



El futuro
es de todos

Gobierno
de Colombia

Encuadre teórico mediante experiencias situadas





Créditos

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Lina María Arbeláez Arbeláez
Directora General

Liliana Pulido Villamil
Subdirectora General

Alejandro Peláez Rojas
Director de Protección

Julia Elena Gutiérrez de Piñeres Jalilie
Directora del Sistema Nacional de Bienestar Familiar

Claudia Alejandra Gélvez Ramírez
Directora de Primera Infancia

Juan Pablo Angulo Salazar
Director de Familias y Comunidades

Luisa Fernanda Vélez López
Directora de Adolescencia y Juventud
Encargada de la Dirección de Infancia

Amanda Castellanos Mendoza
Directora de Planeación y Control de Gestión

Santiago Molina
Jefe de Oficina Cooperación y Convenios

Equipo técnico profesionales

Asesor Dirección General
Jaime Matute

Subdirección General
Sandra Lorena Gómez
Paula Andrea Rodríguez

Dirección de Planeación y Control de Gestión
Olga Lucía Corzo Velásquez

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)

Lawrence J. Sacks
Director USAID en Colombia

Michael Torreano
Director de Reconciliación e Inclusión

Elina Rivera
Oficina de Reconciliación e Inclusión

Oficina para la Democracia, Conflicto y Asistencia Humanitaria

Mattito Watson
Asesor Técnico Senior Niños en Adversidad
Jamie Gow
Asesora Técnica Niños en Adversidad

Juan Sebastián Barco
Director Programa HRH2030

Equipo Técnico HRH2030

Martha Contreras
Coordinadora Programa
Sonia Milena Moreno
Especialista en Servicios Sociales

Katterine Ramos Huertas
Alexander Gómez Rivadeneira
Consultores HRH2030

Equipo Técnico de Virtualización HRH2030

Rachman Bustillo
Corrector de Estilo
Luz Adriana Osorio
Pedagoga
Blanca Flor Torres
Diseñadora
Alexandra Torres Londoño
Desarrolladora



Oficina de Cooperación y Convenios
Liliana Margarita Sánchez

Dirección de Protección
Melina Del Pilar Narváez Santacruz
Marcela Enciso Gaitán
Karen Martínez Sierra

Dirección del SNBF
Yenifer Lady Marino Suarez
Janeth Alemán Sánchez

Dirección de Primera Infancia
Carlos David Méndez Baquero
María Cristina Agudo Rodríguez

Dirección de Adolescencia y Juventud
Gina Paola Díaz Lemus
Liliana Orjuela López

Dirección de Familias y Comunidades
Ginna Paola Gil Chibunque

Coordinación editorial

Ximena Ramirez Ayala
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones

Grupo de Imagen Corporativa ICBF
Doris Acosta Espinosa.

Ministerio de Salud y Protección Social

Subdirección de Enfermedades No
Transmisibles - Grupo Gestión Integrada para la
Salud Mental

Equipo Técnico
Yenny Barajas Ortiz
Diana María Rodríguez

Edición septiembre 2020

Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)

Farid de Jesús Figueroa
Director de Formación Profesional SENA

Equipo Técnico

Ruth Mireya Suárez Porras
Gestora de la Red Salud-Dirección de Formación
Profesional SENA
Juan Bautista Londoño Pineda
Profesional Centro Agroindustrial SENA Regional
Quindío.

Este curso virtual y los materiales de aprendizaje fueron
posible gracias al apoyo del pueblo de los Estado Unidos
de América, a través de la Agencia de los Estados
Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Así mismo, se realizó en el marco del acta protocolaria
del 19 junio de 2018, suscrita entre la Subdirección
General del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar,
ICBF y el programa HRH2030 de USAID.

Sus contenidos son responsabilidad de sus autores y no
necesariamente reflejan las opiniones de USAID o del
Gobierno de los Estados Unidos de América.

HRH2030 agradece el apoyo del Servicio Nacional de
Aprendizaje (SENA) con quien sostiene una alianza de
colaboración para el desarrollo y estructuración de
programas de formación complementaria, en función del
desarrollo y protección integral de la infancia,
adolescencia y sus familias, con el propósito de
fortalecer las competencias en los funcionarios y
servidores de ICBF y otras entidades vinculadas al
Sistema de Protección.

El instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el
Programa HRH2030 de USAID, agradece la
participación del Ministerio de Salud y Protección Social
en la orientación y elaboración inicial de los contenidos
propuestos en el curso virtual “Desarrollo de Habilidades
para el Bienestar Familiar y Comunitario”.

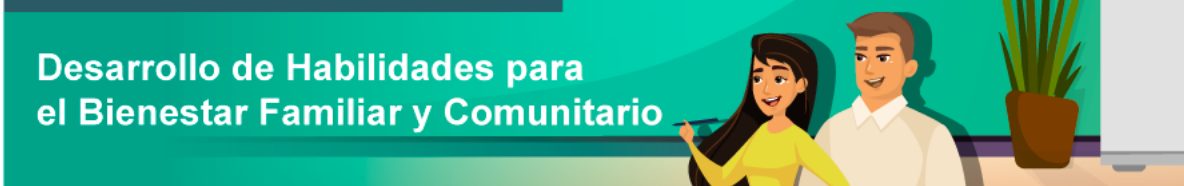


Tabla de contenido

Introducción9

1. Salud.....10

2. Entornos12

 2.1 Entorno hogar13

 2.2 Entorno educativo15

 2.3 Entorno salud.....15

 2.4 Entorno comunitario y espacio público16

 2.5 Entorno laboral.....17

 2.6 Entorno institucional.....17

 2.7 Entorno virtual.....17

3. Familia18

 3.1 Involucramiento parental19

4. Desarrollo en niños, niñas y adolescentes21

 4.1 Desarrollo en la primera infancia (0 a 6 años).....21

 4.1.1 Bienestar socioemocional de los niños y niñas en primera infancia24

 4.1.2 Transición de la primera Infancia a la infancia: de la exploración a la conquista del mundo27

 4.2 Bienestar Socioemocional en los niños y niñas entre 6 y 12 años.....30

 4.2.1 De la niñez a la adolescencia: del mundo a la búsqueda de la identidad y el autoreconocimiento31

 4.3 Transición de la adolescencia a la juventud: de la dependencia al ejercicio de la autonomía y de las libertades de los 12 a los 18 años33

 4.3.1 Bienestar socioemocional de adolescentes entre 12 y 18 años35

- 5. Elementos generales que amenazan el bienestar socioemocional de niños, niñas, adolescentes y jóvenes.....46
 - 5.1 Violencias contra niños, niñas, adolescentes y jóvenes46
 - 5.2 Violencia intrafamiliar53
 - 5.3 Experiencias Adversas en la Infancia (EAI).....55
 - 5.4 Conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes jóvenes.....56
- 6. Orientaciones y herramientas para el abordaje psicosocial58
 - 6.1 Orientaciones.....58
 - 6.1.1 Promoción del bienestar socioemocional.....58
 - 6.1.2 Prevención de las violencias.....59
 - 6.1.3 Factores de riesgo.....61
 - 6.1.4 Factores protectores.....67
- Glosario71
- Referentes bibliográficos.....75



Lista de figuras

Figura 1. Actores en la vida de los niños, niñas y adolescentes	9
Figura 2. Recursos emocionales	10
Figura 3. Entorno hogar	14
Figura 4. Entorno educativo	15
Figura 5. Entorno comunitario	16
Figura 6. Entorno virtual	18
Figura 7. Involucramiento parental	19
Figura 8. Primera infancia	22
Figura 9. Cuidadores primera infancia	23
Figura 10. Desarrollo de la primera infancia	24
Figura 11. Reprensión	26
Figura 12. Elementos que aportan al bienestar socioemocional de niños y niñas en primera infancia	27
Figura 13. Transición de la primera infancia a la infancia	29
Figura 14. Trastorno depresivo	31
Figura 15. De la niñez a la adolescencia	32
Figura 16. Inserción a la vida productiva	33
Figura 17. Seguridad y confianza	35
Figura 18. Consumo de SPA	39
Figura 19. Realidad de las sustancias psicoactivas	45
Figura 20. Periodo evolutivo	49
Figura 21. Consecuencias de la violencia en la salud de niños, niñas, adolescentes y jóvenes	50
Figura 22. Violencia de pareja	54
Figura 23. EAI	55

Figura 24. Buena gobernanza.....59

Figura 25. Prevención de violencia61

Figura 26. Desplazados70

Lista de tablas

Tabla 1. Definiciones: problema de salud mental, problema psicosocial y trastorno mental12

Tabla 2. Tipos de involucramiento parental20

Tabla 3. Síntomas. Problemas que afectan bienestar socioemocional de adolescentes y jóvenes entre 12 y 18 años36

Tabla 4. Factores de riesgo para la violencia contra niños, niñas, adolescentes y jóvenes48

Tabla 5. Factores de riesgo que pueden incidir en la afectación de la salud mental de niños, niñas y adolescentes62

Tabla 2. Factores protectores a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes67



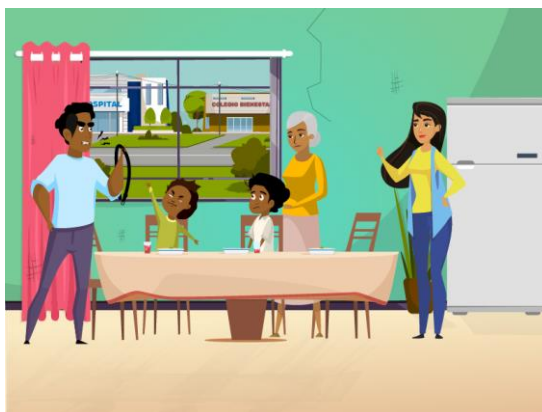
Introducción

Cada niño, niña y adolescente se configura como un ser único y autónomo. Construyen su subjetividad a partir de diferentes factores internos y externos como las condiciones sociales, educativas, culturales e históricas, que los ubican en una situación y contexto determinado que puede estar matizado por la identidad étnica, de género, estrato socioeconómico, edad, entre otros. De igual forma transita en los diferentes entornos en los cuales dinamiza su vida, tejiendo intersubjetivamente con otros, aspectos que constituyen su existencia.

El cruce entre los entornos, los actores que hacen parte de la vida de los niños, niñas, adolescentes y las interacciones entre los diferentes sistemas (microsistema, mesosistema, exosistema) determinan la presencia de factores de riesgo y de protección. Aspectos que el profesional debe analizar y comprender para la toma de decisiones en función del bienestar de estas poblaciones.

Figura 1

Actores en la vida de los niños, niñas y adolescentes



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)



1. Salud

Según la OMS (1946), la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, “no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Szeming, 1988, p.34).

En niñas, niños, adolescentes, jóvenes y familias, la salud es un derecho fundamental, un estado de bienestar en todos los aspectos de su vida y su entorno que garantiza el ejercicio efectivo de participación y ciudadanía en la sociedad. Es un estado de bienestar que abarca los recursos psicológicos, mentales, emocionales, cognitivos y psicosociales que facilitan el funcionamiento de la cotidianidad del curso vital de las niñas, niños, adolescentes, jóvenes y familias¹, y sirve para afrontar diferentes situaciones, especialmente las que generan tensión emocional.

Figura 2

Recursos emocionales



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

1 Es un derecho de la familia, consagrado en el artículo 4 de la Ley 1361 de 2009 “Derecho a la salud plena y a la seguridad social”.



Según la Ley 1616 de 2013 “Ley de Salud Mental”, cuyo objeto es garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes; la salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad.

Entendida de manera integral, la salud mental implica pensar en el desarrollo de las capacidades socioemocionales como la ruta que permite el bienestar de los sujetos, estas competencias son herramientas que facilitan el autoconocimiento y la empatía, ya que involucran la comprensión de las emociones y su regulación, lo que promueve el establecimiento de relaciones positivas con los otros, ser responsable al momento de tomar decisiones y la capacidad de definir logros y metas personales. (Zavala, Trejo y Hernández, 2018, p. 88)

El desarrollo de las competencias socioemocionales, entonces, es un elemento protector de la salud mental, toda vez que aporta a la vida social y reduce la posibilidad de tener problemas relacionados con el desarrollo integral en el curso de vida.

Otros conceptos asociados, son los problemas de salud mental, problemas psicosociales y los trastornos mentales. (Ver Tabla 1). Estas situaciones, se consiguen prevenir mediante la generación de entornos saludables en los diferentes escenarios de la vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes.



Tabla 1

Definiciones: problema de salud mental, problema psicosocial y trastorno mental

Problema de salud mental	Problema psicosocial	Trastorno mental
Síntomas o conductas que no constituyen un trastorno mental diagnosticado, producen malestar emocional, lo que genera dificultad para relacionarse con otras personas, estos requieren apoyo profesional. Por ejemplo, el uso de sustancias psicoactivas, las consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos, entre otros. (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, p. 146).	Son acontecimientos contextuales que generan alteraciones en la salud mental de las personas. Puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia en el ambiente de las personas, una situación de estrés familiar/personal, insuficiencia de los recursos personales o problemas relacionados con el contexto en general. (Ley 1616 de 2013).	Conjunto de síntomas que indican alteraciones en el pensamiento, las percepciones, las emociones, el comportamiento, la relación con el medio y el otro, que limitan el desenvolvimiento social, laboral, familiar y personal. (Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015, p. 216).

Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

2. Entornos

Los entornos hacen referencia a los escenarios en los que las niñas, niños, adolescentes y familias se desarrollan. En Colombia, estos son comprendidos como espacios en donde los individuos y colectivos construyen su identidad.



Construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. (Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables, 2016. p. 22)

De acuerdo con la Ley 1804 de 2016, por la cual se establece la política para el desarrollo integral de la primera infancia de Cero a Siempre, la Política de Infancia y Adolescencia 2018-2030 y los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables (2016), en Colombia las niñas, niños, adolescentes interactúan en los siguientes entornos: hogar, educativo, salud, comunitario y espacio público, institucional, laboral y virtual.

2.1 Entorno hogar

Es el escenario donde un individuo o grupo habita. Es concebido como el primer escenario de acogida en el que transcurre parte de la vida de los seres humanos. Suele ser el entorno más cercano e íntimo para los niños, niñas y adolescentes, ya que no solamente transcurren buena parte del tiempo allí, sino también porque es fundamental para la construcción del sentido de familia. El hogar proporciona referentes sociales y culturales, constituyéndose en un espacio de residencia, convivencia y refugio, fundamental para el desarrollo de vínculos afectivos. La familia y las redes de apoyo tienen el papel preponderante en él, en el marco de la relación y desarrollo de niñas, niños, adolescentes y jóvenes.



Al ser un espacio de encuentro entre seres humanos, el hogar es un entorno en el que están presentes los conflictos. En esta medida, también deben estar presentes los mecanismos para lograr su resolución evitando el uso de la violencia física, emocional o moral. El grito, la amenaza, el insulto, la ridiculización, el golpe, la humillación, entre otras, traen consecuencias adversas para niñas y niños: resentimiento, dolor, temor, tristeza, desesperanza, confusión, inseguridad y deseos de venganza. (Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia, 2013)

Figura 3

Entorno hogar



Fuente: Pixabay (2020)



2.2 Entorno educativo

Es un escenario de la vida cotidiana dispuesto para la potencialización del desarrollo integral de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en donde se establecen relaciones educativas de enseñanza-aprendizaje, promoviendo el desarrollo de capacidades en diferentes ámbitos, incluyendo las relacionadas con la construcción de ciudadanía y reproducción de la cultura. Allí, se entretienen relaciones y vínculos afectivos diferentes a los familiares y se motiva la relación con diversos actores y roles dentro del entorno, como es la comunidad educativa.

Figura 4

Entorno educativo



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

Los diferentes escenarios que constituyen el entorno educativo son: la educación formal que incluye la educación inicial, preescolar, educación básica, media y superior. También se considera escenario educativo los que “promuevan o construyan conocimientos como formación de líderes comunitarios juveniles, escenarios de participación, juntas de acción comunal y ONG” (Lineamientos nacionales de Entornos Saludables, 2016, p. 46).

2.3 Entorno salud

Según los Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables (2016):



Para el caso de los niños y niñas en primera infancia, el entorno salud es nombrado de manera particular, ya que es la primera expresión institucional que acoge a los niños y niñas incluso antes de su nacimiento en el acompañamiento pre-concepcional y de gestación. Juega un rol fundamental en la garantía del desarrollo de los niños y niñas en primera infancia con el seguimiento al crecimiento y desarrollo incluyendo el esquema de vacunas.

2.4 Entorno comunitario y espacio público

Figura 5

Entorno comunitario



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

Espacios en donde se da la dinámica social de las personas y los colectivos, incluyendo las organizaciones comunitarias organizadas de manera autónoma. Así mismo, los espacios abiertos como plazas, parques, calles, vías, ríos, etc. y los espacios de libre acceso o a los que la comunidad atribuye valor político, histórico, cultural, sagrado; como las bibliotecas, ludotecas, casas de la cultura, museos, teatros, iglesias, malocas, canchas deportivas, etc. Estos escenarios cumplen un papel esencial en la construcción de la identidad, el ejercicio de la ciudadanía y la formación democrática de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes.



2.5 Entorno laboral

El entorno laboral es comprendido por los escenarios donde las personas e individuos se organizan para producir bienes y servicios, con el fin de obtener el bienestar de los trabajadores, sus familias y comunidades. En el caso de los adolescentes trabajadores (mayores de 15 años, en condición de trabajo protegido) es un escenario en que se “configuran relaciones de subordinación alrededor del cumplimiento de una serie de obligaciones asociadas con el logro de los resultados a alcanzar” (Política Pública de Infancia y adolescencia, 2018, p. 39).

2.6 Entorno institucional

Se refiere a los espacios que prestan servicios sociales, de protección, salud y justicia, ya sean de índole pública o privada, que favorecen el mejoramiento de las condiciones de vida y el desarrollo integral de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes que pasan por momentos vitales particulares que deben ser abordados por instituciones que atiendan eventos de salud y situaciones de vulneración de derechos. Estos espacios se caracterizan por ser de tipo intersectorial y actuar de manera permanente con otros entornos que propenden por el desarrollo de esta población.

2.7 Entorno virtual

De acuerdo con la Política Nacional de Infancia y Adolescencia (2018):



Son los espacios de socialización que ofrece la red informática, los cuales inciden en el desarrollo de la identidad y el proyecto de vida de buena parte de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes. Además, es un espacio que brinda acceso vasto a información diversa a través de múltiples canales de comunicación y difusión de información como celulares, computadores, televisores, entre otros. (p. 40)

Figura 6

Entorno virtual



Fuente: Freepik (2020)

3. Familia

En concordancia con la Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias, se parte de un concepto pluralista e incluyente, en correspondencia con el momento histórico y la realidad del país. Las familias son grupos de personas relacionadas por vínculos afectivos, no solamente consanguíneos sujetos de derecho colectivo, que se constituyen con redes de vínculos como sistemas vivos, y transitan por diferentes entornos como agentes transformadores de la realidad de sus integrantes y de su entorno. (Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias, 2018, p. 9)

El desarrollo familiar además reconoce el potencial de la familia para lograr cambios, lo cual, en lo cotidiano se evidencia a través de la solidaridad, el apoyo y el compromiso en la crianza, el cuidado mutuo, las responsabilidades y las tareas domésticas, entre otras acciones. Este



desarrollo familiar no podría consolidarse sin la existencia de vínculos de cuidado mutuo dado que son la esencia de dicha conexión. Los vínculos de cuidado se caracterizan por involucrar sentimientos, perdurar en el tiempo, dejan huella en cada persona y permiten ser parte significativa del colectivo.

3.1 Involucramiento parental

Figura 7

Involucramiento parental



Fuente: ICBF (2020)

El involucramiento parental hace referencia a la presencia y participación regular de los padres-madres y cuidadores en la vida y cotidianidad de las y los hijos. Aunque por lo general se asocia con el control y supervisión, especialmente en el entorno educativo, se considera un acompañamiento cercano y afectuoso que fortalece la confianza en la relación con las niñas, niños, adolescentes y jóvenes en todas las dimensiones de su vida.

Existen seis tipos de involucramiento en este entorno asociando a las familias, escuelas y comunidades, los cuales se describen en la siguiente tabla:



Tabla 2

Tipos de involucramiento parental

Tipos de involucramiento parental	Definición
Paternidad - Maternidad	Ayudar a que se establezcan en las familias redes de apoyo para los niños, niñas y adolescentes en el proceso escolar y otras actividades.
Comunicación	Establecer estrategias afectivas de comunicación entre las escuelas y los padres acerca de los programas en los que los niños, niñas y adolescentes participan.
Voluntario	Como iniciativa de la escuela o de la misma familia, los padres – madres apoyan las actividades de los niños, niñas y adolescentes.
Aprendizaje en casa	Brindar herramientas a las familias para que puedan apoyar desde la casa el proceso educativo (tareas, decisiones, planeación) de los niños, niñas y adolescentes.
Toma de decisiones	Incluir a los padres - madres en las decisiones escolares, desarrollando representantes familiares en el entorno educativo.
Colaboración con la comunidad	Identificar e integrar recursos y servicios de la comunidad para fortalecer los programas escolares, las prácticas familiares y el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020), basada en School, family and community partnerships: your handbook for action. (Epstein, Sanders, Simon, Salinas, Rodríguez & Van Voorhis, 2002)



En Colombia, se ha comprobado la relación del involucramiento parental con el bienestar socioemocional de los niños, niñas y adolescentes. Según el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Población Escolar (2016), se reportó que un mayor involucramiento parental se relaciona con una menor prevalencia de uso y consumo de sustancias psicoactivas en ellos. (Ver Anexo 11. Escala para identificar las competencias parentales).

4. Desarrollo en niños, niñas y adolescentes

El desarrollo de las niñas, niños y adolescentes se puede comprender por las transiciones del curso de vida y los elementos relacionados con la salud mental de esta población.

Tomando como referencia la Política Nacional de Infancia y Adolescencia, existen tres tipos de transiciones en el marco del curso de vida:

- 1) de la primera infancia a la infancia;
- 2) de la infancia a la adolescencia; y
- 3) de la adolescencia a la juventud.

4.1 Desarrollo en la primera infancia (0 a 6 años)

La Ley 1804 de 2016, Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia “De Cero a Siempre”, reconoce que las niñas y los niños son ciudadanos sujetos de derechos, seres sociales y singulares e inmensamente diversos, activos y capaces de construir su propia subjetividad, participativos, con intereses y ritmos de desarrollo distintos.

**Figura 8**

Primera infancia

Comprender a las niñas y los niños como sujetos de derechos implica el compromiso en disponer de acciones suficientes para garantizar el goce efectivo de sus derechos y las condiciones necesarias para su pleno desarrollo integral.



Fuente: ICBF (2020)

De acuerdo con esta política,

La primera infancia es un momento clave para el desarrollo infantil y por eso hay que ofrecer una atención integral a todos los niños y niñas. Todas las inversiones que se hacen durante estos años de vida no solo benefician de manera directa a los niños y niñas, sino que se ven reflejadas para siempre. (Política de Primera Infancia-Estrategia de Atención integral. Cartilla 1, 2015, p. 1)

El desarrollo integral de los niños y niñas en primera infancia insta a ver en conjunto las dimensiones del desarrollo; es decir, sus condiciones de salud, nutrición, seguridad, su potencial cognitivo, emocional y social en el marco de la protección integral, la corresponsabilidad y el buen trato no solamente por parte de su familia, sino en todos los entornos en los que transcurre su vida.



Para la OMS (2007), la atención a la primera infancia el día de hoy es una prioridad para las sociedades, ya que diferentes estudios han revelado que buena parte de los problemas que afrontan las personas adultas tienen sus bases en la primera infancia. De tal manera, que ahora los economistas recomiendan que la mejor inversión que se puede hacer en un país, es poner sus recursos en la primera infancia. (Irwin, Siddigi & Hertzman, 2007, p. 5)

Durante la primera infancia, el desarrollo se caracteriza por ser un proceso complejo y en permanente cambio que no sucede de manera lineal ni homogénea, pero comienza en el período de la gestación y es crucial en los primeros cinco años de vida por la evolución del cerebro y las facultades de aprendizaje y socialización que es posible construir en ese momento vital. (Isaza, 2011).

Por ello, el desarrollo de las niñas y niños en primera infancia no solamente depende de la riqueza del país sino también de las capacidades, habilidades, destrezas y disposición de los cuidadores, quienes están llamados a promover en esta población bienestar y ofrecer entornos protectores.

Figura 9

Cuidadores primera infancia



Fuente: ICBF (2020)



4.1.1 Bienestar socioemocional de los niños y niñas en primera infancia

En los Lineamientos Técnicos de Entornos que Promueven el Desarrollo para la Primera Infancia (2012), se señalan algunos aspectos que aportan al desarrollo de los niños y niñas en primera infancia en todos los entornos, tales como la afectividad, la comunicación, el respeto, la disciplina, el manejo de conflictos, la evasión de las agresiones y la protección de cualquier clase de violencia. Estas herramientas sirven a los profesionales para orientarlos en cuanto al bienestar socioemocional² de esta población, guiando a los cuidadores de niños y niñas que se encuentran en ese momento del curso de vida. Estos aspectos que se desarrollarán a continuación se aplican al acompañamiento de niños, niñas y adolescentes en general; sin embargo, es importante tenerlos en cuenta especialmente en la primera infancia, dada la importancia que tiene esta etapa en el desarrollo integral.

Figura 10

Desarrollo de la primera infancia



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

² El concepto de bienestar socioemocional es retomado del CONPES 3992 del 2020 en el que si bien no se desarrolla el concepto si lo retoma como una oportunidad para describir el fin máximo al que se espera llegar con las acciones estatales, es decir un bienestar que promueva el desarrollo de capacidades de las personas, promoviendo para ello los escenarios y recursos que se requieran.



En primera medida, es importante expresar afecto y cuidado a los niños y niñas en primera infancia, ya que, al tener sensibilidad, ellos y ellas pueden percibir la aceptación y el rechazo, la confusión y otros estímulos del mundo desde antes de nacer. Los niños y niñas desde la gestación requieren de afecto, protección y la garantía de las condiciones para su óptimo desarrollo. Por esta razón es importante que los cuidadores y las instituciones fortalezcan el vínculo afectivo y acompañen estos periodos con sensibilidad y asertividad ante las necesidades de esta población.

En un mundo cada vez más diverso y democrático, es importante desarrollar habilidades de respeto y aceptación desde la primera infancia. Respetar y reconocer a los niños y niñas en primera infancia como sujetos con derechos, protagonistas y participantes de su propio desarrollo, es el primer paso para la construcción de un entorno más justo y saludable para ellos y ellas. Es fundamental mencionar que el autorespeto y la autoaceptación posibilita llegar a un autoestima y confianza reales.

Aprender a respetar las normas, reglas y leyes es un ejercicio propio de la construcción de ciudadanía, por lo que se debe guiar a los niños y niñas en primera infancia hacia el aprendizaje de disciplina y el establecimiento de límites. La disciplina entendida en el marco del respeto a los derechos de los otros y el cumplimiento de sus responsabilidades con la sociedad.

La capacidad de ponerse de acuerdo con otros, es una habilidad necesaria en el curso de vida, siendo esta un reto relevante durante la crianza. Saber manejar los conflictos facilitará el aprendizaje de los niños en la gestión de sus propias dificultades y sumará a la capacidad de autocontrol de los cuidadores. Las situaciones más comunes que generan aprietos en la primera infancia están relacionadas con la introducción de la comida, las rabietas y control de esfínteres; para ello, es pertinente que los cuidadores de niños y niñas en primera infancia establezcan



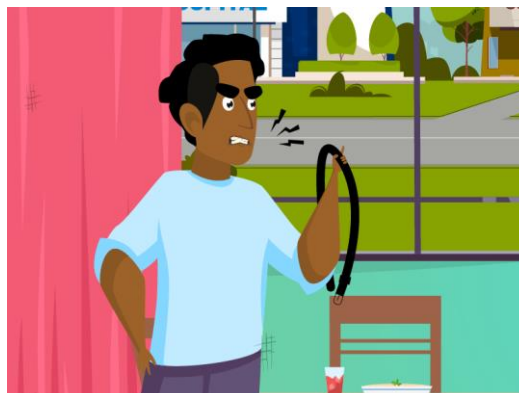
adecuadamente las normas y los límites para el reconocimiento de la autoridad actuando desde el respeto, en la conciencia de la importancia de enseñarle la regulación de las emociones y el manejo adecuado de los conflictos para la sana convivencia en la vida cotidiana.

Durante la crianza se deben establecer normas claras, democráticas y coherentes con el momento del curso de vida que respeten la dignidad y fortalezcan la construcción de la identidad y la autonomía.

Cuando un adulto/a golpea a un niño/a así sea con una suave palmada, lesiona su autoestima, irrespetu su cuerpo y le enseña que está permitido violentar su cuerpo y que este puede ser usado y agredido por otros, lo que lo predispondrá a ser violento con los/as demás y a permitir que su cuerpo sea violentado o abusado por otras personas en el futuro. En contraste, cuando los/as niños/as aprenden a querer y respetar su cuerpo, aprenden también a cuidarlo, a exigir respeto por él y a respetar el cuerpo de los/as demás. (Lineamientos Técnicos de Entornos que Promueven el Desarrollo para la Primera Infancia. 2012, p. 19)

Figura 11

Reprensión



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

Otra recomendación fundamental para el desarrollo integral y el bienestar socioemocional de los niños y niñas en primera infancia en cualquier entorno, es su protección de cualquier clase de violencia. La violencia contra ellos no es tolerable y no debe ser reproducida de ninguna manera.

Figura 12

Elementos que aportan al bienestar socioemocional de niños y niñas en primera infancia



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020), basada en los Lineamientos Técnicos de Entornos que Promueven el Desarrollo para la Primera Infancia (2012)

4.1.2 Transición de la primera infancia a la infancia: de la exploración a la conquista del mundo

El primer gran cambio observable en esta transición tiene que ver con el ritmo del crecimiento, el cual empieza a mostrarse más pausado, al punto de identificarse entre los 6 y los 12 años el fenómeno reconocido como la latencia del crecimiento, en el cual el incremento de la talla y el



peso pareciera aquietarse hasta finales de este periodo cuando se inicia el segundo brote de crecimiento (“estirón”).

Este fenómeno en el crecimiento, coincide con lo que pareciera ser también una aparente latencia en la generación de nuevas conexiones neuronales, que redundaría en la plasticidad y adaptabilidad cerebral, pues en los primeros años de la infancia, la mielinización³ se concentra en privilegiar la consolidación de las sinapsis realizadas en la primera infancia. Además, tiene lugar el proceso de lateralización cerebral, mediante el cual se especializan las funciones de ambos hemisferios. Los procesos descritos permiten que en la infancia el cerebro incremente su potencial para procesar información, se ganen y perfeccionen capacidades, habilidades y destrezas que requieren de la esfera corporal.

Las niñas y niños llegan a la infancia habiendo ganado la capacidad de controlar el conjunto de movimientos gruesos y finos:

- ✓ La coordinación general de su cuerpo, tales como el equilibrio, la posición, la agilidad y la fuerza, que les permite durante este periodo ganar en la coordinación de estos, con lo cual perfeccionan habilidades como saltar, correr o lanzar objetos, que son útiles en actividades que requieren de pericia, rapidez, fuerza, estabilidad y resistencia.
- ✓ La coordinación de funciones neurológicas, esqueléticas y musculares requeridas para la coordinación de manos y pies, ojos y manos, la expresión facial, fonética y gestual, la orientación espacial y la lateralidad, involucradas en las manualidades, la lectoescritura, el

³ Proceso por el cual se forma la vaina de mielina en los axones de las neuronas. Comienza en el segundo trimestre de la gestación y dura toda la vida.



uso de utensilios y herramientas, en la interpretación de instrumentos y en el uso del lenguaje gestual, oral, escrito y gráfico.

El desarrollo de la motricidad, se manifiesta en el interés de las niñas y niños por participar en actividades recreativas, artísticas o deportivas que les permiten explorar y hacer uso de sus habilidades. A lo anterior, se suma que durante la infancia se amplía el círculo de relaciones y con ello, las oportunidades de interacción con otras personas diferentes a los familiares, quienes progresivamente dejarán de mediar en ellas cada vez que las niñas y niños ganan autonomía.

Figura 13

Transición de la primera infancia a la infancia



Fuente: ICBF (2020)

El desarrollo social de los sujetos en esta transición, cobra importancia en tanto implica asumirse como seres sociales que se constituyen en relación con otros. El lenguaje adquiere una dimensión relacional, en la medida en la que les permite expresar sus sentimientos, pensamientos y emociones y recibir retroalimentación sobre estos con más claridad. Durante la infancia, las niñas y niños exploran las diferentes posibilidades que el lenguaje les ofrece en sus formas verbal y no verbal, para expresarse, entender las reglas que les rigen y servirse de ellas para indagar, narrar, imaginar, crear, conocer y construir vínculos.



4.2 Bienestar socioemocional en los niños y niñas entre 6 y 12 años

A continuación, se abordarán de manera general algunas situaciones relacionadas con el bienestar socioemocional de los niños, niñas y adolescentes que deben ser conocidas por los profesionales para poder ser derivadas a instituciones y personal con competencia para la actuación en caso de presentarse.

Los problemas de salud mental son entendidos como situaciones que reflejan que no se ha alcanzado el nivel esperado de desarrollo cognitivo, social y emocional de los niños y niñas, mientras que los trastornos mentales en esta población corresponden a serias afectaciones del desarrollo esperado que no les permiten llevar una vida social, ni educativa. (ENSM, 2015)

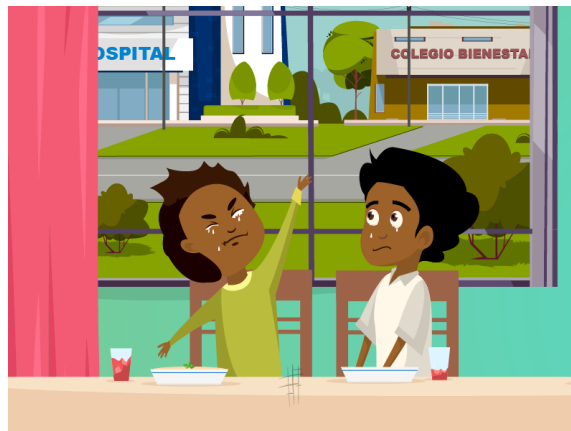
Los problemas que afectan el bienestar socioemocional de niños y niñas están relacionados con distintos factores, tanto biológicos como provenientes del entorno; factores como el maltrato, la predisposición genética, dificultades en la funcionalidad familiar, violencia y las condiciones de desarrollo del país (Encuesta Nacional de salud mental, 2015, p. 127). Existen diferentes síntomas generales que dan indicios de problemas mentales en la población infantil.



En cuanto a los trastornos, son una serie de síntomas que pueden ser conductuales o psicológicos, con relevancia clínica y generan dificultades en el desempeño social. Es importante conocer los datos y las rutas de atención para estos casos, para que los facilitadores del ICBF puedan derivar los casos al personal idóneo. Los trastornos más comunes en niños y niñas entre 6 y 12 años son el trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad de separación, trastorno de ansiedad generalizada, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), trastorno negativista y trastorno de la conducta. (Ver Anexo 7. Trastornos mentales en NNA).

Figura 14

Trastorno depresivo



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

4.2.1 De la niñez a la adolescencia: del mundo a la búsqueda de la identidad y el autoreconocimiento

La adolescencia es un momento de la vida que es necesario comprenderlo desde el involucramiento de distintas fases, recordando que los rangos de edad son arbitrarios, aproximados y frecuentemente superpuestos. Algunas perspectivas clasifican la adolescencia en inicial (de 10 a 13 años), intermedia (de 14 a 17 años) y tardía (18 a 21 años). (Allen y Waterman, 2019). También se conoce como preadolescentes, adolescentes y jóvenes. Sin embargo, independiente de la denominación, lo fundamental es considerar los matices característicos de la adolescencia. Una persona de 12 años es diferente de una de 17 años y las necesidades sociales



y psicológicas de los adolescentes más jóvenes difieren de aquellos mayores (Garrison y Felice, 2009, p. 62).

En la adolescencia los individuos experimentan un proceso de transformación paulatino, van configurando formas de ser, vivir y ubicarse en los entornos que lo rodean teniendo en cuenta sus características individuales, la configuración de sus vínculos y las relaciones, así como la interacción con los diferentes entornos. Adicionalmente, amplían sus capacidades para afrontar las preguntas vitales por la existencia y el sentido, los retos y cambios que conlleva la vida, considerando diversas posibilidades de expresión y acción.

Figura 15

De la niñez a la adolescencia



Fuente: ICBF (2020)

En este momento vital se es propenso a tener mayores deseos de experimentación, exploración y búsqueda del placer, al mismo tiempo que una menor percepción del riesgo. Así mismo, ocurre una configuración del razonamiento social, teniendo como prioridad los procesos de identidad individuales y colectivos; lo que les permite autoreconocerse, ampliar sus habilidades sociales, conocer, aceptar o tomar distancia de los principios del orden social, al igual que se confrontar frente a lo que tiene valor para sí y los criterios que orientan la acción individual y colectiva.



4.3 Transición de la adolescencia a la juventud: de la dependencia al ejercicio de la autonomía y de las libertades de los 12 a los 18 años

Tanto la adolescencia como la juventud, se caracterizan por los cambios, reorganización y equilibrios que se van sucediendo en el transcurso de un momento a otro, hacia logros de mayor autonomía e independencia, donde el desarrollo psicobiológico se supedita a la consolidación del proceso social. La transición está marcada por la profundización del proceso de construcción de la autonomía reflejado en las definiciones vocacionales y la asunción de proyectos, el fortalecimiento de la identidad y pertenencia a un grupo y finalmente, el ejercicio de esa autonomía a través de la capacidad de agencia frente a los retos vitales y sus apuestas trascendentes en medio de su entrada a nuevos roles y la tensión que genera la expectativa social.

Este momento está marcado por la conciencia del sentido de vida y trascendencia relacionadas con la definición de un lugar en el mundo, así como la inquietud por el ejercicio de la autonomía y las libertades. Desde una perspectiva de desarrollo, se perfilan habilidades y elecciones vocacionales asociadas con proyectos de vida. En el mundo social, tiene “estrecha relación con dejar el hogar parental, con la inserción a la vida productiva, la incorporación al empleo estable y con el hecho de finalizar los estudios” (CONPES 173, 2014).

Figura 16

Inserción a la vida productiva



Fuente: ICBF (2020)



La configuración de la personalidad está más definida y a nivel comportamental. Patrones específicos como los hábitos y rutinas de cuidado de sí, son más conscientes y autónomos, teniendo mayor capacidad para asumir y gestionar situaciones complejas. En este tránsito, se logra mayor capacidad de planeación, anticipación y organización. La capacidad de agencia, se expresa de manera más contundente, asociada a sus intereses o al cumplimiento de expectativas sociales, matizados por las condiciones y situaciones particulares, perfilando su proyección social, laboral y vocacional. (Restrepo, Soto y Rivera, 2016)

Por lo general, el proceso de la sexualidad y lo sexuado, se han consolidado y configurado en identidades y orientaciones que se expresan de una manera más definida.

Desde lo social, este tránsito de la adolescencia a la juventud, comprende el momento de la consolidación del rol social y las responsabilidades asociadas, por efecto del ejercicio pleno de la autonomía e independencia, que en relación con la vida familiar incluye la configuración de intimidad y en algunos casos, la conformación de un círculo familiar propio. En este sentido, el cambio de rol es importante permeando las prácticas sociales, psicológicas, afectivas y económicas de las familias, en donde además de ser sujeto de cuidado se es cuidador y de soporte. En tanto, que en la adolescencia se depende en mayor o menor medida de la familia, la escuela y la institucionalidad en general. Esa gran concientización de sí mismo en relación con el mundo se perfila en la juventud, donde se amplían las capacidades de participación autónoma e independiente. Los logros en este proceso de independencia sin que sea acabado, dependen de las oportunidades y retos posibles, así como de las variables que condicionan su existencia de tipo familiar, social, político, histórico y cultural.

**Figura 17**

Seguridad y confianza



Fuente: ICBF (2020)

Los vínculos se configuran en relaciones íntimas de creencia, donde la identidad y el sentido de pertenencia, juegan un papel fundamental. Se oscila en la construcción de relaciones seguras y comprometidas y sentimientos de soledad y aislamiento emocional. La independencia confronta al sujeto con la percepción de seguridad y confianza que no solo se cimientan en su propio yo –identidad, sino en las condiciones que se tengan para construirla.

4.3.1 Bienestar socioemocional de adolescentes entre 12 y 18 años

De acuerdo con el portal de la OMS (2020), la mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes, pero no se detectan a tiempo en su mayoría, de modo que es fundamental abordar los problemas que afectan el bienestar socioemocional de manera temprana, para que sus consecuencias no se extiendan hasta la adultez. Es posible que los cambios propios del curso de vida, hagan a los adolescentes y jóvenes vulnerables a la prevalencia de síntomas psicopatológicos.

En Colombia, la ENSM (2015), aplicó el cuestionario de tamizaje SRQ (Self Reporting Questinnarie), que es un instrumento diseñado por la OMS para evaluar problemas de salud mental, así como el síndrome ansioso y depresivo en esta población. La aparición de estos síntomas no significa un problema o trastorno inminente, es la acumulación de ellos, la frecuencia



e intensidad, lo que se convierte en un indicador. Es importante recordar que cualquier proceso diagnóstico solo puede ser emitido por profesionales especializados y destinados para tal fin, los cuales se describen en la siguiente tabla:

Tabla 3

Síntomas. Problemas que afectan bienestar socioemocional de adolescentes y jóvenes entre 12 y 18 años

Según la prueba SRQ (Self Reporting Questinnarie), los siguientes son los síntomas que pueden indicar que hay situación de problema que afecta el bienestar socioemocional o trastorno en esta población:		
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolores de cabeza frecuentes. ✓ Mal apetito. ✓ Duerme mal. ✓ Se asusta con facilidad. ✓ Sufre de temblor en las manos. ✓ Se siente nervioso, tenso o aburrido. ✓ Sufre de mala digestión. ✓ Tiene problemas para pensar con claridad. ✓ Se siente triste. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lloro con mucha frecuencia. ✓ Tiene dificultad para disfrutar sus actividades diarias. ✓ Tiene dificultad para tomar decisiones. ✓ Tiene dificultad para hacer su trabajo. ✓ Es incapaz desempeñar un papel útil en su vida. ✓ Ha perdido interés en las cosas. ✓ Siente que es una persona inútil. ✓ Ha tenido la idea de acabar con su vida. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Se siente cansado todo el tiempo. ✓ Tiene sensaciones desagradables en su estómago. ✓ Se cansa con facilidad. ✓ Siente que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma. ✓ Es mucho más importante de lo que los demás piensan. ✓ Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento.

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír. ✓ Ha tenido convulsiones o ataques.
<p>Del listado, 11 o más respuestas afirmativas sugieren la posibilidad de un trastorno mental, mientras que 8 de ellas, indican la posibilidad de problemas mentales.</p>		

Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 - USAID (2020), basada en la prueba SRQ (Self Reporting Questinnarie)

En cuanto a los trastornos mentales en los adolescentes y jóvenes, los más comunes son el trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno de pánico y fobia social. (Ver Anexo 7. Trastornos mentales en NNA). Las competencias de los facilitadores del ICBF están situadas en la promoción del bienestar socioemocional, para prevenir problemas mayores; de manera que, si se conoce de algún caso con rasgos que superen la competencia, los facilitadores están llamados a derivarlos a las instancias correspondientes.

A continuación, se indican algunos de los problemas que enfrentan los adolescentes y jóvenes de este rango de edad:



a. Comportamiento alimentario en adolescentes entre 12 y 18 años

Los comportamientos alimentarios pueden ser anorexia, bulimia e hiperfagia. Según el Ministerio de Salud (2018), entre 2009 y 2017, el trastorno de comportamiento alimentario más recurrente ha sido la anorexia, siendo el 60,8 % de las diagnosticadas, mujeres. (p. 11).

Anorexia: es un trastorno que supone la pérdida de peso a causa de la restricción en la ingesta alimentaria; la anorexia es autoprovocada. Existen dos tipos de anorexia: nerviosa y atípica.

Bulimia: se caracteriza por que las personas que la padecen tienen episodios de atracones en que ingieren comida en cantidades, pero poseen un gran sentimiento de culpa, por lo que después ayunan, degluten u otra alternativa para calmar la ansiedad.

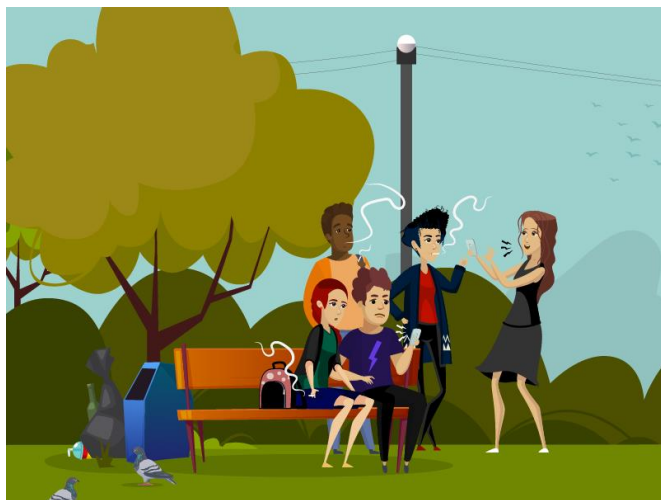
Hiperfagia: aumento excesivo de deseo de comer.

b. Consumo de SPA como fenómeno multicausal

Se parte del reconocimiento que las sustancias que estimulan el sistema nervioso central han existido a la par de la existencia humana. Las comunidades desde tiempos ancestrales han desarrollado diferentes tipos de relaciones con el uso de estas. En los inicios se usaban sustancias con fines místicos y de salud, principalmente. Con el pasar de los siglos, el uso que se le ha dado a las sustancias ha pasado de rituales en búsqueda de lo divino y de tipos medicinales, a usos contemporáneos asociados a espacios de ocio y recreación, entre otros.

**Figura 18**

Consumo de SPA



Fuente: Elaborada para este curso por el programa
HRH 2030 – USAID (2020)

La clave: la prevención no puede orientarse en la eliminación de las sustancias, porque es un panorama poco probable, siempre existirán pinturas, marcadores y demás sustancias lícitas que su uso en otros aspectos alterará la salud. Entonces se parte de tratar de entender las relaciones que los niños, niñas y adolescentes pueden desarrollar con estas sustancias y la idea es establecer las causas y motivaciones.

¿Qué es una sustancia psicoactiva?

El concepto de SPA es más amplio que el de droga, teniendo en cuenta que la segunda es un listado de la JIFE, en el que ingresan sustancias catalogadas así para controlar el tránsito entre países; sin embargo, para trabajar en prevención se establece que es adecuado el concepto de SPA que tienen las siguientes características:

- ✓ Pueden ser de origen natural: se encuentran en forma natural en el ambiente y se utilizan por los usuarios sin necesidad de que se produzca algún tipo de manipulación o proceso químico o sintético; por ejemplo, la marihuana.



- ✓ Pueden ser de origen sintético: elaboradas exclusivamente en el laboratorio a través de procesos químicos, cuya estructura química no se relaciona con ningún componente natural; por ejemplo, el éxtasis.
- ✓ Se consumen por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa).
- ✓ Generan un efecto directo sobre el sistema nervioso central, ocasionando cambios específicos a sus funciones.
- ✓ Son capaces de inhibir el dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones.

Existen diversas formas de clasificar las sustancias psicoactivas (SPA). Pueden agruparse de acuerdo con sus efectos sobre el sistema nervioso central o, de acuerdo con su origen (naturales o sintéticas), entre otros. Para efectos prácticos, se diferenciarán las SPA en tres grupos, de acuerdo con su estatus legal en Colombia: (1) SPA legales, (2) SPA ilegales y (3) Otras sustancias legales utilizadas como SPA (legales de uso indebido).

- ✓ **SPAS legales:** alcohol y cigarrillo. Aunque estas sustancias son de venta libre, hay que tener en cuenta que su expendio a menores de edad se encuentra prohibido. También se encuentran sustancias como las bebidas energizantes compuesta a base de cafeína y guaraná.
- ✓ **SPAS ilegales:** las definidas como tal y penadas bajo la Ley 30 de 1986. Cualquier práctica con este tipo de sustancias por parte de un menor de edad (producción, venta o consumo) configuraría una contravención a la Ley 30 de 1986. Entre estas sustancias



se encuentran la marihuana, la cocaína, el bazuco, la heroína, el LSD, el 2cb conocido como “tusi”, el éxtasis y las anfetaminas.

- ✓ **Legales de uso indebido:** son sustancias que suelen tener aplicaciones diversas y que por lo general no se producen para consumo humano (como algunos solventes) o a medicamentos que tienen (o tuvieron) una vigencia terapéutica pero que no se utilizan para lo que están indicados, sino para acceder al efecto psicotrópico implícito. Algunas de estas sustancias son el *popper*, el *dick*, el pegante, que hacen parte de lo que se conocen como inhalantes; y en otro lado, se encuentran los medicamentos como benzodiacepinas y los sedantes hipnóticos.

Clasificación de las sustancias psicoactivas –SPA-, a partir de los efectos en el organismo:

- ✓ **Estimulantes:** son aquellas sustancias que producen efectos momentáneos en la actividad neurológica y física. Producen además un aumento en la alerta, la vigilia y en ocasiones hasta la fuerza. Su abuso puede generar arritmias cardíacas, infarto cardíaco e incluso, la muerte. También disminuyen el sueño y eliminan el hambre. Por ejemplo, el café, la cocaína, las anfetaminas, entre otras.
- ✓ **Depresores:** como su nombre lo indica, son aquellas sustancias que disminuyen la función cerebral y el sistema nervioso central. También lo hacen con el ritmo cardíaco, reducen la presión sanguínea, producen somnolencia, agudizan la respiración y pueden provocar la muerte. Ejemplos: heroína, benzodiacepinas, barbitúricos, entre otros.



- ✓ **Psicodélicos:** son aquellas sustancias que producen cambios en la percepción, la conciencia y las emociones. Algunas de ellas son disociativas y pueden producir largos estados de *trance*. Por ejemplo: LSD, psilocibina, DMT, etc.
- ✓ **Enteógenos:** son sustancias de uso ritual generalmente acompañadas de guías espirituales que buscan la introspección y la habilidad terapéutica. Por ejemplo: Yage, San Pedro, entre muchas otras.

Tipos de consumo:

- ✓ **Consumo experimental:** en el que el individuo prueba una o más sustancias psicoactivas, una o dos veces y decide no volverlo a hacer.
- ✓ **Consumo recreativo:** cuando es realizado con mediana regularidad entre círculos de amigos, en contextos de ocio (rumba, paseos). En este consumo la persona también ocupa su tiempo libre en otras actividades donde no hay presencia de sustancias psicoactivas y no considera este consumo como un “escape” o una solución a sus problemas.
- ✓ **Consumo habitual:** las sustancias psicoactivas ya juegan un papel importante en la vida y cumple funciones cada vez que la consume, por lo que es muy probable que lo haga repetidamente.
- ✓ **Consumo dependiente:** la vida cotidiana empieza a funcionar bajo el ciclo “conseguir-consumir-conseguir”. Se piensa que “no se puede vivir sin la sustancia”. Se desarrolla tolerancia y el deseo de consumir SPA se vuelve irresistible.



- ✓ **Consumo problemático:** caracterizado por el impacto en la salud mental y física del usuario. Puede estar relacionado a contextos de policonsumo. En esta etapa se perciben problemas sociales en contextos académicos, profesionales y familiares.
- ✓ **Consumidor-expendedor:** referido a las personas que comercializan pequeñas dosis de sustancias psicoactivas ilegales con la intención de financiarse su propio consumo y cuyo consumo se encuentra en las categorías de problemático y dependiente.
- ✓ **Consumidor funcional y no funcional:** independientemente de los tipos de consumidores, gran parte de la problematización del consumo radica en el nivel de funcionalidad que tenga la persona frente a las drogas. La funcionalidad es la capacidad de ser apto mental, física y socialmente para desempeñar el rol establecido, ya sea como estudiante, trabajador, padre, hijo, etc. Es decir, una persona puede ser dependiente del cigarrillo, pero completamente funcional u otra persona puede consumir alcohol ocasionalmente, pero su abuso deriva en problemas laborales que afectan su funcionalidad.

El fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas a la luz de la teoría del construccionismo social

El consumo de cada una de estas sustancias, tanto legales como ilegales, está mediado no solo por los efectos contingentes en la salud física, mental y social, sino por factores históricos, políticos y económicos que influyen en las dinámicas y relaciones que se establecen con las sustancias psicoactivas. El construccionismo social es una perspectiva teórica que permite reconocer todos esos factores como determinantes del fenómeno del consumo y superar la concepción reduccionista de considerar el consumo únicamente como un problema de conducta y de las consecuencias químicamente producidas por esta. Desde esta perspectiva, la noción de problema



cambia, ya que un problema y sus soluciones nunca son independientes del contexto, de los discursos y de los elementos socioculturales presentes en los escenarios donde han sido planteados o definidos los problemas. Así, la realidad y dinámica de un fenómeno no es homogénea y única, sino que se configura a partir de una interlocución de discursos y de elementos como la historicidad y constructividad (Fisher, 2008).

En este sentido, señala Ehrenberg (1996), que la realidad de las sustancias psicoactivas no puede verse únicamente como una disfunción social, ni como un malestar individual y no se reduce solamente a la relación cara a cara entre un individuo y un producto, sino que hace parte de determinadas formas de relación y de ciertos climas existenciales propios de las sociedades contemporáneas. Así, el consumo de sustancias psicoactivas desde esta mirada construccionista reconoce la influencia de variables como; los medios de comunicación, las costumbres y dinámicas culturales, las características socioeconómicas y políticas, las oportunidades de desarrollo, las particularidades y elementos históricos, simbólicos e identitarios de los contextos y territorios, como determinantes del fenómeno, que deben tenerse en cuenta en el abordaje integral articulado y continuo del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas. En la interacción de todos estos factores ocupan un papel determinante las representaciones sociales que se construyen sobre el consumo de Sustancias psicoactivas, las cuales se aprehenden y desaprenden (Jodelet) en interacción con esos escenarios, territorios, ámbitos donde se dinamizan o entran en dialogo todas estas variables ya mencionadas. Este tipo de representaciones de las realidades sociales, ha sido definida como el conjunto de conocimientos, creencias, imaginarios, a partir de los cuales las personas hacen comprensible una realidad física y social (Jodelet,) y que por tanto cumplen dos funciones, primero, permitir que el individuo atribuya un orden a la realidad social para dominarla y, segundo, que se comunique con los miembros de una comunidad a través de símbolos que representen su historia individual y grupal (Farr, 2002). En este sentido, los símbolos y dinámicas grupales también son propios del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas en el que se involucran.



Figura 19

Realidad de las sustancias psicoactivas



Fuente: Freepik (2020)

c. Experiencias adversas o traumáticas en adolescentes entre 12 y 18 años

Un evento traumático puede ser un suceso que le ocurre a un adolescente o cuando es testigo de una situación que le acaece a otra persona, especialmente si es alguien cercano. En respuesta a este evento traumático, ellos pueden presentar manifestaciones psicológicas o síntomas.

En Colombia, según la ENSM (2015), el 29,3 % de los adolescentes y jóvenes de 12 a 18 años, han estado expuestos a una experiencia potencialmente traumática; de ellos, el 88,1 % percibe que los eventos a los que han estado expuestos les han causado un trauma psicológico.



Existen muchos eventos en la vida de los adolescentes que generan situaciones críticas o traumáticas, desde los mismos cambios corporales, hasta el acoso que pueden sufrir en su grupo de pares, incluyendo los acontecimientos vinculados a la sexualidad. Igualmente, en comunidades indígenas los procesos de adolescencia pasan por formas diversas de asumir la autonomía como transición a la vida adulta, en términos de desarrollo puede generar crisis, no obstante, en términos culturales, estas crisis están acompañadas de acuerdo con la etnia a la que pertenezcan.

5. Elementos generales que amenazan el bienestar socioemocional de niños, niñas, adolescentes y jóvenes

A continuación, se desarrollan a profundidad algunos eventos adversos adicionales que pueden afectar el bienestar socioemocional de las niñas, niños adolescentes y jóvenes, y conllevar al aumento de trastornos mentales, sumado a que suponen determinantes sociales que ponen en riesgo el pleno ejercicio de los derechos de estas poblaciones.

5.1 Violencias contra niños, niñas, adolescentes y jóvenes

De acuerdo con el Código de Infancia y Adolescencia, se define el maltrato infantil como toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, niña o adolescente. La Convención sobre los Derechos del Niño (1989) define la violencia como “toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual” (artículo 19). Así mismo, la Organización Mundial de Salud (OMS) (2002), define la violencia



como “el uso deliberado de la fuerza o el poder, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Este informe habla de la naturaleza del tipo de violencia, dividiéndola en violencia física, psicológica, sexual y privaciones o desatención, en la que incluye la dirigida a los niños, niñas y adolescentes. Esa definición incluye la palabra “poder”, además de la frase “uso intencional de la fuerza física”, de tal manera que amplía la naturaleza de un acto de violencia, para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación.

El ICBF en aras de reconocer esta problemática en las diferentes etapas del curso de vida y de contar con una definición que responda adecuadamente a la complejidad y magnitud de esta problemática y a los desarrollos normativos del país, ha decidido hacer uso del término violencia contra niñas, niños y adolescentes. Este término se refiere a toda acción, omisión, abuso, uso de la fuerza o del poder que se expresa a través de la violencia física, psicológica, sexual y la negligencia, así como a través de las amenazas de tales actos, la cual se puede presentar en distintos ámbitos (privado, público, tecnológico/virtual) y ser ejercido por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona. Esta violencia produce daño y afecta la integridad personal, el desarrollo integral de los niños, niñas y adolescentes, llegando incluso hasta la muerte. (ICBF, 2017)

Según la Política Nacional de Salud Mental “la violencia es un fenómeno social de origen multicausal con consecuencias económicas, políticas, sociales y de salud pública” (2018, p.12). El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (2012), agrupa la violencia en tres grandes categorías según el autor del acto violento: violencia dirigida contra uno mismo, violencia interpersonal, -que incluye la violencia intrafamiliar-, así como violencia colectiva.



Tabla 4

Factores de riesgo para la violencia contra niños, niñas, adolescentes y jóvenes

Nivel	Factores
Individuales	Biológicos, sexo, educación, ingreso, condición de discapacidad, problemas o trastornos de desarrollo cerebral o cognitivo, desórdenes psicológicos, consumo o dependencia del alcohol u otras sustancias psicoactivas, historia de agresión o maltrato.
Relaciones	Ausencia de lazos emocionales, malas prácticas parentales, disfunción y/o separación familiar, asociación con pares con conductas delincuentes, presenciar violencia intrafamiliar, matrimonio forzado y temprano.
Comunitarios	Pobreza, alta densidad poblacional, poblaciones transitorias, baja cohesión social, ambientes físicos inseguros, altas tasas de criminalidad, comercio de drogas y estupefacientes.
Sociales	Políticas que mantienen inequidades económicas, de género o sociales, protección social inadecuada o ausente, fragilidad social debido al conflicto, estado post-conflicto o después del desastre natural, gobernanza débil y pobre ejecución legal.

Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 - USAID (2020), basada en Inspire OMS, (2016)

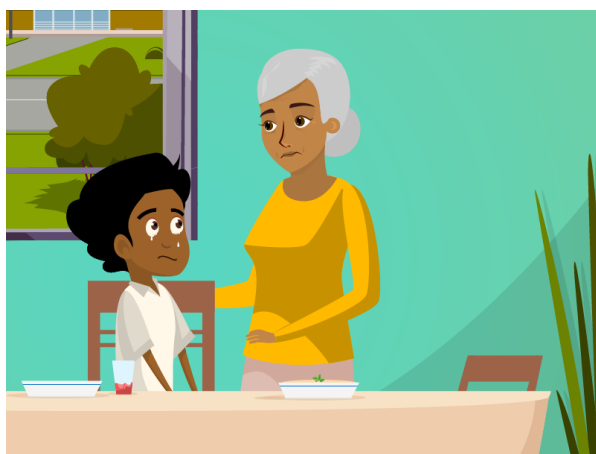
La afectación que causa la violencia, es mayor en los niños, niñas y adolescentes, que, en población mayor de edad, en tanto que no solo se refiere a los daños físicos, sexuales y psicológicos, sino también se al potencial daño en el desarrollo integral y la construcción de la identidad del niño, niña o adolescente. Dicha afectación puede estar relacionada con 6 aspectos fundamentales:



- 1) **Tipo de daño:** los daños pueden ser físicos, psicológicos, sexuales o en algún proceso del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.
- 2) **Frecuencia:** se refiere a las repeticiones de los hechos de violencia, estos pueden ser: solo una vez, ocasionalmente, frecuentemente. Sin embargo, independientemente de la frecuencia con que se haya presentado, siempre se considera un hecho de violencia.
- 3) **Intensidad:** se refiere al nivel de daño o lesión que causa los hechos de la violencia en la salud física y mental de los niños, niñas y adolescentes.

Figura 20

Periodo evolutivo



4) **Periodo evolutivo:** tiene que ver si los hechos de violencia han sido en la primera infancia, infancia y adolescencia. De acuerdo con la etapa del desarrollo el hecho de violencia afectará el curso de vida de niños, niñas y adolescentes. A menor edad los niños, niñas y adolescentes son más vulnerables.

Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

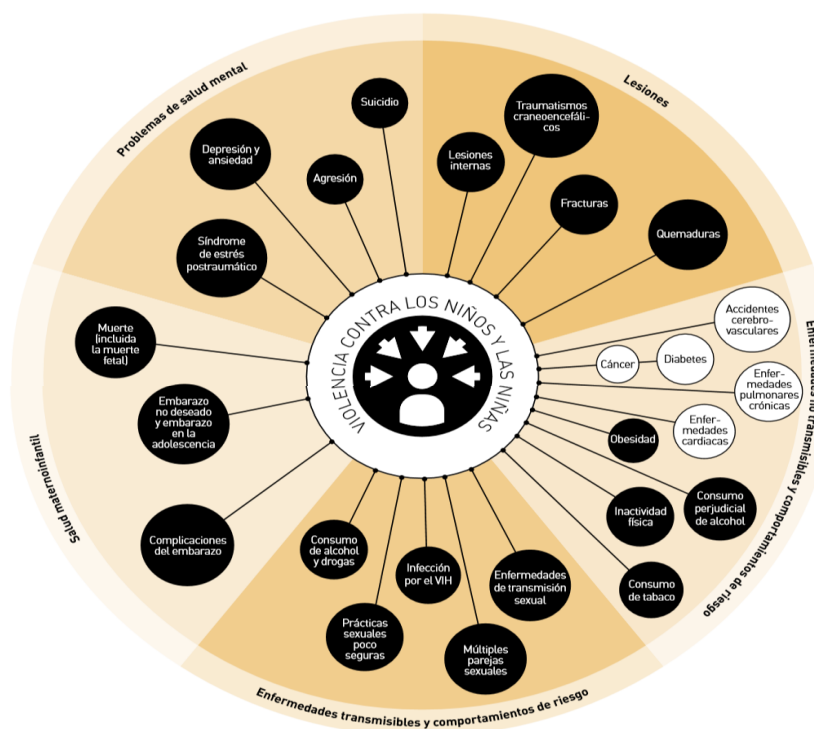
- 5) **Vínculo afectivo con la persona agresora:** el vínculo establecido con la persona agresora, podrá ser una variable importante a la hora de superar los hechos de violencia, en especial si existen vínculos afectivos fuertes, en los que el niño, niña o adolescente, puede concluir que el afecto debe estar mediado por la violencia, llegando incluso a justificarla inadecuadamente.

- 6) **Vulnerabilidad especial:** los hechos de violencia ocurren en niños, niñas y adolescentes con vulnerabilidad especial, tales como situación de discapacidad, con enfermedad física o psicológica grave o crónica o cuando los niños, niñas y adolescentes se enfrentan a procesos migratorios, desplazamiento forzado, o pérdida de algún ser querido. (Lineamiento Técnico para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con sus Derechos Inobservados, Amenazados o Vulnerados por Causa de la Violencia. ICBF, v1 2017)

Algunas consecuencias de la violencia se presentan a continuación:

Figura 21

Consecuencias de la violencia en la salud de niños, niñas, adolescentes y jóvenes



Fuente: Programa Inspire de la OMS (2016)



Frente a la relación entre la violencia con la salud mental de las niñas, niños, adolescentes y jóvenes, la Política Nacional de Salud Mental señala que “distintos estudios han evidenciado que la violencia puede dejar secuelas psicológicas que deterioran la calidad de vida de las personas y que existe algunos factores de riesgo en salud mental asociados a la comisión de algunos hechos de violencia” (MinSalud, 2018, p.13).

Según el Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños, Niñas y Adolescentes de Naciones Unidas (2006), La exposición temprana a la violencia es crítica porque puede tener impacto en la arquitectura del cerebro en proceso de maduración. En el caso de exposición prolongada a la violencia, inclusive como testigo, la perturbación del sistema nervioso e inmunológico puede provocar limitaciones sociales, emocionales y cognitivas, así como dar lugar a comportamientos que causan enfermedades, lesiones y problemas sociales. La exposición a la violencia durante la niñez también puede provocar mayor predisposición a sufrir limitaciones sociales, emocionales y cognitivas durante toda la vida, a la obesidad y a adoptar comportamientos de riesgo para la salud, como el uso de sustancias adictivas, tener relaciones sexuales precoces y el consumo de tabaco. (Pinheiro, 2006)

De acuerdo con el informe mencionado, entre las consecuencias que se pueden evidenciar en la salud mental de niños, niñas, adolescentes y jóvenes que han sido expuestos a violencias, se encuentran las siguientes:



- | | |
|--|--|
| ✓ Abuso de alcohol y otras drogas. | ✓ Incapacidad para relacionarse. |
| ✓ Disminución de la capacidad cognoscitiva. | ✓ Desempeño escolar deficiente. |
| ✓ Comportamientos delictivos, violentos y de otros tipos que implican riesgos. | ✓ Baja autoestima. |
| ✓ Depresión y ansiedad. | ✓ Trastorno postraumático por estrés. |
| ✓ Retraso del desarrollo. | ✓ Trastornos psicosomáticos. |
| ✓ Trastornos de la alimentación y el sueño. | ✓ Deserción escolar, aislamiento emocional. |
| ✓ Sentimientos de vergüenza y culpa. | ✓ Comportamientos violentos hacia personas o animales. |
| ✓ Hiperactividad. | ✓ Comportamiento suicida y daño autoinfligido. |

En relación con la salud mental de adolescentes y jóvenes que se institucionalizan, un elemento que se debe considerar en el impacto en la salud mental de ellos, es la potencial desintegración de las dinámicas familiares, resultado de la distancia y la dificultad para los encuentros, lo cual afecta directamente sus vínculos afectivos y sus emociones. También, se debe tener en cuenta que en tanto se adaptan a las condiciones propias de la institucionalización (ruptura de los lazos afectivos, falta de libertad, encierro, horarios y normas) se generan cambios comportamentales que perturban su salud mental. Por ejemplo, si el adolescente o joven se ve enfrentado a dinámicas de agresión o violencia al interior de la institución, es posible que establezca mecanismos de defensa que le permitan afrontar tales situaciones.

Ahora bien, es posible que los adolescentes y jóvenes que se institucionalizan en el marco del Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente (SRPA), hayan sido víctimas de violencias, abandono u otras vulneraciones, también es probable que previo al ingreso al sistema, hayan experimentado consumo de sustancias psicoactivas, presentado conductas suicidas e internalizado la violencia como parte de su cotidianidad, situaciones que además de afectar su



salud mental, dificultan el proceso de adaptación al nuevo entorno, elevando la posibilidad de presentar depresión y estrés, en el adolescente o joven y su familia.

5.2 Violencia intrafamiliar

Si bien, en el apartado anterior se ilustró ampliamente las situaciones de violencia en contra de niños, niñas y adolescentes, es importante visibilizar también la complejidad de este ambiente hacia la población mayor, así como la dinámica de este fenómeno en las relaciones de pareja. Lo anterior, dado que, dentro de los propósitos de la Política Nacional de Salud Mental, se encuentra la promoción de esta como un elemento integral del derecho a la salud de todas las personas, familias y comunidades.

Según el Informe Forensis (2018), durante el año 2018 en el sistema forense se conocieron 28.645 casos de violencia intrafamiliar, correspondiente a la población adulta mayor de 2.261 casos (7,8 %), población de niños, niñas y adolescentes con 10.794 casos (37,6 %) y por último, violencia entre otros familiares con 15.590 casos (54,4 %).

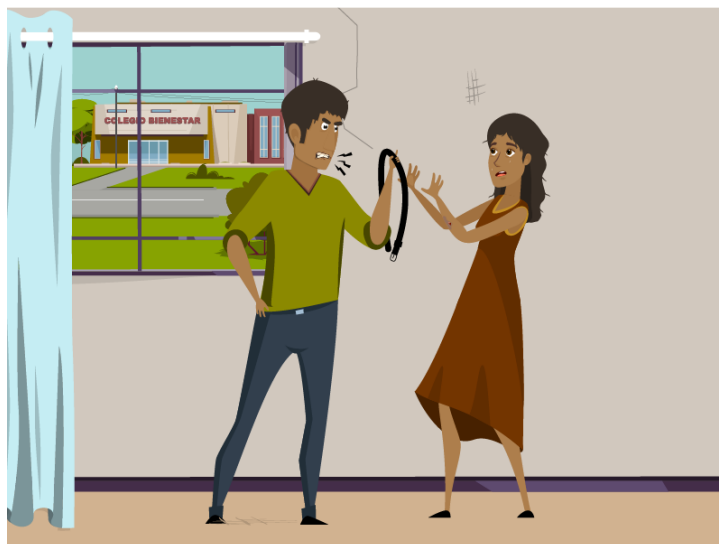
Por otra parte, en el decenio 2009-2018, en el país se detectaron 16.467 casos de violencia contra la población adulta mayor; en promedio 1.647 casos por año, es decir, alrededor de 137 casos por mes o cerca de 4,5 casos por día, lo cual se puede traducir en que aproximadamente, ocurrió un acto de maltrato cada 5 horas aproximadamente contra dicha población que fue denunciado ante una autoridad competente y tuvo valoración forense. Aunque durante los seis primeros años los resultados fueron similares, se observa una tendencia al aumento de casos a partir del año 2015, alcanzando la tasa más alta durante el año 2018, 2.261 casos y una tasa de 37,87.



Adicional a ello, en el año 2018 se realizaron 49.669 peritaciones en el contexto de la violencia de pareja, cuya tasa es de 120,57 casos por cada cien mil habitantes, siendo el hombre, el principal presunto agresor. Del total de valoraciones realizadas, el 86,08 %, 42.753, se practicaron a mujeres. En Colombia, por cada hombre que denuncia ser víctima de violencia por parte de su pareja, seis mujeres lo hacen.

Figura 22

Violencia de pareja



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

Finalmente, estas evidencias demuestran la necesidad de propiciar las condiciones para una convivencia armónica, en la que se puedan establecer relaciones respetuosas, equitativas y solidarias entre géneros y generaciones.



5.3 Experiencias Adversas en la Infancia (EAI)

Figura 23

EAI



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

El término Experiencias Adversas en la Infancia se originó en un estudio realizado en 1995 por los Centros de Control de Enfermedades (CDS) de Estados Unidos y la organización de atención médica Kaiser en California. Este estudio, identificó tres tipos específicos de adversidades que los niños enfrentaban en el entorno del hogar: diversas formas de abuso físico y emocional, negligencia y disfunción doméstica. Las EAI son bastante comunes, incluso entre una población de clase media: más de dos tercios de la población informan haber experimentado un EAI y casi una cuarta parte ha experimentado tres o más. Existe una correlación persistente entre mayor número de EAI experimentadas y mayor probabilidad de resultados deficientes más adelante en la vida, incluido un riesgo dramáticamente mayor de enfermedad cardíaca, diabetes, obesidad, depresión, abuso de sustancias, tabaquismo, bajo rendimiento académico, tiempo sin trabajo, ideación suicida, deficiencia en el neurodesarrollo, en el desarrollo en general y muerte prematura. (Universidad de Harvard, 2013).



Las EAI causan estrés y el estrés fuerte, frecuente o prolongado puede afectar el desarrollo cerebral de los bebés y niños pequeños.

Las condiciones de vida durante la infancia cobran especial relevancia en la salud de los niños y niñas, en esta etapa adquieren gran parte de los recursos cognitivos, emocionales y sociales para alcanzar su bienestar. De igual modo, es un período de especial vulnerabilidad ante la adversidad, ya que en este momento del curso de vida se está en la construcción de herramientas para regular satisfactoriamente las emociones y sentimientos generados por eventos adversos, como la muerte de un familiar, acciones violentas recibidas, represión económica, abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia, maltrato, uso de sustancias psicoactivas, entre otros.

5.4 Conductas suicidas en niñas, niños y adolescentes jóvenes

Según el Ministerio de Salud y Protección Social “la conducta suicida es un conjunto de eventos complejos que pueden afectar a personas de cualquier edad o condición (...)”. Es “una secuencia de eventos (...) que se da de manera progresiva. En muchos casos inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (2018, p. 2). Cuando la conducta suicida “se manifiesta como el suicidio consumado tiene consecuencias devastadoras para el individuo, su familia y comunidad, y sus efectos son duraderos” (2018, p. 2).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS):



Más de 800.000 personas se suicidan al año. Para ICMLCF en el 2018 se presentaron 454 casos de suicidio consumado, la población con mayores casos de suicidio fueron los jóvenes entre los 15 y 17 años con 170 casos, seguido de niños, niñas y adolescentes entre los 10 y los 14 años con 112 casos y finalmente, niños y niñas entre los 5 y 9 años con 2 casos, este último dato fue similar en el 2017. (Forensis 2018)

“Las tasas de suicidio en adolescentes aumentan con la edad, son una de las causas de muerte más frecuente en este grupo y se ha constituido en un problema de salud pública en el mundo” (ENSM, 2015, p. 231).

El suicidio está asociado a diferentes factores emergentes en diversidad de contextos y variables que enmarcan la vida de los adolescentes y jóvenes (biológicas, individuales, familiares, escolares, comunitarias y/o sociales); dado que inicia con algunos pensamientos que siguen planes progresivos aumentando el nivel de letalidad hasta llegar a la muerte (Ver Anexo 2. Mitos sobre el suicidio). El principal signo de alerta del suicidio son los intentos previos.

Es importante mencionar que en territorios con presencia mayoritaria de grupos étnicos las tasas de suicidio superan en muchas ocasiones la cifra nacional. De acuerdo con el Observatorio del Bienestar de la Niñez (2020), durante el año 2019, las tasas de suicidio por 100.000 habitantes fueron más altas en los departamentos de Amazonas (14,1) y Vaupés (9,3), quienes cuentan con alta presencia de población indígena.

Al calcular la tasa de suicidio en niñas, niños y adolescentes, Vaupés ocupa el primer lugar con una tasa de 6,4. Aunque los factores de riesgo asociados al suicidio en población indígena son múltiples, la Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonía (2019) y el Observatorio del Bienestar de la Niñez (OBN) (2018), señalan que uno de los factores que se destaca en departamentos como Amazonas y Vaupés es el choque cultural. Este hace referencia a la



imposición de modelos de vida occidentales que giran en torno a bienes materiales y económicos, y privilegian formas de ser y pensar que no conversan con las cosmovisiones indígenas, sino que, por lo contrario, derivan en el debilitamiento de sus culturas y provocan crisis de identidad. Como producto del choque cultural, la población indígena, principalmente la más joven, al distanciarse de la cultura propia y al no contar con las mismas posibilidades de acceso que la sociedad mayoritaria a lo que ofrece el denominado mundo occidental, experimenta sentimientos de frustración y desesperanza que en diferentes ocasiones derivan en muertes “autoinflingidas”.

6. Orientaciones y herramientas para el abordaje psicosocial

El Estado, la sociedad y la familia son garantes del desarrollo integral de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en Colombia. La salud mental entendida desde lo socioemocional, lejos de ser una idea de ausencia de enfermedad, implica el bienestar mental de esta población, por lo que es responsabilidad de toda la sociedad cuidar, garantizar el ambiente apropiado y óptimo para el desarrollo integral de esta población en el país, ejerciendo vigilancia y ciudadanía en lo referente a las iniciativas, programas y proyectos de promoción del bienestar socioemocional y prevención de las afectaciones socioemocionales.

6.1 Orientaciones

6.1.1 Promoción del bienestar socioemocional

La promoción del bienestar socioemocional consiste en generar espacios en donde los sujetos y las comunidades puedan optar vivir en bienestar. La OMS (2004), propone tres elementos para la promoción de la salud:



- 1) La buena gobernanza, la cual se refiere al uso de la ciudadanía para la generación de espacios de participación en torno al bienestar socioemocional y la legislación que tiene en cuenta la salud integral de los individuos como un elemento fundamental;

Figura 24

Buena gobernanza



Fuente: Freepik (2020)

- 2) la educación sanitaria, asociada a la capacidad de los individuos para tomar decisiones que propendan por el bienestar socioemocional; y
- 3) las ciudades saludables, relacionada con la responsabilidad de las ciudades desde su diseño y planificación para ofrecer espacios que tiendan al bienestar socioemocional de las poblaciones.

6.1.2 Prevención de las violencias

La iniciativa INSPIRE de la OMS, diseñó siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas (OPS, 2016); de USAID, parte de cuatro niveles en donde se presenta la violencia, para hacerles frente desde allí: individual, interpersonal, comunitario y social. Este esfuerzo implica, además, el acompañamiento de diferentes sectores e instituciones, ya que la estrategia tiene mejores resultados cuando se lleva a cabo de manera conjunta. Las estrategias y sus objetivos son:



Implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes: garantizar la implementación y la vigilancia del cumplimiento de las leyes para prevenir los comportamientos violentos, reducir el consumo excesivo de alcohol y limitar el acceso de los jóvenes a las armas de fuego y de otro tipo.

Normas y valores: reforzar las normas y los valores que promueven las relaciones interpersonales no violentas, respetuosas, enriquecedoras, positivas y equitativas en cuanto al género para toda la población infantil y adolescente.

Seguridad en el entorno: propiciar y mantener la seguridad en las calles y en otros entornos donde se reúnen y pasan su tiempo los niños, las niñas y la población joven.

Padres, madres y cuidadores reciben apoyo: reducir las prácticas de crianza severas y crear relaciones positivas entre padres e hijos.

Ingresos y fortalecimiento económico: mejorar la seguridad y la estabilidad económica de las familias, con la consiguiente reducción del maltrato infantil y de la violencia de pareja.

Respuesta de los servicios de atención y apoyo: mejorar el acceso a los servicios de salud, bienestar social y justicia penal de buena calidad para todos los niños y las niñas que los necesiten – entre otras cosas, para denunciar casos de violencia, con el fin de reducir el impacto de la violencia a largo plazo

Educación y aptitudes para la vida: aumentar el acceso de los niños y las niñas a una educación que sea más eficaz y equitativa en cuanto al género, el aprendizaje social y emocional y la adquisición de aptitudes para la vida, así como garantizar que los entornos escolares sean seguros y propicios.

Las alarmantes cifras que el INMLCF emite cada año respecto a la situación de violencia en Colombia han llevado al país a diseñar estrategias de carácter intersectorial para la prevención, identificación y atención de afectaciones en las personas y la sociedad⁴.

⁴ El estigma social y la insuficiencia de tiempo dedicado a su detección en atención primaria son las principales causas de la dificultad para entender este trastorno para quien no lo ha padecido. Una de cada cuatro personas padece alguna enfermedad mental a lo largo de su vida por lo que es necesario entender que los trastornos mentales si son enfermedades, no basta con decirles que colaboren de su parte, no porque no se puedan ver en un examen no significa que no estén ahí. (Universidad de la Sábana, 2020).

**Figura 25**

Prevención de violencia



De esta manera, el trabajo de prevención de las violencias contra las niñas, niños, adolescentes y jóvenes está en manos de diversidad de sectores y actores y se trata de reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores del bienestar socioemocional.

Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

6.1.3 Factores de riesgo

Existen factores que inciden en la promoción del bienestar socioemocional y deterioro de la salud mental; entre los que influyen positivamente en la salud mental se encuentran el adecuado desarrollo de competencias socioemocionales, el apoyo emocional familiar y comunitario, la participación comunitaria y entornos que promuevan respeto, protección de los derechos, equidad y oportunidades de desarrollo del individuo. De otro lado, factores como la violencia, el uso y consumo de sustancias psicoactivas, el estrés, alteraciones del sueño, conductas de riesgo alimentario, discriminación, etc., pueden ser factores que influyen en su deterioro y aparición de síntomas⁵ como la depresión y ansiedad.

⁵ Los síntomas son considerados problemas mentales y la acumulación de estos puede desencadenar un trastorno mental.



La Política de Salud Mental, postula los factores de riesgo como todas aquellas condiciones o factores que causan problemas y trastornos mentales a nivel poblacional generando riesgos o dificultades para el manejo de emociones, habilidades sociales, pensamientos, percepciones, comportamientos y situaciones negativas para el bienestar de la persona, su comunidad y entorno. Algunas de las condiciones o factores de riesgos que pueden incidir en la afectación de la salud mental postuladas por el CONPES de Salud Mental (2020), se relacionan en la siguiente tabla en los niveles del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner definido en apartados anteriores del curso:

Tabla 5

Factores de riesgo que pueden incidir en la afectación de la salud mental de niños, niñas y adolescentes

Factores de riesgo que pueden incidir en la afectación de la salud mental de niños, niñas y adolescentes		
Sistema	Factores de riesgo	Afectaciones
Exo-macro	Entorno virtual	
	El uso excesivo de medios virtuales: se relaciona con el tiempo que niños, niñas y adolescentes pasan en las pantallas, utilizando redes sociales virtuales tales como Facebook, Instagram, Snapchat, WhatsApp, Messenger, entre otros, sin la supervisión de un adulto. En algunas ocasiones el uso no regulado de las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC) puede conllevar a	<ul style="list-style-type: none">✓ Afectaciones en las habilidades sociales que limitan la interacción con la sociedad fuera de la pantalla, baja autoestima, necesidad de atención, reconocimiento social y en algunos casos narcisismo (Moreno & De Pedro, 2018).✓ Ser posibles víctimas de ciberacoso, <i>grooming</i> y otras prácticas que repercuten en el ejercicio de sus derechos. Afectaciones físicas y psicológicas como somnolencia, trastornos de conducta



	<p>que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes establezcan relaciones y vínculos a través del entorno virtual con personas desconocidas, como un mecanismo que sustituye o se sobrepone a las relaciones y vínculos afectivos en el microsistema o que los pone en riesgo.</p>	<p>alimentaria, depresión, hiperactividad, disfunción familiar, problemas de atención, entre otros.</p>
Meso	<p>Entorno comunitario y espacio público</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Baja percepción de seguridad en zonas públicas (parques, canchas, vías, humedales, rondas de ríos, caños, entre otros); esto por a la presencia de puntos de expendio y control territorial que producen malestar y temor entre la comunidad debido a la aparición de delitos como homicidio, desplazamiento forzado, constreñimiento y hurto (ODC, 2016).✓ Disponibilidad de lugares para uso y consumo de sustancias psicoactivas. Actos de violencia.✓ Desorganización comunitaria. Falta de conocimiento de la comunidad.	<ul style="list-style-type: none">✓ Débiles redes de apoyo que limitan la posibilidad de mitigar el impacto de los eventos traumáticos. Bajas capacidades para fortalecer el tejido social.✓ Acceso sencillo a las sustancias psicoactivas y a grupos violentos.✓ Pautas culturales sexistas y autoritarias.



<p>Entorno laboral y de trabajo</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Bajas perspectivas de promoción profesional, actividades poco valoradas, carencia de elementos para el trabajo, baja remuneración económica, entre otras.✓ Explotación infantil y trabajo sin garantía de los derechos de la población.✓ Poca claridad en la definición de responsabilidades, inexistencia de pausas de trabajo autorizadas, impedimento para detenerse cuando se quiere, mucho trabajo con poco tiempo para realizarlo y constantes cambios en lo que se espera del trabajador (MPS, 2007).	<ul style="list-style-type: none">✓ Ansiedad y depresión, ausentismo laboral y en algunos casos situaciones de consumo de SPA e intento de suicidio.✓ Afectaciones psicosociales en el entorno laboral.✓ Ausentismo en la escuela.✓ Asumir responsabilidades que no son propias de la edad.✓ Afectación de tiempos vida laboral y familiar.
<p>Entorno hogar</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Débiles vínculos familiares: los hogares con presencia de autoritarismo o permisividad, bajo involucramiento parental, baja comunicación, responsabilidades no compartidas, irrespeto, escenarios de	<ul style="list-style-type: none">✓ Vínculos afectivos inseguros, falta de capacidades y habilidades sociales. Entorno no protector carentes de recursos para establecer vínculos familiares fuertes.✓ Desarrollo inadecuado de la personalidad y autonomía, inapropiado manejo del tiempo libre, bajo rendimiento escolar, bajas habilidades emocionales.



	<p>violencia y desconfianza entre sus miembros.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ La transmisión intergeneracional de violencia: relaciona con el abuso del poder sobre miembros más débiles, cuando las situaciones de conflicto sobrepasan la capacidad de respuesta generando tensión y estrés en el grupo familiar, desencadenando situaciones de violencia.✓ Vulneraciones sociales y económicas: los hogares con mayores restricciones económicas presentan menores posibilidades de desarrollo humano y baja percepción de bienestar y calidad de vida, al igual que disfuncionalidad familiar, depresión, trastorno de ansiedad, ideación suicida y la presencia de al menos un síntoma de Trastorno de Estrés Postraumático.	<ul style="list-style-type: none">✓ Secuelas físicas y psicológicas, efectos emocionales e internalización y naturalización de la violencia que posteriormente puede convertirlos en agresores o víctimas.
Entorno educativo	<ul style="list-style-type: none">✓ Baja capacidad de las escuelas para proporcionar un ambiente apropiado	<ul style="list-style-type: none">✓ Deterioro del desempeño académico, aislamiento, abandono escolar; consumo de alcohol y drogas, trastornos alimenticios; deterioro de la salud física y mental,



	<p>para apoyar el aprendizaje. Refuerzo negativo de logros académicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Provisión inadecuada del servicio educativo y un entorno protector. ✓ Bajas oportunidades de participación en la vida escolar. Acoso escolar o maltrato psicológico. 	<p>aumento o reducción del apetito e incremento o disminución del sueño, comportamientos delictivos antisociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja autoestima y/o autoconcepto. Conflictos de identidad por deculturación. ✓ Respuestas psicológicas como inquietud, depresión, ansiedad, perturbación, incapacidad para concentrarse, irritabilidad, pérdida de confianza en sí mismo, preocupación, dificultad para tomar decisiones, pensamientos recurrentes y distractibilidad (Suarez y Díaz, 2015).
Micro	<p>Factores de riesgo individuales</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Baja autoestima y auto concepto. ✓ Necesidad alta de aprobación. ✓ Ausencia de valor a la salud. ✓ Habilidades para tomar decisiones. ✓ Dificultad en las relaciones interpersonales. ✓ Conducta antisocial. ✓ Falta de autonomía respecto al grupo de referencia. ✓ No hay manejo de las emociones. ✓ Dificultades para resolver problemas y pasar dificultades. ✓ Emocionalidad, dificultad para el manejo de las emociones. ✓ Poca tolerancia a la frustración. ✓ Ausencia de valores ético-morales. ✓ Pre-existencia de uso de sustancias psicoactivas. 	



- ✓ Considera poco arriesgado beber alcohol los fines de semana.
- ✓ Considera poco arriesgado consumir tabaco ocasionalmente.
- ✓ Considera poco arriesgado fumar porros ocasionalmente.

Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

6.1.4 Factores protectores

En respuesta a los factores de riesgo, también existen elementos sociales, psicosociales y conductuales que ofrecen entornos que favorecen el desarrollo y protegen la salud y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes; los cuales se exponen en la siguiente tabla:

Tabla 6

Factores protectores a la salud mental de los niños, niñas y adolescentes

Factores protectores de la salud mental de niños, niñas y adolescentes	
Nivel	Factores protectores
Exo-macro	Entorno virtual
	✓ Uso regulado y supervisado de las TIC por parte de los cuidadores de las niñas, niños y adolescentes.
Meso	Entorno comunitario y espacio público
	✓ Los espacios comunitarios son fundamentales para la construcción de la ciudadanía de los niños, niñas, adolescente y jóvenes, mediante constitución de escenarios relacionales con sus pares y vecinos. Constitución de grupos de base que facilitan la participación y el encuentro con lo público.



- ✓ Espacios de relación y encuentro, en donde se da el goce de los lugares dispuestos para la construcción de la ciudadanía.

Entorno laboral

- ✓ Escenarios de dignificación del trabajo para adolescentes en condición de trabajo protegido. El trabajo humanizante aporta al desarrollo de habilidades y potencialidades de esta población.
- ✓ Apoyo en la libre decisión de los adolescentes para trabajar, lo cual puede contribuir a su vez al fortalecimiento de las condiciones de vida familiares.

Entorno hogar

Fortalecer capacidades parentales

- ✓ Fomento de relaciones familiares basadas en el respeto, la convivencia pacífica y los vínculos afectivos.
- ✓ Promoción del reconocimiento de procesos y experiencias individuales que favorecen el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes.
- ✓ Construcción de redes de apoyo familiares para las niñas, niños y adolescentes, basadas en valores de respeto y cuidado.

Entorno educativo

- ✓ Fortalecimiento de las relaciones de enseñanza y aprendizaje para potenciar el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes mediante la puesta en práctica de



	<p>herramientas pedagógicas encaminadas a la construcción e intercambio de conocimientos y desarrollo de capacidades individuales y colectivas.</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Fomento de capacidades relacionales y sociales.✓ Promoción de valores y respeto a la diversidad.
Micro	<ul style="list-style-type: none">✓ Auto concepto y autoestima sanos.✓ Pensamiento autónomo.✓ Habilidad para la toma de decisiones.✓ Presencia de empatía.✓ Establece y mantiene relaciones interpersonales.✓ Maneja la presión de grupo.✓ Capacidad para manejar emociones.

Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)

De acuerdo con la Estrategia para la Promoción de la Salud Mental, dentro de las posibles causas asociadas al aumento de trastornos mentales en Colombia se encuentran las siguientes:

1. El bajo desarrollo de competencias socioemocionales para afrontar situaciones de tensión emocional, y unos entornos que limitan su desarrollo.
2. Baja preparación e insuficiencia de talento humano en la oferta socio sanitaria.
3. Desarticulación de la oferta en salud y la oferta para la inclusión social de esta población.
4. Baja oferta en salud para la atención integral.



5. No hay articulación interinstitucional entre el gobierno nacional, los entes territoriales e inclusive el sector privado, limitando la gestión pública y evidenciando además la desarticulación en la agenda pública. (PNSM y PEPSM, 2020)

Adicional a las posibles causas asociadas al aumento de los trastornos mentales en el país, propuestas por la Estrategia para la Promoción de la Salud Mental, en Colombia pueden identificarse asuntos adicionales que inciden en la salud mental de la población nacional. El Instituto Nacional de Salud resalta la prevalencia del conflicto armado como un hecho que por medio de la generación de violencia y violación sistemática de derechos genera daños adversos en las víctimas que pueden tener consecuencias sobre su estado de salud, tanto física como emocional. En el ámbito de la salud mental, según el INS (s.f.) estos daños han sido reconocidos “por el Estado colombiano desde una apuesta de política pública, donde se reconoce que el conflicto armado afecta no sólo físicamente a las víctimas, sino que también interfiere en su proyecto de vida, y las esferas individual y colectiva”.

Figura 26

Desplazados



Fuente: Elaborada para este curso por el programa HRH 2030 – USAID (2020)



Glosario

Conducta suicida: es un resultado no deseado en salud mental, de origen multicausal, vinculado a diversos factores desencadenantes, incluye una serie de eventos prevenibles, de diferentes características o condiciones, incluye la ideación suicida, los planes suicidas, el intento de suicidio y el suicidio consumado. (MinSalud, 2018, p.5)

Desarrollo familiar: se entiende como al aumento de la capacidad de las familias para reconocerse como un nosotros, aprender de su experiencia y modificar sus modos de relación y representación de sí mismas, generando mayor cooperación entre sí y con la sociedad. Esto supone la ampliación de posibilidades hacia el logro de mayores niveles de bienestar y de calidad de vida en condiciones equitativas para todos los seres humanos. (USAID – ICBF, 2020, p. 25)

Entornos: hacen referencia a los escenarios en los que las niñas, niños, adolescentes y familias se desarrollan. En Colombia, estos son comprendidos como espacios en donde los individuos y colectivos construyen su identidad.

Construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Son escenarios configurados por dinámicas y por condiciones sociales, físicas, ambientales, culturales, políticas y económicas, donde las personas, las familias y las comunidades conviven y en los que se produce una intensa y continua interacción y transformación entre ellos y el contexto que les rodea. (Lineamientos Nacionales de Entornos Saludables, 2016, p. 22)

Evaluación del riesgo: metodología para determinar la naturaleza y la extensión del riesgo tomando en cuenta los peligros potenciales y condiciones existentes de vulnerabilidad que en conjunto pueden dañar a los niños/niñas y a sus familias. Las evaluaciones del riesgo deberán tomar en cuenta la capacidad de la comunidad para resistir o recuperarse del impacto de un



peligro. Vulnerabilidad: Factores físicos, sociales, económicos y medioambientales que aumentan la susceptibilidad de una comunidad o personas ante las dificultades y peligros y que los ponen en riesgo como resultado de la pérdida, daño, inseguridad, sufrimiento y muerte. GTPI – USAID (2014)

Factores de protección: condiciones o atributos en las personas, familias, comunidades o la sociedad en general que, cuando están presentes, mitigan o eliminan los riesgos en familias y comunidades que, al estar allí, aumentan la salud y el bienestar de los niños/niñas y familias. GTPI – USAID (2014)

Factores de riesgo: todas aquellas condiciones o factores que causan problemas y trastornos mentales a nivel poblacional generando riesgos o dificultades para el manejo de emociones, habilidades sociales, pensamientos, percepciones, comportamientos y situaciones negativas para el bienestar de la persona, su comunidad y su entorno. (Resolución 4886 de 2018)

Factores estresantes: los factores estresantes como eventos traumáticos en la niñez, son un factor de riesgo importante para padecer TEPT (Trastorno de Estrés Postraumático). Situaciones como el maltrato físico, el abuso sexual, presenciar eventos violentos o el fallecimiento de los padres, cuidadores u otro ser querido son eventos estresantes que no solamente transforman el contexto y entorno de los NN, sino también les deja una marca que reacciona con mayor vulnerabilidad en la niñez que en la adultez, dado que su cerebro está en desarrollo, buscando madurez psicológica. (ENSM, 2015, p.134)

Familia: en concordancia con la Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias, se parte de un concepto pluralista e incluyente, en correspondencia con el momento histórico y la realidad del país. Las familias son grupos de personas relacionadas por vínculos afectivos, no solamente consanguíneos, sujetos de derecho colectivo, que se constituyen con redes de vínculos como sistemas vivos y transitan por diferentes entornos como agentes



transformadores de la realidad de sus integrantes y de su entorno. (Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias, 2018, p.9)

Involucramiento parental: hace referencia a las actividades que se dan entre los padres-madres e hijos que contribuyen al desarrollo de los niños, niñas y adolescentes, especialmente en el entorno educativo.

Maltrato infantil: toda forma de perjuicio, castigo, humillación o abuso físico o psicológico, descuido, omisión o trato negligente, malos tratos o explotación sexual, incluidos los actos sexuales abusivos y la violación y en general toda forma de violencia o agresión sobre el niño, la niña o el adolescente por parte de sus padres, representantes legales o cualquier otra persona. (Ley 1098 de 2016)

Prevención de las violencias: la prevención se concentra en contrarrestar los factores de riesgo, mientras se vale de los factores protectores para evitar cualquier tipo de problema mental. Por ello, es importante entender la naturaleza de la violencia y con ello contenerla.

Promoción del bienestar socioemocional: la promoción de la salud es el proceso que entrega a los sujetos las herramientas para ejercer su propia salud, lo que implica una sensación subjetiva de bienestar. La promoción fomenta cambios en el entorno, centrándose en la salud, no en la enfermedad.

Riesgo: la probabilidad de que suceda un peligro, su magnitud y sus consecuencias; la probabilidad de amenazas externas e internas (Ej. ataques armados, desastres naturales, violencia en base al género) que ocurre en combinación con vulnerabilidades particulares (Ej. pobreza, discapacidad, pertenencia a un grupo marginalizado). (GTPI – USAID, 2014)



Sustancia psicoactiva: sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la política en materia de drogas. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia; sin embargo, en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias. (OMS, 2020)

Traumático: un evento traumático puede ser una situación que le ocurre a la persona o cuando es testigo de una situación que le sucede a otra, especialmente si es alguien cercano. En respuesta a esta situación, las personas pueden presentar manifestaciones psicológicas o síntomas.

Violencia: el informe de la Organización Mundial de Salud -OMS- de 2002, utiliza por primera vez la categoría de violencia y la define como: “El uso deliberado de la fuerza o el poder, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”. Este informe habla de la naturaleza del tipo de violencia, dividiéndola en violencia física, psicológica, sexual y privaciones o desatención, en la que incluye la dirigida a los niños, niñas y adolescentes. Esa definición incluye la palabra “poder”, además de la frase “uso intencional de la fuerza física”, de tal manera que amplía la naturaleza de un acto de violencia, para dar cabida a los actos que son el resultado de una relación de poder, incluidas las amenazas y la intimidación. (USAID – ICBF, 2020, p. 32)



Referentes bibliográficos

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (2011). *Política pública para la atención y prevención del consumo y la vinculación a la oferta de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C.* <https://cutt.ly/UoDnHAE>

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (s.f.). *Documentos para HISTORIA CLÍNICA. Organización y Manejo.* <https://cutt.ly/PoANBFW>

Allen, B. y Waterman, H. (2019). *Etapas de la Adolescencia.* <https://cutt.ly/AaiqtXm>

American Academy of Pediatrics. (2015). *Las experiencias infantiles adversas y las consecuencias del trauma para toda la vida.* <https://cutt.ly/3oDwgQB>

Bunge, M. y Ardila, R. (2002). *Filosofía de la psicología.* Siglo XXI Editores.

Congreso de la República. (2012, 31 de julio). *Ley 1566 de 2012.* Diario Oficial n.º 48.508. <https://cutt.ly/Mf4em5G>

Congreso de la República. (2013, 21 de enero). *Ley 1616. Ley de Salud Mental.* Diario Oficial de la República de Colombia. <https://cutt.ly/WoSSdyV>

Congreso de la República. (2016, 02 de agosto). *Ley 1804. Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre.* Diario Oficial n.º 49.953. <https://cutt.ly/soSDmjW>



Delap, E. & Wedge, J. (2016). *Guidelines on children's reintegration. Inter-agency group on children's reintegration.* <https://cutt.ly/OoSy6RB>

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2019) *Boletín No. 12 Familia, infancia y adolescencia.* <https://cutt.ly/boA6oOT>

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2014). *CONPES 173 de 2014.* <https://cutt.ly/6oSJbml>

Departamento Nacional de Planeación (DNP). (2020). *CONPES 3992 de 2020.* <https://cutt.ly/voSJfEK>

Epstein, J. L., Sanders, M. G., Simon, B. S., Salinas, K. C., Rodríguez, N. & Van Voorhis, F. L. (2002). *School, Family, and Community Partnerships. Your Handbook for Action.* <https://cutt.ly/2oSUcCC>

Freepik. (2020a). *Niño con computador.* <https://cutt.ly/rsfRc0V>

Freepik. (2020b). *Madre regañando a su hija.* <https://cutt.ly/PsfTtkn>

Freepik. (2020c). *Martillo de juez.* <https://cutt.ly/bsfTnQx>

García, G. (2007). *Embarazo adolescente y pobreza, una relación compleja.* <https://cutt.ly/moSwBtg>



Garrison, W. & Felice, M. (2009). *Adolescence*. In Cary, Crocker, Coleman, Elias & Feldman (Eds). *Developmental-Behavior al Pediatrics* (4th ed.). Saunders Elsevier.

Gobierno Nacional de Colombia - Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política Pública Nacional de Apoyo y Fortalecimiento a las Familias*. Recuperado de <https://cutt.ly/xoSXrll>

Instituto Nacional de Bienestar Familiar (ICBF). (2013). *Estrategia de atención integral a la primera infancia. Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión*. ISBN 152152. Bogotá.

Instituto Nacional de Bienestar Familiar (ICBF). (2017). *Lineamiento Técnico para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes con sus Derechos Inobservados, Amenazados o Vulnerados por Causa de la Violencia*. ICBF. v1.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2019, 23 de julio). *Resolución 6100. Política Pública de Infancia y Adolescencia 2019-2030*. Diario Oficial n.º 51.024.

Instituto Nacional de Bienestar Familiar (ICBF) y Aldeas Infantiles. (2015). *Cartilla 1. Política Primera Infancia, estrategia de atención integral*. ISBN 978-958-8854-45-8. <https://cutt.ly/AoSoLtm>

Irwin, L., Siddigi, A. & Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuilizador. Informe final*. OMS.

Lázaro, I., Halty, A., Meneses, C., Perazzo, C., Roldán, A., Rúa, A. y Uroz, J. (2014). *Vulnerabilidad y Exclusión en la Infancia: Hacia un Sistema de Información Temprana Sobre la Infancia en Exclusión*. Unicef. <https://cutt.ly/loSapdN>



Ministerio de Justicia y del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en población escolar - Colombia 2016*.

<https://cutt.ly/BoSdG9v>

Ministerio de la Protección Social, Ministerio de Educación Nacional, Departamento Nacional de Planeación, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2007). *Estrategia nacional para prevenir y erradicar las peores formas de trabajo infantil y proteger al joven trabajador*.

<https://cutt.ly/NoS1wak>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). *Encuesta Nacional de Salud Mental*.

<https://cutt.ly/noSguol>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016b). *Lineamientos Nacionales de entornos saludables*. <https://cutt.ly/ZoSfaTO>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Política Nacional de Salud Mental. Anexo Técnico*. MinSalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018b). *Boletín de Salud Mental No 4, Salud mental en niños, niñas y adolescentes*. MinSalud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018, 07 de noviembre). *Resolución 4886. Política Nacional de Salud Mental*. Diario Oficial de la nación.



Moreno, T. y de Pedro, A. E. (2018) Relación de los menores con las redes sociales y el WhatsApp. *Revista de Psicología*, 4, (1), 213-22. <https://cutt.ly/eoSNrKI>

Observatorio del Bienestar de la Niñez. (2020). *Suicidio de Niñas, Niños, Adolescentes y Jóvenes en Colombia*. ICBF.

Observatorio de Drogas de Colombia (ODC). (2016). *Reporte de Drogas de Colombia*. <https://cutt.ly/yoSjrXB>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). *Glosarios de términos de alcohol y drogas*. <https://cutt.ly/zoSkely>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000a). *Definición y evaluación de los riesgos para la salud*. <https://cutt.ly/5oSjnOQ>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000b). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE – 1 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10: CDI-10*. Editorial médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Salud Mental del Adolescente*. <https://cutt.ly/6aiwrku>

Organización Mundial de la Salud. (2020). (OMS). *¿Cómo define la OMS la salud?* <https://cutt.ly/Taiwck1>



Osler, M. (2006). The life course perspective: a challenge for public health research and prevention. *European Journal of Public Health*, 16, (3), 230. <https://cutt.ly/2oSlgVK>

Pinheiro, P. (2006). *Informe mundial sobre la violencia contra los niños y niñas*. Experto Independiente para el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños.

Pixabay. (2020). *Familia recién nacido*. <https://cutt.ly/PfaKOOy>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2006). *Informe Mundial sobre la Violencia contra los Niños y Niñas*. <https://cutt.ly/SoDcE9t>

Restrepo, J., Soto, J. y Rivera, A. (2016). Diferencias individuales en la impulsividad y la flexibilidad cognitiva en adultos jóvenes sanos. *Revista Katharsis*, 21, 13-44.

Retamal, P., Markkula, N. y Peña, S. (2016). Salud mental en Chile y Finlandia: desafíos y lecciones. *Rev. Med. Chile*, 144, 930-935. <https://cutt.ly/foSckWa>

Rey, G. (2000). *Cultura y desarrollo humano: unas relaciones que se trasladan*. OEI. <https://cutt.ly/5oScE0F>

Suarez, M. y Díaz, L. (2015). Estrés académico, deserción y estrategias de retención de estudiantes en la educación superior. *Rev. Salud Pública*, 17, (2), 300-313. <https://cutt.ly/CoS0E22>

Szeming, S. (1988). *Los modestos comienzos de la OMS*. <https://cutt.ly/Bf4eFam>



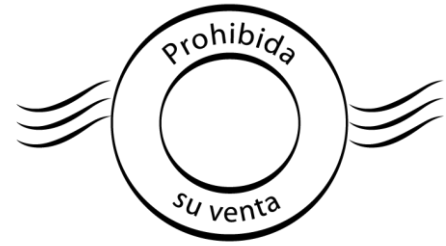
Universidad de Harvard. (2013). *The Science of Neglect*. (Traducción: *La Ciencia del Abandono*).

<https://cutt.ly/koSQYei>

Universidad de Harvard. (s. f.). *ACE's and Toxic Stress Infographic* (Traducción: *Infografía de las ACEs y el Estrés Tóxico*). <https://cutt.ly/woSWOBM>

Universidad Nacional de Colombia, Sede Amazonía (2019). *Factores de Riesgo Individuales, Familiares, Sociales y Culturales que Influyen en las Conductas Suicidas de Población Indígena y Prácticas Propias Identificadas que Contribuyen a la Prevención*. Contrato Interadministrativo No. 01014942019 IBCF-UNAL.

Zavala, M., Trejo, Y. y Hernández, M. (2018). *El desarrollo de habilidades socioemocionales de los jóvenes en el contexto educativo*. <https://cutt.ly/5oSTWlc>



LÍNEA DE
ATENCIÓN A
NIÑOS, NIÑAS
Y ADOLESCENTES.
PROTECCIÓN · EMERGENCIA · ORIENTACIÓN

Línea gratuita nacional ICBF:
01 8000 91 80 80
www.icbf.gov.co



ICBFColombia



@ICBFColombia



@icbfcolombiaoficial