






Resiliencia, ansiedad, pobreza y depresión en niños de dos ciudades de Colombia

Resilience, anxiety, poverty and depression in children of two cities of Colombia

Wendy Tatiana Cervantes-Perea¹ , Eliú Fajardo-Castillo² , Ubaldo Enrique Rodríguez-de Ávila³ 

Tipología: Artículo de Investigación científica y tecnológica.

Para citar este artículo: Cervantes-Perea WT, Fajardo-Castillo E, Rodríguez-de Ávila UE. Resiliencia, ansiedad, pobreza y depresión en niños de dos ciudades de Colombia. Duazary. 2019 mayo; 16(2 número especial): 332-344. Doi: <https://doi.org/0.21676/2389783X.3156>

Recibido en marzo 29 de 2019

Aceptado en junio 18 de 2019

Publicado en línea en agosto 25 de 2019

RESUMEN

El objetivo del estudio fue verificar si la Resiliencia y la Ansiedad difieren del contexto cultural en niños en situación de pobreza y depresión. Participaron 2 instituciones de educación media de dos zonas marginales de dos ciudades del Caribe colombiano (Santa Marta y Cartagena). El muestreo fue no probabilístico intencional, transversal. La muestra fue de 73 estudiantes, entre 10 y 12 años de edad (22 mujeres y 51 hombres) todos con características sintomatológicas de depresión, 36 estudiantes de Santa Marta y 37 estudiantes de Cartagena. La distribución fue del 73% de resiliencia alta, 25% de resiliencia moderada y 1,4% de resiliencia baja. El 47% se encontraban en riesgo de sufrir ansiedad y 53% no presentaban riesgo. Mediante Chi Cuadrado, ponderados para depresión, con significancia menores a 0,05, se verificó la hipótesis alterna: La resiliencia y la ansiedad difieren del contexto cultural en los niños en situación de pobreza y depresión.

Palabras clave: resiliencia; ansiedad; depresión, pobreza; niños.

1. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: wcervantesp@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0003-1660-8873>
2. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: fajardoeliu@gmail.com - <https://orcid.org/0000-0001-5413-6841>
3. Universidad del Magdalena. Santa Marta, Colombia. Correo: rodriguez.ubaldo@gmail.com - <http://orcid.org/0000-0001-5907-001X>

ABSTRACT

The objective of the study was to verify if Resilience and Anxiety differ from the cultural context in children in situations of poverty and depression. Two secondary education institutions participated in two marginal zones of two cities of the Colombian Caribbean (Santa Marta and Cartagena). Sampling was intentional non-probabilistic, transverse. The sample consisted of 73 students, between 10 and 12 years of age (22 women and 51 men), all with symptoms of depression, 36 students from Santa Marta and 37 students from Cartagena. The distribution was 73% of high resilience, 25% of moderate resilience and 1.4% of low resilience. 47% were at risk of anxiety and 53% were not at risk. The Chi-square, weighted for Depression, with significance less than 0.05, verified the alternative hypothesis: Resilience and Anxiety differ from the cultural context in children in situations of poverty and depression.

Keywords: Resilience; Anxiety; Depression, Poverty; Children.

INTRODUCCIÓN

La palabra "resiliencia", que se origina principalmente de la física, se refiere a la variabilidad de un objeto bajo la premisa de mantener sus características esenciales¹. Así, es un tipo de reacción de una sustancia a sus fuerzas externas. Desde los años de 1970 el concepto fue aplicado en ecología por Holling². De esta forma, el significado primario de la resiliencia fue interpretado como la capacidad del sistema para predecir y resolver los shocks externos³, con el objetivo de mantener su operación funcional principal cuando ocurren las crisis, y para mejorar a sí mismo utilizando los recursos disponibles y las oportunidades³. En Psicología, el enfoque de la Resiliencia surge a partir de los esfuerzos por entender las causas de la Psicopatología⁴, donde diversos estudios demostraron que existían grupos de niños que no desarrollaban complicaciones psicológicas a pesar de las predicciones en contra^{5,6}. Se asumió el concepto de invulnerabilidad para niños que se adaptaban positivamente a la adversidad, luego se propuso el concepto de Resiliencia⁷. De esta forma, por resiliencia se entiende como la capacidad de sobrevivir y superar adversidades a pesar de vivir en condiciones de pobreza, violencia intrafamiliar, o a pesar de las consecuencias de una catástrofe natural⁸.

El fenómeno de la resiliencia es complejo y no posee una sola explicación causal, sino que tiene que ser concebido como un proceso

multifactorial en el que convergen las distintas dimensiones del ser humano⁴. Es considerada parte del proceso evolutivo que debe ser promovido desde la niñez y definida como la capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o incluso ser transformado por ellas⁹; se distingue así, dos componentes: 1) la resistencia frente a la destrucción o capacidad de proteger la propia integridad bajo presión; 2) la capacidad para construir un conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles¹⁰; también es considerado éste fenómeno como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana a pesar de vivir en un medio insano; procesos que tendrían lugar a través del tiempo, combinando atributos del niño y su ambiente familiar y social¹¹, combinación de factores que permiten a un ser humano afrontar y superar los problemas de la vida¹². También es considerado como un concepto genérico de amplia gama de factores de riesgo y resultados de competencia, o conjunción entre factores ambientales, temperamento y un tipo de habilidad cognitiva que tienen los niños a temprana edad¹³. De esta manera, queda clara que en el fenómeno de Resiliencia deben tenerse en cuenta varios componentes esenciales, tales como la noción de amenaza al desarrollo humano, la adaptación positiva a la adversidad, y procesos que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales. Es decir que las

definiciones de Resiliencia enfatizan en características de los sujetos tales como: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, competencia, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a situaciones estresantes que les permiten superarlas⁴.

Por otro lado, El DSM-5 define los trastornos de ansiedad como trastornos que comparten rasgos de miedo y ansiedad excesivos y trastornos de conducta relacionados¹⁴ y describe 11 trastornos de ansiedad diferentes y los 4 trastornos de ansiedad más comunes experimentados en el período preescolar son: Trastorno de ansiedad de separación (miedo excesivo alrededor de la Cuidadores); Fobia social (miedo excesivo a la evaluación social negativa); Trastorno de ansiedad generalizada (anticipación ansiosa excesiva de eventos futuros); Fobia específica (miedo excesivo a estímulos específicos, como perros o alturas).

Varios estudios han confirmado que los síntomas de ansiedad en niños en edad preescolar tienden a agruparse en las categorías específicas enumeradas anteriormente y apoyar el uso de estos diferentes diagnósticos en niños preescolares en lugar de un diagnóstico inespecífico de trastorno de ansiedad¹⁵⁻¹⁷. El trastorno postraumático ya no se clasifica como trastornos de ansiedad y no se consideran aquí¹⁸.

Según la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*¹⁹ los trastornos de ansiedad son uno de los trastornos más frecuentes en la infancia y la adolescencia, y se encuentran entre los más frecuentemente diagnosticados en los servicios de Salud Mental Infantil y Adolescente²⁰ representando más del 20% de la carga de trabajo²¹. Las tasas de prevalencia varían de acuerdo a cada trastorno, estimando que entre el 5 y el 18% de los niños y adolescentes cumplen los criterios para un trastorno de ansiedad^{20,22}. Aunque algunos problemas de ansiedad, como la ansiedad de separación o las fobias específicas, tienden a desaparecer con la edad, en algunos

niños persisten y afectan negativamente a la vida del niño convirtiéndose en un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos de ansiedad en la adolescencia y la edad adulta²⁰. La detección temprana y la intervención son por lo tanto de gran importancia, como lamentablemente solo el 30% de los niños con problemas de ansiedad reciben tratamiento²³. Por otro lado, en la actualidad la depresión ha sido un trastorno mental común con una prevalencia de 16,2% en 12 meses, y prevalencia de 6,6% en la población general²⁴. Entendiendo que los seres humanos tienen una fuerte necesidad de pertenencia e interacciones sociales, las relaciones sociales positivas y sostenibles son fundamentales para el bienestar físico y psicológico, lo cual está estrechamente asociada con la ocurrencia y el desarrollo de la depresión, la relación interpersonal y la experiencia de pobreza, tales como acesión sin garantía y la victimización por pares y la intimidación²⁵⁻³⁰.

Por otro lado, el impacto de los factores contextuales sobre la resiliencia, los barrios tienen un impacto bien reconocido sobre el bienestar de los niños³¹. Es así que la pobreza en los barrios y la desorganización social comprometen el desarrollo de los jóvenes, ejercen una poderosa influencia en la capacidad de los niños para participar productivamente con la educación, en la participación de conductas pro-sociales y en el impacto directo en el estado de salud mental³²⁻³⁴, sin embargo, los jóvenes de barrios desfavorecidos han encontrado un fuerte sentido de identidad y pertenencia y esta conexión emocional con el lugar es un recurso de resiliencia importante³⁵. También es cierto, como demuestran los estudios en el tema, que los arreglos de vida también influyen en la capacidad de los jóvenes para responder positivamente a los desafíos³⁶, y el hacinamiento, la inestabilidad residencial y la falta de vivienda socavan la resiliencia que a menudo se ven exacerbados por otros factores como la adversidad familiar, los problemas de salud y de salud mental y las necesidades socioemocionales no satisfechas^{37,38}.

No existe una única definición de pobreza³⁹. En general, se refiere a la carencia o falta de

acceso al conjunto básico de bienes y servicios en un nivel inaceptable, y cuando se presente de forma extrema las carencias significan un detrimento excesivo del bienestar que amenazan la vida³⁹ y que puede deteriorar la salud mental, debido al aumento del estrés que genera la exclusión social, el poco acceso a servicios de salud, la disminución del capital social y el incremento de la violencia. Ésta definición sugiere la relación entre la pobreza con diferentes problemas de salud mental; de ahí que el presente estudio se basó en población en situación de pobreza, además con características objetivas de depresión, con el fin de identificar si existe diferencia o no entre Resiliencia y Ansiedad a partir de dos contextos culturales específicos de una región que comparten factores culturales específicos (dos ciudades del Caribe colombiano).

El objetivo del estudio fue verificar si la Resiliencia y la Ansiedad difieren del contexto cultural en niños en situación de pobreza y depresión.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Investigación

Estudio transversal, cuantitativo correlacional, en la medida que correlaciona las variables estudiadas, pero sin deducir necesariamente causalidad entre las mismas.

Participantes

En el estudio participaron 2 instituciones de educación media estatales o públicas, ubicadas en zonas marginales de las ciudades de Santa Marta (Ciudad 1) y Cartagena (Ciudad 2) respectivamente; A través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, se seleccionaron 80 sujetos (40 en la Ciudad 1 y 40 en la Ciudad 2; 20 mujeres y 20 hombres respectivamente en cada ciudad). Luego se identificó en la mayoría de los estudiantes (91%) presentaban altos valores en la escala *Children's Depression Inventory (CDI)* de Kovacs^{40,41}, lo que sugería la presencia de Depresión Clínica. Así, la muestra final estuvo conformada por 73 estudiantes, todos con características sintomatológicas de depresión, entre 10 y 12 años de edad, de ambos sexos (22

mujeres y 51 hombres). 36 estudiantes de Ciudad 1 y 37 estudiantes de Ciudad 2, ciudades ubicadas en el Caribe colombiano.

Instrumentos

Se utilizó el *Cuestionario de Resiliencia*⁴² es un instrumento de autoinforme previamente desarrollado en México para niños y adolescentes que mide factores específicos de la resiliencia basada en los postulados de Grotberg⁴³ organizados en cuatro categorías: yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de fortaleza psíquica) yo puedo (remite a la adquisición de habilidades interpersonales). Consta de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos. El instrumento fue sometido a un examen de validez y confiabilidad, demostrando un buen ajuste estadístico. En el presente estudio la confiabilidad Alpha de Cronbach fue de 86,6%. Las dimensiones del cuestionario son tres: 1) Factores protectores internos. Mide habilidades para la solución de problemas (con 14 reactivos). 2) Factores protectores externos. Evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia y/o personas significativas para el individuo (11 reactivos) y 3) Empatía. Se refiere a comportamiento altruista y prosocial (7 reactivos). La calificación del cuestionario está dada por la suma del puntaje total: Los valores altos indican mayor resiliencia, es decir, poseen habilidades para la solución de problemas, cuentan con redes de apoyo para la superación de los problemas así como comportamiento altruista y prosocial los cuales son componentes indispensables para la resiliencia^{42,43}. La puntuación mínima es 32 puntos y la máxima 160 puntos de la siguiente forma; Resiliencia baja: 32 a 74 puntos, Resiliencia moderada: 75 a 117 puntos y Resiliencia alta: 118 a 160 puntos⁴².

También se utilizó la versión en español de la *Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)* para niños de edades comprendidas entre 8 y 12 años. El SCAS demostró tener una consistencia interna satisfactoria con la muestra española²⁰ y el análisis factorial confirmó el modelo original de seis factores de Spence dado y validado en 1994. En general,

el SCAS ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas para uso con niños españoles por médicos e investigadores. La escala se compone de 45 reactivos con tres opciones de respuestas (0=Nunca, 1=Algunas Veces, 2= Muchas veces); tiene además seis reactivos de relleno que no se califican. El punto de corte para “riesgo de ansiedad” es de 41 puntos. Además, la escala se compone de seis factores: Trastorno de ansiedad por separación (6 reactivos), Fobia Social (6 reactivos), Desorden obsesivo compulsivo (6 reactivos), Pánico/agorafobia (9 reactivos), Miedos de lesiones físicas (5 reactivos) y Trastorno de ansiedad generalizada (6 reactivos). El ajuste de fiabilidad para el presente estudio de este instrumento es de 88% Alpha de Cronbach.

Igualmente fue aplicado la versión española del *Children's Depression Inventory (CDI)* de Kovacs^{40,41}, en su versión en español⁴⁴. Este inventario es una prueba de auto-informe que contiene 37 reactivos relacionados con síntomas de la depresión, para niños y adolescentes entre 7 y 17 años de edad. Fue diseñada en 1977 y ha demostrado en múltiples investigaciones que tiene propiedades psicométricas adecuadas en poblaciones clínicas y normales. Tiene la cualidad de discriminar un diagnóstico psiquiátrico de depresión o distimia de otras condiciones psiquiátricas o de niños “normales”. Tiene tres opciones de respuesta: Ausencia del síntoma=0; Presenta el síntoma=1; y Definitivamente presenta el síntoma=2. Para su administración, excluyendo el reactivo de verificación, los puntos de corte son: <15= No riesgo; >15= En riesgo de depresión; >19= Clínicamente deprimido.

Procedimiento

Se lanzaron las siguientes hipótesis: H0: La Resiliencia y la Ansiedad no difieren del contexto cultural en los niños en situación de vulnerabilidad y depresión. H1: La Resiliencia y la Ansiedad difieren del contexto cultural en los niños en situación de vulnerabilidad y depresión. Ahora bien, como se están comparando dos grupos (Santa Marta y Cartagena) con una característica compartida

(depresión clínica) valorados en un solo momento, por tanto, el tipo de estudio es transversal, con variables aleatorias nominales politómicas (Resiliencia y Ansiedad). De esta forma, la prueba seleccionada es Chi Cuadrado (X^2 de homogeneidad). Se utilizó el software estadístico SPSS versión 15.0 para Windows y se ponderó la muestra para la variable Depresión.

Declaración sobre aspectos éticos

Este estudio adaptó las normas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1975 y la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia para la investigación con seres humanos. Se presentó el consentimiento informado y se protegió el bienestar e integridad de los participantes, a través de la confidencialidad, derecho a la no participación retiro, devolución de resultados.

RESULTADOS

Con una media general de 132,47 ($\pm 13,125$) varianza fue de 546,73 en la puntuación de Resiliencia para Ciudad 1 y para Ciudad 2 una media general de 124,89 ($\pm 23,382$) (ver tabla 1), la distribución totalizada es del 73% de resiliencia alta, 25% de resiliencia moderada y 1,4% de resiliencia baja para la muestra total. Por ciudad la distribución fue la siguiente: Ciudad 1: Resiliencia alta en un 86% y resiliencia moderada del 14%. Ciudad 2: Resiliencia alta de 61%, resiliencia moderada de 36% y resiliencia baja del 3%.

Para cada uno de los factores de resiliencia se encontró lo siguiente: Ciudad 1 con una media de 46,17 ($\pm 4,475$) en Factor Protector Externo, la distribución fue de 83% en nivel alto y el 17% en nivel moderado. Con una media de 58,56 ($\pm 8,412$) en Factor Protector Interno la distribución fue del 89% en nivel alto y el 11% en nivel moderado. En Factor Empatía, con una media de 27,75 ($\pm 3,996$), la distribución fue de 61% en nivel alto y el 39% en nivel moderado. Ninguno de los participantes en Santa Marta puntuó niveles bajos en los factores de resiliencia. Ciudad 2: con una media de 43,24 ($\pm 7,918$) en Factor Protector

Externo, la distribución fue de 61% en nivel alto, 31% en nivel moderado y 8% en nivel bajo. Con una media de 53,53 ($\pm 12,758$) en Factor Protector Interno la distribución fue del 65% en nivel alto, 32% en nivel moderado y 3% en nivel bajo. En Factor Empatía, con una media de 27,11 ($\pm 6,691$), la distribución fue de 62% en nivel alto, 27% en nivel moderado y 11% en nivel bajo.

En cuanto a los resultados de Ansiedad, con una media generalizada de 46,92 ($\pm 18,551$) para Ciudad 1 y una media de 36,19 ($\pm 17,735$) para Ciudad 2, la distribución general de toda la muestra fue que el 47% se encuentran en riesgo de sufrir ansiedad y el 53% no se encuentran en riesgo de ansiedad. La distribución por ciudad fue la siguiente: Ciudad 1: el 70% tiene riesgo de ansiedad y el 30% no presenta riesgo de sufrir de ansiedad. Para Ciudad 2 los resultados se invierten: el 24% presenta riesgo de sufrir ansiedad y el 75% no tiene riesgo de sufrir ansiedad.

Para cada uno de los factores de Ansiedad se encontró lo siguiente: Ciudad 1: Con una media de 8,94 ($\pm 3,964$) en Ansiedad por Separación, el 22% se encuentra en nivel moderado, el 47% en nivel alto y el 30% en nivel bajo. Con una media de 6,83 ($\pm 4,046$) en Fobia Social, el 8% se encuentra en nivel alto, el 42% en nivel moderado y el 50% en nivel bajo. Con una media de 7,39 ($\pm 3,21$) en Obsesión Compulsión, el 5% se encuentra en nivel alto, el 53% en nivel moderado y el 42% en nivel bajo. Con una media de 9,36 ($\pm 5,683$) para Pánico / Agorafobia, el 8% se encuentra en nivel alto, el 31% en nivel moderado y el 61% en nivel bajo. Con una media de 5,86 ($\pm 3,611$) en Miedo a las Lesiones Físicas, la distribución fue del 11% en nivel alto, 50% en nivel moderado y 39% en nivel bajo. Con una media de 8,53 ($\pm 4,286$) en Ansiedad Generalizada, la distribución fue del 25% en nivel alto, 44% en nivel moderado y 31% en nivel bajo. Ciudad 2: Con una media de 6,81 ($\pm 3,814$) en Ansiedad por Separación, el 43% se encuentra en nivel moderado, el 43% en nivel alto y el 52% en nivel bajo. Con una media de 5,08 ($\pm 3,996$) en Fobia Social, el 5% se encuentra en nivel alto, el 24% en nivel moderado y el 71% en nivel bajo. Con una

media de 5,73 ($\pm 3,159$) en Obsesión Compulsión, el 32% se encuentra en nivel moderado y el 68% en nivel bajo. Con una media de 7,3 ($\pm 5,338$) para Pánico / Agorafobia, el 3% se encuentra en nivel alto, el 16% en nivel moderado y el 81% en nivel bajo. Con una media de 4,11 ($\pm 3,414$) en Miedo a las Lesiones Físicas, la distribución fue del 8% en nivel alto, 30% en nivel moderado y 62% en nivel bajo. Con una media de 7,16 ($\pm 4,233$) en Ansiedad Generalizada, la distribución fue del 11% en nivel alto, 35% en nivel moderado y 54% en nivel bajo.

Por otro lado, al establecer la relación entre los factores de Ansiedad y Resiliencia de la muestra total, ponderados con los valores de Depresión, se encontró una relación inversa significativa (ver tabla 1) entre Obsesión Compulsión y Factor Protector Interno ($\rho = -0,52$, error del 5%), Factor Protector Externo ($\rho = -0,161$, error del 1%) y Factor Empatía ($\rho = -0,71$, error del 1%). Fobia Social relacionó significativamente con Factor Protector Externo ($\rho = 0,111$, error del 1%). Pánico/Agorafobia relacionó de forma inversa significativamente con Factor Empatía ($\rho = -0,103$, error del 1%). Miedo a Lesiones Físicas relacionó significativamente de manera inversa con Factor Protector interno ($\rho = -0,148$, error del 1%) y con Factor Empatía ($\rho = -0,046$, error del 5%). Ansiedad generalizada relacionó significativamente con Factor Empatía ($\rho = 0,078$, error del 1%). No se encontraron más correlaciones significativas (Tabla 1).

Tabla 1. Correlaciones entre los factores de Ansiedad y Resiliencia ponderado para depresión.

Correlación Spearman (rho)		RESILIENCIA			
		Factor Protector Interno	Factor Protector Externo	Factor Empatía	
ANSIEDAD	Ansiedad por Separación	Rho	0,009	0,019	-0,014
		Sig.	0,701	0,402	0,521
	Fobia Social	Rho	0,033	,111(**)	-0,014
		Sig.	0,141	0	0,549
	Obsesión Compulsión	Rho	-,052(*)	-,161(**)	-,071(**)
		Sig.	0,021	0	0,002
	Pánico / Agorafabia	Rho	-0,002	-0,028	-,103(**)
		Sig.	0,939	0,217	0
	Miedo a Lesiones Físicas	Rho	-,148(**)	-0,027	-,046(*)
		Sig.	0	0,226	0,042
	Ansiedad Generalizada	Rho	-0,029	-0,023	,078(**)
		Sig.	0,207	0,317	0,001

Nota: (**) $p < .01$; (*) $p < .05$.

Se ponderan los datos con los valores de Depresión y se somete a un análisis Chi cuadrado para identificar si existe diferencia. Se tomaron los valores o índices generles de Ansiedad y Resiliencia. Se muestra la tabla de contingencia para cada variable (Tabla 2).

Tabla 2. Tabla de contingencia para Ansiedad y Resiliencia ponderada para Depresión.

Índice General de Ansiedad		Grupo		Total
		Ciudad 1	Ciudad 2	
Sin riesgo de Ansiedad	Recuento	314	748	1062
	% de Grupo	32,40%	75,60%	54,20%
Riesgo de Ansiedad	Recuento	654	242	896
	% de Grupo	67,60%	24,40%	45,80%
Total	Recuento	968	990	1958
	% de Grupo	100,00%	100,00%	100,00%
índice General de Resiliencia		Grupo		Total
		Ciudad 1	Ciudad 2	
Resiliencia Baja	Recuento	0	27	27
	% de Grupo	0,00%	2,80%	1,40%
Resiliencia Moderada	Recuento	146	335	481
	% de Grupo	15,10%	34,80%	24,90%
Resiliencia Alta	Recuento	822	601	1423
	% de Grupo	84,90%	62,40%	73,70%
Total	Recuento	968	963	1931
	% de Grupo	100,00%	100,00%	100,00%

Se presenta a continuación las tablas de significancias de la prueba Chi cuadrado para Ansiedad y Resiliencia segmentada para Depresión (Tabla 3 y 4).

Resiliencia y la Ansiedad difieren del contexto cultural en los niños en situación de vulnerabilidad y depresión.

Dados los valores de significancia menores a 0,05, se verifica la hipótesis alterna (H1): La

Tabla 3. Prueba de Chi cuadrado (x2) para Ansiedad segmentada por Depresión.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	366,605(b)	1	0		
Corrección por continuidad(a)	364,87	1	0		
Razón de verosimilitudes	379,173	1	0		
Estadístico exacto de Fisher				0	0
Asociación lineal por lineal	366,418	1	0		

a. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

b. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 442,97.

Tabla 4. Prueba de Chi cuadrado (x2) para Resiliencia segmentada por Depresión.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	135,575(a)	2	0
Razón de verosimilitudes	148,183	2	0
Asociación lineal por lineal	135,429	1	0

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 13,47.

DISCUSIÓN

El estudio demostró que en los sujetos estudiados de la ciudad 1 presentan una Resiliencia mayor, con un índice del 25% más que los sujetos de la ciudad 2. En cuanto a los factores que integran la variable Resiliencia, según las ciudades, se pudo observar que los niños de la Ciudad 1 superan en un índice del 22% en niveles altos de Factor Protector Externo en resiliencia respecto a la Ciudad 2. Así mismo se verificó que en Factor Protector Interno la ciudad 1 superó en niveles altos en un índice del 25% a la Ciudad 2, y en el Factor Empatía los índices se mantuvieron iguales en los niveles altos (61% para la Ciudad 1 y 62% para la Ciudad 2). Esto sugiere en primera instancia que existen diferencias significativas de Resiliencia en las poblaciones de las dos ciudades estudiadas. Esto se pudo constatar por medio de los valores de chi cuadrado de Pearson (ver tabla 4), aceptándose la hipótesis de que la Resiliencia difiere del contexto cultural en los niños en situación de vulnerabilidad y depresión.

Aunque el presente estudio no relaciona estadísticamente la variable Depresión con las otras variables estudiadas, por el hecho que todos los sujetos estudiados seleccionados puntuaron alto en niveles de depresión, no

obstante estudios recientes muestran correlaciones significativas positivas entre resiliencia y depresión⁴⁵ mientras que otros encuentran relación significativa inversa²⁴, sin embargo, ésta relación inversa encontrada por Niu *et al*²⁴ permitió al mismo tiempo observar que la depresión tienen un efecto más fuerte para individuos con baja resiliencia. Esto hecho es importante al considerar la causa de por qué depresiones clínicas en la población infantil y adolescentes pueden pasar desapercibidas en para docentes y padres, por los niveles de resiliencia son considerablemente altos en población infantil en contextos de pobreza y vulnerabilidad. Y al igual que Sandersa *et al*³⁶, los hallazgos destacan la importancia de abordar los riesgos contextuales y relacionales, mantener el progreso educativo y trabajar de manera culturalmente responsable con los niños y los adolescentes en riesgo. Así mismo, los resultados concuerdan con los de Sandersa *et al*³⁶ quienes, utilizando una medida socio-ecológica de la resiliencia, examinaron los cambios en los perfiles de resiliencia a lo largo del tiempo para un grupo adolescentes entre 12 y 17 años, y observaron aumentos en la resiliencia con el tiempo, lo que sugiere un componente de desarrollo importante.

De esta forma, es importante considerar con Sanders *et al*³⁶ que debido a su centralidad en la vida cotidiana de los niños y jóvenes y el impacto que las cualificaciones educativas tienen en las oportunidades futuras de la vida, el compromiso con la educación y su permanencia en ella pueden contribuir de manera importante a la capacidad de recuperación de los jóvenes.

Por otro lado, considerada la adolescencia como un período particularmente vulnerable para los problemas de salud mental y conductual²⁴, observando las relaciones significativas negativas encontradas en el presente estudio, entre factores de Ansiedad (Obsesión Compulsión y el Miedo a las Lesiones Físicas) con los factores de Resiliencia, y si además se asocia esto a la evidencia de que hay un aumento significativo de la depresión durante la adolescencia⁴⁶ y además del hecho de que la posición e influencia dentro del grupo de pares, los jóvenes son sensibles a la información de ser excluidos o ignorados, podremos considerar igualmente con los riesgos de desajustes emocionales en la población adolescente y adultos mayores pueden llegar a ser considerablemente negativos para una sociedad ajustada. Lo que sugiere que el compuesto de factores de vulnerabilidad tiene un efecto significativo sobre medidas de salud⁴⁷.

Por otro lado, en el presente estudio se verificó que, en la muestra total estudiada el riesgo de sufrir Ansiedad como trastorno es del 47% frente a un 53%, y especificando la distribución por ciudades, se verificó que la Ciudad 1 tiene un 46% más posibilidades de sufrir ansiedad que la Ciudad 2. Ahora bien, yendo a la distribución de los niveles altos de factores de Ansiedad, se encontró que los sujetos estudiados de la Ciudad 1 tienen un índice del 4% mayor que la Ciudad 2 en niveles altos de Ansiedad por Separación, un 3% más en los índices de Fobia Social, un índice del 5% contra 0% en niveles altos de Obsesión Compulsión, igualmente un índice del 5% más en nivel alto de Pánico / Agorafobia, un 3% más en nivel alto de Miedo a las Lesiones Físicas, y un índice mayor en un 14% en nivel

alto de Ansiedad Generalizada. Estos datos descriptivos, con la verificación del índice de Chi cuadrado de Pearson (ver tabla 3), se verifica la hipótesis de que la Ansiedad difiere del contexto cultural en los niños en situación de vulnerabilidad y depresión.

Por otro lado, nuestros resultados contradicen los planteamientos lo encontrado por otros investigadores⁴⁸, quienes expresan que la ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia, y aunque el presente estudio excluye la correlación particular entre depresión y ansiedad, ésta deducción se acepta en la medida en que todos los sujetos de estudios presentan depresión clínica, más los niveles de ansiedad son variable entre bajo, moderado y alto.

Como se verificó en el presente estudio, los niños y jóvenes que experimentan pobreza, tienen un índice elevado de Depresión y un alto riesgo de padecer Trastornos de Ansiedad, que al mismo tiempo puede verse relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, delincuencia, suicidio y otros trastornos psicológicos significativos. Con el presente estudio se destaca el papel importante que puede desempeñar la Resiliencia como factor protector significativo, reduciendo el riesgo sobre la salud mental para las personas que experimentan la pobreza. En conclusión, aunque se verificó la hipótesis de que la Resiliencia y la Ansiedad difieren del contexto cultural en los niños en situación de vulnerabilidad y depresión, se sugiere seguir avanzando en los estudios y ampliar la muestra, incluyendo otras variables de tipo sociofamiliar y factores biológicos para establecer relaciones significativas existentes.

Los resultados igualmente coinciden con la apreciación de que existe una relación entre pobreza y la presencia de afecciones mentales en la población colombiana, no obstante, no parece que haya asociación entre la exacerbación de la pobreza y un mayor deterioro de la salud mental³⁹, esto último se puede explicar con los ajustes en resiliencia.

Los estudios de Salud Mental en Colombia, sugieren que los hogares en condición de

pobreza tenían mayores prevalencias en los síntomas del Trastorno de Ansiedad, el 2,47% de los adultos y el 4,41% de los adolescentes, pero las diferencias con los no pobres no superaron un punto porcentual³⁹ lo que de alguna forma concuerda a nivel general con lo encontrado en el presente estudio, si bien la pobreza en sí misma es un factor de riesgo. Además, Quintian *et al*³⁹ expresa que, en Colombia, en cuanto a la depresión en todos los hogares se reportó al menos un síntoma psicopatológico, con una prevalencia de trastorno depresivo más alta en los hogares en condición de pobreza, sin embargo se encontraron hogares entrevistados sin síntoma ansioso alguno, corroborando los datos aquí encontrados.

Para concluir, los datos del presente estudio, aunque existe diferencia significativa entre la resiliencia y la ansiedad en población de niños pobres clínicamente en situación de depresión, se sugiere avanzar en la investigación para verificar si existe el mismo comportamiento entre población no pobre y población pobre. Determinar la prevalencia de Depresión también es un factor que debe tenerse en cuenta en las futuras investigaciones.

DECLARACIÓN SOBRE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peng C, Yuan M, Gu C, Peng Z, Ming T. A review of the theory and practice of regional resilience. *Sustainable Cities and Society*. 2017; 29: 86-96. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.scs.2016.12.003>
2. Holling CS. Resilience and stability of ecological systems. *Annual review of ecology and systematics*. 1973; 4: 1-23.
3. García-Vesga, M, Domínguez-de la Ossa E. Desarrollo teórico de la Resiliencia y su

aplicación en situaciones adversas: Una revisión analítica. *Rev.latinoam.cienc.soc.niñez*. 2013; 11(1): 63-77. Doi: <http://dx.doi.org/doi:10.11600/1692715x.1113300812>

4. Masten A. Resilience come of age: Reflections on the past and outlooks for the next generation of researchers. En M. Glantz & J. Johnson (eds.). *Resilience and Development: positive life adaptations*, Nueva York: Plenum Publishers; 2001.

5. Cai J., Guo H, Wang D. Review on the Resilient City Research Overseas. *Progress in Geography*. 2012; 31: 1245-255.

6. Grotberg E. The International Resilience Research Project. En R. Rosswith, (ed.), *Psychologists facing the challenge of a global Culture with Human Rights and mental health*, Pasbst: Science Publishers. 1999: 237-56.

7. Rutter M. Resilience: Some conceptual considerations. Washington D. C: Initiatives Conferences on Fostering Resilience; 1991.

8. Luthar S, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*. 2000; 71 (3): 543-62.

9. Grotberg E. *The Internacional Resilience Project: Promoting Resilience in Children*. Wisconsin: Universidad de Wisconsin; 1995.

10. Vanistendael S. Resilience: a few key issues. Malta: International Catholic Child Bureau; 1994.

11. Rutter M, Rutter M. *Developing Minds: Challenge and Continuity across the Life Span*. Londres: Penguin Books; 1992.

12. Suárez EN, Melillo A. *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós; 2005.

13. Osborn A. Hat is the value of the concept of resilience for policy and intervention.

Londres: International Catholic Child Burea; 1993.

14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.

15. Edwards SL, Rapee RM, Kennedy SJ. The assessment of anxiety symptoms in preschool-aged children: the revised Preschool Anxiety Scale. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2010; 39(3): 400-09. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15374411003691701>

16. Spence SH, Rapee R, McDonald C, Ingram M. The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behav Res Ther.* 2001; 39(11): 1293-316. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00098-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00098-X)

17. Strickland J, Keller J, Lavigne JV, Hopkinns J, LeBailly S. The structure of psychopathology in a community sample of preschoolers. *Abnorm Child Psychol.* 2011; 39(4): 601–10.

18. Whalen D, Sylvester C, Luby J. Depression and Anxiety in Preschoolers A Review of the Past 7 Years. *Child Adolesc Psychiatric*; 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chc.2017.02.006>

19. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. AACAP official action: practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36: 69S–84S.

20. Orgilés M, Méndez K, Spence S, Huedo-Medina T, Espada J. Spanish Validation of the Spence Children's Anxiety Scale. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2012; 43: 271–81. Doi: <http://dx.doi.org/doi:10.1007/s10578-011-0265-y>

21. Navarro E, Ibáñez C, Meléndez J.C. Una experiencia de intervención en infancia y adolescencia. *Boletín de Psicología.* 2006; 88: 85–95.

22. Essau CA, Conradt J, Petermann F. Frequency, comorbidity, and psychosocial impairment of anxiety disorders in adolescents. *Anxiety Disor.* 2000; 14: 263–79.

23. Chavira DA, Stein MB, Bailey K, Stein MT. Child anxiety in primary care: prevalent but untreated. *Depress Anxiety.* 2004; 20: 155–64.

24. Niu GF, Sun XJ, Tian Y, Fan CY, Zhou ZK. Resilience moderates the relationship between ostracism and depression among Chinese adolescents. *Personality and Individual Differences.* 2016; 99: 77–80. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.059>

25. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin.* 1995; 117(3): 497–529.

26. Hames JL, Hagan CR, Joiner TE. Interpersonal processes in depression. *Annual Review of Clinical Psychology.* 2013; 9(2): 355–77. Doi: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185553>

27. Hammell KR. Belonging, occupation, and human well-being: An exploration. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne Dergothérapie.* 2014; 81(1): 39–50.

28. Omidvar B, Bahrami F, Fatehizade M, Etemadi O, Ghanizadeh A. Attachment quality and depression in Iranian adolescents. *Psychological Studies.* 2014; 59(3): 309–15.

29. Yabko BA, Hokoda A, Ulloa EC. Depression as a mediator between family factors and peer-bullying victimization in Latino adolescents. *Violence and Victims.* 2008; 23(6): 727–42. Doi: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.23.6.727>

30. Kessler R, Berglund P, Demler O. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *Psychological Medicine.*

- 289(23): 3095–3105. Doi: <http://dx.doi.org/doi:10.1001/jama.289.23.3095>
31. Forrest-Bank S, Nicotera N, Anthony E, Jenson J. Finding their way: Perceptions of risk, resilience and positive youth development among adolescents and young adults from public housing neighbourhoods. *Children and Youth Services Review*. 2015; 55: 147–58. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.05.015>
32. Anthony E. Cluster Profiles of Youths Living in Urban Poverty: Factors Affecting Risk and Resilience. *Social Work Research*. 2008; 32: 6–17. Doi: <https://doi.org/10.1093/swr/32.1.6>
33. Leventhal T, Brooks-Gunn J. The neighborhoods they live in: The effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological Bulletin*. 2000; 126(2): 309–37
34. Zolkoski S, Bullock L. Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Services Review*. 2012; 34: 2295–303. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009>.
35. Holland J, Reynolds T, Weller S. Transitions, networks and communities: The significance of social capital in the lives of children and young people. *Journal of Youth Studies*. 2007; 10: 97–116. Doi: <http://dx.doi.org/doi:10.1080/13676260600881474>.
36. Sandersa J, Munforda R, Bodenb J. Culture and context: The differential impact of culture, risks and resources on resilience among vulnerable adolescents. *Children and Youth Services Review*. 2017; 79: 517–26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2017.07.007>
37. Cutuli J, Desjardins C, Herbers J, Long J, Heistad D, Chan C, et al. Academic achievement trajectories of homeless and highly mobile students: Resilience in the context of chronic and acute risk. *Child Development*. 2013; 84 (3): 841–57. Doi: <http://dx.doi.org/doi:10.1111/cdev.12013>
38. Sanders, A. Children in homeless families: Risks to mental health and development. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017; 61: 335-43. Doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.335>
39. Quitian H, Ruiz-Gaviria R, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Rev Colomb Psiquiat*. 2016; 45 (1s):31-38. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005>
40. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatric*. 1981; 46: 305-15.
41. Kovacs M. *Children's Depression Inventory (CDI)*. EEUU: HMS; 1992.
42. González-Arratia N. *Resiliencia y personalidad en niños. Cómo desarrollarse en tiempos de crisis*. Mexico: Universidad Autónoma del Estado de México; 2011.
43. González-Arratia N, Valdez-Medina J. Optimismo-pesimismo y resiliencia en adolescentes de una universidad pública. *CIENCIA ergo sum*. 2012; 19(3): 207-14.
44. León M. Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la UGEL 02 de Lima Metropolitana. *Revista Psique Mag*. 2013. Disponible en: <http://www.ucvlima.edu.pe/minds/index.html>.
45. Canjiea L, Lexina Y, Weiquanb L, Yinga Z, Shengmao P. Depression and resilience mediates the effect of family function on 2 quality of life of the elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2017; 71: 34-42. Doi: <http://dx.doi.org/doi:10.1016/j.archger.2017.02.011>

46. Hankin BL. Adolescent depression: Description, causes, and interventions. *Epilepsy & Behavior*. 2006; 8(1): 102-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yebeh.2005.10.012>

47. Lavoie J, Pereira L, Talwar V. Children's Physical Resilience Outcomes: Meta-Analysis of Vulnerability and Protective Factors. *Journal of Pediatric Nursing*. 2016; 31(6): 2-11.
Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2016.07.011>

.
48. Bonet C, Fernández M, Chamón M. Depresión, ansiedad y separación en la infancia. Aspectos prácticos para pediatras ocupados. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011; 13(51): 471-89. Doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322011000300012>