

SER NIÑO Y NIÑA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19



Equipo Investigativo:
Anna Christine Grellert
Jimmy Zegarra Parada
Oscar R. Torres

15 de enero de 2021

Índice

INTRODUCCIÓN	4
I. FUNDAMENTACIÓN DE LOS ÍNDICES DE ANÁLISIS DEL ESTUDIO	6
1.1 El contexto – Índice del Sufrimiento Psicosocial	8
1.2 La Contención – Índice de Experiencias de Ternura durante la Niñez	9
1.3 Florecer – Índice de Salud Mental	13
2. DESCRIPCIÓN DE ESTUDIO	16
2.1 Método	17
2.2 Tamaño de la Muestra	17
2.3 Método Analítico	18
2.3.1 Análisis de correspondencia	18
2.3.2 Regresión logística múltiple	18
3. MEDICIONES CLAVE	20
3.1 Variables Demográficas	21
3.2 Índice de Experiencias de Ternura durante la Niñez (IETN)	21
3.3 Índice de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial (IESP)	21
3.4 Índice de Salud Mental (ISM)	22
4. RESULTADOS	24
4.1 Características demográficas de las infancias y adolescencias	24
4.2 Índice de Experiencias de Ternura durante la Niñez	25
4.3 Tasas referente al rango de puntuación de Experiencias de Ternura durante la Niñez	31
4.4 Índice de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial durante la Niñez (ESP)	35
4.5 Rango de puntuación del Índice de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial	40
4.6 Índice de Salud Mental	42
4.6.1 Dimensión estado emocional del Índice de Salud Mental	43
4.6.2 Dimensión de movilización de apoyos del Índice de Salud Mental	48
4.6.3 Espiritualidad y trascendencia	54
4.6.4 Juego	58
4.6.5 Puntuación del Índice de Salud Mental	60
5. ANÁLISIS	62
5.1 Análisis de Correspondencias	63
5.1.2 Análisis de Correspondencia entre ESP y ETN	64
5.1.3 Análisis de Correspondencia entre país y ETN	65
5.1.4 Correspondencia entre Género y ETN	67
5.1.5 Análisis de Correspondencia entre Grupo Etario y ETN	67
5.1.6 Correspondencia entre Grupo Sociocultural y ETN	69
5.1.7 Correspondencia entre Contexto y ETN	72
5.1.8 Análisis de Correspondencias entre ETN y Salud Mental (Resiliente y Vulnerable)	73
5.1.9 Análisis de correspondencia ESP y Salud Mental (Resiliente y Vulnerable)	77
5.2 Análisis de Regresión Logística Múltiple	80
6. CONCLUSIONES	84
6.1 Conclusiones – Experiencias de Ternura durante la Niñez	85
6.2 Experiencias de Sufrimiento Psicosocial durante la Niñez	86
6.3 Conclusiones – Salud Mental	86
7. RECOMENDACIONES	90
8. ABREVIACIONES	92
Índice de tablas	94
BIBLIOGRAFÍA	95



INTRODUCCIÓN

La pandemia por COVID-19 ha representado una experiencia inédita para las infancias y adolescencias del planeta trayendo consigo cambios abruptos y profundos en los procesos sociales que sostienen su vida. El impacto de estos cambios es agudizado por el contexto latinoamericano y caribeño marcado por injusticias y violencias históricas, que retan aún más la capacidad de afrontamiento y resistencia de las infancias y sus cuidadores. Contener este sufrimiento y animar la esperanza pasa por construir oportunidades para la escucha y elaboración de la experiencia vivida, acompañada de una comunidad que les brinde aliento en el tránsito por los cambios, duelos y resignificaciones que están enfrentando.

Ser escuchados es un derecho fundamental que la Convención Sobre los Derechos del Niño otorga a las infancias y también una importante puerta que da acceso a la salud mental (UNICEF, 2006). Al ser escuchados con sensibilidad a la autonomía progresiva y momento de vida, las infancias se descubren como sujetos, personas que tienen una historia que contar y una contribución que hacer. Solo a partir de la voz de las infancias se podrá plantear su interés superior y realizarlo a través de las decisiones y acciones que se emprendan en respuesta al sufrimiento experimentado durante la pandemia por COVID-19. La inclusión, participación y escucha son pilares fundamentales en la promoción de la salud mental de las infancias. En ese sentido, la intención de este documento es ser un megáfono para que la voz de las infancias sensibilice corazones y haga fluir la solidaridad para consolar el sufrimiento vivido y cultivar la esperanza.

SER NIÑO Y NIÑA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19





2

**FUNDAMENTACIÓN
DE LOS ÍNDICES
DE ANÁLISIS DEL
ESTUDIO**



1.1 El contexto

Índice del Sufrimiento Psicosocial

El primer caso de COVID-19 registrado oficialmente en América Latina data del 26 de febrero del 2020, que para muchos niños y niñas coincidió con el fin de sus vacaciones de verano y la expectativa de empezar un nuevo año lectivo con la alegría de reencontrarse con sus amigos y amigas (OPS, 2020). El distanciamiento físico fue una de las primeras medidas preventivas de salud pública durante la pandemia, implicando que este reencuentro sería trastocado de manera significativa. En América Latina y El Caribe, estas medidas empezaron en Perú el 15 de marzo del presente año, seguido por Paraguay y Uruguay (14/03/2020), Ecuador, Venezuela y Honduras (16/03/2020), Chile (18/03/2020), República Dominicana (20/03/2020), Argentina y El Salvador (21/03/2020), Bolivia (22/03/2020), México (23/03/2020), Guatemala (24/03/2020), y Colombia y Panamá (25/03/2020) (Malamud & Núñez, 2020). Brasil, Nicaragua y Cuba por su parte, asumieron medidas parciales de distanciamiento físico.

Las infancias y adolescencias fueron inmediatamente implicadas por las medidas de distanciamiento físico, en el sentido de la detención de su escolarización, y para algunos la subsecuente transición a la educación virtual. Al 30 de abril, 165.817.846 niños, niñas y adolescentes tuvieron su proyecto educativo suspendido (CEPAL-UNESCO, 2020). Si bien, a partir del mes de abril, se observa un descenso en el número de niñas, niños y adolescentes sin acceso a la escolarización, todavía al 01 de agosto del 2020, 160.388.895 permanecían con su escolarización interrumpida. Para las poblaciones empobrecidas, el cierre de las escuelas y colegios también representó un impacto importante en su nutrición, dado que allí recibían alimentación complementaria. Previo a la pandemia, 33 países de la región sostenían programas de alimentación de las infancias y adolescencias a través de las instituciones de educación pública (CEPAL-UNESCO, 2020). A julio, la mayoría de estos países (26/33) habían desarrollado diferentes estrategias para sostener los programas de alimentación de los niños, niñas y adolescentes durante la pandemia.

El acceso al internet se convirtió en el vehículo que permitió a las niñas, niños y adolescentes sostener su educación y también conectarse con sus amigos y familiares. La gran mayoría (21 de 29) de los países latinoamericanos y caribeños que restablecieron la escolarización durante la pandemia, lo pudieron lograr a través de la escolarización en línea (CEPAL-UNESCO, 2020).

En el período en que se desarrolló el presente estudio, el hogar se había convertido en el principal, y para muchos, el único espacio donde reproducir los procesos sociales que sostienen la vida de los niños, niñas y adolescentes: Cuidado, protección, recreación, espiritualidad, confraternización y educación. Sin embargo, el hogar es también un espacio donde los niños, niñas y adolescentes sufren importantes vulneraciones de sus derechos. Previo a la pandemia, ya se estimaba que entre 30% y 60% de los hogares en América Latina y El Caribe, los niños y niñas sufrían violencia física y emocional por sus propios cuidadores y que esta violencia es más frecuente entre los grupos etarios de edades más tempranas (OPS, 2019). El confinamiento en el hogar vinculado a las medidas de distanciamiento físico, generó condiciones para el aumento significativo de la violencia de género e intrafamiliar. Para dimensionar esta situación, el PNUD publicó un estudio sobre las llamadas telefónicas de las líneas de ayuda contra la violencia en ocho países de la región: (Argentina, Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala, México, Paraguay y Perú) reportando un aumento significativo de denuncias de violencia de género e intrafamiliar durante la pandemia en todos los países excepto República Dominicana (López-Calva, 2020). Importante rescatar que solo en Guatemala, el número de llamadas de ayuda ha regresado al nivel previo a la pandemia, los demás países siguen sosteniendo las tasas más elevadas alcanzadas durante la cuarentena. Ante esta agudización de la violencia, también se documenta un incremento de medidas que los Estados han tomado para la prevención y atención de la violencia de género e intrafamiliar. En 29 países de América Latina y El Caribe se establecieron 177 medidas para responder a la intensificación de la violencia.

El análisis del contexto que describe la experiencia de las infancias y adolescencias fundamentaron la propuesta para construir el **Índice de Sufrimiento Psicosocial durante la Niñez (ISPN)**, que está constituido por seis indicadores: (1) No contar con suficiente alimentos en la casa, (2) no contar con acceso a agua y jabón para el lavado de manos, (3) no tener acceso a internet, (4) tener su proyecto educativo interrumpido, (5) no contar con un adulto que les apoye con los deberes de la escuela/colegio, y (6) que la persona que les apoye con los deberes de la escuela/colegio no les tenga paciencia. Este estudio no incluyó preguntas explícitas vinculadas a **Experiencias Adversas durante la Niñez (EAN)** (abuso, negligencia y disfunción familiar)¹, dado que la edad de 12 años es la recomendada para el auto diligenciamiento de cuestionario EAN, lo que implicaría excluir los niños entre las edades de 7 a 11 años (Bucci, 2015). No obstante, es posible una aproximación de estas vivencias de sufrimiento, a partir de las que reportan de manera infrecuente las experiencias de ternura. Por otro lado, cabe resaltar que las **Experiencias de Ternura durante la Niñez** no traducen en ausencia de violencia, y viceversa. En la literatura hay amplia evidencia de que el sufrimiento psicosocial coexiste con experiencias de amor mediado a través del cuidado, protección y participación (Hillis, y otros, 2010), (Hillis, y otros, 2010) (Grellert AC, 2017) (Bethell, Gombojav, & Whitaker, 2019).



1.2 La contención

Índice de Experiencias de Ternura durante la Niñez

La pandemia representó para los niños y niñas latinoamericanos y caribeños la agudización de su sufrimiento psicosocial en un contexto ya marcado por históricas injusticias y violencias que han sido ampliamente caracterizadas. Sin embargo, ellos y ellas no son víctimas pasivas de la pandemia, sino sujetos en esta experiencia. No obstante, escasos son los estudios que revelan las estrategias de afrontamiento que hacen posible que las infancias florezcan ante situaciones de adversidad, no ilesas, sino fortalecidas. En ese sentido, el propósito del presente estudio es, tanto describir las experiencias de sufrimiento psicosocial reportadas por los niños, niñas y adolescentes durante la implementación de medidas de distanciamiento físico; como también las experiencias de cuidado, protección y participación que aportan a su florecer, y la relación que éstas sostienen con su salud mental.

La interacción entre sufrimiento psicosocial y padecimiento mental en niños, niñas y adultos ha sido ampliamente sustentada. Sin embargo, la capacidad de florecer durante la niñez aún ante situaciones adversas y la relación entre florecer y experiencias de cuidado, protección y participación todavía son muy limitadas y frecuentemente reflejan la opinión de adultos cuidadores o educadores sobre la experiencia de las niñas y niños. En ese sentido, en los últimos cinco años el Centro Nacional de Recursos y Estadísticas sobre la Salud de Niños y Adolescentes de **Estados Unidos de Norte América (EEUU)** ha incluido indicadores de florecer y adversidad enfrentadas por las infancias para estudiar su efecto sobre la salud mental, aunque todavía el informante de esta encuesta nacional siga siendo los adultos cuidadores y no los propios niños y niñas.

La Encuesta Nacional de Salud de Niños de EEUU, implementada entre 2016 a 2017, integró indicadores que permitían profundizar la relación de adversidad, cuidado y florecer de la salud mental de niñas, niños y adolescentes (Bethell, Gombojav, & Whitaker, 2019). Para eso plantearon un **Índice de Florecer de la Niñez (IFN)** a partir de tres indicadores para ser contestados por los cuidadores o adultos responsables sobre las niñas y niños: (1) Muestran interés de aprender cosas nuevas, (2) son capaces de permanecer calmados y regular sus emociones cuando enfrentan desafíos y, (3) trabajan para completar las tareas que han iniciado.

¹ **Experiencias Adversas durante la Niñez (EAN)** propuestas por Felitti y Anda, se definen con experiencias frecuentes de Abuso (físico, emocional y sexual), Negligencia (física y afectiva) y Disfunción Familiar (violencia de género contra la madre, alcoholismo, padecimiento mental sin atención, encarcelamiento del adulto cuidador y abandono (por divorcio, muerte o separación).

SER NIÑO Y NIÑA
DURANTE LA PANDEMIA
POR COVID-19



De acuerdo al **IFN**, esta encuesta reveló que menos de la mitad de los niños y niñas en EEUU están floreciendo (40,3%) con un rango de 29,9% y 45,0% entre los diferentes estados de la nación (Bethell, Gombojav, & Whitaker, 2019). Los resultados también revelaron que al incrementar el número **Experiencias Adversas durante la Niñez (EAN)** de 0 a 4 o más, la prevalencia de florecer de niñas y niños disminuye a más de la mitad (de 47,9% a 20,6%). No obstante, la tasa de florecer se incrementa casi al doble cuando los niños y niñas crecen en familias que reportan de 4 a 6 indicadores de resiliencia comparadas con las que reportan de 0 a 1 de estos indicadores (de 25,5% a 48,0%).

Esta encuesta nacional de florecer de la niñez revela importantes elementos para el estudio de la salud mental de las infancias, entre ellos: (1) Asegurar una mirada sistémica que considere el contexto familiar en el cual el niño y la niña se desarrollan; revelando la significancia de comprender la salud mental como un proceso social y no meramente como una característica del individuo, (2) definir el nivel de riesgo de salud mental de las infancias requiere una comprensión compleja de sus experiencias que incluyan no solo el sufrimiento psicosocial, sino también las vivencias de ternura a través del cuidado, protección y participación, (3) enriquecer la métrica de salud mental desde la perspectiva de florecer y no limitarse a una nosológica que frecuentemente refuerza la psicopatologización de la salud mental de las infancias y adolescencias.

El presente estudio retoma el enfoque complejo para la comprensión de la salud mental de las infancias y adolescencias, al proponer además del Índice de Sufrimiento Psicosocial, el **Índice de Experiencias de Ternura durante la Niñez (IETN)** constituido por 8 indicadores vinculados a tres dimensiones de cuidado con ternura: Asistencial, participación y reconocimiento. La construcción del **IETN** se sustenta en estudios previos que fundamentan la relación entre salud mental y experiencias positivas durante la niñez y fortalezas familiares durante la niñez.

La relación entre experiencias positivas de cuidado y socialización vividas durante la niñez y salud mental de adultos ha sido investigada en un estudio poblacional llevado a cabo en Wisconsin, EEUU (Bethell, Jones, & Gombojav, 2019). Los indicadores investigados para **Experiencias Positivas durante la Niñez (EPN)** incluyen: (1) Sentían que podían conversar sobre sus sentimientos con la familia, (2) sentían que su familia fue un apoyo durante tiempos difíciles, (3) disfrutaban de participar de las experiencias comunitarias, (4) reportaban un sentido de pertenencia a la escuela, (5) sentían que contaron con el apoyo de sus amigos, (6) contaron con por lo menos dos adultos que genuinamente se interesaban por ellos y (7) se sentían seguros y protegidos en el hogar. Este estudio epidemiológico encontró que los participantes adultos que reportaban de 0 a 2 Experiencias Positivas durante la Niñez, tenían una prevalencia de depresión o pobre estado de salud mental en la vida adulta de cuatro veces mayor comparado con aquellas que reportaban de 6 a 7 EPN (48,2% para 0 a 2 EPN versus 12,6% para 6 a 7 EPN). Por otro lado, los que reportaban de 6 a 7 EPN, tenían el doble de la prevalencia de siempre ser capaz de movilizar los apoyos psicológicos y sociales que requieren en la vida adulta, comparados con los que reportaban de 0 a 2 EPN (67,9 % para 6 a 7 EPN versus 33,0% para 0 a 2 EPN). Cabe resaltar que el efecto protector de las EPN se mantiene en una magnitud similar aun cuando se controlan para 1, 2 a 3, y de 4 a 8 **Experiencias Adversas durante la Niñez (EAN)**. Lo anterior refleja la capacidad de transcendencia de las experiencias vividas durante la niñez para sostener la salud mental durante la vida adulta, aun habiendo sufrido adversidades importantes durante los primeros 18 años de vida, revelando lo fundamental que es la ternura tanto para la infancia como para la vida adulta.

Casi una década antes de los estudios liderados por Bethell y Hillis, ya se indicaba la relación entre **Fortalezas Familiares durante la Niñez (FFN)** y salud psicosocial y reproductiva de mujeres adultas (2010). Hillis trabajó con la base datos de la segunda fase del estudio emblemático de Experiencias Adversas durante la Niñez llevado a cabo por Felitti y Anda (1998) que integró siete indicadores de FFN: (1) Haberse sentido amado, (2) protegido, (3) importante, (4) apoyado, (5) cercano a la familia, (6) contar con la lealtad de la familia y (7) tener sus necesidades de salud atendidas. Los resultados indicaron que más de la mitad de las participantes que reportaban de 6 a 7 FFN también indicaban haber tenido 1 o más Experiencias Adversas durante la Niñez; sin embargo, esta proporción era significativamente menor al compararse con las que reportaron de 0 a 5 FFN (57,0% para 6 a 7 FFN versus 85%, $p < 0.005$ para 0 a 5 FFN). Haber experimentado cualquiera de éstas Fortalezas Familiares durante la Niñez generaba un factor de reducción de riesgo al embarazo durante de la adolescencia con un rango de 30% a 40%. La protección conferida por las FFN era significativamente más impactante entre las participantes que también reportaron Experiencias Adversas durante la Niñez. La tasa de embarazo durante la adolescencia entre las participantes que reportaron EAN,

disminuyó de 42% a 33%, 26% y 24% para las participantes que reportaban 0 a 1 FFN, 2 a 3 FFN, 4 a 5 FFN y 6 a 7 FFN respectivamente. Las Fortalezas Familiares durante la Niñez también revelaron ser protectoras contra factores psicosociales durante la vida adulta como no saber manejar el enojo/rabia, reportar alto niveles de estrés, problemas familiares, laborales y financieros.

Fundamentadas en la evidencia de los estudios liderados por Bethell y Hillis se propone el **Índice de Experiencias de Ternura durante la Niñez (IETN)** para niños, niñas y adolescentes con 8 indicadores: (1) Sentirse amado y protegido, (2) sentir el apoyo y cariño de los familiares, (3) sentirse apreciado y valorado, (4) sentirse cuidado y protegido, (5) lo que más disfruta durante la cuarentena es compartir en familia, (6) confiar en alguien de la familia para compartir sus sentimientos, (7) sentirse escuchado y (8) participar en la toma de decisiones que afectan a su vida. Los indicadores (7) y (8) son innovadores con respecto a los propuestos por Hillis y Bethell ya que revelan la realización de los derechos a la escucha y participación fundamentales para la salud mental.

1.3 Florecer Índice de Salud Mental

En el presente estudio, el **Índice de Salud Mental (ISM)** se construye desde el enfoque de florecer, reconociendo que las experiencias de ternura coexisten entre las de sufrimiento psicosocial y contribuyen a sostener la capacidad de los niños y niñas de hacer frente a los desafíos que la pandemia les propone, en un contexto marcado por injusticias y violencias históricas (Grellert AC, 2017). En una reciente revisión sobre la evolución del concepto de florecer, se han identificaron 6 dimensiones que aparecen de manera consistente en las diferentes mediciones: Sentido, conexión, relaciones positivas, capacidad, emociones positivas y sentido de valor propio (Agenor C, 2017). Para construir el Índice de Salud Mental de la Niñez se han considerado algunas de estas dimensiones y otras vinculadas con la infancia como el juego. En el presente estudio, el ISN está constituido por cuatro dimensiones: (1) Estado emocional, (2) espiritualidad relacional (3) capacidad de movilizar apoyo y (4) juego, integrando quince indicadores.

El estado emocional de las niñas, niños y adolescentes es un marcador fundamental del florecer de las infancias y adolescencias, dado que las emociones y sentires que caracterizan el estrés tóxico (miedo, ansiedad y preocupación intensa y sostenida) vinculadas con las Experiencias Adversas durante la Niñez ha sido ampliamente fundamentado con el padecimiento mental. Niñas y niños que reportan cuatro o más Experiencias Adversas durante la Niñez tienen 32,6 veces mayor el riesgo de ser diagnosticadas con problemas emocionales, de comportamiento y de aprendizaje (Burke, 2018).

Especialmente notorio es la relación entre Experiencias Adversas durante la Niñez y **Síndrome del Déficit de Atención e Hiperactividad (SDAH)**. La Encuesta Nacional de Salud de la Niñez de EEUU implementada entre 2011 y 2012, encontró que 70,0% de los 7,8% de niños, niñas y adolescentes diagnosticados con SDAH sufrían también de Experiencias Adversas durante la Niñez. Implica que las EAN y SDAH comparten manifestaciones emocionales, relaciones y sociales similares (Bethell C, 2016). Sin embargo, el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5), herramienta globalmente empleada para definir diagnósticos psiquiátricos, no fundamenta la fisiopatología del SDAH; sin embargo, una proporción importante de niñas, niños y adolescentes diagnosticados con esta condición son tratados farmacológicamente, no siempre recibiendo la contención emocional y social que requieren las Experiencias Adversas durante la Niñez.

Tomando en consideración el gran impacto que el estrés tóxico genera en la salud mental de las niñas, niños y adolescentes, el Índice de Salud Mental del presente estudio integra ocho indicadores que reflejan un estado emocional saludable, un indicador sobre la capacidad del niño y niña para identificar su estado emocional y otro indicador sobre la capacidad de los niños y niñas de movilizar apoyo emocional.

2 Lisa Miller define espiritualidad relacional a partir de tres criterios: (1) El amor como una fuerza sagrada transformacional, y no solo una emoción, (2) El sentido de interconexión con la totalidad de la creación, (3) El cuidado y servicio altruista al otro, (4) Prácticas contemplativas (oración, meditación, yoga, etc.) y (5) Reflexión espiritual o fe, una vida autoexaminada.

La espiritualidad vivida durante la niñez es un factor fundamental de la salud mental como revelan los estudios liderados por Miller desde el Teachers College en la Universidad de Columbia (Miller, 2015). Para estudiar el efecto protector de la espiritualidad durante la niñez sobre su salud mental, Miller siguió por una década a 60 madres provenientes de familias con historia de depresión, que sin embargo a la vez también compartían una espiritualidad relacional² con sus hijos e hijas. Este estudio reveló que la espiritualidad relacional ejerce un efecto protector contra la depresión reduciendo su incidencia en 80% entre las niñas y niños. No obstante, si estos niños y niñas, una vez adultos, seguían cultivando una espiritualidad relacional con sus propios hijos e hijas, entonces las nietas y nietos de las madres estudiadas reportaban un efecto protector contra la incidencia de depresión de un 90%.

Otro estudio importante de la espiritualidad relacional liderado por Miller, fue analizar el impacto de cultivar una relación con un ser trascendente como Dios Padre, Ángel de la Guarda, o la Virgen María u otro ser querido que, aunque ya haya fallecido seguía significando un apoyo espiritual. Miller acompañó a 600 adolescentes cuyos cuidadores eran severos y no tiernamente amorosos, encontrando que frecuentemente ellos buscan en la figura trascendente el apoyo espiritual y emocional que requerían. Contar con esta relación trascendente compensó entre 60% a 70% el impacto de una crianza insensible o errática sobre la salud mental de los adolescentes. Según Miller, estudios similares reportan un efecto protector de relaciones trascendentes de 40% a 70% sobre la severidad de la depresión durante la adolescencia (Miller, 2015).

Tomando en consideración el efecto protector de la espiritualidad sobre la salud mental se incluyeron tres indicadores en el Índice de Salud Mental: (1) Compartir los sentimientos con Dios, (2) orar/ rezar por los enfermos y, (3) apoyar a los compañeros con sus deberes de la escuela/colegio.

El otro factor protector de la salud mental de niños y niñas es el juego, principalmente cuando es libre, auto-propuesto y estimulador de su creatividad, auto-dirigido, que incluyen dinámicas sociales y colaborativas y que permiten que ellos y ellas asuman riesgos seguros. Según Gray, este tipo de experiencia lúdica es profundamente promotora de la salud mental dado que está en sintonía con el rol ancestral que el juego desempeñó hasta muy recientemente en la experiencia educadora de las infancias (2013). Gray propone que la escolarización que se organiza bajo el supuesto que los niños y niñas aprenden a partir de desarrollar tareas académicas estructuradas por docentes y que el juego es una pérdida del tiempo, ha resultado en un desajuste ancestral en las dinámicas de juego de forma muy abrupta con implicaciones importantes para la salud mental de los niños y niñas: Desesperanza, depresión, ansiedad y suicidio (2013). Se propone que la intensificación de las jornadas escolares, sumada a una escolarización técnica, adultocéntrica y que marginaliza el juego ha transferido el locus de control de la educación desde el interior de las niñas y niños hacia el exterior (adultos educadores), y que este cambio hiere su dignidad y sujetualidad, generando manifestaciones visibles en su salud mental. En este sentido el indicador de jugar como la actividad que más disfruta durante la cuarentena se integra al Índice de Salud Mental.



2 | DESCRIPCIÓN DE ESTUDIO



El presente estudio es descriptivo-correlacional, en un primer momento este plantea un análisis descriptivo de las diferentes variables recopiladas, entre estas: Género, grupo etario, país, contexto urbano rural, experiencias de ternura en la niñez (ETN), experiencias de sufrimiento psicosocial (ESP) y salud mental (resiliente y vulnerable). Posteriormente, se procede a analizar las relaciones entre los tres índices construidos, los cuales son: Índice de Salud Mental (ISM), Índice de Experiencias de Ternura en la Niñez (IETN), e Índice de Sufrimiento Psicosocial (IESP). Para esto, se hace uso de dos técnicas de análisis estadístico inferencial, análisis de correspondencias, y regresión logística múltiple.

La hipótesis principal del estudio es que la salud mental de las infancias y adolescencias es vulnerable a las experiencias de sufrimiento psicosocial vividas durante la pandemia; sin embargo, es protegida por las experiencias de crianza con ternura. En ese sentido el presente estudio describirá las frecuencias y analizará la interacción entre: (1) Índice de Salud Mental – variable dependiente y los índices de (2) Experiencias de Ternura durante la Niñez – variable independiente y (3) Experiencias de Sufrimiento Psicosocial durante la Niñez – variable independiente.

2.1 Método

La escucha de las infancias latinoamericanas se llevó a cabo en dos etapas. Primeramente, se realizaron dos encuentros virtuales, uno el 3 de abril del 2020 y el otro el 22 de abril del mismo año, a través de la plataforma Zoom, con niños, niñas y adolescentes y sus cuidadores, con la colaboración de la Iglesia Elim en San Salvador, El Salvador. La intención fue conocer los desafíos, preocupaciones y estrategias de afrontamiento que ellos y ellas desarrollaban durante el período de distanciamiento físico generado por la pandemia del COVID-19. En el primer conversatorio participaron 54 personas, de los cuales 40 fueron niños y niñas de 8 a 12 años, los demás adultos acompañantes; y en el segundo participaron 24 personas, de los cuales 15 eran niños y niñas del mismo rango de edad y 9 eran adultos acompañantes.

El segundo momento se llevó a cabo a través de una encuesta digital vinculada a los procesos de monitoreo de patrocinio de niños, niñas y adolescentes que hacen parte de la programación de World Vision. La encuesta digital fue diseñada para monitorear la realización de los derechos de cuidado, protección, salud, educación y acceso a tecnologías de los niños, niñas y adolescentes participantes en los programas de World Vision. A partir de esta encuesta se estructuran las variables de análisis: Índice Salud Mental (vulnerable y resiliente), Índice Experiencias de Ternura durante la Niñez e Índice de Sufrimiento Psicosocial durante la Niñez.

La encuesta digital fue programada en la plataforma Survio y validada en términos de comprensión de las preguntas y formas de contestación por niños, niñas y adolescentes en Colombia, Bolivia, Brasil y República Dominicana. La implementación se llevó a cabo en dos etapas, de abril a mayo participaron: Bolivia, Colombia, República Dominicana, México y Honduras y entre mayo y junio se integraron: Brasil, El Salvador, Ecuador y Haití. Cabe resaltar que República Dominicana implementó una versión modificada de la encuesta impidiendo la integración de sus resultados en este informe; sin embargo, generaron la sistematización de su propia investigación, la cual ha sido ampliamente socializada en el país.

2.2 Tamaño de la Muestra

La población total de niñez registrada en los programas de World Vision en los 8 países participantes es de 409.427 y la muestra del estudio se constituyó con 27.010 niños, niñas y adolescentes entre las edades de 7 y 18 años (Tabla-I). Es importante mencionar que la encuesta se realizó a la mayor cantidad posible de niñez registrada, esto gracias a que el formulario utilizado fue de tipo digital, para ser llenado por medio de un dispositivo móvil. A partir de lo anterior, se lograron muestras efectivas y robustas, muy por encima de las mínimas a considerar bajo el cálculo de muestra aleatoria simple.

En la tabla de población y muestra de estudio (Tabla-I), se presenta la muestra hipotética en la cuarta columna, y la efectiva en la última. Con base en ello, es posible concluir que los niveles de respuesta permiten resultados más precisos al tener una muestra grande, muy por encima de la hipotética.

Tabla I

Población y muestra del estudio

País	RC (Total)	RC (total %)	Muestra hipotética	Muestra efectiva (N)	Muestra efectiva (%)
Bolivia	89.827	21,94%	383	6.637	24,6%
Brasil	22.368	5,46%	378	966	3,6%
Colombia	62.934	15,37%	382	4.353	16,1%
Ecuador	31.567	7,71%	380	537	2,0%
El Salvador	48.292	11,80%	381	7.512	27,8%
Haití	51.846	12,66%	381	3.552	13,2%
Honduras	54.763	13,38%	381	2.266	8,4%
México	47.830	11,68%	381	1.187	4,4%
Total	409.427	100%	3.047	27.010	100%

2.3 Método Analítico

2.3.1 Análisis de correspondencia

Esta técnica de análisis estadístico parte de las interacciones que se establecen entre las categorías de dos o más variables cualitativas. Al respecto, el análisis de correspondencia ofrece una representación gráfica de la estructura de las tablas de contingencia y las relaciones entre las categorías de las variables cruzadas. En un primer momento el investigador selecciona las variables de interés; luego, haciendo uso de las tablas de contingencia procede a establecer la independencia o no entre variables. Para ello, se utiliza el test de χ^2 , el cual permite determinar si las variables tienen una influencia estadísticamente significativa entre ellas. En el caso que se afirme la dependencia entre las variables existe un siguiente paso en el cual se calculan las distancias entre las categorías, las cuales son representadas en un gráfico de correspondencia.

2.3.2 Regresión logística múltiple

Este tipo de regresión es útil cuando se tiene una variable dependiente dicotómica, que puede tomar valores de 0 y 1. En este sentido, se trata de una variable discreta. Un análisis de regresión logística consta de cuatro fases fundamentales: La selección de las variables del análisis, la estimación de los pesos o coeficientes de las variables seccionadas, la clasificación de los casos y el análisis de los residuos. La clasificación de los casos se realiza a partir de los pronósticos del modelo estimado; y el análisis de los residuos permite detectar posibles casos atípicos o predicciones anómalas. El algoritmo final de predicción presenta para la regresión logística múltiple la siguiente forma:

$$Y=1/ [1+e] ^{-(\beta_0+\beta_1 X_1+\beta_2 X_2+ \dots [+\beta] _k X_k)}$$

La fórmula de la ecuación o curva logística permite asignar valores en la variable dependiente (Y) a partir de las variables independientes (X) igual que una ecuación de regresión lineal, pero con la particularidad de que los valores pronosticados nunca serán mayores a 1 y menores que 0, notaciones muy apropiadas o útiles cuando se intenta pronosticar probabilidades. En la ecuación el exponente del número “e” es una ecuación lineal múltiple en la que cada variable independiente recibe una ponderación proporcional a su capacidad para predecir Y.

Por otro lado, la regresión logística múltiple permite obtener las razones de ventaja, llamadas también razones de momios u odds ratios. Las razones de ventaja ofrecen un valor que representa el número de veces que es probable que un suceso “A” ocurra en relación a un “B”. El presente estudio ofrecerá los resultados de un modelo de regresión logística en el cual se analiza la salud mental como variable dependiente, y el efecto que esta provoca diferentes variables, entre ellas, las experiencias de ternura en la niñez, y las experiencias de sufrimiento psicosocial.





2 | MEDICIONES CLAVE

3.1 Variables Demográficas

Las variables demográficas son: Género (femenino y masculino), rango etario (7 a 10, 11 a 14 y 15 a 18 años), grupo sociocultural (afrodescendiente, pueblos originarios, mestizo, otro), contexto (urbano y rural) y fe (católica, cristiana/evangélica, otro, ninguno).



3.2 Índice de Experiencias de Ternura durante la Niñez (IETN)

El IETN está constituido por ocho indicadores organizados en tres categorías: Ternura asistencial, participativa y con reconocimiento. Para cada indicador afirmativo se atribuye un punto, para un total de 8 puntos.

Indicadores del Índice de Ternura durante la Niñez:

- 1. Ternura Asistencial**
 - 1.1 Frecuentemente/siempre se siente cuidado y protegido.
 - 1.2 Frecuentemente/siempre se siente amado y protegido.
 - 1.3 La familia es el lugar donde se siente más cuidado y protegido.
- 2. Ternura Participación**
 - 2.1 Frecuentemente/siempre se siente escuchado.
 - 2.2 Frecuentemente/siempre siente confianza en por lo menos un miembro de la familia para compartir sus sentimientos.
 - 2.3 Frecuentemente/siempre participa en la toma de decisiones que afectan su vida.
 - 2.4 Lo que más disfruta es compartir en familia.
- 3. Cuidado con reconocimiento**
 - 3.1 Frecuentemente/siempre se siente valorado y apreciado.



3.3 Índice de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial (IESP)

El IESP está constituido por seis indicadores, para cada afirmación se atribuye un punto, para un total de seis puntos.

Indicadores del Índice de experiencias de sufrimiento psicosocial:

1. Hambre – considera que no hay suficientes alimentos en la casa.
2. No tener acceso a agua y jabón (no siempre, o no).
3. No tener acceso a internet.
4. Interrupción del proyecto educativo.
5. No cuenta con una persona que le apoye con los deberes de la escuela/colegio.
6. Falta de paciencia en el acompañamiento de las tareas educativas.



3.4 Índice de Salud Mental (ISM)

El ISM está constituido por cinco dimensiones y quince indicadores. Los participantes que reportaron ocho o más indicadores de la salud mental fueron identificados con salud mental resiliente (SMR) y los que reportaron siete o menos indicadores con salud mental vulnerable (SMV).

Indicadores del Índice de Salud Mental:

- 1. Estado Emocional**
 - 1.1 Frecuentemente/siempre se siente bien.
 - 1.2 Frecuentemente/siempre se siente tranquilo.
 - 1.3 Frecuentemente/siempre se siente cuidado y protegido.
 - 1.4 Frecuentemente/siempre sabe identificar sus emociones.
 - 1.5 Normalmente/raramente/nunca se siente aburrido.
 - 1.6 Normalmente/raramente/nunca se siente preocupado.
 - 1.7 Normalmente/raramente/nunca siente miedo o susto.
 - 1.8 Normalmente/raramente/nunca se siente enojado o frustrado.
 - 1.9 Normalmente/raramente/nunca se siente preocupado de perder el año escolar.
- 2. Capacidad de movilizar apoyos**
 - 2.1 Sabe dónde buscar ayuda cuando no se siente protegido.
 - 2.2 Tiene tres o más personas para compartir sus sentimientos.
- 3. Espiritualidad y trascendencia**
 - 3.1 Comparten con Dios sus sentimientos.
 - 3.2 Oran por los enfermos.
 - 3.4 Apoyan a los compañeros con los deberes de la escuela.
- 4. Juego**
 - 4.1 Lo que más disfrutaban durante la cuarentena es jugar.



4 | RESULTADOS

4.1 Características demográficas de las infancias y adolescencias

Un total de 27,010 niños, niñas y adolescentes entre las edades de 7 a 18 años participaron de la encuesta en ocho países: Bolivia (24,6%), Brasil (3,6%), Colombia (16,1%), Ecuador (2,0%), El Salvador (27,8%), Haití (13,2%), Honduras (8,4%), y México (4,4%). El 85,9% de los participantes son patrocinados por los programas de World Vision en América Latina.

Con respecto al género, el 53,3% de los participantes son del género femenino y el 46,7% del género masculino. Los participantes se distribuyen en tres rangos de edad: 37,9% entre 7 y 10 años de edad, 37,7% entre 11 y 14 años de edad y el 24,3% entre 15 y 18 años de edad.

El 64,1% de los participantes residen en el contexto rural y el 35,9% en zonas rurales. Con respecto a los grupos socioculturales, el 53,0% se identifican como mestizos, 29,3% como pueblos originarios, 17,0% como afrodescendientes y 0,6% como otros. El 46,8% de los participantes se identifican con la fe católica, 36,0% con la fe evangélica, el 12,9% no sabe identificar su fe, el 4,0% no se identifica con ninguna fe o religión y 0,32% con otra fe/religión.

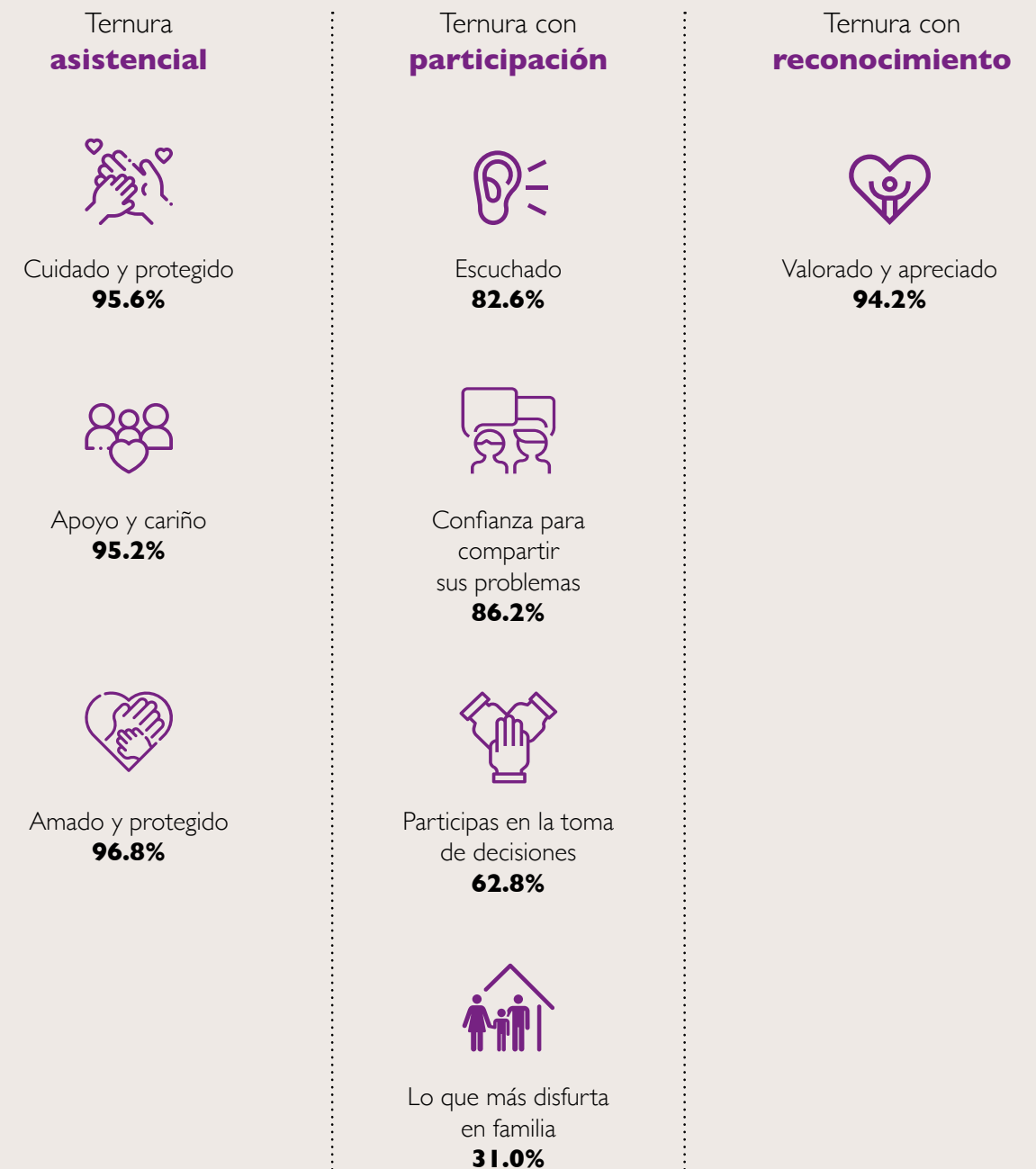
La mayoría de los participantes vivieron la experiencia de la cuarentena en su casa con sus padres (82,4%), el 11,5% con los abuelos y 3,1% con otros familiares. Una tasa menor de participantes vivió la cuarentena en la casa de amigos (0,37%), en albergues (0,11%) y en la calle (0,04%).

4.2 Índice de Experiencias de Ternura durante la Niñez

Los participantes reportan frecuencias importantes de Experiencias de Ternura Durante la Niñez (ETN) (Ilustración-I). Las dimensiones de ternura-asistencial y ternura-con reconocimiento son las más frecuentemente reportadas, en cuanto la dimensión menos frecuente es la ternura con participación; y entre sus indicadores, el menos reportado es referente a la participación en la toma de decisiones que afecta su vida (62,8%)

Ilustración I

Tasa (%) Experiencias de Ternura durante la Niñez



Todos los países reportan tasas de Experiencias de Ternura –Asistencial y Ternura-Reconocimiento con frecuencias más elevadas que las referentes a Ternura-Participación (Tabla-2). En todos los países el indicador menos frecuentemente reportado es referente a compartir en familia como la actividad que más disfrutaron (Rango= 8,2%- Haití y 40,9%-Colombia); seguido por participar en la toma de decisiones (Rango= 57,0%-Bolivia y Honduras-67,3%); confiar en alguien de la familia con quien compartir sus sentimientos (Rango 78,9%-Bolivia y 90,9%- Honduras) y ser escuchado (Rango= 66,8%-90,0%-Colombia).

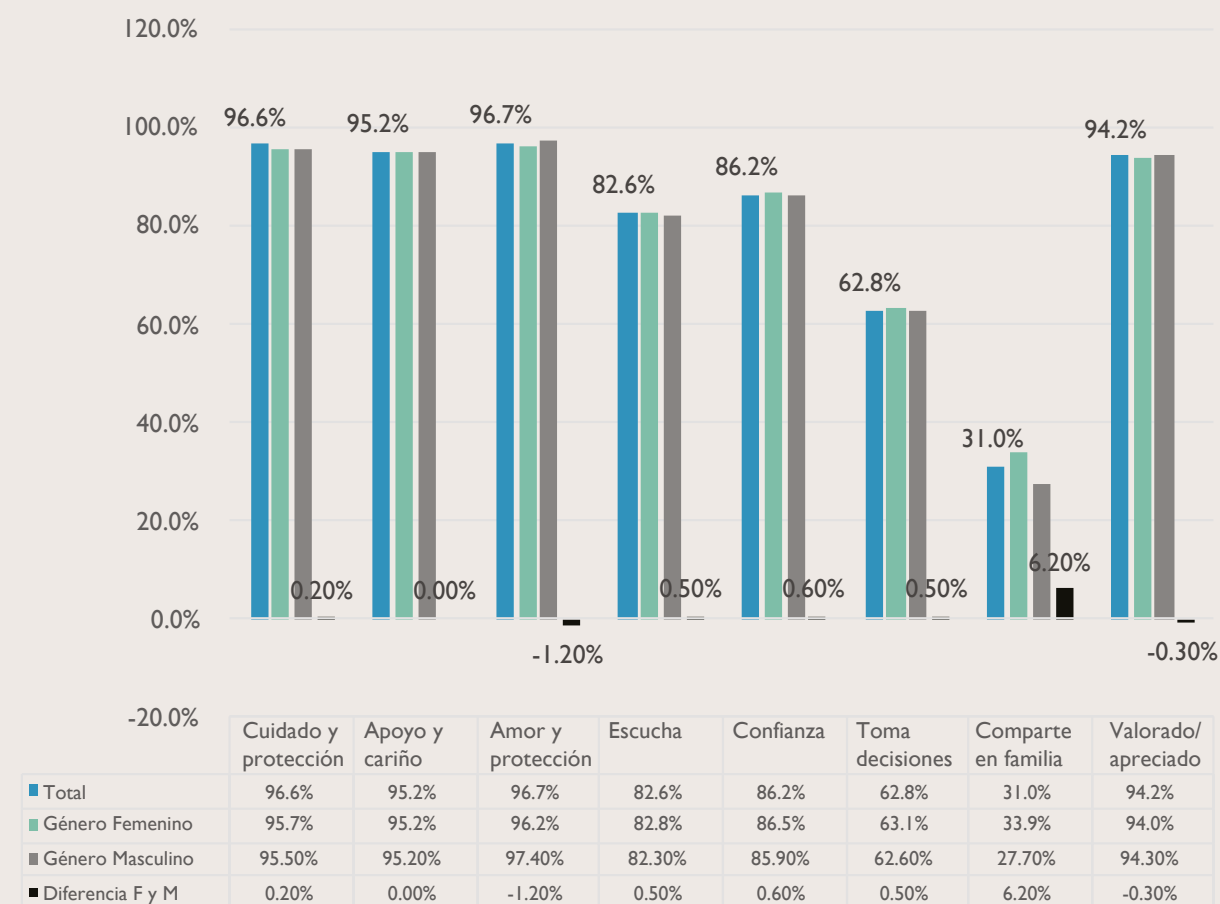
Tabla 2
Tasas de Experiencias de Ternura durante la Niñez reportada por NNA, según país

	Total	Bol.	Bra.	Col.	Ecu.	Sal.	Hai.	Hon.	Méx.
 Cuidado y protección	96,6%	94,1%	96,1%	96,6%	98,7%	95,9%	95,0%	96,9%	95,6%
 Apoyo y cariño	95,2%	92,6%	96,3%	94,8%	97,6%	95,7%	97,8%	97,1%	95,2%
 Familia es donde me siento más amado y protegido	96,7%	95,4%	95,1%	98,0%	99,1%	97,1%	98,1%	95,4%	96,7%
 Escuchado	82,6%	75,8%	81,8%	90,0%	88,5%	89,6%	66,8%	89,7%	82,7%
 Confianza	86,2%	78,9%	81,4%	88,3%	87,0%	88,6%	90,5%	90,9%	86,2%
 Toma decisiones	62,8%	57,0%	58,1%	68,3%	65,2%	64,1%	62,0%	67,3%	62,8%
 Lo que más disfruta es compartir en familia	31,0%	36,7%	25,0%	40,9%	37,4%	29,9%	8,2%	35,4%	31,0%
 Valorado / apreciado	94,2%	90,9%	92,8%	94,4%	96,1%	96,1%	95,0%	96,2%	94,2%

Con respecto al género, no existen diferencias muy marcadas para las tasas de Experiencias de Ternura durante la Niñez (Ilustración-2). El indicador que reporta mayor diferencia en relación al género es referente a compartir en familia como la experiencia que más disfrutaron durante la cuarentena. La tasa de este indicador para los participantes de género femenino es 33,9%, en cuanto al género masculino esta tasa es de 27,7%.

Con respecto al género, no existen diferencias muy marcadas para las tasas de Experiencias de Ternura durante la Niñez (Ilustración-2). El indicador que reporta mayor diferencia en relación al género es referente a compartir en familia como la experiencia que más disfrutaron durante la cuarentena. La tasa de este indicador para los participantes de género femenino es 33,9%, en cuanto al género masculino esta tasa es de 27,7%.

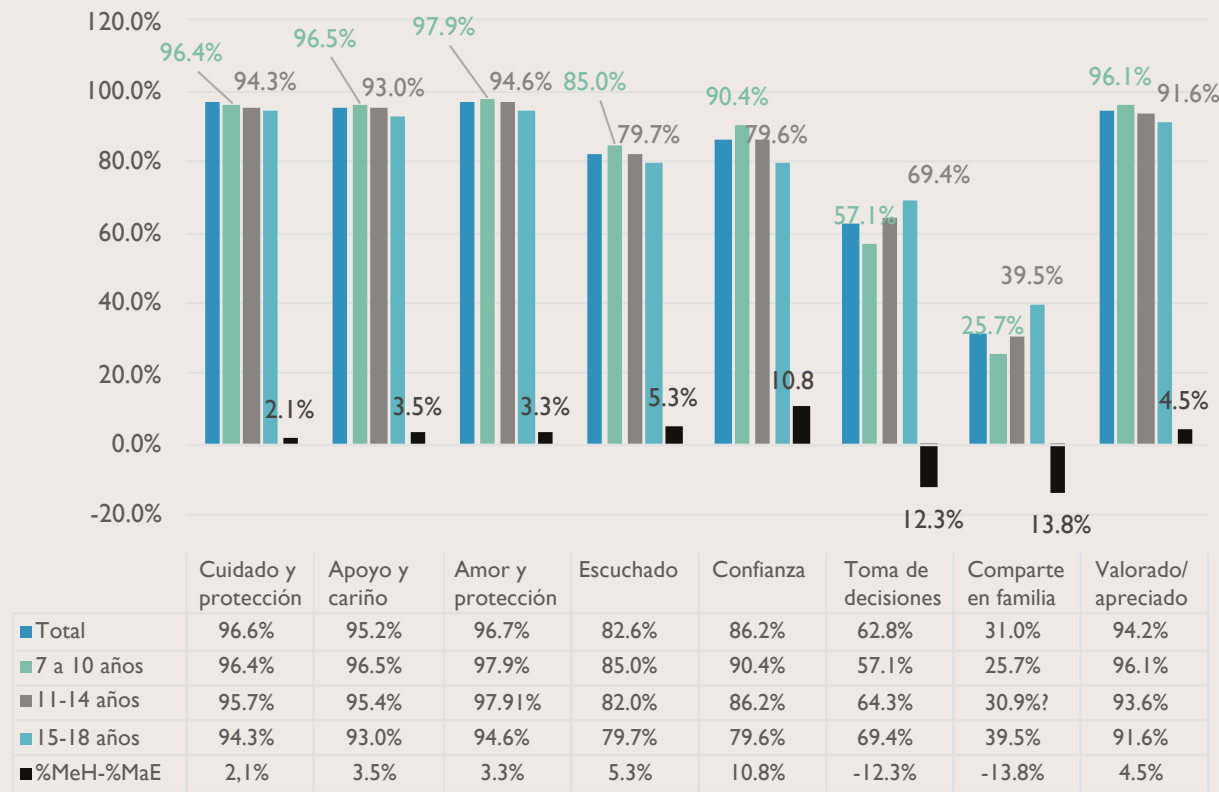
Ilustración 2
Gráfico de Tasa (%) de rango de puntuación de ETN reportada por NNA, según país



Con respecto a las tasas de Experiencias de Ternura durante la Niñez, en general las frecuencias disminuyen levemente conforme aumentan los rangos etarios, excepto por la ETN referente a participar en la toma de decisiones y compartir en familia, como la actividad que más disfrutaron durante la cuarentena (Ilustración-3).

Ilustración 3

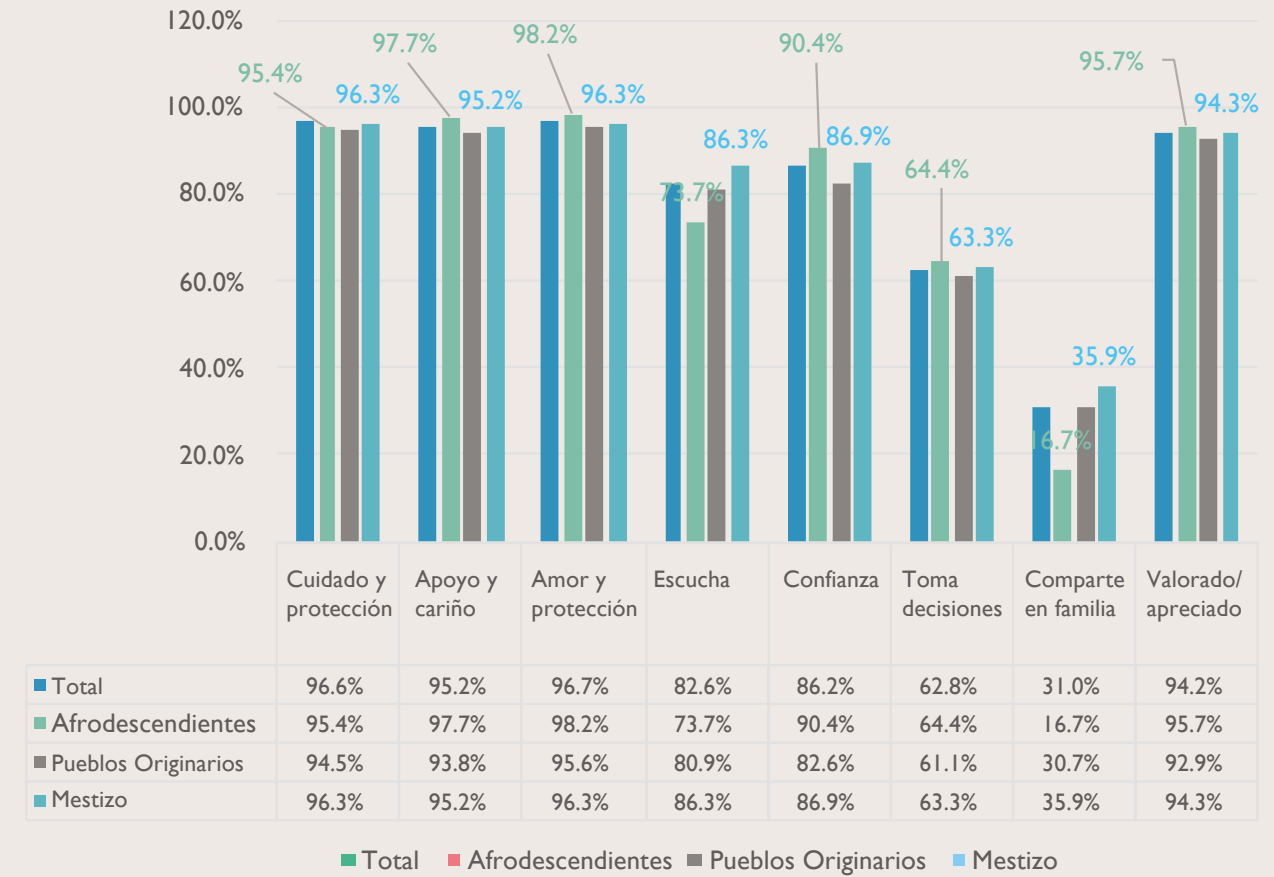
Gráfico de Tasa (%) de Experiencias de Ternura durante la Niñez reportadas por NNA, según rango etario



Al considerar los grupos socioculturales, todos reportan menores tasas de ETN para para el indicador referente a compartir en familia como la actividad que más disfrutan; siendo el grupo de afrodescendientes el que reporta la menor tasa para este indicador (16,7%), y mestizos los que reportan la tasa más elevada (35,9%) (Ilustración-4). Seguidamente, entre las ETN menos reportadas se encuentran: Participar en toma de decisiones que afectan sus vidas, con el porcentaje más bajo para pueblos originarios (61,1%) y ser escuchado, con la menor tasa para afrodescendientes (73,7%).

Ilustración 4

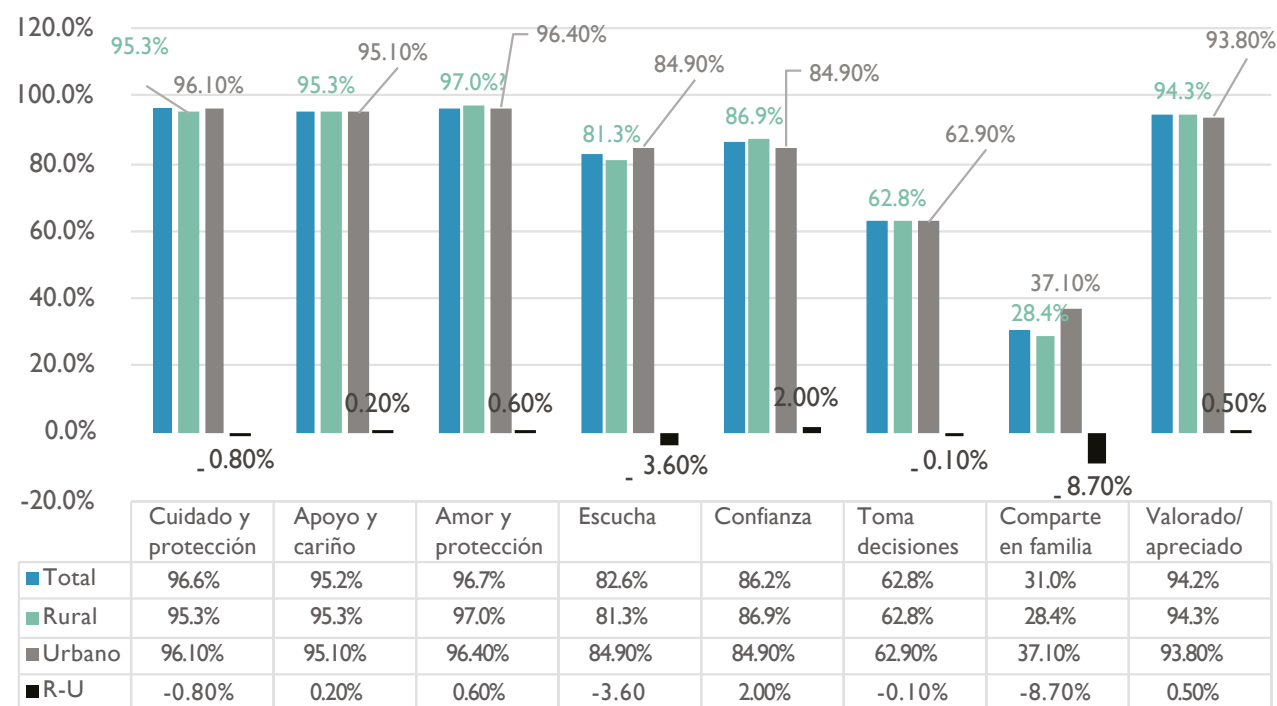
Gráfico de Tasa (%) de Experiencias de Ternura durante la Niñez reportadas por NNA, según grupo socio cultural



De manera similar, en relación al contexto, las ETN menos reportadas son compartir en familia como la actividad que más disfrutan (R=28,4% y U=37,1%), seguida por participar en la toma de decisiones (R=62,8 y U=62,9%) y luego por ser escuchado (U= 81,3% y R=84,9%) (Ilustración-5).

Ilustración 5

Gráfico de Tasa (%) de Experiencias de Ternura durante la Niñez reportadas por NNA, según contexto

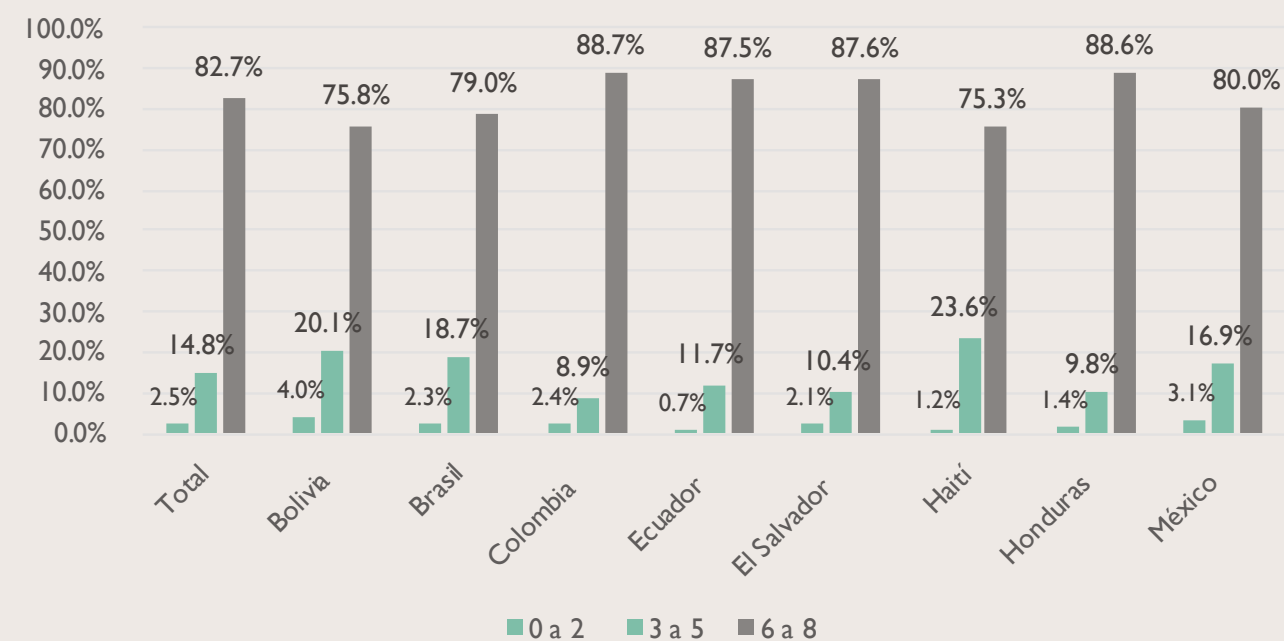


4.3 Tasas referente al rango de puntuación de Experiencias de Ternura durante la Niñez

Las tasas referentes a los rangos de puntuación de Experiencias de Ternura durante la Niñez son: 2,5% para 0 a 2; 14,8% para 3 a 5 ETN y 82,7% para 6 a 8 ETN. El país que reporta la tasa más elevada para 0 a 2 ETN es Bolivia (4,0%), seguido de México (3,1%) y Colombia (2,4%), (Ilustración-6). En cuanto a los que reportan las tasas más bajas para 6 a 8 ETN son Bolivia (75,0%), seguido por Haití (75,3%) y Brasil (79,0%).

Ilustración 6

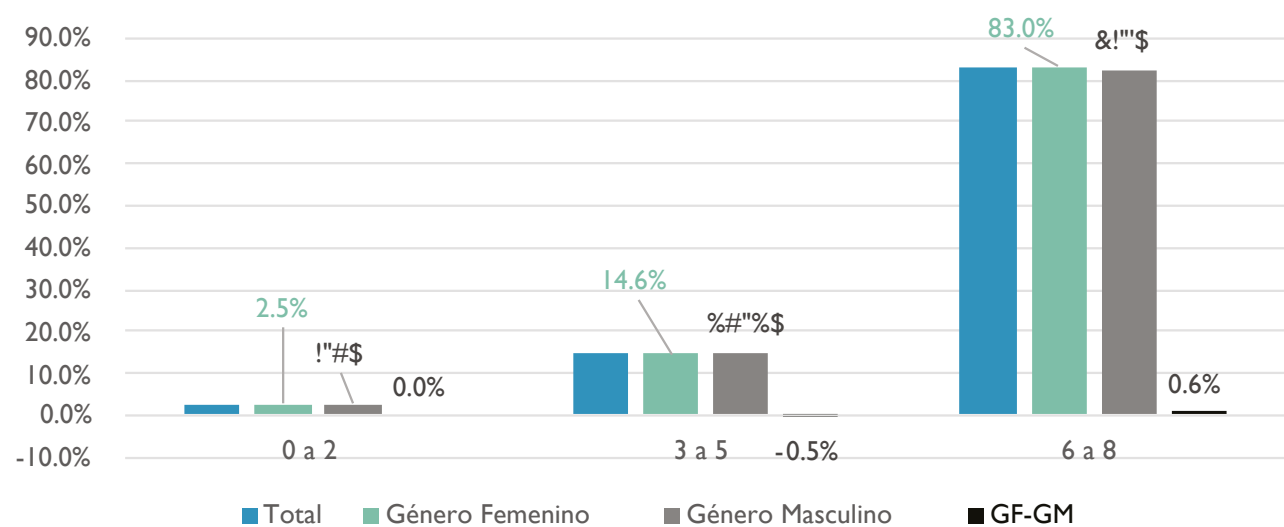
Gráfico de Tasa (%) de rango de puntuación de ETN reportada por NNA, según país



La puntuación de ETN no presenta diferencias muy marcadas en relación al género (Ilustración-7). Tanto para el género femenino como para el masculino el rango de ETN menos frecuente es 0 a 2 y para ambos corresponde a 2,5%. En tanto que la tasa de 6 a 8 ETN corresponde a 83,0% para las participantes de género femenino y 82,4% para los de género masculino.

Ilustración 7

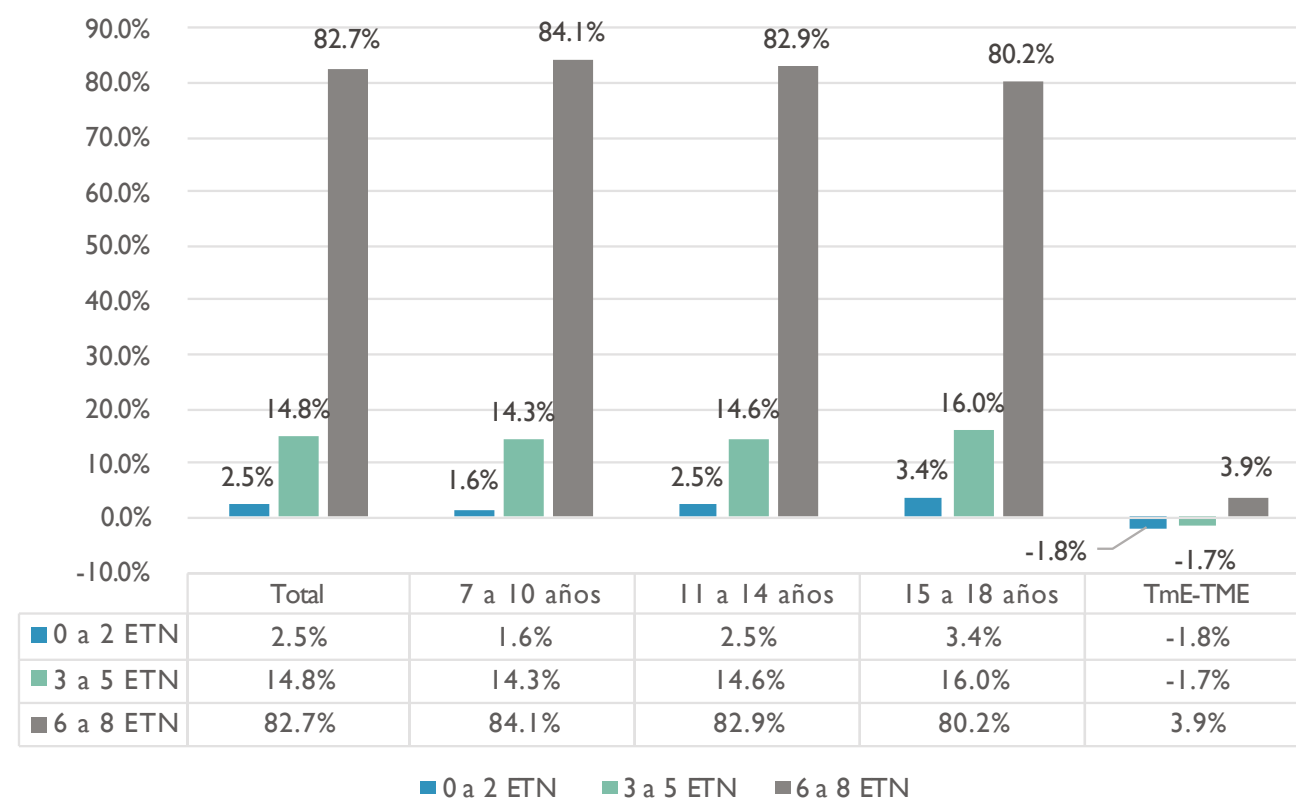
Gráfico de Tasa (%) de rango de puntuación de ETN de NNA, según género



La tasa de puntuación de ETN de 0 a 2 incrementa levemente al aumentar el rango de edad: 1,6% para el rango etario de 7 a 10; 2,5% para 11 a 14 años y 3,4% para rango de edad de 16 a 18 años (Ilustración-8). En cambio, la tasa de puntuación de ETN de 6 a 8 disminuye levemente conforme se incrementan los rangos de edad: 84,1% para el rango etario de 7 a 10; 82,9% para 11 a 14 años y 80,2% para rango de edad de 16 a 18 años.

Ilustración 8

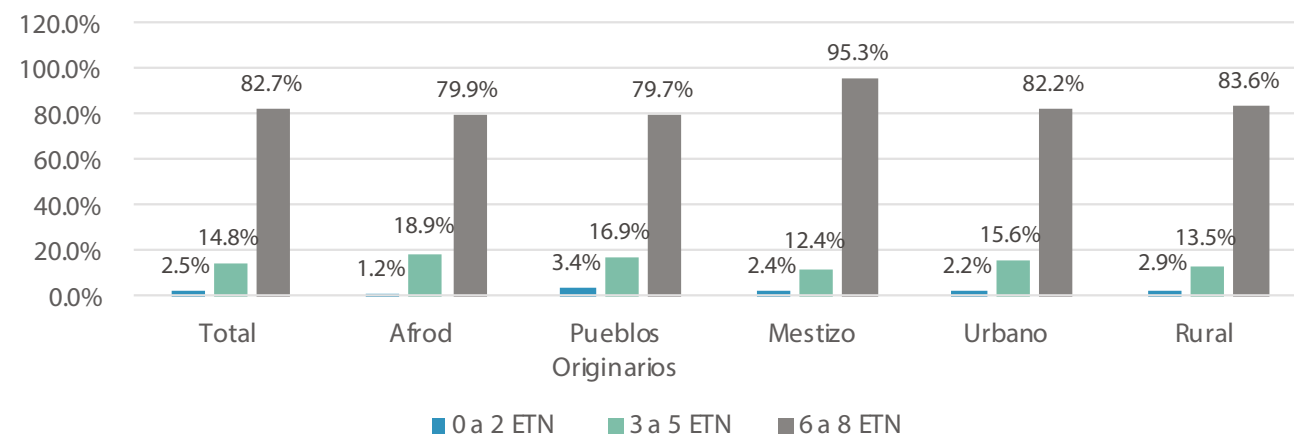
Gráfico Tasa (%) de rango de puntuación de ETN de NNA, según género



En relación al grupo sociocultural, los participantes de pueblos originarios reportan la tasa más elevadas de 0 a 2 ETN (3,4%), seguido por mestizos (2,4%) y afrodescendientes (1,2%) (Ilustración-9). Sin embargo, los grupos socioculturales de afrodescendientes y de pueblos originarios son los que reportan las tasas más bajas de 6 a 8 ETN (79,9% y 79,4% respectivamente); sin embargo, estas no difieren marcadamente de la tasa reportadas por participantes mestizos (82,7%). Con respecto al contexto no se reportan diferencias muy marcadas con respecto rango de puntuación de ETN.

Ilustración 9

Gráfico Tasa (%) de rango de puntuación de ETN reportada por NNA, según grupo sociocultural y contexto

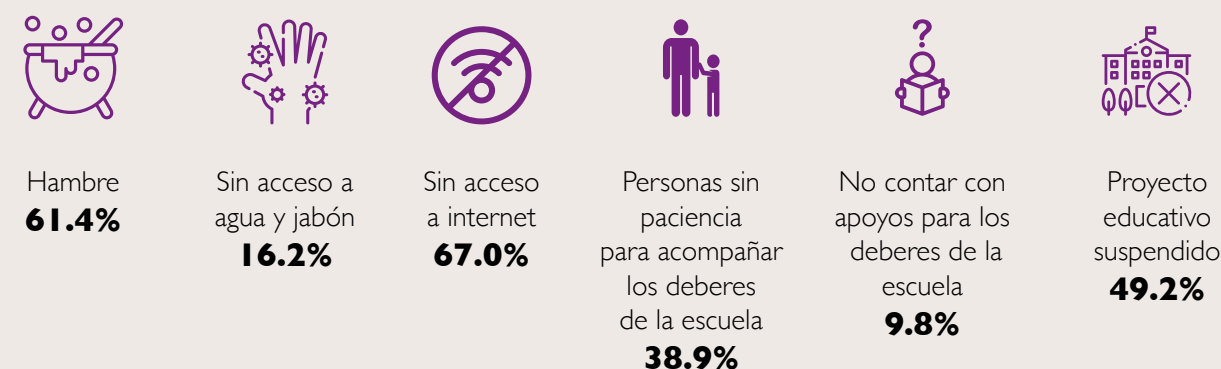


4.4 Índice de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial durante la Niñez (ESP)

Las tasas de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial durante la Niñez más prevalentes son: No contar con acceso a internet (67,0%) y hambre (61,4%); seguido por interrupción del proyecto educativo (49,2%), la falta de paciencia de las personas para explicar los deberes de la escuela/colegio (38,9%), falta de acceso a agua y jabón (16,2%) y no contar con quien les apoye con las tareas educativas (9,8%) (Ilustración-10).

Ilustración 10

Tasa (%) de NNA que reportan Experiencias de Sufrimiento Psicosocial



El país donde los participantes reportan la tasa más elevada de hambre es Haití (96,0%), seguido por Colombia (63,5) y Ecuador (63,9%) (Tabla-3). Los que reportan menor tasa de hambre es Brasil (11,5%). Con respecto a no contar con acceso a agua y jabón, el país que reporta la tasa más elevada es Bolivia (27,8%), seguido por Haití (16,9%), Honduras (15,3%) y Ecuador (15,3%), en tanto que Brasil reporta la menor tasa para este indicador (3,8%). Haití es el país que reporta la mayor tasa de no contar con acceso a internet (96,3%), seguido por Honduras (75,2%) y El Salvador (70,7%). Por otro lado, Brasil reporta la menor tasa para este indicador (21,4%).

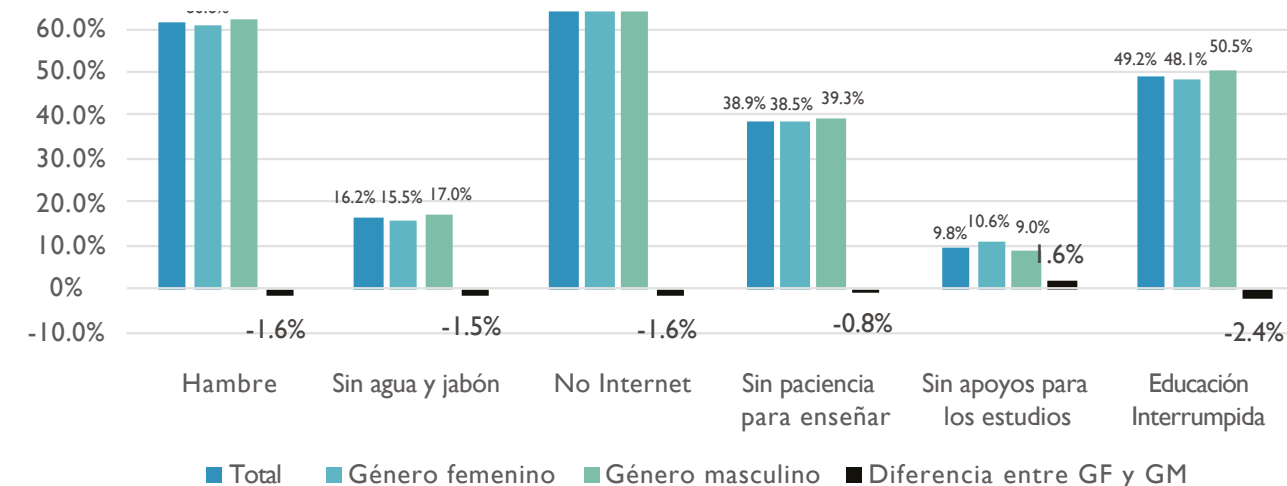
Con respecto al sufrimiento psicosocial vinculado a la educación, el país que reporta la mayor tasa de proyecto educativo suspendido es Haití (98,1%), seguido por Bolivia (84,2%) (Tabla-3). Los participantes que reportaron menor tasa para este indicador residen en Colombia (13,1%) y El Salvador (17,9%). Los países donde se registran las tasas más elevadas de no contar con apoyos para los deberes de la escuela/colegio son: México (17,4%), Brasil (14,2%), Haití (12,6%) y Bolivia (11,8%). En cuanto a Colombia y Honduras, son los que reportan menores tasas para este indicador (4,4% y 7,5% respectivamente). El país donde los participantes más reportan que no les tienen paciencia para acompañar los deberes de la escuela/colegio son: Haití (62,6%), México (42,4%), El Salvador (39,0%) y Bolivia (38,3%).. Sin embargo, los que menos reportan este indicador son Colombia (25,6%) y Brasil (27,3%).

Tabla 3
Tasa (%) de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial, según país

	Hambre	Sin agua y jabón	Sin internet	Sin paciencia para enseñar	Sin apoyos para los estudios	Educación Interrumpida
Total	61,4%	16,2%	67,0%	38,9%	9,8%	49,2 %
Bolivia	56,8%	27,8%	67,8%	38,3%	11,8%	84,2%
Brasil	11,5%	3,8%	21,4%	27,3%	14,2%	47,4%
Colombia	63,5%	10,3%	41,7%	25,6%	4,4%	13,1%
Ecuador	63,9%	15,3%	61,5%	35,2%	8,9%	37,7%
El Salvador	59,7%	12,5%	70,7%	39,0%	8,9%	17,9%
Haití	96,0%	15,3%	96,3%	62,6%	12,6%	98,1%
Honduras	57,9%	15,5%	75,2%	33,9%	7,5%	51,1%
México	32,2%	11,6%	69,1%	42,4%	17,4%	41,5%

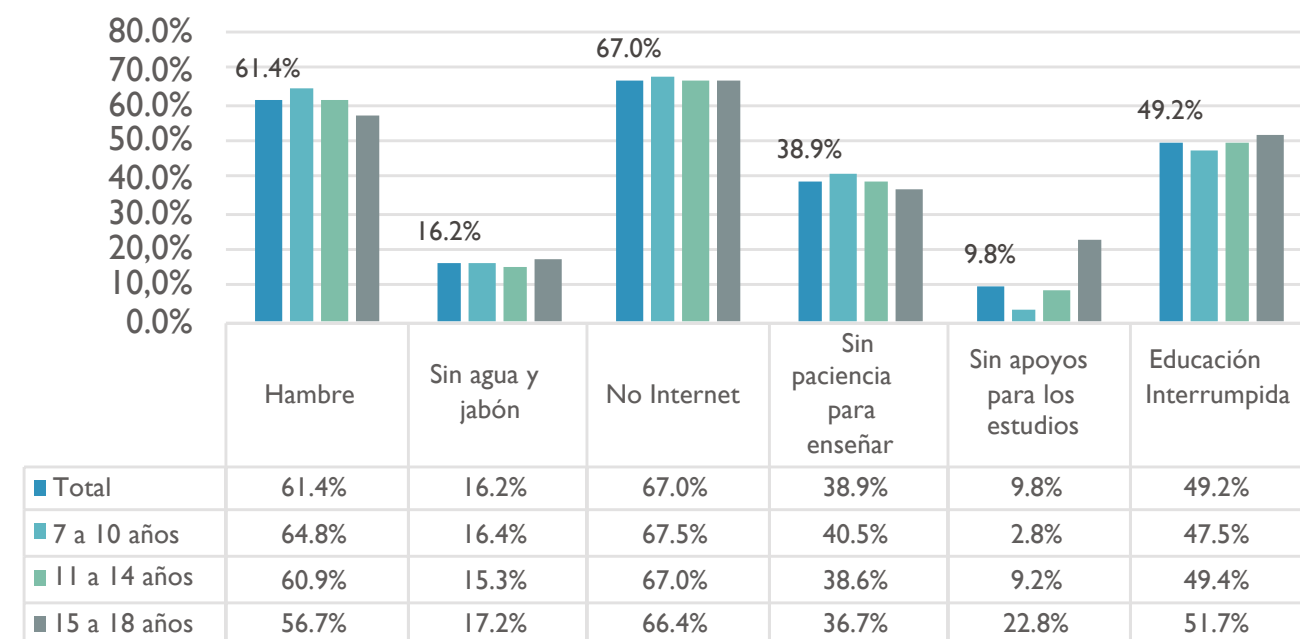
Con respecto al género no se evidencian diferencias muy marcadas en función de las experiencias de sufrimiento psicosocial (Ilustración-11). Para ambos géneros la ESP más frecuentemente reportada fue no acceso al internet (GF= 66,3% y GM=67,9%), seguido por hambre (GF=60,6% y GM=62,2%) e interrupción de los estudios (GF= 48,1% y GM=50,5%).

Ilustración 11
Gráfico Tasa (%) de ESP reportadas por NNA, según género



Al considerar las Experiencias de Sufrimiento Psicosocial, no se observan diferencias muy marcadas en función del grupo etario (Ilustración-12)

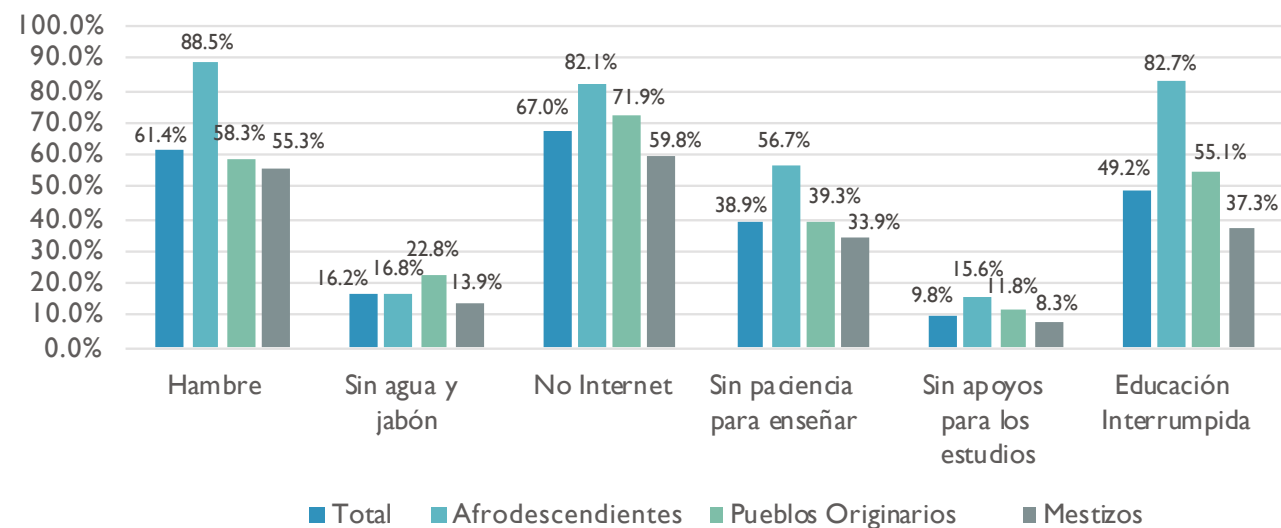
Ilustración 12
Gráfico Tasa (%) ESP reportadas por NNA, según grupo etario



Con respecto al grupo sociocultural, el colectivo de afrodescendientes reporta tasas más elevadas para el hambre (88,5%), no acceso al internet (82,1%), no contar con la paciencia de las personas que les apoyan con los deberes de la escuela/colegio (56,7%) y educación interrumpida (82,7%) (Ilustración-13). Afrodescendiente y pueblos originarios son los que reportan las tasas más elevadas de no contar con apoyos para los deberes de escuela/colegio (15,6% y 11,8% respectivamente). Los participantes que se identifican como pueblos originarios son los que reportan la tasa más elevada de no contar con agua y jabón (22,8%).

Ilustración 13

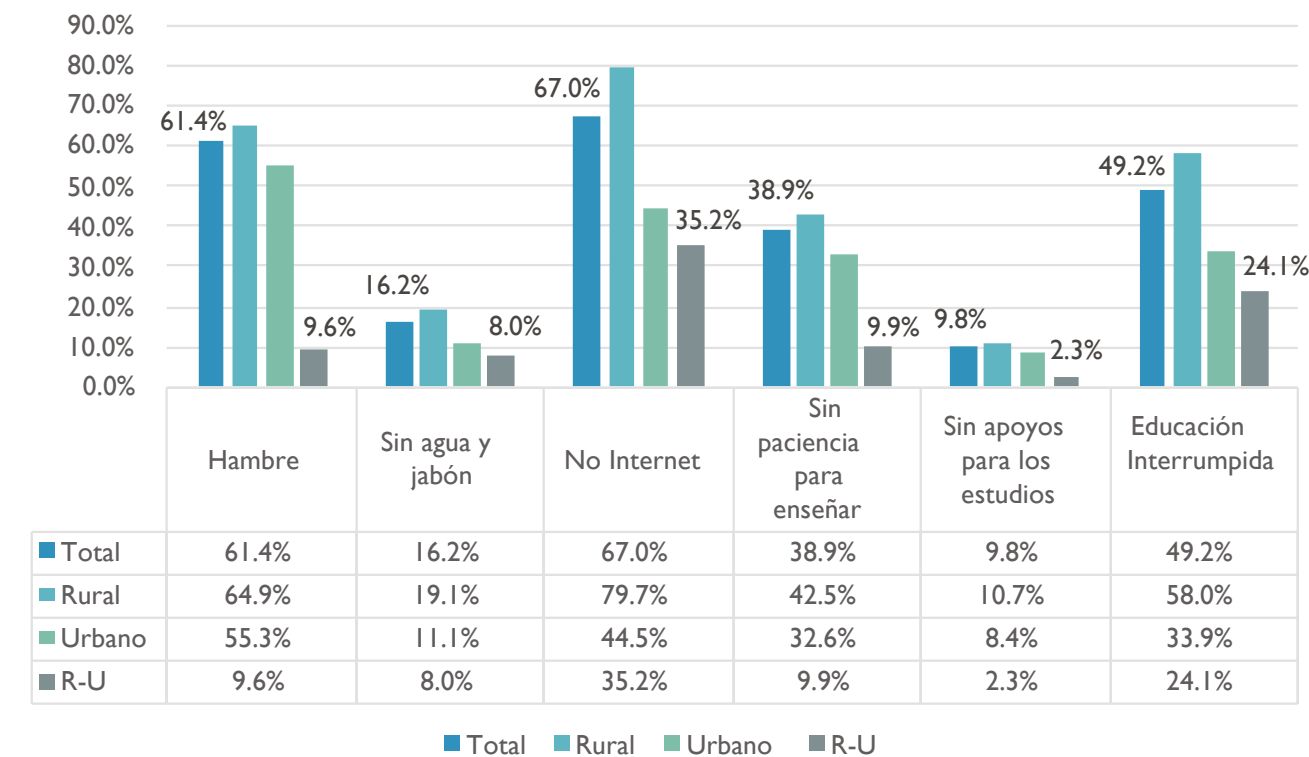
Gráfico Tasa (%) ESP reportadas por NNA, según grupo etario



Al considerar el contexto, todas las experiencias de sufrimiento psicosocial son más elevadas en el ámbito rural que en el urbano (Ilustración-14). Las brechas más elevadas entre contexto rural y urbano son: No contar con internet (35,2 puntos porcentuales), seguido por proyecto educativo interrumpido (24,1 puntos porcentuales), no contar con la paciencia de los que les apoyan con los deberes (9,9 puntos porcentuales), hambre (9,6 puntos porcentuales), no acceso a agua y jabón (8,8 puntos porcentuales) y no contar con apoyo para los deberes de la escuela/colegio (2,3%).

Ilustración 14

Gráfico Tasa (%) ESP reportadas por los NNA, según grupo contexto

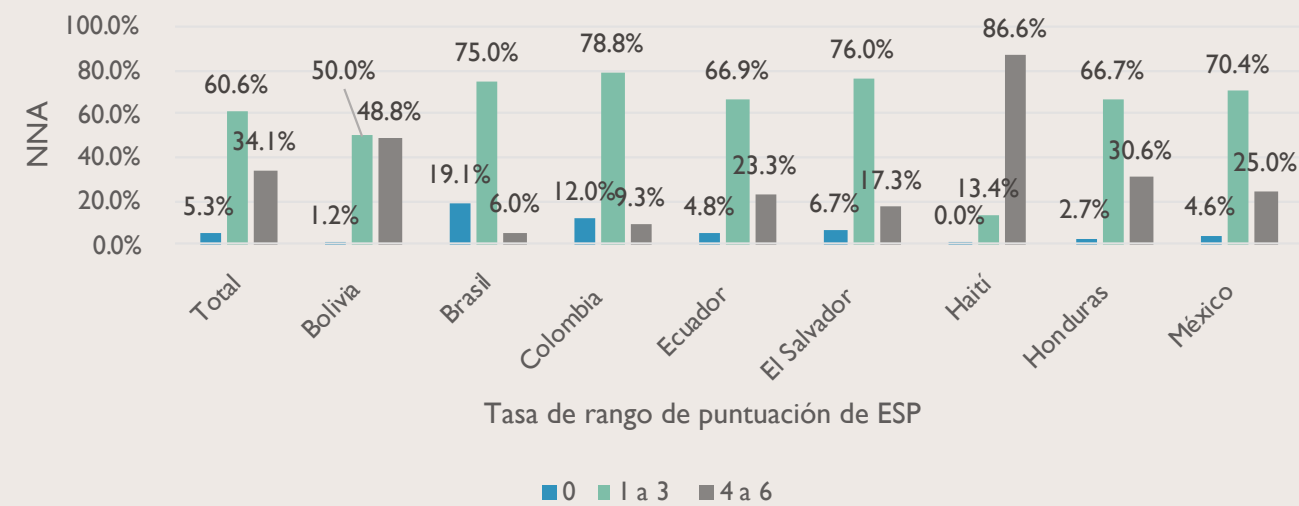


4.5 Rango de puntuación del Índice de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial

Con respecto al rango de puntuación de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial que reportan los participantes, apenas el 5,3% no reportan ESP, la mayoría indica de 1 a 3 ESP (60,6%) y el 34,1% reportan de 4 a 6 ESP (Ilustración-14). Brasil es el país donde los participantes reportan la tasa más elevada de cero Experiencias de Sufrimiento Psicosocial (19,1%), seguido por Colombia (12,0%). En cuanto que Haití, Bolivia y Honduras son los que reportan las menores tasas para este indicador, 0,03%, 1,2% y 2,7% respectivamente. Con respecto a reportar de 1 a 3 ESP, Haití es el país que indica la menor tasa para este indicado (13,4%), seguido por Bolivia (50%). Colombia es el país que reporta la tasa más elevada para 1 a 3 ESP (78,8%), seguida por El Salvador (76,0%), Brasil (75,0%) y México (70,4%). El país que reporta la tasa más elevada para 4 a 6 ESP es Haití (86,6%), seguido por Bolivia (48,8%) y Honduras (30,6%).

Ilustración 15

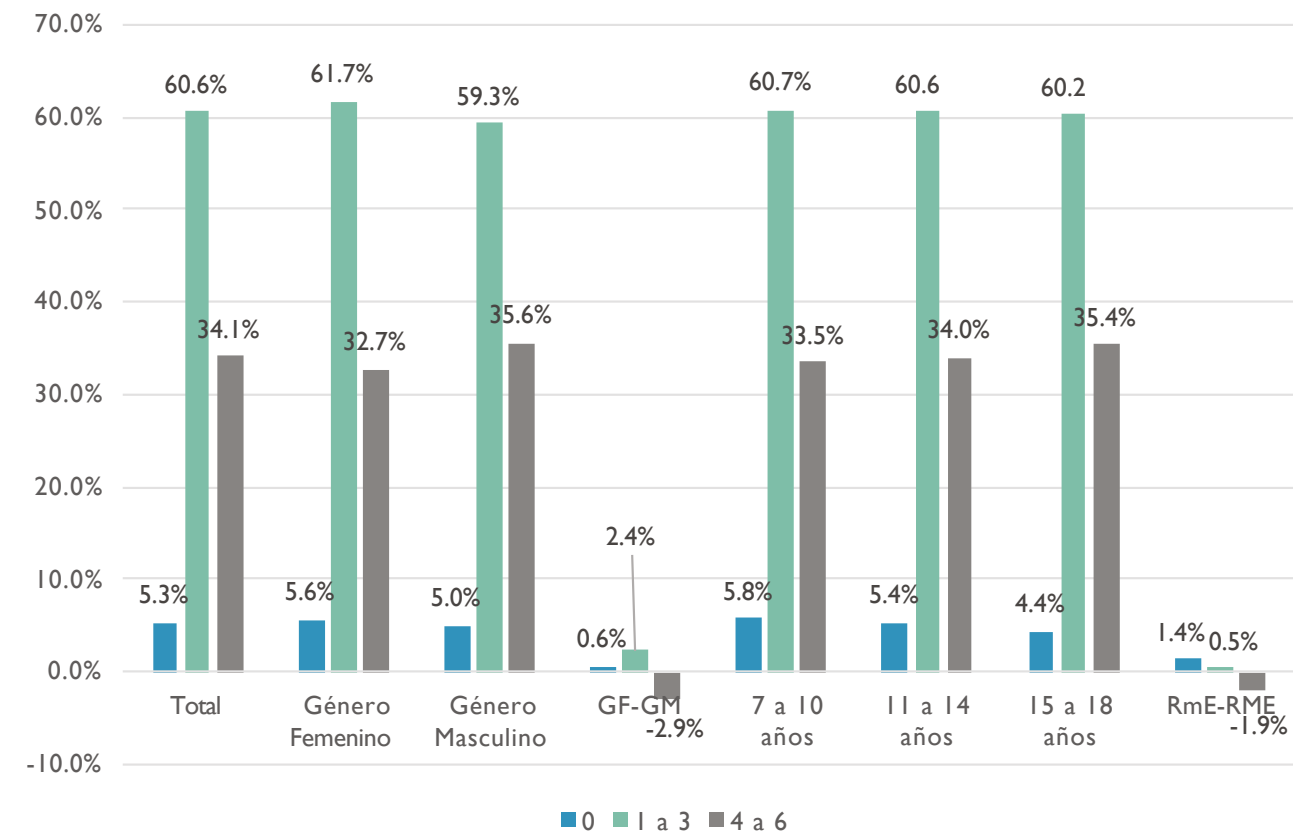
Gráfico Tasa (%) de Rangos de puntuación de ESP reportados por NNA, según país



Tanto para los participantes de género femenino como del género masculino, la tasa más frecuentemente reportada de ESP es 1 a 3 (GF=34,1% y GM=35,8%), y la menos reportada es 0 ESP (GF= 5,6% y GM= 5,0%) (Ilustración-16). Con respecto a los grupos etarios, todos revelan menores tasas para 0 ESP (7 a 10= 5,8%, 11 a 14=5,4% y 15 a 18 años 4,4%) y las mayores tasas para 1 a 3 ESP (7 a 10= 60,7%, 11 a 14=60,6% y 15 a 18 años 60,2%).

Ilustración 16

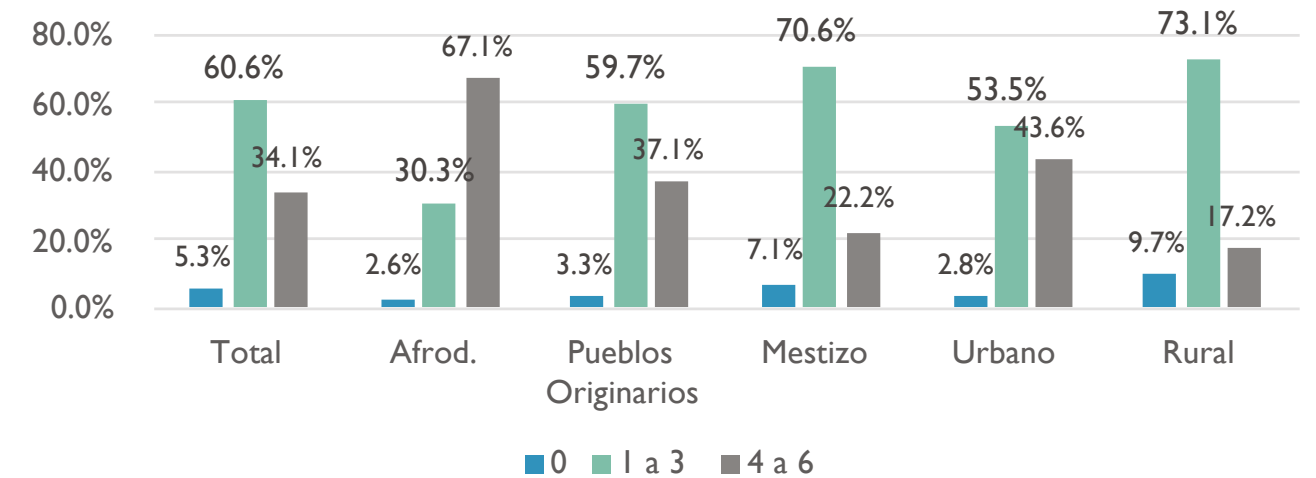
Gráfico Tasa (%) de Rangos de puntuación de ESP reportados por NNA, género y grupo etario



Los participantes que se identifican como afrodescendientes reportan la tasa más baja de 0 ESP (2,6%) y la más elevada de 4 a 6 ESP (67,1%); en cuanto que los participantes mestizos, son los que reportan la tasa más elevada de 0 ESP (7,1%) y las más baja de 4 a 6 ESP (22,2%) (Ilustración-17). Con respecto al contexto, la tasa de participantes que reporta 0 ESP es más elevada en zonas urbanas (9,7%) que rurales (2,8%), en cuanto que los que reportan el máximo rango de ESP es más elevada en contexto rural (43,6%) que urbano (17,2%).

Ilustración 17

Gráfico Tasa (%) de rango de puntuación de ESP, según grupo sociocultural y contexto



4.6 Índice de Salud Mental

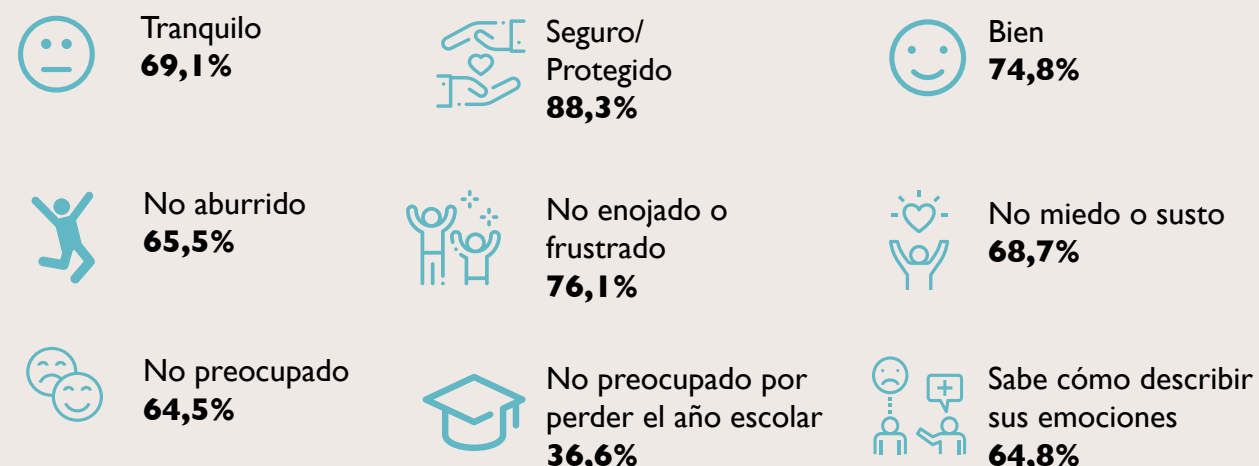
La tabla-4 describe las tasas (%) de cada uno de los indicadores que constituyen el índice de salud mental.

Tabla 4

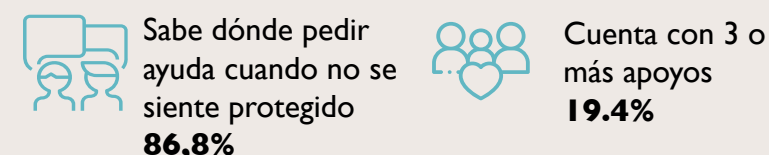
Tasa (%) de indicadores de salud mental.

Estado Emocional

(Frecuentemente o Siempre)



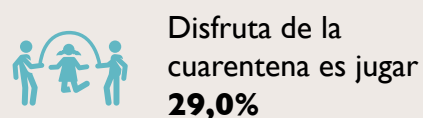
Capacidad de Movilizar Apoyos



Espiritualidad y Trascendencia



Juego



4.6.1 Dimensión estado emocional del Índice de Salud Mental

Con respecto a la dimensión de estado emocional del índice de salud mental, se registra un amplio y diverso abanico de emociones encontradas. La gran mayoría de los participantes reportan sentirse frecuentemente/ siempre seguros/protegidos (88,3%), bien (75,0%) y tranquilos (69,9%). Sin embargo, a la vez el 63,4% reporta: Frecuentemente/siempre sentirse preocupado con perder el año escolar, 31,3% frecuentemente/siempre sentir miedo o susto (31,3%), aburrimiento (34,5%), preocupación (35,5%) y enojo o frustración (23,9%) (Tabla-5). Brasil es el segundo país cuyos participantes reportan tasas importantes de vulneración del estado emocional. Solo la mitad de los participantes reportan sentirse siempre/frecuentemente tranquilos (52,7%), y reportan las tasas más elevadas para siempre/frecuentemente sentirse enojado/frustrado (41,6%) y la tasa más elevada para preocupación generalizada (58,0%).

Haití es el país donde los participantes reportan las tasas más bajas para emociones que refieren a un estado de contención emocional (seguro y protegido-64,2%, tranquilo-27,8%, bien 32,6%) (Tabla-5). Este es país que también reporta las tasas más elevadas para aburrimiento (51,2%), miedo/susto (51,5%), preocupación por perder el año escolar (84,0%) y no saber identificar su estado emocional (51,2%).

Tabla 5

Tasa (%) de estados emocionales reportados por NNA, de manera frecuente/siempre

	Seguro/ Protegido	Tranquilo	Bien	Aburrido	Enojo/ Frustrado	Miedo/ Susto	Preocupado perder año escolar	Preocupado	No sabe
Bolivia	90,2%	60,2%	78,1%	36,6%	26,0%	33,8%	65,7%	42,1%	34,6
Brasil	81,9%	52,7	61,%	30,8	41,6%	46,5%	81,3%	58,0%	37,5%
Colombia	91,6%	79,6%	83,2%	29,3%	18,6%	21,9%	46,8%	31,8%	29,2%
Ecuador	96,8%	80,8%	83,2%	27,4%	20,3%	31,7%	57,7%	39,9%	35,8%
El Salvador	88,%	69,1%	74,8%	34,5%	23,9%	31,3%	63,4%	35,5%	35,2%
Haití	64,2%	27,8%	32,6%	51,2%	34,3%	51,5%	84,0%	33,0%	51,2%
Honduras	94,0%	82,2%	86,1%	28,9%	18,7%	30,1%	69,8%	35,2%	29,7%
México	91,6%	79,1%	81,9%	33,8%	20,6%	21,2%	56,6%	30,8%	25,4%

Al tomar en consideración el género, no existen diferencias importantes con respecto a reportar el estado emocional (Ilustración-18). En relación a los participantes del género masculino, las participantes del género femenino tienden a reportar tasas un poco más elevadas con respecto al estado de preocupación general (+2,6 puntos porcentuales), preocupación por perder el año escolar (+2,9 puntos porcentuales) y reportar menor tasa con respecto a tranquilidad (-2,6% puntos porcentuales).

Ilustración 18

Tasa (%) de estado emocional de NNA, según género

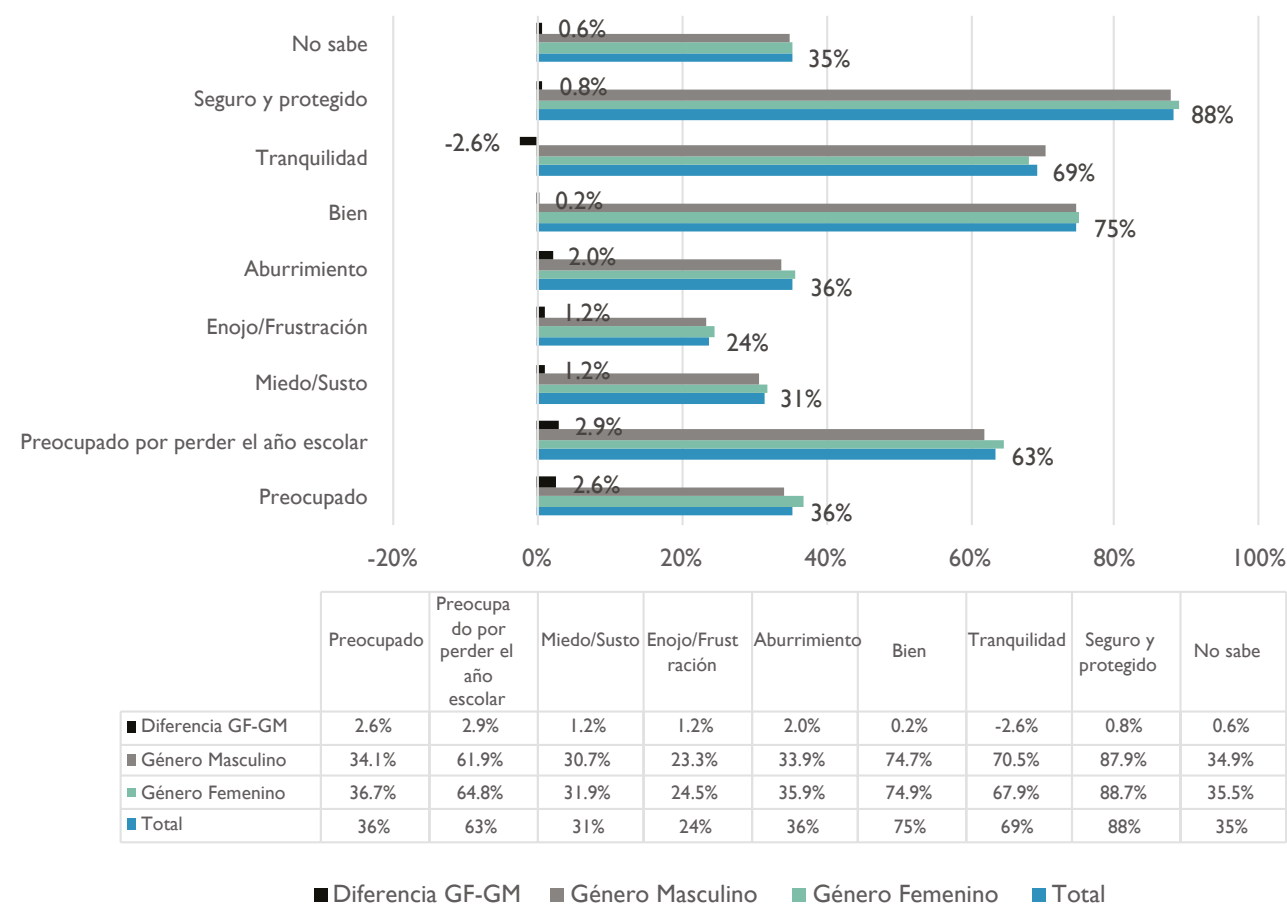
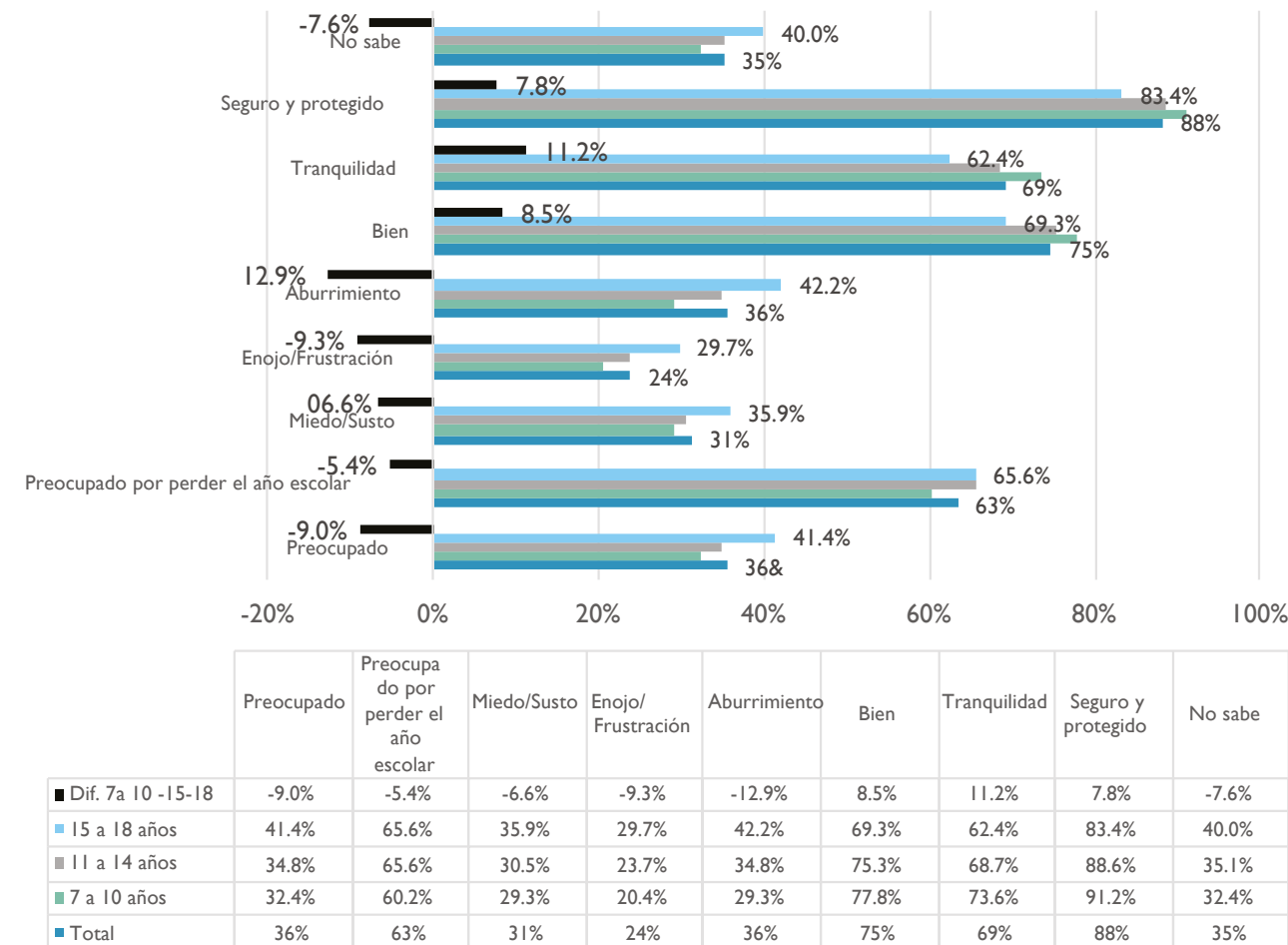


Ilustración 19

Gráfico Tasa (%) de estado emocional de NNA, según rango etario



Con respecto al rango etario, la tasa de reportar que frecuentemente/siempre se siente preocupado, preocupado por perder el año escolar, miedo o susto, enojo y frustración, aburrimiento y de no saber identificar su estado emocional aumenta al incrementar el rango de edad (Ilustración-19). Por otro lado, la tasa de reportar que frecuentemente/siempre se sienten bien, tranquilos y seguros y protegidos disminuye conforme se incrementan los rangos etarios.

Al considerar el grupo sociocultural, el colectivo afrodescendiente reporta las tasas más elevadas para frecuentemente/siempre sentirse preocupado por perder el año escolar (78,8%), miedo o susto (47,6%), enojado o frustrado (23,7%), aburrimiento (47,6%) y no saber identificar con se siente (49,7%); a la vez que también reporta las tasas más bajas de frecuentemente/siempre sentirse bien (44,3%), tranquilo (39,7%) o seguro y protegido (71,5%) (Ilustración-20). Sin embargo, el colectivo de participantes mestizos reporta las tasas más bajas de frecuentemente/siempre sentirse preocupado por perder el año escolar (57,5%), miedo o susto (26,1%), enojo o frustración (20,4%), aburrimiento (30,6%) y no saber identificar cómo se siente (29,3%), y las tasas más elevadas referente a sentirse bien (82,6%), tranquilo (77,5%) y seguro y protegido (92,4%).

Ilustración 20

Gráfico Tasa (%) de estado emocional de NNA, según grupo sociocultural

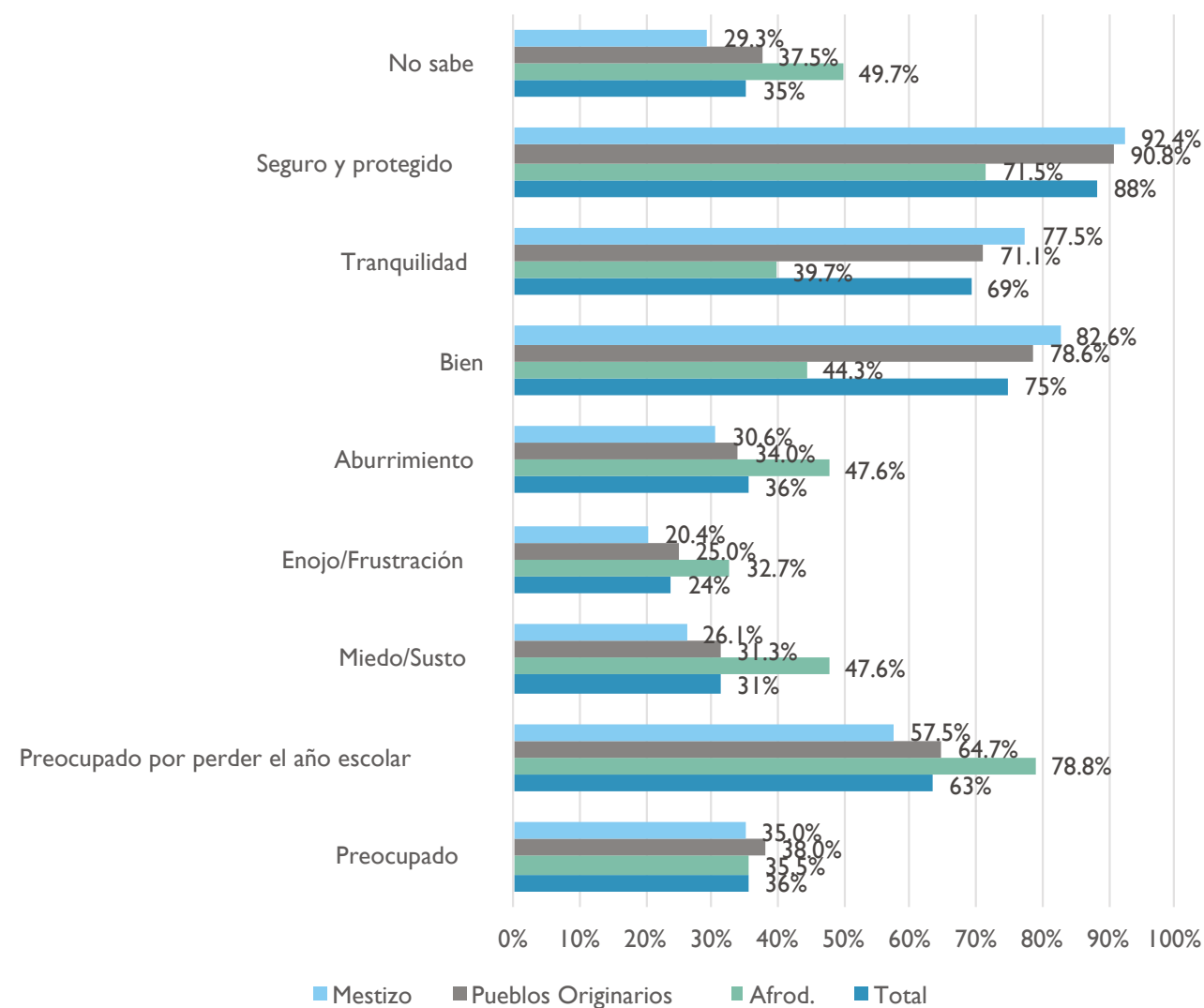
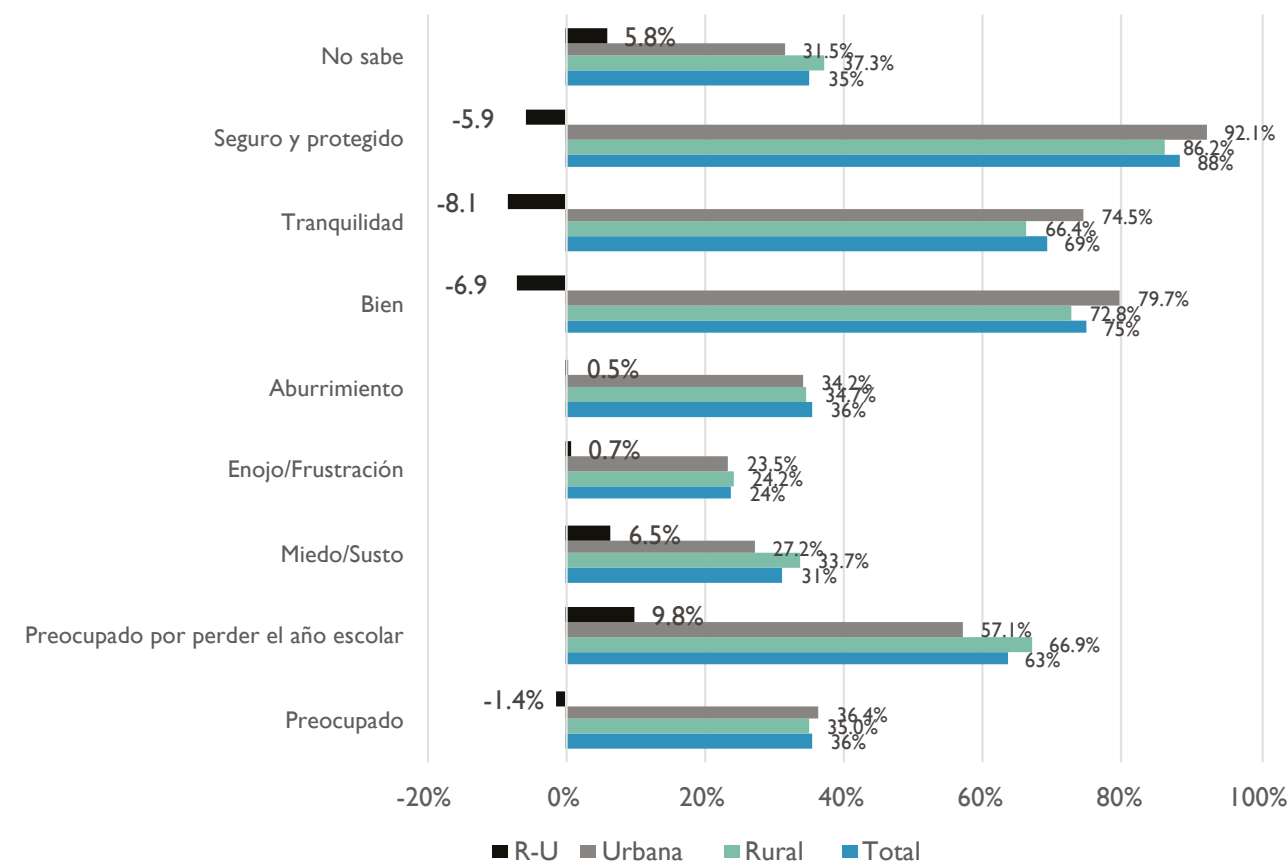


Ilustración 21

Gráfico Tasa (%) de Estado Emocional de NNA, según contexto



Con respecto al contexto, los participantes de las zonas rurales reportan tasas más elevadas de frecuentemente/ siempre sentirse preocupado por perder el año escolar (66,9%), miedo o susto (33,7%), y no saber identificar como se sienten (37,3%), comparado con los de zonas urbanas (57,1%, 27,2%, y 31,5% respectivamente) (Ilustración-21). No obstante, las zonas rurales también reportan tasas más bajas de frecuentemente/siempre sentirse bien (72,8%), tranquilo (66,4%) o seguro y protegido (86,2%) en relación al contexto urbano (79,4%, 74,5% y 92,1% respectivamente). No existen diferencias muy marcadas entre contexto urbano y rural con respecto a sentirse preocupado (-1.4 puntos porcentuales), enojo o frustración (+0,7 puntos porcentuales y aburrimiento (+0.5 puntos porcentuales).

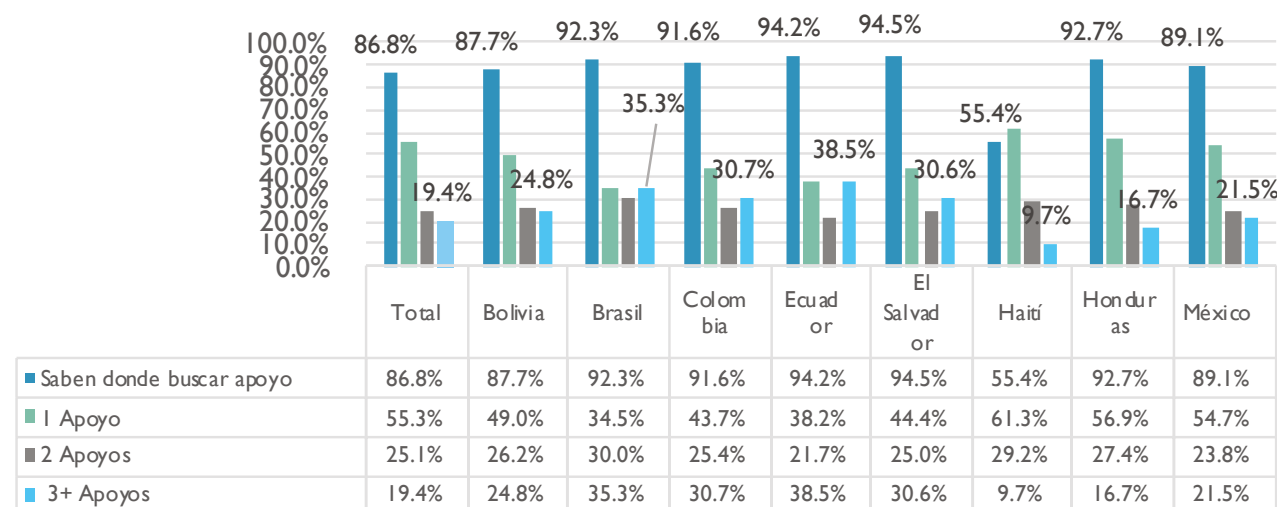
4.2.2. Dimensión de movilización de apoyos del índice de Salud Mental

El 86,8% de los participantes reportan saber dónde buscar ayuda cuando no se sienten protegidos. El 19,4% de los participantes indican contar con tres o más personas con quien compartir sus sentimientos; el 25,1% lo comparten con dos personas y el 55,3% cuentan con una sola persona con quien compartir sus sentimientos. El 0,09% de los participantes reportaron no contar con una persona con quien compartir sus sentimientos.

El país donde los participantes más reportan saber dónde buscar ayuda cuando no se sienten cuidados y protegidos es: El Salvador (94,5%), seguido por Ecuador (94,2%), Honduras (92,7%) y Brasil (92,3%) (Ilustración-22). El que reporta la menor tasa para este indicador es Haití (55,4%), seguido de Bolivia (87,7%) y México (89,1%). El país donde los participantes reportan la tasa más elevada de contar con 3 o más personas para compartir sus sentimientos es Ecuador (38,5%), seguido por Brasil (35,3%), Colombia (30,7%) y El Salvador (30,6%). En cuanto que Haití es el país que reporta la tasa más baja para este indicador (9,7%), seguida por Honduras (16,7%) y México (21,5%).

Ilustración 22

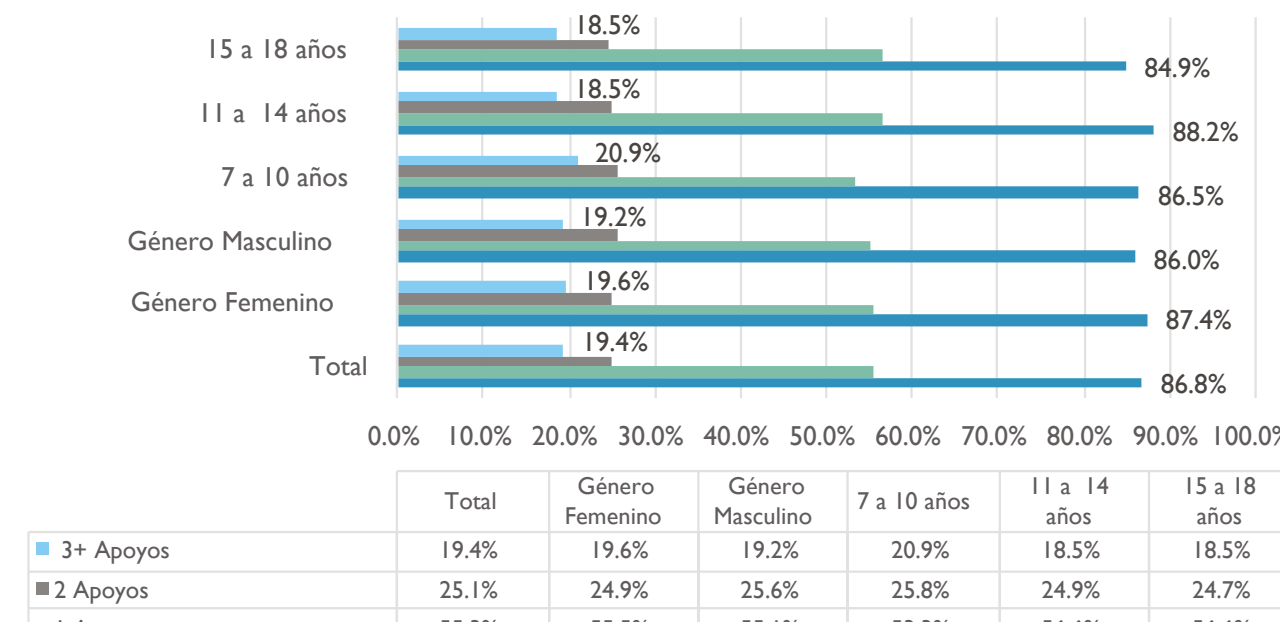
Tasa (%) de NNA que reportan contar con apoyo, según país



No se reportan diferencias importantes con respecto al género en relación a saber dónde buscar apoyo cuando no se sienten cuidados o protegidos (GF=86,8% y GM=87,4%) (Gráfico-21). En relación a este indicador, el rango etario que reporta la tasa más elevada es el de 11 a 14 años (88,2%) y el que reporta la tasa más baja es el de 15 a 18 años (84,9%). Con relación a contar con 3 o más personas con quien compartir sus sentimientos, tampoco existen diferencias significativas con respecto al género (GF=19,6% y GM=19,2%) (Ilustración-23). Con respecto a los grupos etarios, los participantes entre 7 y 10 años tienen una tasa ligeramente más elevada para este indicador (20,9%) en relación a los de 11 a 14 años (18,5%) y los de 15 a 18 años (18,5%)

Ilustración 23

Gráfico Tasa (%) NNA que reportan contar con apoyo, según género y rango etario

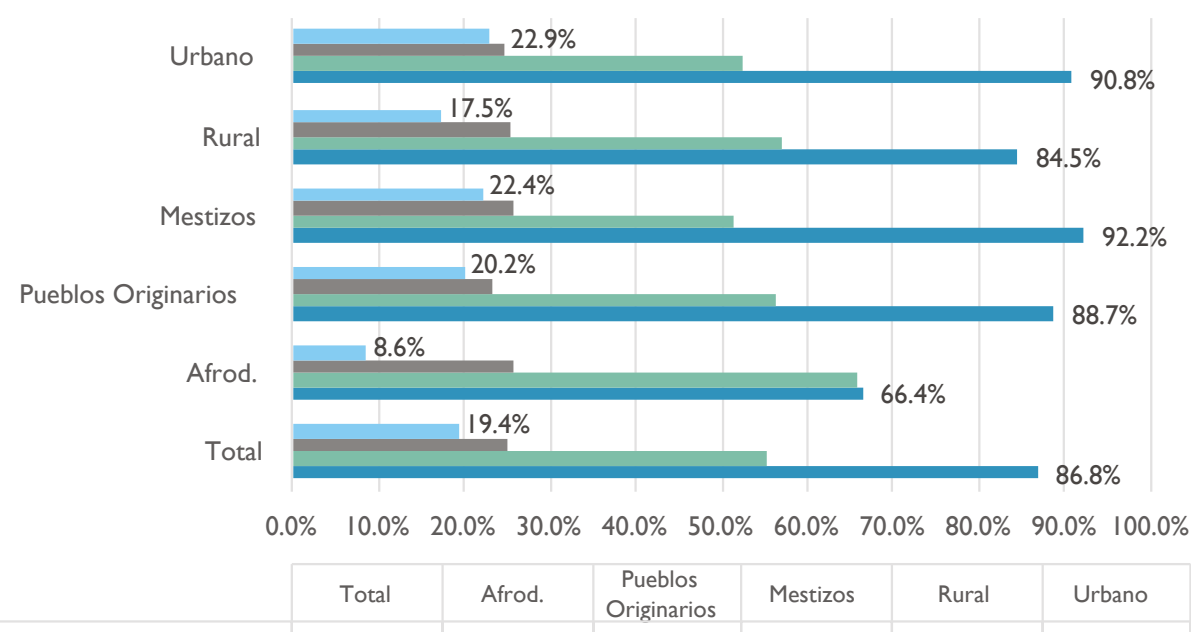


El grupo sociocultural afrodescendiente es el que reporta la menor tasa de saber dónde buscar ayuda cuando no se siente cuidado y protegido (66,4%) seguido por el grupo de pueblos originarios (88,7%) y mestizos (92,2%), (Ilustración-24). El grupo sociocultural afrodescendiente es también el que reporta la menor tasa de contar con tres o más personas con quien compartir sus sentimientos (8,6%), seguido por el colectivo de pueblos originarios (20,2%) y mestizos (22,4%).

El 84,5% de los participantes del contexto rural reportan saber dónde buscar apoyo cuando no se sienten cuidados o protegidos, y en el contexto urbano esta tasa es de 90,8% (Ilustración-24). Con respecto a contar con tres o más personas con quien compartir sus sentimientos, el contexto rural reporta una tasa de 17,5% y el urbano de 22,9%.

Ilustración 24

Gráfico Tasa (%) de NNA que reportan apoyo, según grupo sociocultural y contexto

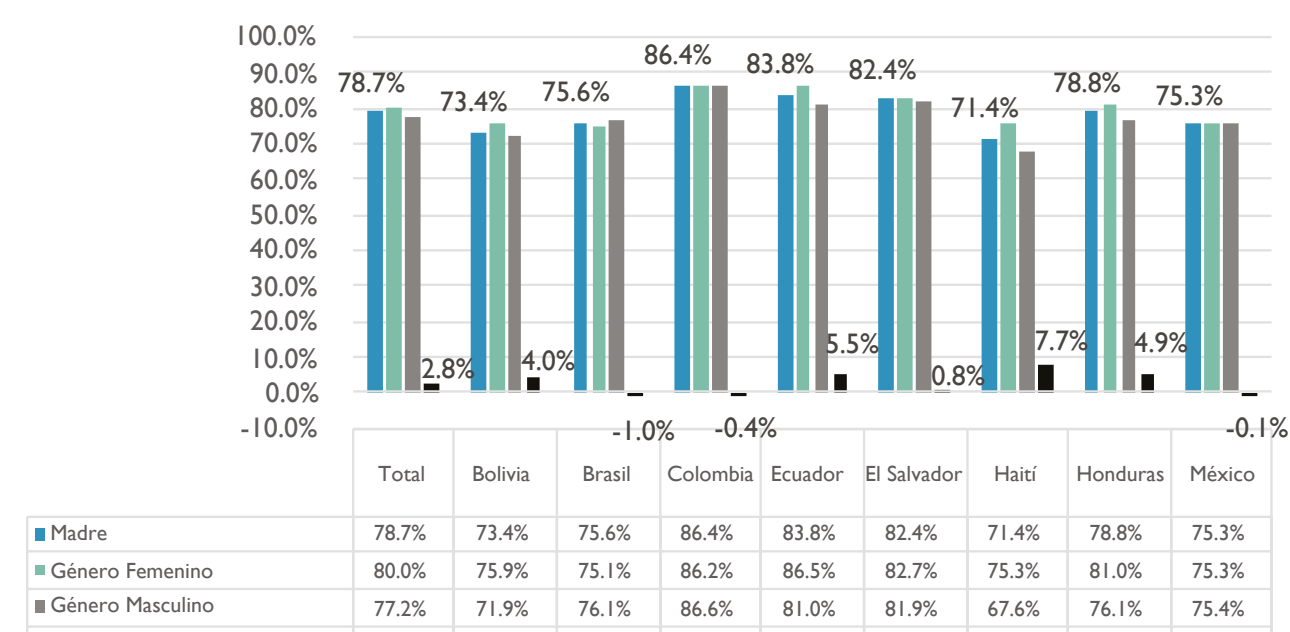


Con respecto al rol de la persona que los participantes reportan buscar para compartir sus sentimientos, la madre es quien las niñas, niños y adolescentes buscan de manera más frecuente (78,7%), seguida por el padre (34,6%), Dios (21,8%), abuela/o (14,7%), otro familiar (10,8%), amigos (9,2%), y otra persona (1,2%). El 1,4% de los participantes reportaron no contar con una persona con quien compartir sus sentimientos.

Colombia es el país que reporta la mayor tasa de participantes que indica compartir sus sentimientos con la madre (86,4%), seguido por Ecuador (83,8%) y El Salvador (82,4%), en cuanto Haití es el que reporta la menor tasa para este indicador (71,4%), seguido por Bolivia (73,4%), México (75,3%) y Brasil (75,6%) (Gráfico-23). Los dos países que reportan la mayor tasa de participantes del género femenino que comparten sus sentimientos con la madre son Ecuador (86,5%) y Colombia (86,2%) (Ilustración-25). Colombia es también el país donde los participantes del género masculino reportan la mayor tasa de compartir sus sentimientos con la madre (86,6%); en cuanto a Haití, es el país donde ellos reportan la menor tasa para este indicador (67,6%). El país que reporta la mayor diferencia entre participantes de género femenino y masculino respecto a la tasa de compartir los sentimientos con la madre es Haití (+7,7 puntos porcentuales), seguido de Ecuador (+5,5 puntos porcentuales) y Honduras (+4,9 puntos porcentuales).

Ilustración 25

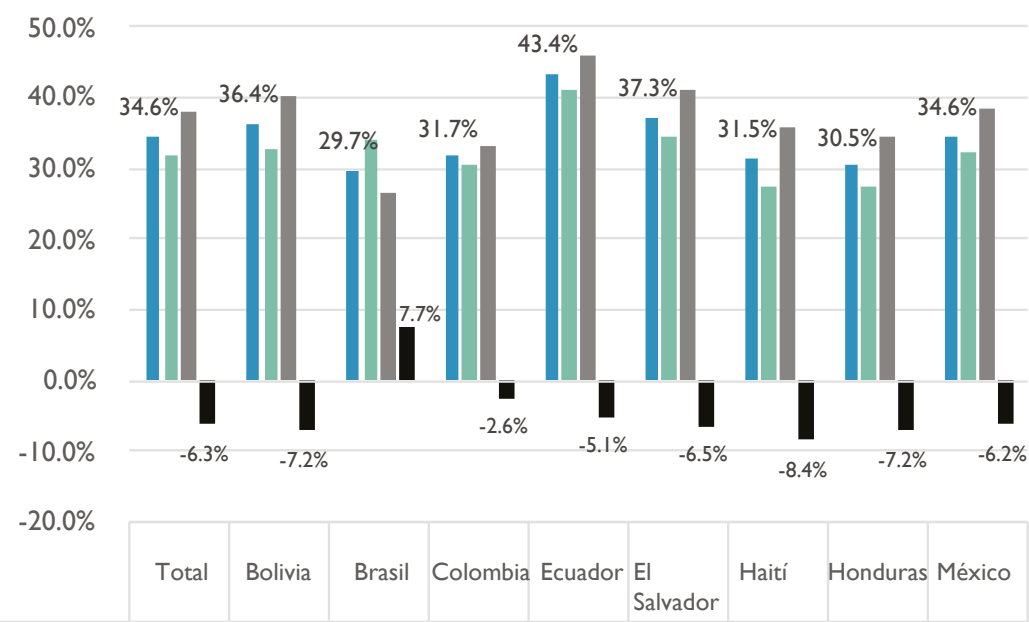
Tasa (%) de NNA que reportan compartir sus sentimientos con la madre según género



Después de la madre, el padre es la persona que los participantes reportan buscar con mayor frecuencia para compartir sus sentimientos (34,6%). Ecuador es el país que reporta la mayor tasa de participantes que indican compartir sus sentimientos con el padre (43,4%), en tanto que Brasil es el que reporta la menor tasa para este indicador (29,7%) (Ilustración-26). Ecuador es también el país donde tanto las participantes del género femenino como los de género masculino reportan la mayor tasa de compartir sus sentimientos con el padre (GF=40,1% y GM=46,0%). Sin embargo, Haití es el país donde las participantes de género femenino reportan la menor tasa de compartir sus sentimientos con el padre (27,3%), y para los participantes varones este país es Brasil (26,3%). El país que reporta la mayor diferencia entre participantes de género femenino y masculino en la tasa de compartir los sentimientos con la madre es Haití (-8,4 puntos porcentuales), seguido de Brasil (+7,7 puntos porcentuales), Bolivia (-7,2 puntos porcentuales) y Honduras (-7,2 puntos porcentuales).

Ilustración 26

Gráfico Tasa (%) de NNA que reportan compartir sus sentimientos con el padre, según género



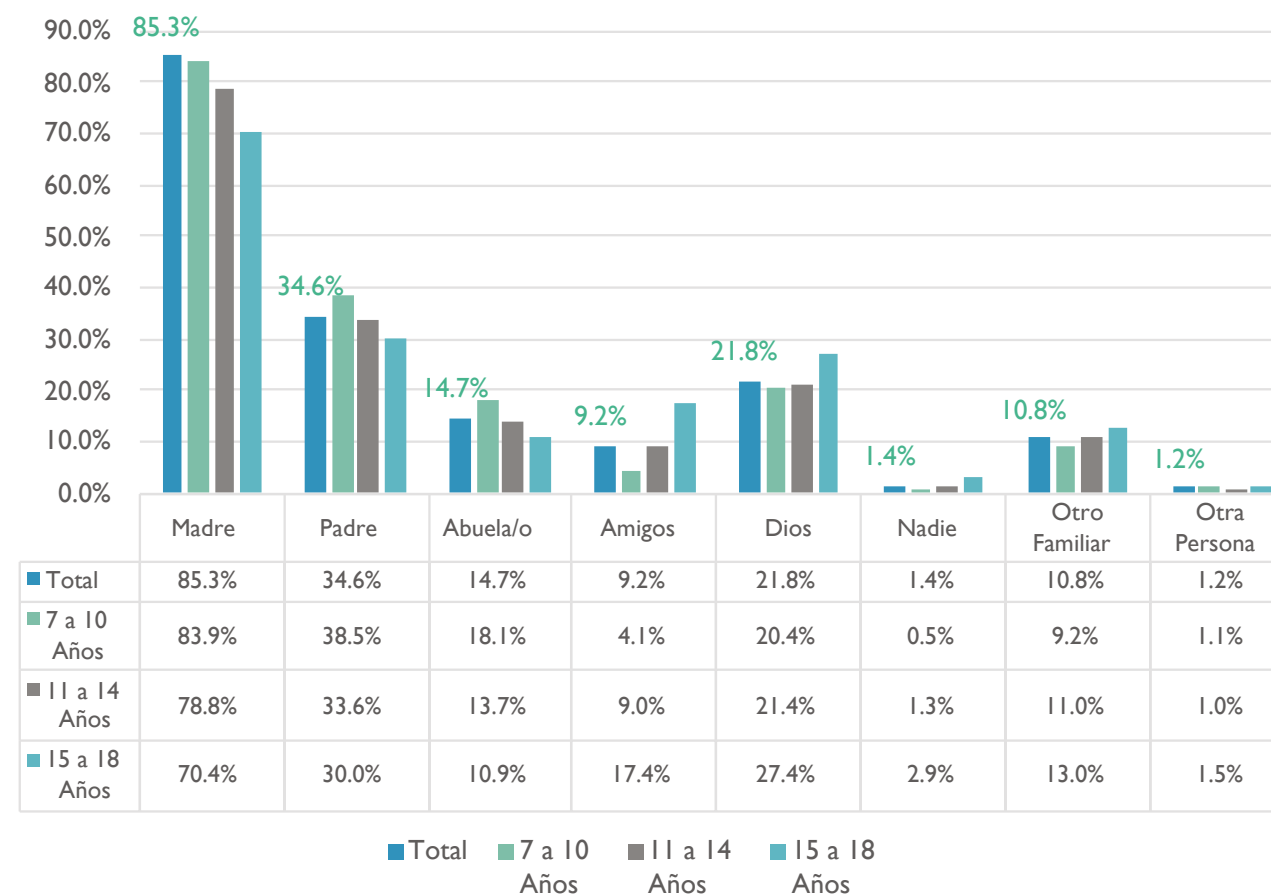
Conforme aumenta el rango de edad, la tasa de compartir los sentimientos con la madre disminuye de 83.9% para participantes entre 7 y 10 años a 78,8% para el rango etario entre 11 y 14 años y 70,4% entre los adolescentes de 15 a 18 años de edad (Ilustración-27). La misma tendencia se mantiene con respecto al padre y a las abuelas/os. Sin embargo, compartir los sentimientos con Dios, amigos y otro familiar incrementan con la edad, aunque estos representan tasas muy por debajo de compartir los sentimientos con la madre o padre.

Durante la cuarentena, la familia es el grupo social donde los niños, niñas y adolescentes más reportan movilizar personas para compartir sus sentimientos. El indicador referente a movilizar otra persona en su familia diferente a la madre, padre o abuelos es de 10,8%, comparado con el 1,2% referente a movilizar personas más allá de la familia.

El 1,4% de los participantes reportan no contar con una persona con quien compartir sus sentimientos. Esta tasa también se incrementa con la edad: 0,5% entre 7 y 10 años, 1,3% entre 11 y 14 años y 2,9% entre 15 y 18 años.

Ilustración 27

Tasa (%) personas según rol que los NNA reportan movilizar para compartir sus sentimientos, según rango de edad

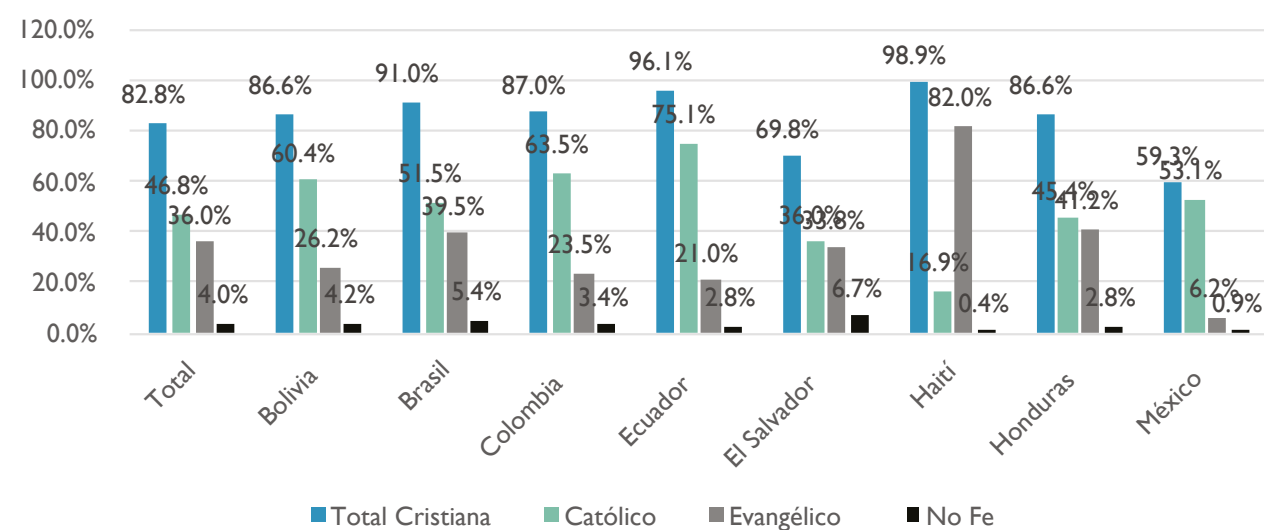


4.6.3 Espiritualidad y trascendencia

La gran mayoría de los participantes se identifican con la fe cristiana (82,8%) sea católica (46,8%) o evangélica (36,0%) (Ilustración-28). Un 4% reportan que no se identifican con una fe específica y el 12,9% reporta no sabe identificar su fe. Haití es el país que reporta la tasa más elevada de participantes que se identifican con la fe cristiana-evangélica (98,9%) y el que reporta la menor tasa para este indicador es México (59,3%). El país con la mayor tasa de participantes que reportan la fe católica es Ecuador (75,1%), y El Salvador reporta la tasa más elevada de participantes que no se identifican con una fe específica (6,7%).

Ilustración 28

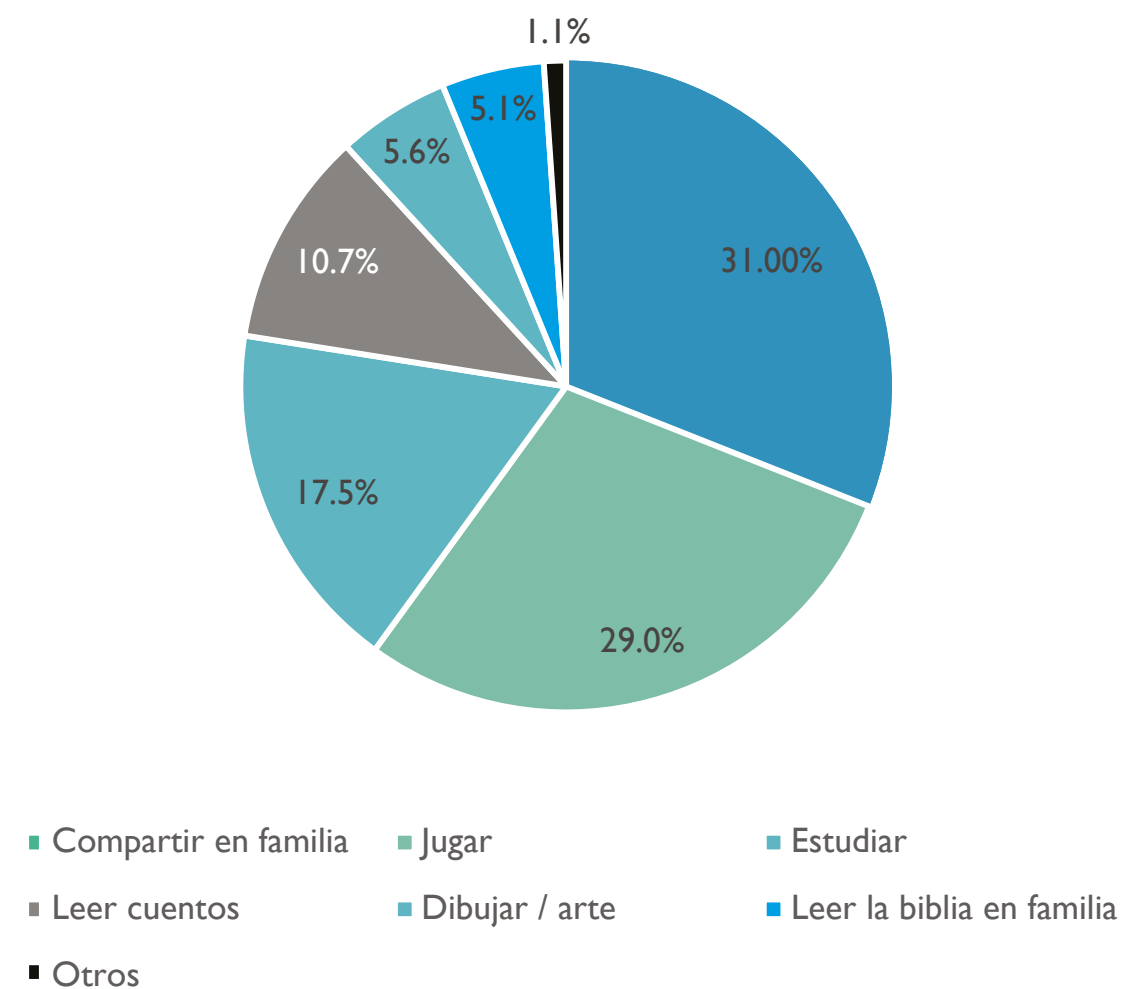
Tasa (%) de NNA que reportan su fe o religión, según país



Si bien la gran mayoría de los participantes reportan identificarse con la fe cristiana, solo el 5,1% indican que leer La Biblia en familia es la actividad que más disfrutaron durante la cuarentena (Ilustración-29). Esta actividad está antecedida por compartir en familia (31,0%), jugar (29,0%), estudiar (17,3%), leer cuentos (10,7%), dibujar y otras artes (5,6%).

Ilustración 29

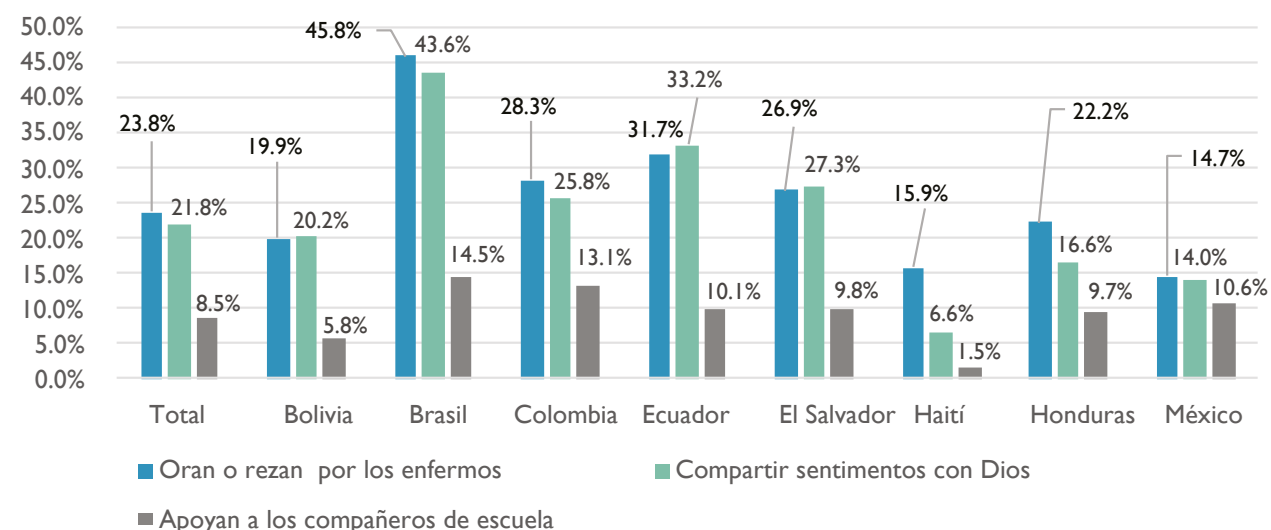
Gráfico Tasa (%) de actividades que los NNA reportan como la que más disfrutaron durante la cuarentena



Con respecto a los indicadores de espiritualidad, el 23,8% de los participantes oran por los enfermos, 21,8% buscan a Dios para compartir sus sentimientos y 8,5% apoyan a sus compañeros con los deberes del colegio o escuela. El país que reporta la más elevada para los tres indicadores de espiritualidad es: Brasil (orar/rezar por los enfermos (45,8%), compartir sus sentimientos con Dios (43,6%) y apoyar a los compañeros con los deberes de la escuela/colegio (14,5%) (Ilustración-30). Haití es el país que reporta la menor tasa en los tres indicadores de espiritualidad y trascendencia: Orar/rezar por los enfermos (15,9%), compartir sus sentimientos con Dios (6,6%) y apoyar a los compañeros con los deberes de la escuela/colegio (1,5%). Por otro lado, Brasil es el país que reporta las tasas más elevadas para los tres indicadores de espiritualidad y trascendencia (45,8%, 43,6% y 14,5% respectivamente).

Ilustración 30

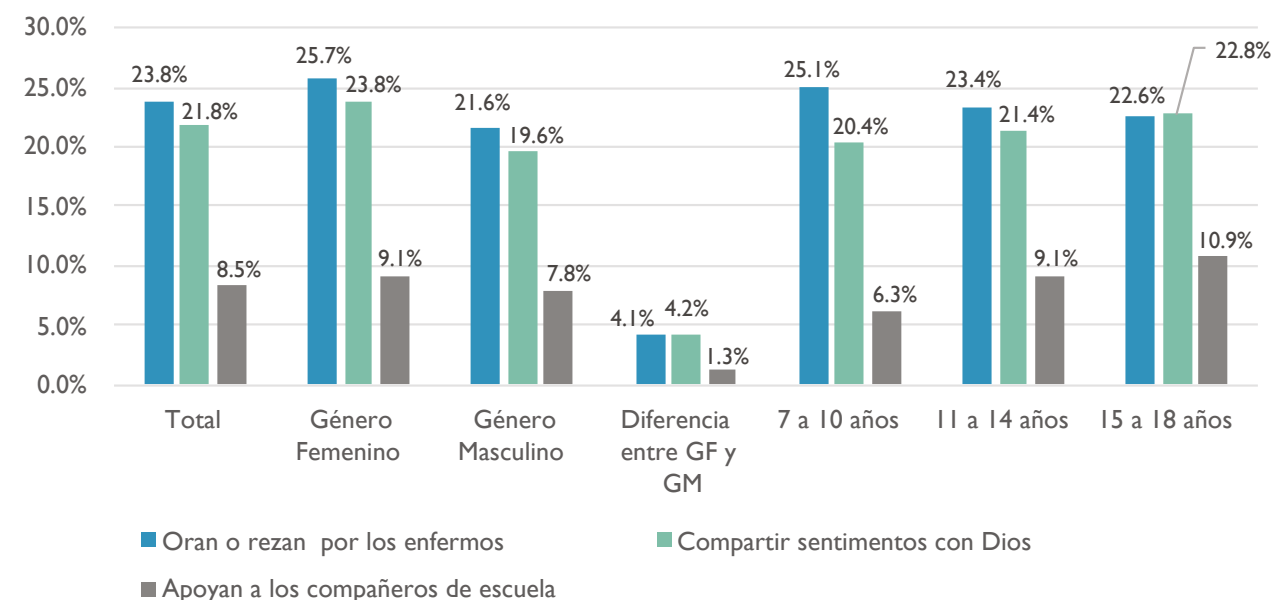
Gráfico Tasa (%) de indicadores de espiritualidad reportadas por NNA, según país



Con respecto a los indicadores de espiritualidad, tanto las participantes del género femenino como los del género masculino reportan tasas más elevadas para el indicador de orar/rezar por los enfermos (GF= 25,7%, GM=21,6%) y compartir sus sentimientos con Dios (GF= 23,8%, GM=19,6%) (Ilustración-31). Ambos géneros reportan la menor tasa para el indicador de apoyar los compañeros con los deberes de la escuela (GF= 9,1%, GM=7,8). Con respecto a los rangos etarios todos reportan mayor tasa para el indicador de orar por los enfermos, seguido por compartir los sentimientos con Dios, y apoyar los compañeros con los deberes de la escuela y colegio.

Ilustración 31

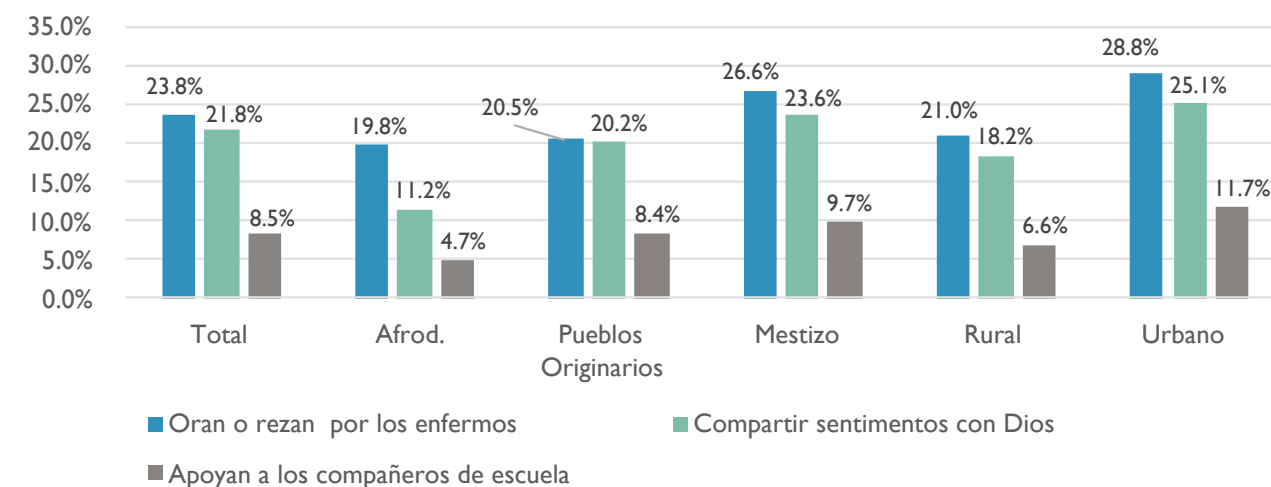
Tasa (%) de indicadores de espiritualidad reportada por NNA, según género y rango etario



El colectivo de participantes afrodescendientes reporta menores tasas para los tres indicadores de espiritualidad y trascendencia: Orar por los enfermos (19,9%), compartir los sentimientos con Dios (11,2%) y apoyar a los compañeros de la escuela/colegio (4,7%); en cuanto a los participantes que se identifican como mestizos, estos reportan las tasas más elevadas: Orar por los enfermos (26,6%), compartir los sentimientos con Dios (23,6%) y apoyar a los compañeros con los deberes de la escuela/colegio (9,7%) (Ilustración-32). Con relación al contexto, tanto los participantes de las zonas rurales como los de zona urbana reportan más frecuentemente el indicador de orar por los enfermos (R=21,0% y U=28,8%), seguido por compartir los sentimientos con Dios (R=18,2% y U=25,1%) y apoyar a los compañeros de la escuela/colegio (R=6,6% y U=11,7%).

Ilustración 32

Gráfico Tasa de indicadores de espiritualidad reportadas por NNA, según grupo sociocultural y contexto

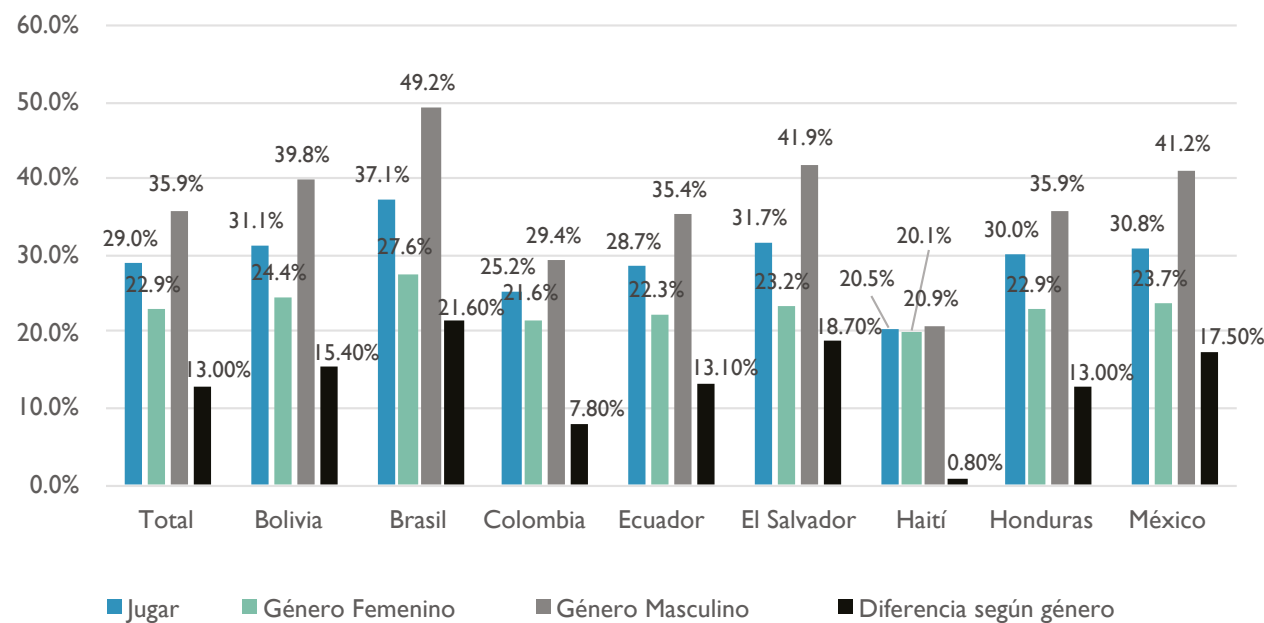


4.6.4 Juego

El 29,0% de los participantes indicaron que lo que más disfrutaban durante la cuarentena es jugar (Ilustración-33). Brasil es el país con la tasa más elevada para este indicador (37,1%) y Haití reporta la tasa más baja (20,5%). En todos los países, los participantes del género masculino reportan tasas más elevadas para el indicador de jugar como la actividad que más disfrutaban durante la cuarentena comparada con las participantes del género femenino. Las brechas de género a favor de los participantes varones más elevadas se reportan en: Brasil (21,6 puntos porcentuales), El Salvador (18,7 puntos porcentuales) y México (17,5 puntos porcentuales). Los que reportan menores brechas de género son Haití (0,80 puntos porcentuales) y Colombia (7,8 puntos porcentuales).

Ilustración 33

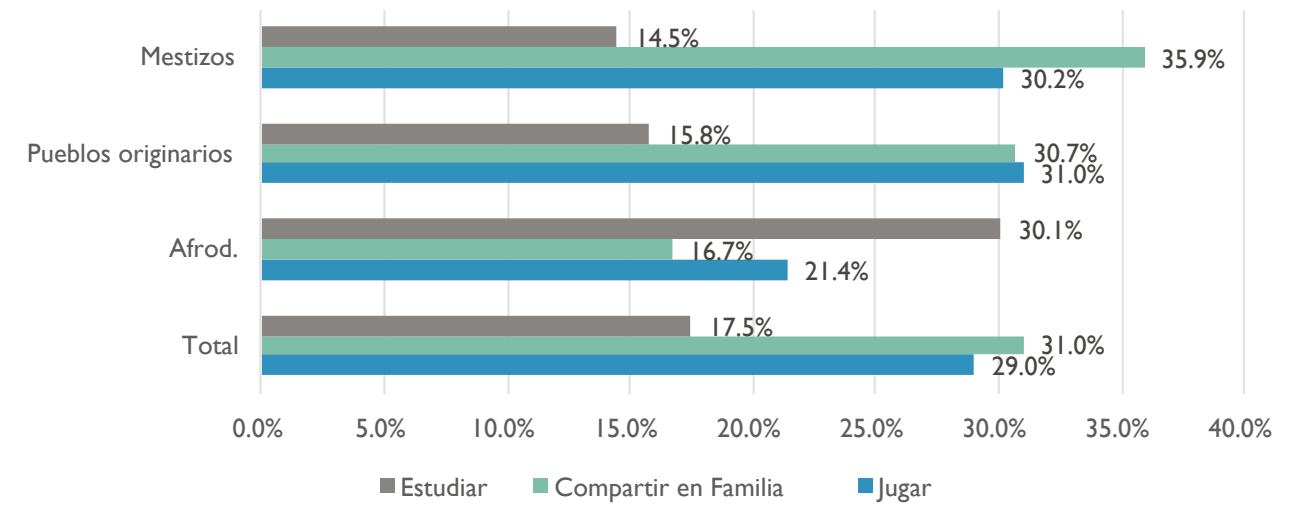
Gráfico Tasa (%) de NNA que reportan jugar como la actividad que más disfrutaban durante la cuarentena, según género y diferencias por género (GF-GM)



Con respecto al grupo sociocultural, para los participantes que se identifican como afrodescendientes, jugar es la tercera actividad que más disfrutaban durante la cuarentena (21,4%), antecedida por leer cuentos y libros (22,5%), y estudiar (30,1%) (Ilustración-34). Compartir en familia viene en cuarto lugar para el grupo afrodescendiente (16,7%). Para el colectivo de pueblos originarios, jugar es la actividad que más disfrutaban durante la cuarentena (31,0%) seguida de compartir en familia (30,7%) y estudiar (15,8%). Para el grupo de participantes mestizos, jugar es la segunda actividad que más disfrutaban durante la cuarentena antecedida por compartir en familia (35,9%) y seguida por estudiar (14,5%).

Ilustración 34

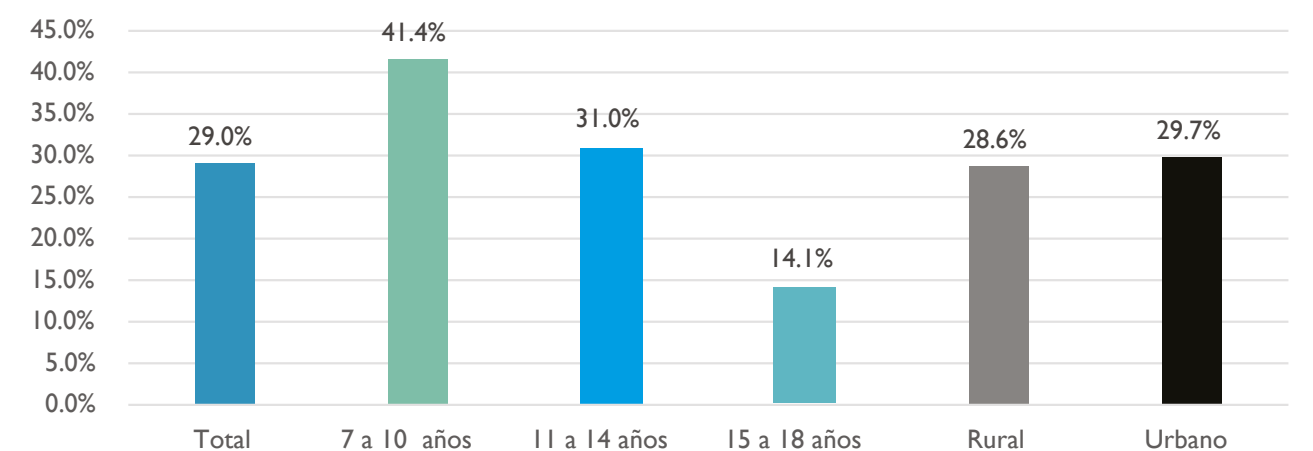
Gráfico Tasa (%) de NNA que reportan la actividad que más disfrutaban durante la cuarentena, según grupo sociocultural



Conforme se incrementan los rangos etarios, los participantes reportan con menor frecuencia el juego como la actividad que más disfrutaban durante la cuarentena (Ilustración-35). Para los niños y niñas entre 7 y 10 años, jugar es la actividad que más disfrutaban (41,4%), seguido de compartir en familia (25,7%) y estudiar (13,7%). Para el grupo de 11 a 14 años, jugar es la segunda actividad que más disfrutaban (26,1%) antecedida por compartir en familia (30,9%) y seguida por estudiar (19,5%). Para los adolescentes de 15 a 19 años jugar es la tercera actividad que más disfrutaban (14,1%), antecedida por estudiar (20,5%) y compartir en familia (39,5%). No se reportan diferencias muy marcadas con respecto al contexto para este indicador: Rural lo reporta en 28,6% y el urbano en 29,7%.

Ilustración 35

Tasa (%) NNA que reportan que jugar es lo que más disfrutaban durante la cuarentena, según rango etario y contexto

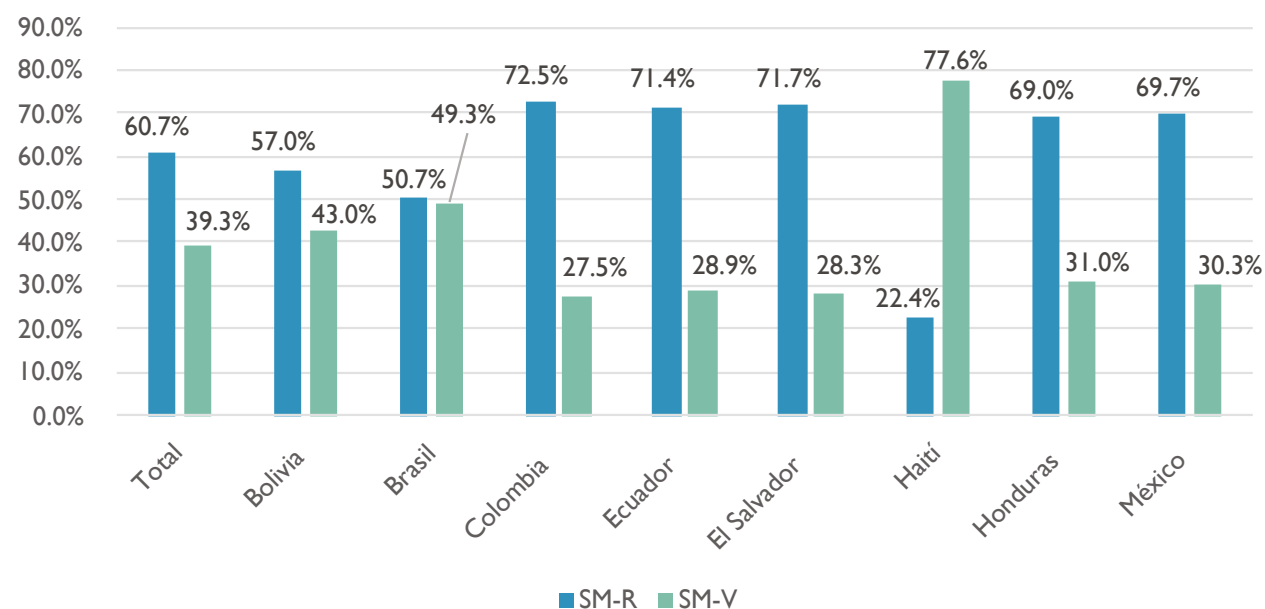


4.6.5 Puntuación del Índice de Salud Mental

La tasa de salud mental resiliente entre niños, niñas y adolescentes es de 60,7% y la de salud mental vulnerable es de 39,3% (Ilustración-36). El país con la tasa más elevada de salud mental resiliente es Colombia (72,5%) y el país con la tasa más baja es Haití (22,4%). Con respecto a la salud mental vulnerable, Haití es el país con la tasa más elevada (77,6%) y la más baja lo presenta Colombia (27,5%).

Ilustración 36

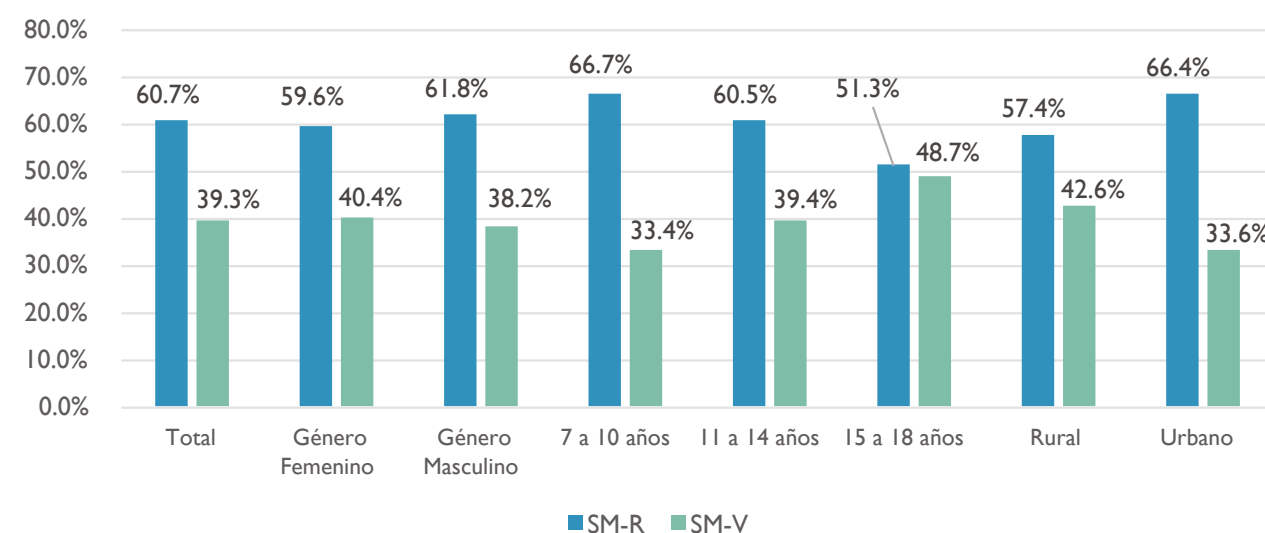
Gráfico Tasa (%) de Tipología de Salud Mental de NNA, según país



La tasa de salud mental resiliente para las participantes del género femenino es de 59,6% y para la de salud mental vulnerable es de 40,4% (Ilustración-37). Para los participantes de género masculino, la tasa de salud mental vulnerable es ligeramente inferior (38,2%) comparada con las de género femenino (40,4%). Con respecto al rango etario, la salud mental vulnerable tiende a aumentar con la edad: 33,4% para los participantes entre 7 y 10 años, 29,4% para los entre 11 y 14 años y 48,7% para los entre 15 y 18 años. La tasa de salud mental vulnerable es más elevada para los participantes de contexto rural (42,6%) comparado con los del contexto urbano (33,6%).

Ilustración 37

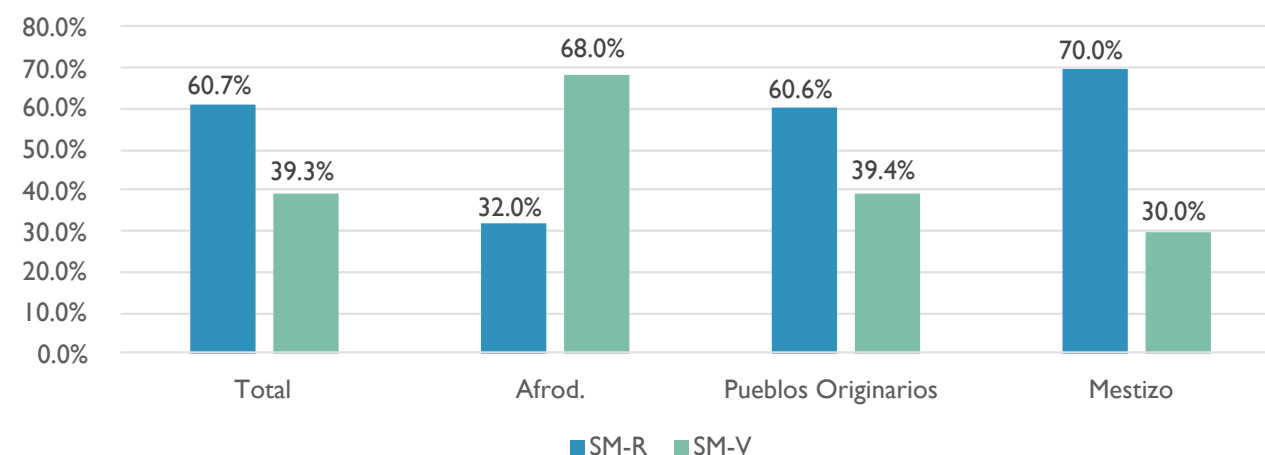
Tasa (%) de tipología de Salud Mental de NNA, según género, rango de edad y contexto

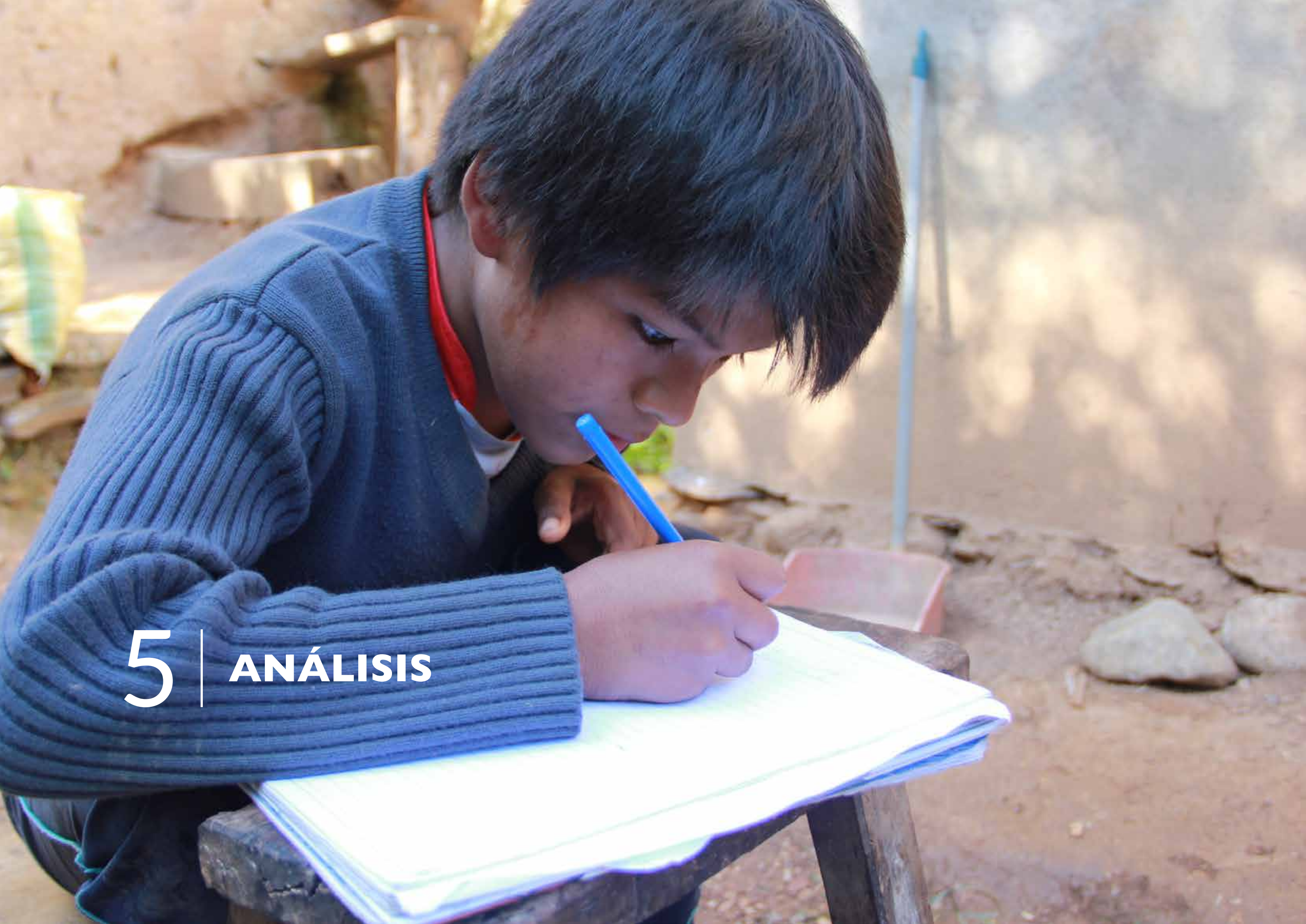


En relación al grupo sociocultural, los participantes afrodescendientes reportan las tasas más elevadas para la salud mental vulnerable (68,0%) (Ilustración-38). Por otro lado, el grupo de participantes mestizos reportan la tasa más baja para salud mental vulnerable (30,0%).

Ilustración 38

Gráfico Tasa de tipología de salud mental según género, rango de edad y contexto





5 | ANÁLISIS

5.1 Análisis de Correspondencias

En análisis de correspondencia indica que todas las variables demográficas son no independientes con respecto a las Experiencias de Ternura durante la Niñez, excepto por género. Las ESP son no independientes con respecto a las ETNs, y la salud mental vulnerable es no independientes con relación a ESP y ETNs. La tabla-6 indica la relación de correspondencias entre las variables del estudio.

Tabla 6
Prueba de p-valor χ^2

Variables	p-valor χ^2	Resultado
ESP-ETN	0	No independientes
Grupo Etario-ETN	0	No independientes
Grupo sociocultural-ETN	0	No independientes
País-ETN	0	No independientes
Género-ETN	0,454	Independientes
Área geográfica-ETN	0	No independientes
Salud mental vulnerable -ETN	0	No independientes
Salud mental vulnerable-ESP	0	No independientes

5.1.2 Análisis de Correspondencia entre ESP y ETN

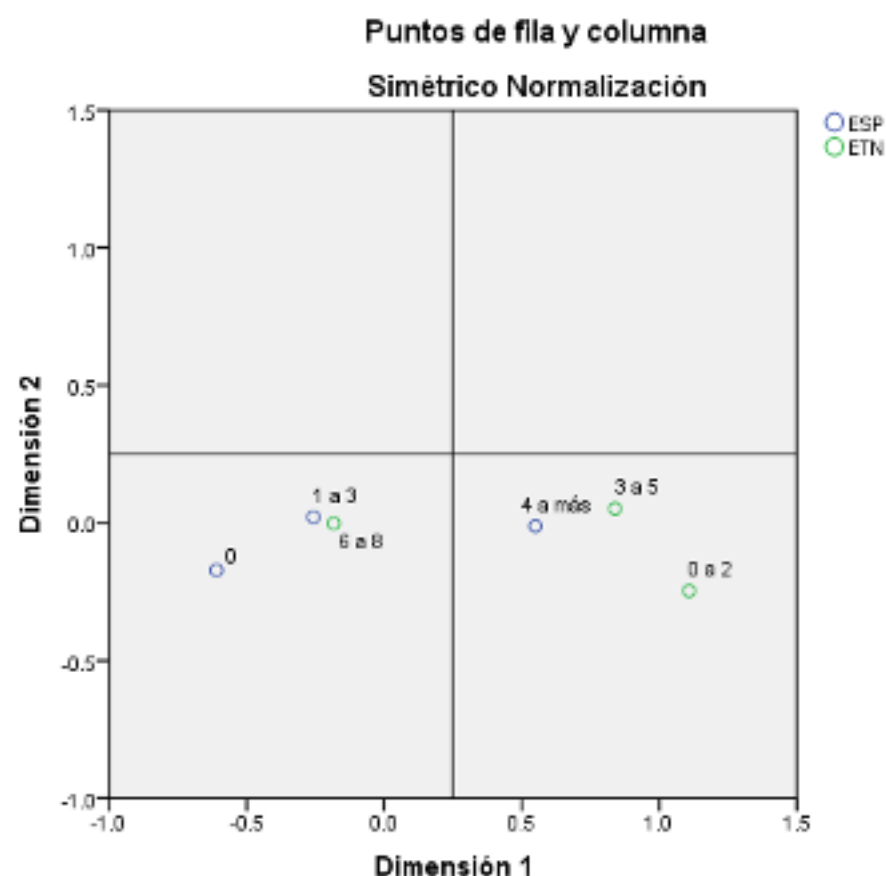
La prueba de χ^2 confirma que **no existe independencia entre variables ESP y ETN** (Tabla-6). Según el análisis de correspondencia, las Experiencias de Ternura durante la Niñez coexisten con las Experiencias de Sufrimiento Psicosocial (Tabla-7). Al considerar la categoría de 6 a 8 ETNs se observa que la mayoría de los participantes también reportan de 1 a 3 ESP (63,4%), y un tercio reporta de 4 a 6 ESP (30,7%). Solo el 5,9% de los participantes que reportan la cantidad máxima de ETN no reportan Experiencias de Sufrimiento Psicosocial durante la Niñez. Sin embargo, el grupo con mayor cúmulo de ETN (6 a 8) se relacionan con mayor frecuencia con el grupo de menor frecuencia de ESP (1 a 3), reconociendo que 0 ESP representan apenas el 5.3% de la muestra (1434 NNA), y el 92% de ellos tienen de 6 a 8 ETNs.

Tabla 7
Correspondencia entre rangos de ESP y ETN

			ETN			
			0 a 2	3 a 5	6 a 8	Total
ESP	0	Recuento	13	102	1319	1434
		% dentro de ESP	0.9%	7.1%	92.0%	100.0%
		% dentro de ETN	1.9%	2.5%	5.9%	5.3%
	1 a 3	Recuento	287	1907	14165	16359
		% dentro de ESP	1.8%	11.7%	86.6%	100.0%
		% dentro de ETN	43.0%	47.6%	63.4%	60.6%
	4 a más	Recuento	367	1998	6852	9217
		% dentro de ESP	4.0%	21.7%	74.3%	100.0%
		% dentro de ETN	55.0%	49.9%	30.7%	34.1%
Total	Recuento	667	4007	22336	27010	
	% dentro de ESP	2.5%	14.8%	82.7%	100.0%	
	% dentro de ETN	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Ilustración 39

Gráfico de : Correspondencia entre las variables de ESP y ETN

**5.1.3 Análisis de Correspondencia entre país y ETN**

La prueba de χ^2 confirma que no existe independencia entre país y ETN (Tabla-6). **La tabla de correspondencia revela que el país que corresponde más frecuentemente con la categoría máxima de ETN (6 a 8) es El Salvador; seguido por Colombia, Bolivia y Honduras** (Tabla-8). El 87,6% de los participantes de El Salvador reportan 6 a 8 ETN, sin embargo, representan un tercio (29,4%) de todos, las niñas, niños y adolescentes que reportan de 6 a 8 ETN. Por otro lado, Haití es el país que corresponde con menor frecuencia a la categoría 6 a 8 ETN, seguido por Brasil, México y Ecuador (Tabla-8). El 79,0% de los participantes haitianos reportan 6 a 8 ETN, sin embargo, solo constituyen el 3,4% de todos los participantes con 6 a 8 ETN. Considerando la categoría moderada de ETN (3 a 5), Bolivia y Haití son los países que corresponden más frecuentemente a este indicador. Cabe resaltar que aunque la de tasa global para la categoría de 0 a 2 ETN es apenas de 2,4%, la tasa para este indicador en Bolivia es de 4,0% y el 40% de los participantes que reportan este indicador son de Bolivia, el 23% son de El Salvador y 15,7% son de Colombia.

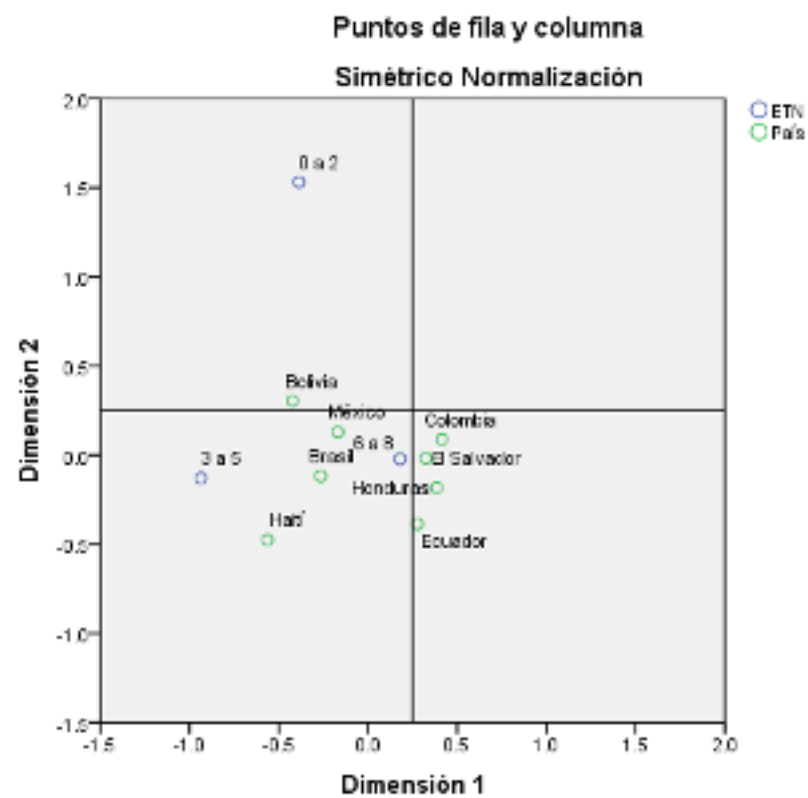
Tabla 8

Correspondencia entre variables País y ETN

		ETN				
		0 a 2	3 a 5	6 a 8	Total	
País	Bolivia	Recuento	267	1336	5034	6637
		% dentro de País	4.0%	20.1%	75.8%	100.0%
		% dentro de ETN	40.0%	33.3%	22.5%	24.6%
Brasil	Recuento	22	181	763	966	
	% dentro de País	2.3%	18.7%	79.0%	100.0%	
	% dentro de ETN	3.3%	4.5%	3.4%	3.6%	
Colombia	Recuento	105	388	3860	4353	
	% dentro de País	2.4%	8.9%	88.7%	100.0%	
	% dentro de ETN	15.7%	9.7%	17.3%	16.1%	
Ecuador	Recuento	4	63	470	537	
	% dentro de País	0.7%	11.7%	87.5%	100.0%	
	% dentro de ETN	0.6%	1.6%	2.1%	2.0%	
El Salvador	Recuento	157	778	6577	7512	
	% dentro de País	2.1%	10.4%	87.6%	100.0%	
	% dentro de ETN	23.5%	19.4%	29.4%	27.8%	
Haití	Recuento	43	837	2672	3552	
	% dentro de País	1.2%	23.6%	75.2%	100.0%	
	% dentro de ETN	6.4%	20.9%	12.0%	13.2%	
Honduras	Recuento	32	223	2011	2266	
	% dentro de País	1.4%	9.8%	88.7%	100.0%	
	% dentro de ETN	4.8%	5.6%	9.0%	8.4%	
México	Recuento	37	201	949	1187	
	% dentro de País	3.1%	16.9%	79.9%	100.0%	
	% dentro de ETN	5.5%	5.0%	4.2%	4.4%	
Total	Recuento	667	4007	22336	27010	
	% dentro de País	2.5%	14.8%	82.7%	100.0%	
	% dentro de ETN	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

Ilustración 40

Gráfico de corespondencia entre País y ETN



5.1.4 Correspondencia entre Género y ETN

Al realizar la prueba de χ^2 se establece que existe independencia entre las variables género y ETN (Tabla-6).

5.1.5 Análisis de Correspondencia entre Grupo Etario y ETN

La prueba de χ^2 confirma que no existe independencia entre el rango etario y ETN (Tabla-6). **El mayor cúmulo de 6 a 8 Experiencia de Ternura durante la Niñez corresponde de manera más frecuente con el grupo de niños y niñas de 7 a 10 años**, seguido por el grupo de 11 a 14 años y luego por los de 15 a 18 años (Tabla 9). Entre el total de participantes que reportan de 6 a 8 ETN el 38,6% tiene de 7 a 10 años, en tanto que el 82% de participantes entre 7 a 10 años reportan 6 a 8 ETN.

La categoría de 6 a 8 ETN corresponde de manera menos frecuente con los adolescentes de 15 a 18 años (Tabla-9). Aunque el 80,2% de los participantes de 15 a 18 años reportan 6 a 8 ETN, este grupo representa apenas el 23,6% de todos los participantes que reportan la máxima carga de ETN (6 a 8).

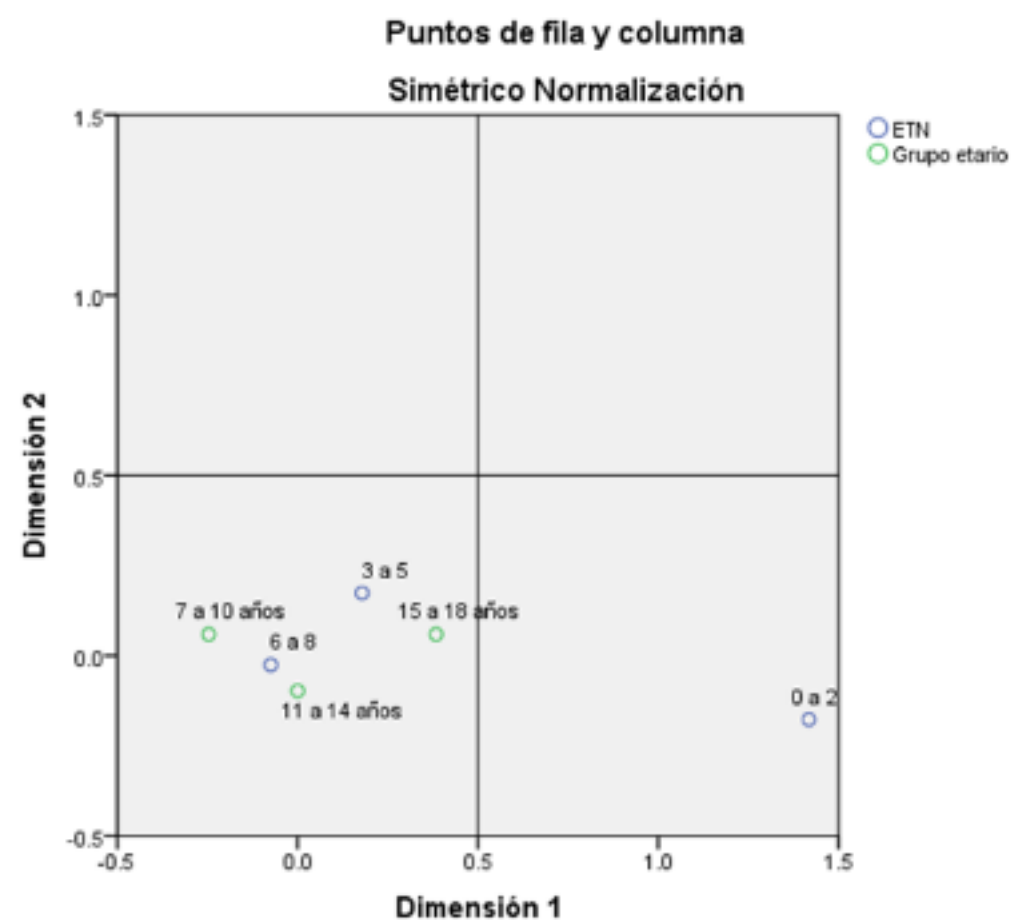
Tabla-9

Correspondencias entre las variables de Grupo Etario y ETN

			ETN			
			0 a 2	3 a 5	6 a 8	Total
Grupo etario	7 a 10 años	Recuento	162	1469	8617	10248
		% dentro de Grupo etario	1.6%	14.3%	84.1%	100.0%
		% dentro de ETN	24.3%	36.7%	38.6%	37.9%
11 a 14 años		Recuento	256	1486	8448	10190
		% dentro de Grupo etario	2.5%	14.6%	82.9%	100.0%
		% dentro de ETN	38.4%	37.1%	37.8%	37.7%
15 a 18 años		Recuento	249	1052	5271	6572
		% dentro de Grupo etario	3.8%	16.0%	80.2%	100.0%
		% dentro de ETN	37.3%	26.3%	23.6%	24.3%
Total		Recuento	667	4007	22336	27010
		% dentro de Grupo etario	2.5%	14.8%	82.7%	100.0%
		% dentro de ETN	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Ilustración 41

Correspondencia entre variables grupo etario y ETN

**5.1.6. Correspondencia entre Grupo Sociocultural y ETN**

La prueba de χ^2 confirma que no existe independencia grupo sociocultural y ETN (Tabla-6). **El mayor cúmulo de Experiencias de Ternura corresponde de manera más frecuente con los participantes mestizos seguidos por los participantes de los pueblos originarios y afrodescendientes.** La tabla de correspondencia muestra que el 85.3% de participantes mestizos reportan entre 6 y 8 ETN y representan el 54% de los participantes que reportan de 6 a 8 ETN (Tabla-10). No obstante, revela también que 79,9% del colectivo afrodescendiente reportan de 6 a 8 ETN, sin embargo, solo representan el 16,5% del total de participantes que reportan entre 6 y 8 ETN. Respecto al grupo de participantes de pueblos originarios el 79,7% reporta 6 a 8 ETN y constituyen 28,3% de todos participantes que reportan 6 a 8 ETN.

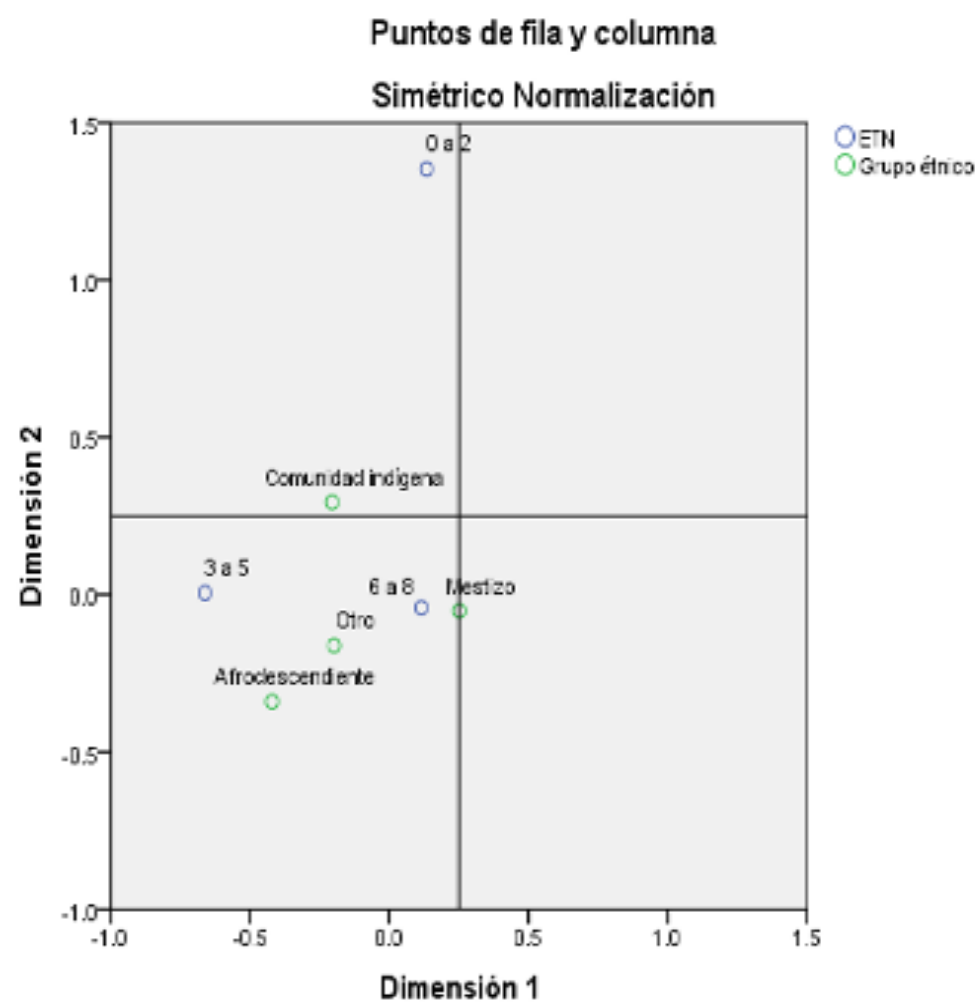
Tabla 10

Correspondencia entre variables grupo etario y ETN

		ETN			
		0 a 2	3 a 5	6 a 8	Total
Afrodescendiente	Recuento	55	872	3676	4603
	% dentro de Grupo étnico	1.2%	18.9%	79.9%	100.0%
	% dentro de ETN	8.2%	21.8%	16.5%	17.0%
Comunidad indígena	Recuento	268	1337	6316	7921
	% dentro de Grupo étnico	3.4%	16.9%	79.7%	100.0%
	% dentro de ETN	40.2%	33.4%	28.3%	29.3%
Mestizo	Recuento	341	1771	12213	14325
	% dentro de Grupo étnico	2.4%	12.4%	85.3%	100.0%
	% dentro de ETN	51.1%	44.2%	54.7%	53.0%
Otro	Recuento	3	27	131	161
	% dentro de Grupo étnico	1.9%	16.8%	81.4%	100.0%
	% dentro de ETN	0.4%	0.7%	0.6%	0.6%
Total	Recuento	667	4007	22336	27010
	% dentro de Grupo étnico	2.5%	14.8%	82.7%	100.0%
	% dentro de ETN	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Ilustración 42

Gráfico Correspondencia entre variables grupo sociocultural y ETN



5.1.7 Correspondencia entre Contexto y ETN

La prueba de χ^2 permite establecer que no existe independencia entre las variables área geográfica y ETN (Tabla-6). La tabla de correspondencia muestra que la categoría de 6 a 8 ETN se correlaciona de manera más frecuente con el contexto rural que con el urbano (Tabla-11). El 82,2% de los participantes de zona rural reportan 6 a 8 ETN y representan el 63,7% de los que reportan 6 a 8 ETN.

Tabla 11

Correspondencia entre variables contexto y ETN

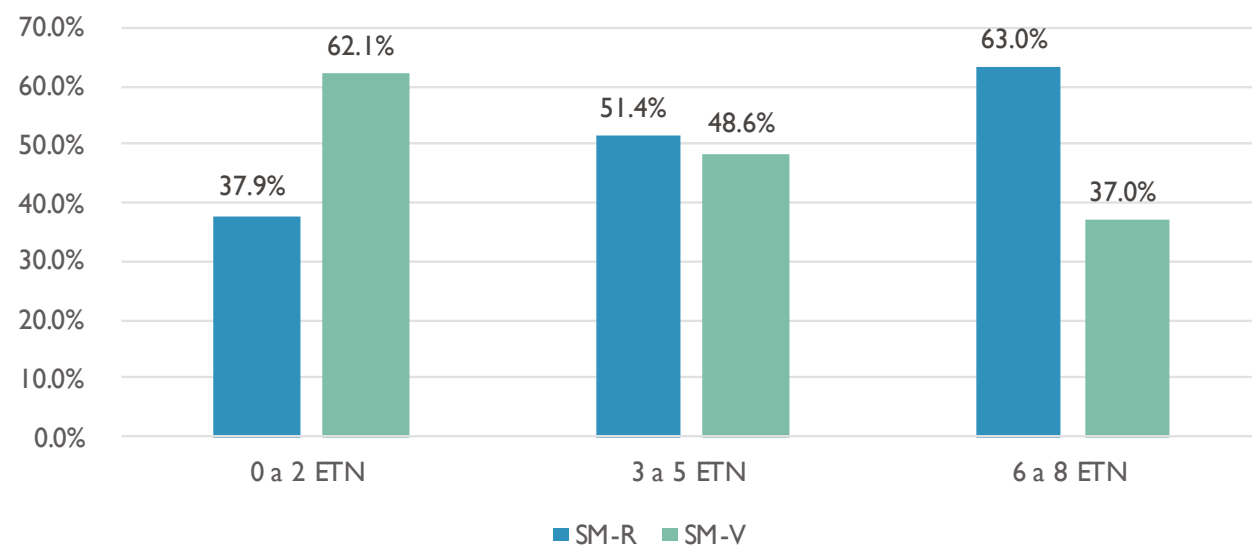
			ETN			
			0 a 2	3 a 5	6 a 8	Total
Área	Urbana	Recuento	282	1314	8105	9701
		% dentro de Área	2.9%	13.5%	83.5%	100.0%
		% dentro de ETN	42.3%	32.8%	36.3%	35.9%
	Rural	Recuento	385	2693	14231	17309
		% dentro de Área	2.2%	15.6%	82.2%	100.0%
		% dentro de ETN	57.7%	67.2%	63.7%	64.1%
Total	Recuento	667	4007	22336	27010	
	% dentro de Área	2.5%	14.8%	82.7%	100.0%	
	% dentro de ETN	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

5.1.8 Análisis de Correspondencias entre ETN y Salud Mental (Resiliente y Vulnerable)

La prueba de χ^2 indica que las variables de ETN y Salud Mental Resiliente no son independientes (Tabla-6). El cúmulo de Experiencias de Ternura durante la Niñez se correlaciona con el incremento progresivo de salud mental resiliente (Gráfico-32). La salud mental resiliente incrementa 13.5 puntos porcentuales al incrementar de 0 a 2 ETN a 3 a 4, y 25.1 puntos porcentuales al incrementar de 0 a 2 ETN a 6 a 8 ETN (Ilustración-43).

Ilustración 43

Gráfico La relación entre el cúmulo de Experiencias de Ternura durante la Niñez y el estado de salud mental vulnerable



Todas las ETN se correlacionan más fuertemente con la salud mental resiliente, excepto la que corresponde a compartir en familia como la actividad que los NNA más disfrutaban durante la cuarentena (Tabla-12). La ausencia de este indicador se correlaciona más fuertemente con reportar salud mental vulnerable.

Tabla 12

Gráfico Análisis de correspondencia para las Experiencias de Ternura durante la Niñez y tipología de salud mental (resiliente o vulnerable)

ETN-Asistencial		SM-R	SM-V
Amado/ Protegido	Sí	61,2%	38,9%
	No	97,7%	95,3%
Cuidado/Protegido	Sí	42,7%	57,4%
	No	2,3%	4,7%
Apoyo/Cariño	Sí	SM-R	SM-V
	No	61,8%	38,3%
Amado/ Protegido	Sí	97,5%	92,7%
	No	34,8%	65,2%
Cuidado/Protegido	Sí	2,5%	7,3%
	No	SM-R	SM-V
Apoyo/Cariño	Sí	61,6%	38,4%
	No	96,8%	92,8%
Amado/ Protegido	Sí	41,0%	59,0%
	No	3,2%	7,2%

ETN-Participación		SM-R	SM-V
Confianza	Sí	62,2%	37,8%
	No	88,4%	82,8%
Escuchado	Sí	51,0%	49,0%
	No	11,6%	17,2%
Participa	Sí	SM-R	SM-V
	No	63,7%	36,3%
Disfruta compartir familia	Sí	86,7%	76,1%
	No	46,2%	53,9%
Valorado/Apreciado	Sí	13,3%	23,8%
	No	SM-R	SM-V
Disfruta compartir familia	Sí	59,7%	40,3%
	No	61,8%	64,4%
Valorado/Apreciado	Sí	62,3%	37,2%
	No	38,3%	35,6%
Disfruta compartir familia	Sí	SM-R	SM-V
	No	61,7%	38,3%
Valorado/Apreciado	Sí	32,7%	28,5%
	No	43,4%	56,6%
Disfruta compartir familia	Sí	67,4%	71,5%
	No	SM-R	SM-V
Valorado/Apreciado	Sí	61,7%	38,3%
	No	95,8%	91,6%
Disfruta compartir familia	Sí	43,4%	56,6%
	No	4,2%	8,4%

La tabla de correspondencia muestra que la Salud Mental Resiliente se relaciona fuertemente con la categoría de 6 a 8 ETN. El 85,9% de los participantes con Salud Mental Resiliente reportan de 6 a 8 ETN, y representan el 63,0% de todos los participantes que reportan 6 a 8 ETN (Tabla-13). Aunque la mayoría de los participantes con Salud Mental Vulnerable reportan de 6 a 8 ETN, solo representan el 37% de todos los que reportan 6 a 8 ETN.

Tabla 13
Correspondencia entre variables Salud Mental (Resiliente y Vulnerable) y ETN

			ETN			
			0 a 2	3 a 5	6 a 8	Total
Salud mental	Salud mental resiliente	Recuento	253	2061	14068	16382
		% dentro de Salud mental	1.5%	12.6%	85.9%	100.0%
		% dentro de ETN	37.9%	51.4%	63.0%	60.7%
Salud mental vulnerable	Salud mental vulnerable	Recuento	414	1946	8268	10628
		% dentro de Salud mental	3.9%	18.3%	77.8%	100.0%
		% dentro de ETN	62.1%	48.6%	37.0%	39.3%
Total		Recuento	667	4007	22336	27010
		% dentro de Salud mental	2.5%	14.8%	82.7%	100.0%
		% dentro de ETN	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

5.1.9 Análisis de correspondencia ESP y Salud Mental (Resiliente y Vulnerable)

La prueba de χ^2 indica que las variables de ESP y Salud Metal Resiliente no son independientes (Tabla-6). Con respecto a la relación entre Experiencias de Sufrimiento Psicosocial y el estado salud mental, se observa que a mayor cúmulo de ESP, mayor la tasa de salud mental vulnerable y menor la tasa de salud mental resiliente (Ilustración-44). Al incrementar de 0 a 1 a 3 ESP, la tasa de salud mental vulnerable se incrementa en 9 puntos porcentuales y al incrementar de 0 a 4 a 6 ESP se observa un aumento de 29 puntos porcentuales. **Cuando ausentes todas las ESP se correlacional con salud mental resiliente, excepto por no contar con acceso a internet (Tabla-14). No contar con internet corresponde más frecuentemente con salud mental vulnerable.**

Ilustración 44

Relación entre tasa (%) de salud mental resiliente y vulnerable, según puntuación de ESP

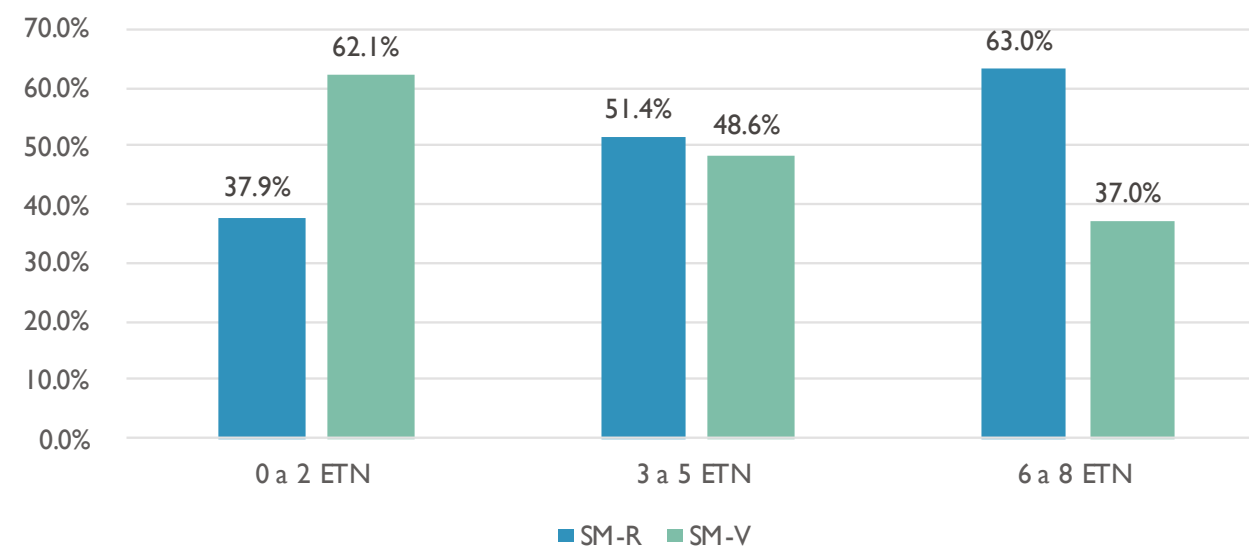


Tabla 14
Relación entre tasa (%) de salud mental resiliente y vulnerable, según puntuación de ESP

ESP		SM-R	SM-V
Hambre	Sí	55.9%	44,2%
	No	56,1%	69,7%
Sin acceso a agua y jabón	Sí	69,3%	30,7%
	No	43,9%	30,3%
Sin internet	Sí	53,8%	46,2%
	No	14,3%	19,2 &
Sin paciencia para apoyar con los deberes escuela/ colegio	Sí	62,4%	37,6%
	No	85,7%	80,8%
Sin apoyo para las tareas de la escuela/Colegio	Sí	58,5%	41,5%
	No	64,2% %	71,5%
Educación suspendida	Sí	66,3%	33,8%
	No	35,8%	28,5%
Sin apoyo para las tareas de la escuela/Colegio	Sí	56,8%	43,2%
	No	36,0%	43,4%
Sin apoyo para las tareas de la escuela/Colegio	Sí	64,0%	36,0%
	No	64,0%	56,6%
Sin apoyo para las tareas de la escuela/Colegio	Sí	49,1%	50,9%
	No	7,9%	12,5%
Sin apoyo para las tareas de la escuela/Colegio	Sí	62,5%	37,5%
	No	92,1%	87,1%
Sin apoyo para las tareas de la escuela/Colegio	Sí	51,9%	48,1%
	No	41,8%	60,8%
Sin apoyo para las tareas de la escuela/Colegio	Sí	70,0%	30,0%
	No	58,2%	39,2%

La tabla de correspondencia muestra que la **Salud Mental Resiliente se relaciona más fuertemente con la categoría de 1 a 3 ESP** (Tabla-15). El 66.9% de los participantes con Salud Mental Resiliente reportan de 1 a 3 ESP y constituyen la mayoría (67,0%) de todos los participantes que reportan salud mental resiliente. Cabe resaltar que la categoría de 0 ESP es muy poco frecuente entre la población del estudio (5,3%/n=1434).

La Salud Mental Vulnerable se correlaciona más fuertemente con reportar la máxima categoría de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial (4 a 6), (Tabla-15). El 45,9% de los participantes con reportan Salud Mental Vulnerable tienen 4 a 6 ESP, sin embargo, representa la mayoría (53%) de los que reportan Salud Mental Vulnerable.

Tabla 15
Correspondencia entre variables Salud Mental (Resiliente y Vulnerable) y ESP

			ETN			
			0	1 a 3	4 a más	Total
Salud mental	Salud mental resiliente	Recuento	1090	10958	4334	16382
		% dentro de Salud mental	6.7%	66.9%	26.5%	100.0%
		% dentro de ESP	76.0%	67.0%	47.0%	60.7%
Salud mental vulnerable	Salud mental vulnerable	Recuento	344	5401	4883	10628
		% dentro de Salud mental	3.2%	50.8%	45.9%	100.0%
		% dentro de ESP	24.0%	33.0%	53.0%	39.3%
Total		Recuento	1434	16359	9217	27010
		% dentro de Salud mental	5.3%	60.6%	34.1%	100.0%
		% dentro de ESP	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

5.2 Análisis de Regresión Logística Múltiple

El riesgo a reportar Salud Mental Vulnerable disminuye conforme se incrementa el número de las Experiencias de Ternura reportadas. El Odds Ratio referente a la salud mental vulnerable disminuye progresivamente de 1 (referencia) a 0.46 a 0.36 conforme se incrementan las ETN de 0 a 2 a 3 a 5, y de 0 a 2 a 6 a 8 respectivamente (Tabla-16). **En ese sentido, la probabilidad de padecer salud mental vulnerable es 54% menor entre los participantes que reporta de 3 a 5 ETN respecto de aquellos que experimentaron entre 0 y 2. Para quienes reportaron entre 6 y 8 ETN, la probabilidad de padecer salud mental vulnerable es 64% menor respecto de los que indican entre 0 y 2.**

Se observa un incremento progresivo de la tasa de Salud Mental Vulnerable conforme se incrementa el número de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial, (Tabla-16). El Odds Ratio de reportar Salud Mental Vulnerable se incrementa de 1 (referencia) a 1.4 y a 1.7 conforme se incrementa de 0 ESP a 1-2 ESP y de 0 ESP a 4 a 6 ESP respectivamente. **Esto significa que la probabilidad de padecer salud mental vulnerable es 40% mayor en la categoría de 1 a 2 ESP respecto de 0 ESP, mientras que esta es 70% mayor cuando se reportan 4 a 6 ESP.**

Se identifica mayor riesgo de reportar salud mental vulnerable para los participantes de género femenino comparado con los de género masculino (Odds Ratio de 1,2), (Tabla-16). **La probabilidad de padecer salud mental vulnerable es 20% mayor en niñas respecto de los niños.**

El riesgo de reportar salud mental vulnerable es mayor en el rango de edad de 11 a 14 años (Tabla-16). **Los Odds Ratios estimados indican que la probabilidad de padecer salud mental vulnerable es 40% mayor en el grupo etario de 11 a 14 años respecto de 7 a 10, mientras que la probabilidad es 20% menor en el de 15 a 18 años en relación a la niñez entre 7 y 10 años.**

Con respecto al grupo sociocultural el riesgo de reportar salud mental es mayor para el colectivo afrodescendiente en relación a pueblos originarios y mestizos. (Odds Ratio 1 (referencia), 0,68 a 52,0 respectivamente), (Tabla-8). **Los Odds Ratios muestran que la probabilidad de padecer salud mental vulnerable es 32% menor entre el grupo de pueblos originarios respecto de los afrodescendientes, mientras que es 48% menor entre los mestizos en relación a los afrodescendientes. Por otra parte, no existen diferencias significativas con respecto a la probabilidad de reportar salud mental vulnerable entre el contexto rural y urbano.**

Con relación a los países, el que muestra el mayor riesgo de reportar salud mental vulnerables es Haití (AOR 2.7), seguido por Brasil (AOR 1,5), Bolivia (1 referencia), Honduras (AOR 0,72), Ecuador (AOR 0.62), El Salvador (AOR 0,62), Colombia (AOR 0,60) y México (AOR 0,57%) (Tabla-16). **Esto significa que la niñez de Haití tiene una probabilidad 170% mayor de padecer salud mental vulnerable respecto de la de Bolivia, mientras que la probabilidad es 50% mayor en la niñez de Brasil en relación a la de Bolivia. El resto de países presentan una probabilidad menor a la de Bolivia; y es México donde se reporta una menor probabilidad de padecer salud mental vulnerable en relación a todos los países.**

Tabla 16

Tasa (%) de Salud Mental-Vulnerable y Adjusted Odds Ratio de Salud Mental Vulnerable de niñas, niños y adolescentes según ETN, ESP y características demográficas

Características de la población de estudio	Tasa SM-V (%)	P-valor	OR (95%CI)	Std. Err	Z-valor
Población total	N 10.628	% 39,4			
Experiencias de Ternura durante la Niñez					
0 a 2	414	62,1	0,0	1 (referencia)	Base -
3 a 5	1946	48,6	0,0	0,46 (0,39-0,55)	0,041 -8,57
3 a 5	1946	48,6	0,0	0,36 (0,31-0,44)	0,031 -11,79
Experiencias de Sufrimiento Psicosocial					
0	344	24,0	0,0	1 (referencia)	Base -
1 a 3	5401	33,0	0,0	1,4 (1,3-1,6)	0,096 5,41
4 a 7	4883	40,2	0,0	1,7 (1,5-2,0)	0,126 7,75
Género					
Masculino	4816	38,2	0,0	1 (referencia)	Base -
Femenino	5812	40,4	0,0	1,2 (1,1-1,2)	0,031 5,36

Tabla 16

Tasa (%) de Salud Mental-Vulnerable y Adjusted Odds Ratio de Salud Mental Vulnerable de niñas, niños y adolescentes según ETN, ESP y características demográficas

Características de la población de estudio	Tasa SM-V (%)		P-valor	OR (95%CI)	Std. Err	Z-valor
Población total	N	%				
	10.628	39,4				
Grupo Etario						
7 a 10	3418	33,4	0,0	I (referencia)	Base	-
11 a 14	4010	39,6	0,0	1,4 (1,3-1,5)	0,047	9,62
15 a 18	3200	48,7	0,0	0,8 (0,76-0,86)	0,025	-6,81
Grupo Sociocultural						
Afrodescendiente	3132	68,0	0,0	I (referencia)	Base	-
Pueblos Originarios	3124	38,4	0,0	0,68 (0,60-0,78)	0,045	-5,78
Mestizo	4291	30,0	0,0	0,52 (0,47-0,59)	0,033	-10,35

Características de la población de estudio	Tasa SM-V (%)		P-valor	OR (95%CI)	Std. Err	Z-valor
Población total	N	%				
	10.628	39,4				
País						
Bolivia	2856	43,0	0,0	I (referencia)	Base	-
Brasil	476	49,3	0,0	1,5 (1,3-1,8)	0,120	5,62
Colombia	1197	27,5	0,0	0,60 (0,54-0,66)	0,031	-9,92
Ecuador	155	28,9	0,0	0,62 (0,51-0,76)	0,063	-4,66
El Salvador	2125	28,3	0,0	0,62 (0,57-0,67)	0,024	-12,16
Haití	795	77,6	0,0	2,7 (2,3-3,1)	0,2110	13,03
Honduras	702	31,0	0,0	0,72 (0,65-0,81)	0,040	-5,75
México	360	30,3	0,0	0,57 (0,50-0,66)	0,040	-7,94
Contexto						
Urbano	3260	33,6%	0,0	I (referencia)	Base	-
Rural	7368	42,6%	0,716	0,99 (0,92-1,1))	0,034	-0,36

6 | CONCLUSIONES



6.1 Conclusiones – Experiencias de Ternura durante la Niñez

6.1.1 Las tasas de Experiencias de Ternura reportadas por NNA son muy prevalentes, con un rango de ETN de 95,2% (apoyo y cariño) y 62,8% (participa en la toma de decisiones). Sin embargo, lo novedoso del presente estudio es que representa la subjetividad de los propios niños, niñas y adolescentes sobre su crianza, cuidado, protección y participación durante las medidas de distanciamiento físico vinculadas a la pandemia de COVID19. Los estudios de Bethell, Grellert y Hillis son referentes a la perspectiva del adulto sobre su propia infancia o sobre la infancia de los niños y niñas que cuidan.

6.1.2 Las Experiencias de Ternura durante la Niñez representan una fuerza significativa para sostener la salud mental de los niños y niñas que se incrementa con el cúmulo y diversidad de las mismas. La probabilidad de padecer de salud mental vulnerable es 54% menor entre los participantes que reportan de 3 a 5 ETN, comparadas con las que reportan 0 a 2 ETN y 64% menor entre los que reportan 6 a 8 ETN comparadas con las que reportan 0 a 2 ETN.

6.1.3 Si bien todas las Experiencias de Ternura durante la Niñez se correlacionan robustamente con la salud mental resiliente de los niños, niñas y adolescentes; las ETNs asistencialistas y de reconocimiento se relacionan de manera más frecuente con la salud mental resiliente que las ETN perceptivas. Esta investigación aporta a los estudios de Bethell, Grellert y Hillis dado que no incluyen la dimensión de participación entre las experiencias positivas de la niñez.

6.1.4 Las experiencias de ternura-participación son las menos frecuentemente reportadas. Entre los indicadores de ternura-participación, el que reporta la frecuencia más baja es el referente a la participación en la toma de decisiones. Lo anterior revela que la crianza todavía se experimenta en un contexto de relaciones asimétricas de poder, característico de la cultura patriarcal; generando condiciones propicias para el ejercicio de controles duros (violencia, abuso y opresión) y blandos (manipulación emocional y psicológica).

6.2 Experiencias de Sufrimiento Psicosocial durante la Niñez

6.2.1 Las tasas de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial durante la niñez son también muy prevalentes entre la población de estudio. La mayoría de los niños, niñas y adolescentes reportan de 1 a 3 ESP (60,6%), seguido por reportar 4 a 6 ESP (34,1%). Solo el 5,31% no reportan ESP. La interacción entre el estrés experimentado por las infancias y adolescencias debido al cúmulo de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial, y el estrés que enfrentan las madres vinculado a la sobrecarga de trabajo de contención y educación, sumado a las complejidades relacionadas a la pandemia (desempleo, empobrecimiento, agudización de las desigualdades), pueden generar tensiones que favorecen el conflicto y la violencia intrafamiliar.

6.2.2 La educación es una experiencia muy significativa para los niños, niñas y adolescentes, suspenderla de manera abrupta y no contar con apoyos y la amabilidad de los que acompañan la escolarización vulneran de manera importante la salud mental.

6.2.3 Las Experiencias de Sufrimiento Psicosocial vulneran profundamente la salud mental de los niños, niñas y adolescentes. La probabilidad de padecer de salud mental vulnerable es 40% mayor en la categoría de 1 a 3 ESP comparada con la de 0 ESP, y 70 veces mayor entre la categoría de 4 a 6 ESP y 0 ESP.

6.2.4 El sostenimiento de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes dependerá, tanto de las experiencias de ternura mediadas a través del cuidado, protección y participación, como de la justicia social para la realización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes: A la alimentación, agua e higiene, educación, red social de apoyos, y buen trato. La promoción de salud mental de las infancias y adolescencias tienen como condición el abrazo entre el amor y la justicia.

6.3 Conclusiones – Salud Mental

6.3.2 La prevalencia de salud mental vulnerable es significativa en la población de estudio. Dos de cada cinco niños, niñas y adolescentes reportan salud mental vulnerable.

6.3.1 Tanto el análisis de regresión múltiple como el de correspondencia confirman la hipótesis principal que las Experiencias de Ternura durante la Niñez protegen la salud mental de las infancias y adolescencias, en cuanto que las Experiencias de Sufrimiento Psicosocial la vulneran. En ese sentido, tanto la ternura experimentada en las dinámicas de cuidado, protección, educación y participación como la promoción de la justicia social para la realización de los derechos de los niños y niñas se evidencian como estrategias potentes e imprescindibles para el sostenimiento de la salud mental de niños, niñas y adolescentes durante la pandemia por COVID-19.

6.3.2 Los factores de riesgo que vulneran la salud mental son: Contar con un menor cúmulo de Experiencias de Ternura durante la Niñez (0 a 2 y 3 a 5 ETN), contar con un mayor cúmulo de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial Durante la Niñez (1-3 y 4-8 ESP), género femenino (incrementa en 20%), ser adolescente entre 10 y 14 años, pertenecer al grupo sociocultural afrodescendiente (32% menor riesgo para pueblos originarios y 48% menor riesgo para mestizos), y residir en Haití, Bolivia y Brasil. El contexto rural-urbano no agregó un nivel de riesgo significativo para la población estudiada.

6.3.3 Las Experiencias de Ternura y las de Sufrimiento Psicosocial durante la Niñez coexisten e interactúan para generar diferentes niveles de vulnerabilidad de salud mental de niños, niñas y adolescentes. Entre los participantes con 6 a 8 ETN, el 63,4% indica contar con 1 a 3 ESP y el 30,7% tiene 4 a 6 ESP. Por otro lado 74,3% de los participantes con 1 a 4 ESP, reportan 6 a 8 ETN. Significa que, para este colectivo de infancias y adolescencias con alta carga de sufrimiento psicosocial, la ternura experimentada a través de las experiencias de cuidado, protección y participación son fundamentales para sostener su salud mental.

6.3.4 Se evidencia una clara demanda de los niños, niñas y adolescentes por el apoyo de las madres tanto para la contención emocional (78,7%) como para los procesos educativos (53,6%) durante la pandemia. El padre tiene una demanda significativamente menor, 5.1 veces inferior para la contención emocional y 2,2 veces menor en la educación, en comparación con la madre. Esta sobrecarga de trabajo que asumen las mujeres durante la pandemia es el reflejo de la histórica inequidad de género en las dinámicas de cuidado y educación de los niños, niñas y adolescentes, fruto de la división sexual del trabajo que sostiene la cultura patriarcal. Lo anterior a su vez estresa a la madre posiblemente vulnerando la calidez y sensibilidad de las dinámicas de cuidado y educación; por ejemplo, el 39,0% de los niños, niñas y adolescentes reportaban que requerían que las personas que les apoyaban con los deberes fueran más pacientes. El impacto de este ciclo vicioso es importante, porque más de la mitad (55,3%) de los participantes reportaron solo contar con una persona a quien recurrir para compartir sus sentimientos, y esta es mayormente la madre.

6.3.5 Los niños, niñas y adolescentes reportan un estado afectivo que refleja una amplia gama de emociones encontradas, que posiblemente han implicado un importante trabajo de acompañamiento y contención por parte de las madres, siendo que, para muchos de ellos, ella es la única persona con quien comparten sus emociones dado que más de la mitad (66,7%) no contaban con internet para mantenerse conectados con su red de familiares y amigos durante la cuarentena. Cabe resaltar que aproximadamente un tercio de los participantes frecuentemente/siempre no sabían identificar sus estados emociones lo que les dificulta aún más cuidar sus afectos.

6.3.6 La escolarización se convirtió para las infancias y adolescencias en una importante fuente de preocupación y estrés durante pandemia por varios motivos: Tener su proyecto educativo interrumpido (47,1%), no contar con acceso al internet para sostener su escolarización (66,7%) y no poder contactar a las maestras/os (16,5%) o enfrentar muchas dificultades para lograrlo (24,6%). El hecho que la mayoría de los niños, niñas y adolescentes (64,2%) disfruten estudiar más en la escuela/colegio que en la casa, tiene que ver en parte con la posibilidad de confraternización con los amigos y amigas pues es lo que más reportan extrañar de la experiencia educativa (63,6%) durante la pandemia.

6.3.7 La pandemia impactó severamente la red social de apoyos de los niños, niñas y adolescentes (extrañan a los amigos, tienen dificultades para contactar a los maestros o no les puede contactar, la falta de acceso a internet) y la concentró al interior de la familia. Esta puede ser otra razón por la cual los niños, niñas y adolescentes buscan principalmente a la madre para la contención emocional y apoyo como los deberes de la escuela/colegio y no a sus amigos y amigas.

6.3.8 El hecho de que mayormente los niños, niñas y adolescentes solo cuentan con una persona en su red de apoyo (55,3%) durante la pandemia y que esta esté limitada a la familia por ser principalmente la madre, dificulta movilizar los apoyos que requieran lo mismo que denunciar experiencias de abuso, negligencia o explotación.

6.3.9 Si bien la mayoría de los participantes se identifican con la fe cristiana (82,7%), sea esta católica (46,7%) o evangélica (36,0%) las prácticas espirituales trascendentes que aportan a la salud mental son mucho menos frecuentes: Compartir los sentimientos con Dios (21,8%), rezar/orar por los enfermos (23,7%) y aún más limitada es la dimensión social de la fe (apoyar a los amigos/as con los deberes escuela/colegio 8,3%).

6.3.10 El disfrute durante la pandemia es un importante signo de la salud mental durante las medidas de distanciamiento relacionadas a la pandemia. El juego en general es la segunda actividad que los participantes reportan como las que más disfrutaban (19,9%), antecedida por compartir en familia (31,0%) y seguida por estudiar (17,53%) y es una de las dinámicas donde se observan mayores brechas vinculadas al género (13 puntos porcentuales), sobre todo en Brasil (21,6%); en tanto que Haití reporta la menor brecha de género (0,8%).

7 | RECOMENDACIONES

7.1 Para promover la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, la primera recomendación es generar espacios de reflexión para que ellos y ellas puedan construir sentido de su propia experiencia personal y también de su colectivo en América Latina y El Caribe. Por otro lado, que puedan también proponer cómo ellos y ellas quieren contribuir a fortalecer su propia salud mental.

7.2 La alta tasa de salud mental vulnerable (2:5) demanda una especial atención programática y de incidencia a la salud mental comunitaria de las infancias entre los programas de World Vision priorizando los siguientes países: Haití, Bolivia y Brasil.

7.3 Las estrategias de atención a la salud mental de las infancias y adolescencias requieren integrar tanto de bases comunitarias que estimulen la Crianza con Ternura, como la incidencia para la restitución de derechos. Crianza con Ternura debe enfatizar la dimensión de cuidado con participación.

7.4 Escuchar de manera prioritaria a las infancias de afrodescendientes y de pueblos originarios, con especial atención a los de género femenino.

7.6 Promover la equidad de género en las dinámicas de cuidado y educación. Esto implica: (a) Cuidar la salud mental y espiritual de las madres que actualmente son las principales protagonistas de la contención emocional y educación de los niños, niñas y adolescentes, y (b) animar espacios de resignificación de paternidad patriarcal y descubrimiento de nuevas masculinidades posibles.

7.7 Incentivar a la familia y a las comunidades de fe a generar oportunidades donde los niños, niñas y adolescentes pueden descubrirse como seres espirituales, en capacidad para celebrar y cultivar una espiritualidad relacional y trascendente; que sea un recurso que pueden movilizar para sostener su salud mental y aportar a la salud mental de sus amigos y familiares.

7.8 Promover una revolución educativa que desafíe la escolarización adultocéntrica, y haga prevalecer los deseos y expectativas de la niñez a luz del principio rector de la Convención Sobre Los Derechos del Niño que procura el interés superior del niño y niña. Implica una educación entre pares, mediada por lazos de fraternidad, lúdica, social. Que los niños, niñas y adolescentes sean los protagonistas para proponer y diseñar la escuela/colegio a la cual quieren regresar.

7.9 Declarar la insuficiencia de alimentos, la falta de acceso al internet y la interrupción de la escolarización como una emergencia que enfrentan las infancias y adolescencias y una acción prioritaria para la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

7.10 Con la participación de niños, niñas y adolescentes, sostener diálogos intergeneracionales con líderes comunitarios y del Estado para informar sobre el impacto que el sufrimiento psicosocial genera sobre su salud mental y el efecto protector que ejerce las Experiencias de Ternura durante la Niñez, para que en solidaridad acuerden caminos para la promoción de la justicia social.



8

ABREVIACIONES

Bol. – Bolivia

Bra – Brasil

Col - Colombia

EAN – Experiencias Adversas durante la Niñez

Ecu. – Ecuador

EEUU – Estados Unidos de Norte América

ETN – Experiencias de Ternura durante la Niñez

FFN – Fortalezas Familiares durante la Niñez

IETN – Índice de Experiencias de Ternura durante la Niñez

IESP – Índice de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial

Hon. - Honduras

ISM – Índice de Salud Mental

Mex. - México

NNA - Niños, Niñas y Adolescentes

Sal. – EL Salvador

SM-V – Salud Mental Vulnerable

SM-R – Salud Mental Resiliente

Índice de tablas

Tabla 1	Población y muestra del estudio.....	18
Tabla 2	Tasas de Experiencias de Ternura durante la Niñez reportada por NNA, según país.....	26
Tabla 3	Tasa (%) de Experiencias de Sufrimiento Psicosocial, según país	36
Tabla 4	Tasa (%) de indicadores de salud mental	42
Tabla 5	Tasa (%) de estados emocionales reportados por NNA, de manera frecuente/siempre	43
Tabla 6	Prueba de p-valor χ^2	63
Tabla 7	Correspondencia entre rangos de ESP y ETN.....	64
Tabla 8	Correspondencia entre variables País y ETN.....	66
Tabla 9	Correspondencias entre las variables de Grupo Etario y ETN.....	68
Tabla 10	Correspondencia entre variables grupo etario y ETN.....	70
Tabla 11	Correspondencia entre variables contexto y ETN.....	72
Tabla 12	Gráfico Análisis de correspondencia para las Experiencias de Ternura durante la Niñez y tipología de salud mental (resiliente o vulnerable)	74
Tabla 13	Correspondencia entre variables Salud Mental (Resiliente y Vulnerable) y ETN	76
Tabla 14	- Relación entre tasa (%) de salud mental resiliente y vulnerable, según puntuación de ESP.....	78
Tabla 15	Correspondencia entre variables Salud Mental (Resiliente y Vulnerable) y ESP	79
Tabla 16	Tasa (%) de Salud Mental-Vulnerable y Adjusted Odds Ratio de Salud Mental Vulnerable de niñas, niños y adolescentes según ETN, ESP y características demográficas	81

BIBLIOGRAFÍA

- Agenor C, C. N. (2017). Flourishing: an evolutionary concept analysis. *Issues Ment Health Nurs*, 38((11)), 915-23.
- Bethell C, G. N. (2016). Adverse Childhood Experiences, Resilience and Mindfulness-Based Approaches: Common Denominator Issues for Children with Emotional, Mental, or Behavioral Problems. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 25((2)), 139-156.
- Bethell, C. D., Gombojav, N., & Whitaker, R. (2019). Family Resilience And Connection Promote Flourishing Among US Children, Even Amid Adversity. *Health Affairs*, 729-737. Obtenido de Family Resilience And Connection Promote Flourishing Among US Children, Even Amid Adversity.
- Bethell, C., Jones, J., & Gombojav, N. (2019). Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels. *JAMA*, E1-E10.
- Burke, N. (2018). *The deepest well. Healing the long term effects of childhood adversity*. New York: Houghton Mifflin Harcourt.
- CEPAL-UNESCO. (8 de 2020). Repositorio.cepal.org. Obtenido de Informe COVID-19. CEPAL -UNESCO. La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45904/1/S2000510_es.pdf
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, T. P.-T., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 245-258.
- Gray, P. (2013). *Free to learn: why children unleashing the instinct to play will make your child happier, more self-reliant, and better students for life*. New York: Basic Books.
- Grellert AC, G. M. (2017). *Crianza con Ternura. Experiencias Adversas de la Niñez, Fortalezas Familiares durante la Niñez y su relación con factores de riesgo para la salud*. Buenos Aires: UNDAV.
- Hillis, S. D., Anda, R., Dube, S. F., Marchbanks, P., Macaluso, M., & Marks, J. (2010). The Protective Effect of Family Strengths in Childhood against Adolescent Pregnancy and Its Long-Term Psychosocial Consequences. *The Permanente Journal*, 14((3)), 18-27.
- López-Calva, L. (3 de Noviembre de 2020). PNUD América Latina y El Caribe. Obtenido de ¿No hay lugar más seguro que el hogar?: El aumento en la violencia doméstica y de género durante los confinamientos por COVID-19 en ALC: <https://www.latinamerica.undp.org/content/rblac/es/home/presscenter/director-s-graph-for-thought/no-safer-place-than-home---the-increase-in-domestic-and-gender-b.html>
- Malamud, C., & Núñez, R. (2 de 04 de 2020). Real Instituto El Cano. Obtenido de La crisis del coronavirus en América Latina: un incremento del presidencialismo sin red de seguridad: http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/riecano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari34-2020-malamud-nunez-crisis-del-coronavirus-america-latina-incremento-presidencialismo-sin-red-seguridad
- Miller, L. (2015). *The spiritual child. The new science on parenting for health and life long thriving*. New York: St. Martin's.
- OPS. (10 de 2019). Organización Panamericana de Salud. Obtenido de Violence against children in Latin America and the Caribbean: What do available data reveal about prevalence and perpetrators?: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51644>
- OPS. (26 de 02 de 2020). Organización Panamericana de Salud. Obtenido de Directora de OPS llama a países de las Américas a intensificar sus actividades de preparación y respuesta para COVID-19: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=15740:paho-director-calls-on-countries-of-the-america-to-intensify-covid-19-preparedness-and-response-activities&Itemid=1926&lang=es
- UNICEF. (2 de 06 de 2006). UNICEF. Obtenido de Convención Sobre Los Derechos del Niño: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

