



MIEMBRO DE LA RED
ILUMNO

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
FACULTAD DE SOCIEDAD, CULTURA Y CREATIVIDAD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA, TALENTO HUMANO Y SOCIEDAD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y CULTURA
LÍNEA PSICOLOGÍA CLÍNICA, SALUD MENTAL Y CONTEXTO

TRABAJO DE GRADO

DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL EN ESTUDIANTES DE 13 A 17 AÑOS, DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ERNESTO RINCÓN DUCON DEL MUNICIPIO DE
TAME- ARAUCA.

PRESENTA:

CERON MARTINEZ JOANNA COD. 1321220050

HERNANDEZ ALQUERQUE ANDRES MAURICIO COD. 1511021162

LIZARAZO MARCIALES JENITH COD. 1421027620

ORTIZ PATERNINA JUAN GABRIEL 1511022606

PAEZ DELGADILLO JORGE LEONARDO COD. 1210012170

DIRECTORA:

MGS. KARINA TORRES AVILA

TAME- ARAUCA., SEPTIEMBRE - DICIEMBRE DE 2019

Tabla de Contenidos

Resumen.	1
Capítulo 1. Introducción.	2
Descripción del contexto general del tema.	3
Planteamiento del problema	3
Pregunta de investigación.	3
Objetivo general.	3
Objetivos específicos.	4
Justificación.	4
Capítulo 2. Marco de referencia.	5
Marco conceptual.	5
Marco teórico.	6
Marco Empírico.	7
Capítulo 3. Metodología.	11
Tipo y diseño de investigación.	11
Participantes.	11
Instrumentos de recolección de datos.	11
Estrategia del análisis de datos.	12
Consideraciones éticas.	12
Capítulo 4. Resultados.	14
Discusión.	17
Conclusiones.	18
Limitaciones.	19
Recomendaciones.	19
Referencias bibliográficas	20

Lista de tablas

Tabla 1. Resultados Por Trastornos.

14

Resumen.

La salud mental hace parte de la salud integral de cualquier individuo, esta es determinada por la influencia de aspectos sociales, económicos, biológicos y ambientales, situación que la hace un tanto difícil de controlar. Por tal motivo se pretende realizar un diagnóstico de salud mental a los estudiantes de 13 a 17 años, de la Institución Educativa Ernesto Rincón Ducon del municipio de Tame-Arauca, a fin de detectar de forma temprana, posibles trastornos de salud mental ellos. A través de la aplicación de un Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria elaborado por Martínez, Álvarez, Dickinson, & Padrón (2010) a 36 estudiantes de 13 a 17 años. Dentro de los resultados más relevantes se tiene que para el Trastorno psicótico y el Trastorno de la eliminación, se presenta un 0 por ciento de estudiantes que pueden estar padeciendo estos trastornos, mientras que en porcentaje el trastorno de aprendizaje es la que menos presenta. En conclusión, el desarrollo de la investigación permitió conocer que, dentro de la comunidad estudiantil de la institución educativa Ernesto Ducon de Tame - Arauca, se presenta alto riesgo de trastornos como la depresión, el desarrollo de tics, el estrés postraumático, trastorno del lenguaje y TOC.

Palabras clave: salud mental, trastornos mentales, adolescencia, diagnóstico, detección temprana.

Capítulo 1.

Introducción.

La salud mental hace parte de la salud integral de cualquier individuo, esta es determinada por la influencia de aspectos sociales, económicos, biológicos y ambientales, situación que la hace un tanto difícil de controlar. Esta es integral cuando es física, mental y social, haciéndole frente al estrés normal de la vida, lo que supone que nos hace capaces de poder relacionarnos con los demás, identificar y dominar exitosamente los sentimientos o emociones, es decir vivir plenamente. (OMS, ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 1946, pág. 45). En Colombia para el año 2005, de acuerdo un estudio realizado en 60 municipios, de 25 departamentos del país, se determinó que 8 de cada 20 colombianos han sufrido una enfermedad mental en su vida, donde las más comunes fueron, trastornos de ansiedad, problemas en el estado de ánimo y el consumo de sustancias alucinógenas (MINSALUD, LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA, 2005, págs. 25 - 34). En Colombia la depresión unipolar será la primera causa general de consulta. (POSADA, 2013, pág. 18). Lo anterior nos indica que este tipo de estudios no han sido aplicados a población menor de 18 años, situación que se pretende abordar en esta investigación.

Descripción del contexto general del tema.

En Colombia, en el periodo comprendido entre 2009 y 2017 se registraron 44.931 casos de niños y niñas de 0 a 4 años atendidos por riesgos potenciales para su salud, además de 98.373 casos de niños y niñas de 5 a 9 años, al igual que 72.588 casos de niños y niñas de entre 10 y 14 años y 45.169 casos de adolescentes de 15 a 19 años, es decir que en Colombia el número de personas entre los 0 y 19 años, que consultan por

trastornos de salud mental o comportamiento va en aumento cada día, donde el común denominador de las consultas, son los trastornos como la ansiedad, la depresión, trastornos alimenticios, epilepsias, donde además se evidencia el alto grado de casos de suicidio dentro de esta población, arrojando un promedio de 387 casos por año dentro del periodo comprendido mencionado anteriormente. (MINSALUD, Boletín de Salud Mental en niños, niñas y adolescentes, 2018, págs. 20 - 26).

Planteamiento del problema

Se espera que la quinta parte de las poblaciones que sufren situaciones de guerra, desarrollen trastornos mentales y su salud mental se ve gravemente afectada, donde las enfermedades más comunes dentro de estas personas son, la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, la esquizofrenia o el estrés traumático o post traumático (OMS, EL CIUDADANO.COM, 2019, pág. 3), en municipio de Tame en Arauca, son muchos los factores que pueden influir en el desarrollo de trastornos mentales, la violencia es uno de ellos, razón por la cual se hace necesario identificar si la población estudiantil puede desarrollar problemas de salud mental a raíz de estos factores propios de la región

Pregunta de investigación.

¿Qué trastornos en la salud mental, pueden presentar los estudiantes de 13 a 17 años, de la Institución Educativa Ernesto Rincón Ducon del municipio de Tame-Arauca?

Objetivo general.

Realizar un diagnóstico a los estudiantes de 13 a 17 años, de la Institución Educativa Ernesto Rincón Ducon del municipio de Tame-Arauca, a fin de detectar de forma temprana, posibles trastornos de salud mental en ellos.

Objetivos específicos.

Aplicar el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria elaborado por Martínez, Álvarez, Dickinson & Padrón (2010) a las y los estudiantes de 13 a 17 años, de la institución educativa Ernesto Rincón Ducon, del municipio de Tame – Arauca.

Analizar los resultados de la aplicación del cuestionario de salud mental, de acuerdo con los criterios establecidos por los diseñadores.

Realizar un diagnóstico con el fin de retroalimentar a la institución para el desarrollo posterior de medidas de prevención.

Justificación.

La investigación se desarrolla con el fin de detectar de manera temprana, cualquier trastorno de salud mental, que afecte o pueda afectar a los estudiantes participantes de la misma, además de poder proveer la información resultante del diagnóstico a la institución educativa para que diseñe, desarrolle y aplique planes y programas que permitan el manejo, la detección y el control de factores que promuevan el desarrollo de trastornos en la salud mental de toda la comunidad educativa, lo que permite poder detectar de manera temprana los diferentes problemas de salud mental, que puedan surgir dentro de esta población y de esta manera poder replicar este procedimiento en otras zonas del país. Para el campo Psicológico, esta investigación contribuye en gran medida porque se convierte en una herramienta de detección temprana, lo que disminuye el tiempo de detección si se espera a que el niño o niña acuda a donde un profesional psicológico.

Capítulo 2.

Marco de referencia.

Marco conceptual.

La OMS ha descrito la salud mental como: el bienestar en el cual el individuo está consciente de sus propias habilidades, capaz de afrontar el estrés normal de la vida, puede trabajar fructífera y productivamente, y es capaz de hacer una contribución a su propia comunidad (Marcelo, 2017, pág. 14). El concepto de Trastorno no es muy claro, pero la OMS lo describe como "la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo" (OMS, CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento, 1992, pág. 15). Podría entonces decirse que el trastorno una alteración en las condiciones consideradas normales en el ser humano.

Para los trastornos mentales, la OMS considera que hay una extensa variedad de estos, donde la principal característica de cada uno de ellos, son las manifestaciones distintas. De manea general, estos son una combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Dentro de los trastornos mentales, se incluyen la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otras psicosis, la demencia, las discapacidades intelectuales y los trastornos del desarrollo, como el autismo (OMS, 2004, pág. 9).

La adolescencia, entendida esta como el período en donde se involucran con mayor intensidad lo individual, lo psicosocial, lo social, y todo esto en combinación con el entorno, es decir que el desarrollo adolescente es una etapa de cambio y transformación, donde se enriquece lo personal e individual, desde lo social, su contexto histórico y la

realidad de su sociedad (Krauskopf, 1995, pág. 9). Dentro del desarrollo de esta se conocen las siguientes fases: Fase puberal, Adolescencia media y Adolescencia tardía o Fase Final del periodo adolescente, las que, a su vez, se dividen de la siguiente manera: Temprana (10 - 13 AÑOS) Preocupación por lo físico y emocional, Media (14 - 16 AÑOS) Preocupación por la afirmación personal social, Final (17 - 19 AÑOS) Preocupación por lo social (Krauskopf, 1999, págs. 1 - 3)

La concepción de diagnóstico, se puede hacer desde su composición etimológica, o desde la definición dada por varios autores, en ambos casos, este termina siendo, un conocimiento que se hace a través de o por medio de, lo que resulta de la investigación de un caso particular, en busca de una explicación o descripción desde un juicio interpretativo. En el diagnóstico, también se pueden desarrollar comparaciones en busca de la transformación de alguna de los hechos comparados (Basurto y Gonzales 2001. Pág. 83).

Finalmente, la detección temprana o detección precoz en psicología, indica toda acción que se desarrolle y que como resultado arroje el descubrimiento patológico de algún trastorno que se encuentre en sus primeros estadios, a fin de poder desarrollar estrategias para tomar las medidas preventivas o terapéuticas necesarias (Grupo de Atención Temprana, 2000, pág. 7). En Psicología la detección temprana debe ir de la mano con un proceso diagnóstico y de intervención terapéutica, esto basados en los diferentes signos de alerta que se evidencien, para así establecer el tipo de trastorno y su intervención (Grupo de Atención Temprana, 2000, pág. 9), donde estos factores pueden ser desde el campo genético, psicológico, neurológico, ambiental o social (Galimberti, 2002, pág. 19).

Marco teórico.

Las teorías concretas que plantean modelos de comprensión con relación a la salud mental, son: el modelo psicoanalítico, el modelo conductual y el modelo humanístico, las cuales se explican a continuación. Pero dentro del desarrollo del proyecto se asume la teoría de del modelo conductual.

El modelo psicoanalítico, el cual fue desarrollado por Sigmund Freud entre 1885 y 1939, es una teoría sobre el funcionamiento de la mente humana y una práctica terapéutica, es utilizada para tratar los síntomas psíquicos recurrentes y que impiden el desarrollo normal del individuo, afectando el éxito de sus vidas y su condición de felicidad (Sánchez-Barranco A, 1992, pág. 58). Síntomas como la ansiedad, las inhibiciones y la depresión, son propios de ser tratados por medio de esta práctica, donde se hace un uso de nuevos conocimientos desde la parte inconsciente del sujeto, las cuales incluyen pensamientos y sentimientos, memorias y sueños, este tratamiento llega a proveer alivio al dolor psíquico, lo que ayuda al desarrollo personal y mejorando la autoconciencia, que al final fortalece la confianza de la persona en tratamiento para alcanzar las metas en la vida (Rapaport, 1978, pág. 12). Dentro de este modelo y según Freud, está el inconsciente, las experiencias tempranas de la niñez, el desarrollo psicosocial, el complejo de Edipo, la represión, el sueño visto como el deseo y su realización, la transferencia, la asociación libre, el yo, el ello y el super yo (Sánchez-Barranco A. 1993., pág. 35).

Por otro lado, el modelo conductual, se desarrolla desde conceptos como, impulso, motivación de incentivo y motivos aprendidos, Según Hull (1943), toda conducta se ejecuta, desde la intensidad de la respuesta o habito y desde la intensidad del impulso, donde si de estos factores uno es igual a cero, la conducta no se genera, donde es la

motivación interna la que se activa y logra llevar a cabo una conducta (HULL, 1943, pág. 3). Pávlov (1960) aporta con el condicionamiento Clásico, en este se intentó dar respuesta a como algunos reflejos incondicionados y por tanto innatos, pueden ser sustituidos mediante estímulos condicionados, es decir pueden aprenderse (PAVLOV, 1960, pág. 23). Skinner (1975), aporta con el modelo del condicionamiento operante, quien no descartaba el comportamiento influenciado por lo neuronal, pero invitaba a conocerlo desde la totalidad del organismo, por lo que negaba la postura de que cualquier impulso interno generara la conducta, ya que desde su postura afirma que la conducta se ve afectada por las variables causales del medio inmediato y del historial ambiental del organismo. Determino unos procesos básicos dentro de la conducta, tales como el refuerzo; el cual es el proceso responsable del fortalecimiento de las respuestas, el que hace que este ocurra con menor o mayor intensidad, la extinción; la cual es la que mengua la fuerza de la respuesta merced a la falta de refuerzo y el castigo; el cual disminuye la probabilidad de que ocurra una respuesta en presencia de un estímulo (Skinner, 1975, pág. 520).

Finalmente, el modelo humanístico, donde el máximo exponente de este modelo es Carl Rogers (1902-1987) , quien desarrollo un método terapéutico llamado la terapia centrada en el cliente, o terapia no directiva, donde a partir de la hipótesis de que el individuo posee en sí mismo medios para la autocomprensión y para el cambio del concepto de sí mismo, de las actitudes y del comportamiento autodirigido, se desarrolla la terapia desde la generación de un clima de actitudes psicológicas favorables para que el paciente pueda explotar dichos medios. Los rasgos principales de la terapia centrada en el cliente son: La confianza radical en la persona del cliente (paciente) y el rechazo al papel

directivo del terapeuta. La primera concibe a la gente como básicamente racional, socializada, progresista y realista. Esta terapia es denominada humanística, ya que se centra en el ser humano dentro de su proceso terapéutico, generando así una relajación de los sentimientos al reconocerlos como propios, se pasa a aceptar la experiencia como algo que tiene un significado, y al terminar el proceso el paciente se siente libre y guiado por sus vivencias. Se pasa de la incoherencia a la coherencia, se produce también un cambio en su relación con los problemas y cambia igualmente su modo de relacionarse con los demás, pasando del pasado a centrarse en el presente (ROGERS, 1992, págs. 118-125).

Marco Empírico.

La investigación “Detección Temprana de Trastornos de Salud Mental. Diseño, Validación y Confiabilidad del Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para Niños de 6 a 12 años” desarrollada por, Martínez, Álvarez, Dickinson, & Padrón, (2010), esta investigación diseño y aplico un instrumento, a niños de entre 6 y 12 años del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México, con el fin de poder hacer una detección temprana de posibles trastornos de salud mental, desde la intervención de personal no profesional. El cuestionario utilizado, pudo identificar 10 trastornos de manera puntual, es por esta razón, que esta investigación se utilizó como referente, al poder utilizar el mismo instrumento de medición de trastornos en la población infantil, del colegio ubicado en Tame, Arauca, contando con la autorización de los diseñadores.

En la investigación Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas” desarrollada Vargas, Villamil, Rodríguez, Pérez, & Cortés, (2011), en la cual se plantea que

desde el 30 al 50% de las personas que sufren algún tipo de trastorno, no son reconocidos por médico general, situación que hace necesario el desarrollo de herramientas de detección temprana, lo que permita un diagnóstico definitivo y un tratamiento oportuno. Se aplicó a 280 personas en Ciudad de México, de los cuales el 78.9% (221) fueron mujeres y 21.1% (59) hombres. Los resultados arrojaron que la herramienta detectó hasta el 87% de los casos de depresión y un 82.4% de los casos de ansiedad. En conclusión, se hace evidente la necesidad de aplicar un instrumento de detección temprana y de atención primaria en problemas de salud mental, ya que dentro de la investigación se logró confirmar la baja capacidad del médico general en el nivel de atención primaria para detectar estas patologías.

En la investigación “Implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y atención integral del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos en el Hospital Universitario Cari ESE Neurociencias de Barranquilla (Colombia)” desarrollada por, Navarro, Laborde, Gómez, & Fontalvo, (2016), se planteó implementar una Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos en los servicios de consulta prioritaria, consulta externa y hospitalización. Esta investigación hace un aporte al desarrollo de la actual investigación, ya que plantea la posibilidad de usar una guía práctica para la detección temprana de trastornos de salud mental, lo cual podría convertirse en una herramienta válida para la atención primaria, sobre todo en sectores como la educación y en población como los estudiantes, diseñada desde las concepciones propias de la psicología y la realidad contextual.

Capítulo 3.

Metodología.

Tipo y diseño de investigación.

La investigación se desarrolla desde el enfoque cuantitativo descriptivo, puesto que la herramienta de recolección de datos es el cuestionario de detección temprana, y se pretende identificar y describir los diferentes trastornos que pueda estar presentando los participantes de la misma.

Participantes.

Los participantes de la investigación son 36 estudiantes, cuyas edades están entre los 13 y los 17 años, pertenecientes a la Institución Educativa Ernesto Rincón Ducon del municipio de Tame-Arauca, pertenecientes a una comunidad cuyo sustento es mayormente proveniente de actividades agrícolas, los niveles de escolaridad son bajos, es decir, que aproximadamente el 80% de la población adulta su formación académica no alcanza el nivel de básica primaria y el nivel de estratificación es 1. Se evidencian situaciones como: descomposición familiar, familias monoparentales, violencia intrafamiliar (maltrato físico, psicológico y verbal), deserción escolar, desinterés por el estudio, jóvenes que a temprana edad organizan una familia, embarazos a temprana edad, promiscuidad, falta de diálogo entre padres e hijos, hijos abandonados, alcoholismo, entre otros factores que reflejan la falta de un proyecto de vida.

Instrumentos de recolección de datos.

La herramienta usada para la recolección de datos es el Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria elaborado por Martínez, Álvarez, Dickinson, & Padrón (2010) y diseñado bajo los criterios establecidos en el Manual Estadístico de las Enfermedades

Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10).

Aplicado bajo autorización de los diseñadores. Ver anexo 2.

Estrategia del análisis de datos.

El programa estadístico que se va utilizar para el análisis de la información, es el SPSS, es un software utilizado para realizar la captura y análisis de datos para crear tablas y gráficas, donde se podrá extraer conclusiones a partir de análisis estadísticos.

Consideraciones éticas.

Para el desarrollo de esta investigación, se tuvo en cuenta lo establecido en la resolución No. 08430 de 1993, por medio de la cual, se dictan las normas científicas, técnicas y administrativas para las investigaciones en el sector de la salud. Se garantiza que se cumplió con lo establecido en el artículo 6 del capítulo II, respecto al consentimiento informado, dado que se informó a todos los participantes sobre el propósito del estudio y se pidió su participación voluntaria en el desarrollo del mismo. Igualmente, de acuerdo con el artículo 8 del capítulo II, se protegió la privacidad de todos y cada uno de los participantes. Se consideró igualmente lo establecido en el artículo 11 del capítulo II, en el sentido en que la presente investigación no representó un riesgo biológico y fisiológico para sus participantes. Por otro lado, se tuvo en cuenta las disposiciones de la Ley 1090 de 2006, desde el Artículo 50, donde se tiene en cuenta los principios éticos de respeto y dignidad, además de tener presente el bienestar de los participantes. También el Artículo 55, por el cual se limita la aceptación de presiones o condiciones que limiten la objetividad. *Ver anexo 1* formato de consentimiento informado.

Capítulo 4.

Resultados.

Los resultados de la aplicación del cuestionario de salud mental, de acuerdo con los criterios establecidos por los diseñadores, se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1 Resultados por Trastornos. Fuente: elaboración propia con base a resultados.

TRASTORNO	NUMERO DE PREGUNTA	ALTA PROBABILIDAD	CON POSIBLE TRASTORNO
Trastorno del aprendizaje	1A, 3A, 8A, 9A, 24A, 27A ≥ 6	1/36	0
Trastorno por déficit de atención	22B, 29B, 30B, 36B ≥ 3	3/36	0
Estrés postraumático	16C, 23C, 32C, 37C, 39C ≥ 3	1/36	5
Tics	5D, 13D, 15D, 20D, ≥ 5	8/36	5
Depresión	11E, 21E, 31E, 34E, 35E, ≥ 3	7/36	6
Trastorno psicótico	10F, 28F, 38F ≥ 3	0/36	0
Trastorno del lenguaje	6G, 17G, 40G, 41G ≥ 2	5/36	4
Trastorno de la eliminación	12H, 18H, 25H, 33H ≥ 2	0/36	0
Trastorno obsesivo compulsivo	14I, 19I, 26I, ≥ 3	19/36	4
Ansiedad por separación	2J, 4J, 7J ≥ 2	3/36	0

De acuerdo con la información anterior, se puede determinar que: Para el Trastorno del aprendizaje, se presenta un alto porcentaje de estudiantes, donde de 36, 1 está en alto riesgo de presentarlo. Para el Trastorno por déficit de atención, de 36, 3 están en alto riesgo de presentarlo. Para el Estrés postraumático, de 36, 1 está en alto riesgo de presentarlo, además 5 de los 36 pueden estar ya padeciendo este trastorno. Para los Tics, de 36, 8 están en alto riesgo de presentarlo, además 5 de los 36 pueden estar ya padeciendo este trastorno. Para la Depresión, de 36, 7 están en alto riesgo de presentarlo, además 6 de los 36 pueden

estar ya padeciendo este trastorno. Para el Trastorno del lenguaje, de 36, 5 están en alto riesgo de presentarlo, además 4 de los 36 pueden estar ya padeciendo este trastorno. Para el Trastorno obsesivo compulsivo, de 36, 19 están en alto riesgo de presentarlo, además 4 de los 36 pueden estar ya padeciendo este trastorno. Para el Trastorno de la Ansiedad por separación, de 36, 3 están en alto riesgo de presentarlo. Para el Trastorno psicótico y el Trastorno de la eliminación los resultados presentan un 0 por ciento de estudiantes que pueden estar padeciendo estos trastornos.

Discusión.

Desde la teoría de modelo conductual, los resultados que arroja la investigación, tienen relación con lo expuesto por Hull (1943), dado que, de acuerdo con el autor, toda conducta se ejecuta, desde la intensidad de la respuesta o habito y desde la intensidad del impulso, lo que se aprecia en la frecuencia de las acciones desarrolladas por los estudiantes, donde, en los estudiantes en los que se presento un posible trastorno, se evidencia una frecuencia diaria de la acción correspondiente al trastorno, llegando a manifestarse los 7 días de la semana. Con relación a lo expuesto por Pávlov (1960) desde el condicionamiento Clásico, se establece concordancia con preguntas como 1A, 3A, 8A, 9A, 24A y 27A, dado que, estas acciones pueden ser respuesta a algunos reflejos incondicionados y por tanto innatos, es decir pueden aprenderse. Por su lado Skinner (1975), desde el condicionamiento operante relaciona el comportamiento influenciado por lo neuronal, es decir que preguntas como 12H, 18H, 25H y 33H guardan relación con este postulado. En ambos casos, el modelo conductual, da respuesta a esta investigación, puesto

que, de las acciones enlistadas dentro del cuestionario, se puede establecer, que pueden ser tanto aprendidas como adquiridas de manera innata.

Por otro lado, desde las diferentes revisiones documentales, se presenta concordancia con la desarrollada por Martínez, Álvarez, Dickinson, & Padrón, (2010), al poder establecer la viabilidad de la aplicación del instrumento, por parte de personal no profesional, además los resultados son coincidentes, pues dentro de las diferentes acciones listadas en el cuestionario, se logró identificar que al menos 6 estudiantes presentan alto riesgo de depresión, 5 de estrés postraumático y tics, y 4 de trastorno del lenguaje y TOC.

En la investigación desarrollada Vargas, Villamil, Rodríguez, Pérez, & Cortés (2011), existe concordancia al poder establecer que más del 70% de los estudiantes, no han tenido asistencia médica relacionada con la prevención de situaciones que afecten la salud mental, lo que hace que no se de una detección temprana, afectando un diagnóstico definitivo y un tratamiento oportuno. Los padres de familia, manifestaron que solo se asiste a consulta médica cuando se presentan cuadros febriles o gripales.

Finalmente, para la investigación desarrollada por, Navarro, Laborde, Gómez, & Fontalvo, (2016), existe concordancia sólo en el hecho de la necesidad de aplicar una herramienta que permita la detección temprana de trastornos mentales, aunque en la investigación actual, no se hace uso de guía alguna, se puede establecer la semejanza, puesto que ambas permiten poder identificar trastornos como la depresión y la ansiedad, a partir de situaciones cotidianas y su nivel de frecuencia, tal como lo expone el cuestionario en las preguntas 11E, 21E, 31E,34E y 35E, y lo expone la Guía de Práctica Clínica (GPC) Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente

en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente en la pág. 54 (Gaviria, Ruiz, Muños & Burgos 2013)

Conclusiones.

En conclusión, el desarrollo de la investigación permitió conocer que, dentro de la comunidad estudiantil de la institución educativa Ernesto Ducon de Tame - Arauca, se presenta alto riesgo de trastornos como la depresión, el desarrollo de tics, el estrés postraumático, trastorno del lenguaje y TOC. Además, se evidenció que la atención primaria, para eventos relacionados con los diferentes trastornos expuestos por el cuestionario, desde la medicina general no se desarrolla, dado a que estos eventos no son considerados tan importantes como un cuadro gripal o febril.

Por otra parte, el desarrollo de la investigación, permitió conocer la importancia de que agentes externos no profesionales, como docente o padres de familia, puedan aplicar instrumentos de detección temprana, que permitan conocer con anticipación situaciones que afecten el desarrollo mental de los hijos y estudiantes.

Desde el aspecto teórico, se logró evidenciar lo expuesto por Pávlov y Skinner, desde el condicionamiento clásico y operante, se identificó que, dentro de las respuestas de la ampliación del cuestionario, las diferentes acciones cotidianas pueden ser derivadas desde el aprendizaje externo o desde un impulso innato.

Limitaciones.

Las limitaciones más relevantes en el desarrollo de la investigación, están sujetas a la disponibilidad de los participantes, dado que, por ser menores de edad y estudiantes, estos estaban sujetos a lo que expresaba el centro de educación y los padres de familia,

donde en algunos casos se debió aplicar el instrumento directamente en las casas de algunos de los niños. Adicional a esto, los resultados están permeados por la subjetividad del encuestado, lo que reduce de cierto modo la veracidad y generalidad de los mismos.

Recomendaciones.

La recomendación que el grupo de investigadores hace, es poder iniciar el diseño e implementación de planes y programas por parte de la institución educativa, que permitan identificar, manejar y prevenir, situaciones que afecten el normal desarrollo de la salud mental en los estudiantes, donde se puedan involucrar a los padres de familia para asegurar el éxito de los mismos. Por otro lado, se hace necesario la vinculación de entes gubernamentales de salud, dentro de estos procesos, para contar con apoyo de profesionales especializados en la detección de trastornos en la salud mental, a fin de establecer criterios de identificación y prevención. Finalmente, teniendo en cuenta el alto porcentaje de estudiantes en riesgo de depresión, se recomienda el uso de la Guía de Práctica Clínica (GPC) Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente, como referencia para la población estudiantil.

Referencias bibliográficas

- Asiel, R. Á., García, G. M., Freund, L. N., & Fernandez, L. A. (2013). Programa para facilitar la detección precoz de trastornos mentales graves en el medio escolar: lecciones aprendidas de una experiencia piloto. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 33 (119), 537-554.
- Bertalanffy, L. v. (1979). *Perspectivas en la Teoría General de Sistemas*. Alianza Universitaria N° 203, 22-35.
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. Mexico: Siglo XXI Editores.
- Gaviria, Ruiz, Muños & Burgos. (2013) *Guía 22. Guía de Práctica Clínica (GPC) Detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivo recurrente*. Minsalud. Recuperado de http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_td/GPC_td_comp leta.aspx
- Grupo de Atención Temprana. (2000). *LIBRO BLANCO DE LA ATENCIÓN TEMPRANA*. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Recuperado de <http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/andaluciaessalud/doc/LibroBlancoAtenci%C2%A6nTemprana.pdf>
- HULL, C. L. (1943). *Principles of Behavior*. Nueva York: Appleton.
- Krauskopf, D. (1995). *Dimensiones del Desarrollo y la Salud Mental en la Adolescencia*. En *Indicadores de Salud en la Adolescencia*. O.P.S, 22.
- Krauskopof, D. (1999). *El desarrollo psicológico en la adolescencia: las transformaciones en una época de cambios*. *Adolesc. salud vol.1 n.2*, 12.
- Marcelo, A. N. (2017). *Compilado de Enfermería en Salud Mental*. Universidad católica los Ángeles, 364.
- Martínez, H. L., Álvarez, I. M., Dickinson, B. M., & Padrón, S. E. (2010). *Detección Temprana de Trastornos de Salud Mental. Diseño, Validación y Confiabilidad del*

- Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para Niños de 6 a 12 años. Rev Clin Med Fam vol.3 no.3, 170 - 178.
- MINSALUD. (2005). LINEAMIENTOS DE POLITICA DE SALUD MENTAL PARA COLOMBIA. Bogotá.: Ministerio de la protección social, Republica de Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf>
- MINSALUD. (2018). Boletín de Salud Mental en niños, niñas y adolescentes. Bogotá: Biblioteca Digital MINSALUD. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletín-4-salud-mental-mna-2017.pdf>
- Navarro, J. E., Laborde, C. C., Gómez, M. P., & Fontalvo, M. R. (2016). Implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y atención integral del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos en el Hospital Universitario Cari ESE Neurociencias de Barranquilla. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 32 (3), 429-435.
- OMS. (22 de JULIO de 1946). ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Recuperado el 20 de SEPTIEMBRE de 2019, de ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>
- OMS. (1992). CIE-10 Trastornos mentales y del comportamiento. Organización Mundial de la Salud, 25-26. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- OMS. (25 de JUNIO de 2019). EL CIUDADANO.COM. Recuperado el 20 de SEPTIEMBRE de 2109, de EL CIUDADANO.COM: <https://www.elciudadano.com/salud/oms-enfermedades-mentales-afectan-a-una-quinta-parte-de-quienes-viven-en-zonas-de-guerra/06/13/>
- OMS. (2004). Trastornos Mentales. Ginebra, Suiza.: Who.int.
- PAVLOV, I. P. (1960). Conditioned reflexes. Londres: Oxford University.

- POSADA, J. (2013). La salud mental en Colombia. Bogotá.: Biomédica Instituto Nacional de Salud.
- Rapaport, D. (1978). El modelo conceptual del psicoanálisis. En El modelo psicoanalítico, la teoría del pensamiento y las técnicas proyectivas. Hormé, 9-44.
- ROGERS, C. (1992). El proceso de convertirse en persona: Mi técnica terapéutica. Paidós, 202.
- Sánchez-Barranco, A. (1992). La condición científica del psicoanálisis. Apuntes de Psicología, 36, 57-76.
- Sánchez-Barranco, A. (1993.). Técnica psicoanalítica. Desarrollo histórico, conceptos fundamentales y fundamentos epistemológicos. Apuntes psicológicos, 209.
- Skinner, B. F. (1975). La naturaleza genérica de los conceptos de estímulo y respuesta. Registros acumulativos, 511-534.
- Vargas, T. B., Villamil, S. V., Rodríguez, E. C., Pérez, R. J., & Cortés, S. J. (jul./ago. 2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. Salud Ment vol.34 no, 323- 331.
- Martínez Higueros, Claudia Lorena; Álvarez Izazaga, Marsela Alejandra; Dickinson Bannack, M^a Eloísa; Padrón Sólomon, Edith Detección Temprana de Trastornos de Salud Mental. Diseño, Validación y Confiabilidad del Cuestionario de Salud Mental en Atención Primaria para Niños de 6 a 12 años Revista Clínica de Medicina de Familia, vol. 3, núm. 3, 2010, pp. 170-176 Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria Albacete, E
- Arteaga Basurto, C. y M. V. González Montaña. (2001). Diagnóstico. En Desarrollo comunitario (pp. 82-106). México: UNAM. Recuperado de <https://trabajosocialmazatlan.com/multimedia/files/InvestigacionPosgrado/Diagnostico%20Carlos%20Arteaga.pdf>

Anexos.

ANEXO 1.

CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA

Martínez, Álvarez, Dickinson, & Padrón (2010)

NOMBRE:	GRADO:	EDAD:	FECHA:
----------------	---------------	--------------	---------------

Instrucciones: a continuación, se presentan una serie de comportamientos con respecto al niño. Marque (tache, X) si se ha presentado alguno en los últimos 6 meses, según la cantidad de días que lo presenta a la semana.

	Comportamiento	Nunca (0 veces) (1-3 días a la semana)	Algunas Veces (4-5 días a la semana)	Con frecuencia a la semana)	Siempre (6-7 días)
1 ^a	Tiene bajo rendimiento escolar por su mala escritura.				
2J	Le da miedo estar separado de sus padres en casa.				
3 ^a	Se le dificulta escribir números o signos matemáticos (+, -, %, X)				
4J	Tiene miedo de dormir separado de sus padres.				
5D	Realiza movimientos o sonidos en forma repetida e involuntaria (parpadeo, chupeteo, carraspeo) que desaparecen cuando esta entretenido (viendo televisión, jugando o dormido).				
6G	Dice palabras incompletas				
7J	Tiene pesadillas acerca de ser separado de sus padres o casa.				
8 ^a	Escribe en forma desorganizada y con muchos errores (junta palabras, se come letras, escribe letras al revés).				
9 ^a	Le cuesta trabajo entender algunos signos matemáticos (suma +, resta -, multiplicación x, división ÷).				
10F	Dice escuchar voces que no existen				
11E	Tiene poca energía o está cansado sin razón aparente				
12H	Se hace popo en su ropa interior				

13D	Tiene movimientos o sonidos involuntarios que aumentan cuando está nervioso o frente a otras personas (parpadeo chupeteo movimientos bruscos de cabeza o alguna extremidad).				
14I	Trata de realizar las tareas o actividades a la perfección.				
15D	Tiene movimientos repetidos e involuntarios: parpadeo, chupeteo, movimientos bruscos de la cabeza o alguna extremidad.				
16C	Evita estar en lugares que le recuerden alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
17G	Confunde palabras al hablar				
18H	Se hace popo en la cama				
19I	Se preocupa de manera exagerada por la limpieza o el orden de las cosas.				
20D	Emite sonidos raros e involuntarios (toser, carraspeo, gruñidos)				
21E	Muestra desinterés por jugar o divertirse como otros niños de su edad.				
22B	Se mueve sin parar de un lado a otro.				
23C	Siente miedo o angustia cuando habla o recuerda alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
24ª	Tiene bajo rendimiento escolar porque le cuesta trabajo leer.				
25H	Se orina en su ropa interior.				
26I	Es exageradamente ordenado con sus cosas o juguetes				
27ª	Se le dificulta leer textos que leen otros niños de su edad en la escuela.				
28F	Dice que ve personas o animales que no existen				
29B	Le cuesta trabajo permanecer quieto en un lugar durante poco tiempo (5 minutos)				
30B	Dice mentiras.				
31E	Llora, sin motivo aparente.				
32C	Al jugar imita alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio accidente, muerte, cambio de casa).				
33H	Se orina en la cama				
34E	Se encuentra triste, irritable o llora sin razón aparente				

35E	Se siente desanimado o indiferente para realizar actividades que antes le gustaban (ir al cine, al parque, jugar, patinar, etc.)				
36B	Le cuesta trabajo esperar su turno en los juegos o actividades que requieren orden				
37C	Recuerda alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte, cambio de casa).				
38F	Siente que lo persiguen o que alguien quiere hacerle daño				
39C	Sueña con alguna situación difícil o dolorosa que haya vivido (divorcio, accidente, muerte cambio de casa).				
40G	Tiene dificultad para pronunciar algunas letras.				
41G	Tartamudea.				

Para la lectura del cuestionario se debe tener en cuenta los siguientes criterios:

Respuesta	Puntos
Nunca	0
Algunas veces	1
Con frecuencia	2
Siempre	3

TRASTORNO	NUMERO DE PREGUNTA
Trastorno del aprendizaje	1A, 3A, 8A, 9A, 24A, 27A ≥ 6
Trastorno por déficit de atención	22B, 29B, 30B, 36B ≥ 3
Estrés postraumático	16C, 23C, 32C, 37C, 39C ≥ 3
Tics	5D, 13D, 15D, 20D, ≥ 5
Depresión	11E, 21E, 31E, 34E, 35E, ≥ 3
Trastorno psicótico	10F, 28F, 38F ≥ 3
Trastorno del lenguaje	6G, 17G, 40G, 41G ≥ 2
Trastorno de la eliminación	12H, 18H, 25H, 33H ≥ 2
Trastorno obsesivo compulsivo	14I, 19I, 26I, ≥ 3
Ansiedad por separación	2J, 4J, 7J ≥ 2