclarar que estos hallazgos corresponden a una población que al ser reconocida como en riesgo presenta características peculiares y, por tanto, el comportamiento de sus variables es diferente al reportado en la población objeto de tamización.

Caracterización de la población infantil con riesgo de presentar más de un trastorno en población total

Se evaluaron los porcentajes de los niños susceptibles de adquirir más de un trastorno psicosocial. Los riesgos estudiados fueron: **Depresión, Ansiedad, Trastorno de Conducta y DAH** (Tabla 5). La prevalencia de niños con riesgo de más de un trastorno fue del 55%.^⑥

TABLA 5

Distribución porcentual del número de riesgos por trastorno según el LSP-Col. Niños Programa SIPI, U. de A., Medellín, 2000.

Número de trastornos	Casos	%	% acumulado
Cuatro trastornos	18	8.8	8.8
Tres trastornos	44	21.6	30.4
Dos trastornos	49	24.0	54.4
Un trastorno	42	20.6	75.0
Ninguno	51	25.0	100.0

Se exploraron las asociaciones prevalentes del riesgo psicosocial según las variables de persona, en los niños que clasificaron con riesgo de presentar más de un trastorno psicosocial (Tabla 6).

Bajo la anterior categorización del riesgo para más de un trastorno, se encontró mayor riesgo en el sexo masculino, en los niños desescolarizados, en los que conviven sin ambos padres, en los de estrato socioeconómico bajo y en los niños cuidados por la madre. Las diferencias entre las variables de persona no fueron estadísticamente significativas. (Prueba chi-cuadrado de independencia con corrección de Mantel-Haenszel, $p > 0.05$) (Tabla 6).

TABLA 6

Distribución absoluta y porcentual del riesgo de presentar más de un trastorno e indicadores de la magnitud de la asociación del mismo, por variables de persona. Niños Programa SIPI, U. de A., Medellín, 2000.

Variable	n	Con riesgo de más de un trastorno	% con riesgo	Razón de prevalencia	p	
Sexo	Masculino	109	63	58	1.14	0.299
	Femenino	95	48	51		
Escolarización	Estudia	171	90	53	0.83	0.246
	No estudia	33	21	64		
Convive con ambos padres	Si	132	67	51	0.82	0.139
	No	68	42	62		
Estrato socio-económico	Bajo (1-3)	178	101	57	1.47	0.081
	Alto (4-6)	26	10	38		
Edad	3-4 años	83	45	54	0.999	0.963
	5-8 años	121	66	54		
Cuidador del niño	Madre	151	84	56	0.91	0.557
	Otro	53	27	51		



"Beethoven oía con el corazón"
Daniel Ronderos

⑥ Es importante aclarar que esta prevalencia no corresponde necesariamente a la población identificada con riesgo psicosocial, ya que su puntuación puede estar por debajo del punto de corte para dicho riesgo.

Caracterización del riesgo para cada trastorno en la población total

El comportamiento del riesgo para cada trastorno según el LSP-Col. en los niños de 3 a 8 años se resume en la tabla 7. Nótese que el **Trastorno de Conducta** (58%) y **Trastorno de Ansiedad** (51%), fueron los que predominaron en este análisis.

TABLA 7

Distribución porcentual del riesgo para cada trastorno. LSP-Col. Niños programa SIPI, U. de A., Medellín, 2000.

Riesgo de trastorno*	Casos	%
Depresión	25	12
Déficit de atención con hiperactividad	96	47
Trastornos de conducta	119	58
Ansiedad	104	51

*Las categorías no son mutuamente excluyentes.

Los niños que conviven sin ambos padres pueden tener mayor tendencia a la depresión.

Riesgo para depresión en la población total

Este trastorno fue más prevalente en el sexo femenino, en los mayores de 4 años, en los niños de estrato socioeconómico bajo, en desescolarizados, en niños que conviven sin ambos padres y en los niños cuidados por persona diferente de la madre. No obstante, mediante la prueba chi-cuadrado de independencia, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre cada una de las variables de persona frente al riesgo para **Depresión** ($p > 0.05$). La razón de prevalencia encontrada para la variable *Convivencia con ambos padres* y el riesgo de **Depresión**, sugiere que en los niños que conviven sin ambos padres puede haber mayor tendencia para el riesgo de depresión, en una relación de 2:1 (Tabla 8).

TABLA 8

Distribución absoluta y porcentual del riesgo de depresión, e indicadores de la magnitud de la asociación del mismo por variables de persona. Niños Programa SIPI, U. de A., Medellín, 2000.

Variable	n	Con riesgo de depresión	% con riesgo	Razón de prevalencia	p	
Sexo	Masculino	109	12	11	0.800	0.562
	Femenino	95	13	14		
Escolarización	Estudia	171	20	12	0.77	0.566*
	No estudia	33	5	15		
Conviven con ambos padres	Si	132	12	9	0.5	0.078
	No	68	12	18		
Estrato socio-económico	Bajo (1-3)	178	24	13	3.51	0.212*
	Alto(4-6)	26	1	4		
Edad	3-4 años	83	7	8	0.560	0.169
	5-8 años	121	18	15		
Cuidador del niño	Madre	151	16	11	0.64	0.224
	Otro	53	9	17		

* Se utilizó la prueba exacta de Fisher, contraste de dos colas.

TABLA 9

Distribución absoluta y porcentual del riesgo de Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH), e indicadores de la magnitud de la asociación del mismo por variables de persona. Niños Programa SIPI, U. de A., Medellín, 2000.

Variable		n	Con riesgo de déficit de atención	% con riesgo	Razón de prevalencia	p
Sexo	Masculino	109	54	50	1.12	0.448
	Femenino	95	42	44		
Escolarización	Estudia	171	76	44	0.72	0.089
	No estudia	33	20	61		
Convive con ambos padres	No	68	40	59	1.41	0.022*
	Sí	132	55	41		
Estrato socio-económico	Bajo (1-3)	178	91	51	2.65	0.002*
	Alto (4-6)	26	5	19		
Edad	3 - 4 años	83	38	46	0.95	0.763
	5 - 8 años	121	58	48		
Cuidador del niño	Madre	151	74	49	1.16	0.348
	Otro	53	22	42		

* Indica la existencia de diferencias estadísticamente significativas a un $\alpha=0.05$.

Riesgo para Déficit de Atención con Hiperactividad (DAH) en la población total

El riesgo para DAH fue más prevalente en: el sexo masculino, en edad entre 5 y 8 años, en los de estrato socioeconómico bajo. Igualmente, en los niños desescolarizados, los que conviven sin ambos padres y los que están al cuidado de la madre. (Tabla 9). En el análisis de asociación se presentaron diferencias estadísticamente significativas en las variables de *convivencia sin ambos padres y niños de estrato socioeconómico bajo* frente al riesgo de DAH ($p<0.05$).

Riesgo para Trastorno de Conducta en la población total

En el estudio se observó que el riesgo para el Trastorno de Conducta fue más frecuente en el sexo masculino, en los niños menores de 5 años, en los de estrato socioeconómico bajo, en desescolarizados, en niños que conviven sin ambos padres y en aquellos niños que permanecen al cuidado de la madre. Sin embargo, no se encontró asociación estadísticamente significativa

entre las categorías de las variables y el riesgo de Trastorno de Conducta. Tabla 10.

Riesgo para Ansiedad en la población total

El riesgo para Ansiedad predominó en el sexo femenino, en los mayores de 4 años, en los niños con estrato socioeconómico bajo. (Tabla 11). Del mismo modo se observó mayor prevalencia en niños desescolarizados, en los niños que conviven con ambos padres y en los que están al cuidado de una persona diferente a la madre. Sin embargo, las diferencias anteriormente expuestas no fueron estadísticamente significativas entre las variables con las categorías indicadas y riesgo para ansiedad ($p>0.05$).

Merece la pena destacar que la mayor prevalencia de riesgo para todos los trastornos afectó a la población *desescolarizada*. Del mismo modo, la *convivencia sin ambos padres* estuvo asociada con la mayor prevalencia de los riesgos para trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta y depresión.



"Señor, ayúdanos a construir desde ya, en medio de este diluvio de balas, relaciones respetuosas de la libertad y la diferencia".
Luis Carlos Restrepo