

## Conocimiento adquirido y adherencia en un diplomado sobre la salud mental para docentes orientadores

### The knowledge acquired during and adherence to a postgraduate course concerned with mental health aimed at school counselors

Carlos Gómez-Restrepo<sup>1</sup>, Nathalie Tamayo-Martínez<sup>1</sup>, Catalina Ayala-Corredor<sup>2</sup>, Adriana Carrasco-Gil<sup>1</sup>, Andrea Padilla-Muñoz<sup>3</sup>, Daniel F. Garzón<sup>3</sup>, Juan P. Borda<sup>3</sup>, Patrick Verhelst<sup>3</sup>, María P. Ramirez<sup>2</sup>, Lina M. González<sup>2</sup> y Jackie F. Gill

1 Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística (DECB). Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. cgomez@javeriana.edu.co

2 Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

3 Facultad de Jurisprudencia. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

Recibido 6 Febrero 2014 /Enviado para Modificación 10 Junio 2014/Aceptado 12 Agosto 2014

#### RESUMEN

**Objetivo** Evaluar el desempeño académico y la adherencia después de una intervención educativa centrada en la promoción, prevención, identificación e intervención temprana de diferentes problemas y patologías mentales que se presentan en niños y adolescentes.

**Materiales y Métodos** Estudio de intervención antes después de un diplomado, en el que a la población de docentes orientadores de Boyacá y Cundinamarca se les impartió una intervención educativa sobre salud mental y se realizó la evaluación de conocimientos antes y después de haberla recibido.

**Resultados** Hubo un buen desempeño en la prueba académica donde el 48,5 % de la población tuvo una calificación mayor a 4,0/5,0 antes de la intervención, aunque después de esta el 61,2 % alcanzaron esta misma nota, por lo que consideramos que la intervención educativa funcionó como una herramienta para mejorar el conocimiento sobre promoción, prevención, reconocimiento e intervención temprana de salud mental en las instituciones educativas. La adherencia fue del 90,6 % para el diplomado de 120 horas.

**Conclusión** El diplomado parece impactar en el conocimiento adquirido sobre salud mental y presenta una buena adherencia.

**Palabras Clave:** Educación, salud mental, niño, adolescente, estudiantes, educación a distancia (*fuentes: DeCS, BIREME*).

## ABSTRACT

**Objective** To evaluate the academic performance in, and adherence to, a postgraduate course focused on promotion, prevention, identification, and early intervention with regard to the different mental problems and pathologies affecting children and adolescents.

**Materials and Methods** This was a before-and-after intervention study involving a postgraduate course. The population of school counselors from the Colombian regions of Boyacá and Cundinamarca were invited to participate in a postgraduate course that addressed mental health. Their knowledge was evaluated before and after having received it.

**Results** The school counselors performed well on the academic test, with 48.5 % of the population obtaining a score of 4.0/5.0 before the intervention. After the course, 61.2 % achieved the same score. It was thus considered that the course functioned as a tool for improving knowledge about promotion, prevention, recognition, and early intervention with regard to mental health in educational institutions. There was a 90.6 % adherence to the 120-hour-long postgraduate course.

**Conclusion** The postgraduate course seemed to have a positive impact in terms of the knowledge acquired about mental health, and there was good adherence to the course.

**Key Words:** Education, mental health, child, adolescent, students, distance education (*source: Mesh, NLM*).

Los niños y adolescentes necesitan una buena salud física y mental para poder desarrollar sus habilidades y que sus acciones reflejen un estado de bienestar interior. La enfermedad mental es hoy en día uno de los principales problemas que aquejan al mundo y a nuestra sociedad. En el 2001 el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) describió su importancia y carga de enfermedad que estos representan mostrando que como grupo son la segunda causa de discapacidad en el mundo (1). En este contexto las enfermedades mentales en niños y adolescentes son muy prevalentes y sólo una pequeña proporción de ellos llegan a recibir el servicio especializado requerido, por ejemplo en Canadá se encuentra que el 15 % de esta población presentan una enfermedad mental que genera un malestar significativo en el hogar, la escuela y la comunidad (2), similar a la prevalencia reportada en Finlandia siendo allí del 12 % (3). Estudios similares muestran que de un 10 a 20 % de los menores de 18 años presentan alguna alteración mental (4).

Por lo tanto la atención se ha venido enfocando en la prevención y la búsqueda activa de dificultades mentales en los servicios primarios de atención en salud y en las escuelas (5,6). Dentro de las limitaciones

para la implementación de estas estrategias están la falta de conciencia o conocimiento sobre esta problemática, las dificultades en el diagnóstico y manejo de estas patologías por los profesionales por lo que se ha planteado la creación de intervenciones educativas específicas para estos propósitos (7,8).

Teniendo en cuenta este vacío en la identificación y manejo de los problemas y las enfermedades mentales, el equipo de investigadores creó un diplomado en el marco de la atención primaria en salud que tiene como objetivo asesorar y capacitar a los docentes orientadores de instituciones educativas del país para intervenir desde la institución educativa en la problemática de salud mental de nuestros niños y adolescentes. En el propósito no sólo de impactar sobre el estado de salud sino sobre las repercusiones que ello puede tener sobre la educación y el rendimiento y capacidad de aprendizaje que los alumnos tengan. A manera de ejemplo es claro que un problema de dislexia, separación de padres, consumo de sustancias o depresión podría afectar el rendimiento del niño en materia educativa. Y de acuerdo con estadísticas uno puede suponer que por lo menos un 10 % de los estudiantes podrían tener alguna problemática que a más de afectar su salud, lo cual afectaría directamente su capacidad de rendir adecuadamente en la escuela. Por ello esta problemática no solamente es de importancia para el sector salud, sino para el sector educación. Y podríamos pensar que en este punto confluyen los dos sectores con un solo objetivo mejorar el futuro de los niños y adolescentes del país.

Los temas que fueron incluidos se escogieron haciendo una priorización según las necesidades que un grupo de docentes orientadores consideraron importantes, estos se dividieron en promoción y prevención, problemas frecuentes que se pueden identificar en niños y adolescentes, rutas de referencia al sistema de salud y educación inclusiva. Las conductas problemas incluían: acoso escolar (matoneo), conductas agresivas, sospecha de abuso sexual, sospecha de maltrato, trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, autismo, problemas de aprendizaje, atención y lenguaje, consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de la conducta alimentaria, conductas agresivas, impulsividad y riesgo, grupos juveniles, intento de suicidio, sexualidad y embarazo.

El diplomado tuvo un formato virtual, donde el equipo desarrollador proveía los materiales de los temas a tratar. Además contó con dos sesiones presenciales, una de inicio de 16 horas y otra de cierre de igual número

de horas que fueron realizadas en la primera y la última semana, con una diferencia de 15 semanas entre ellas en que se trabajó de manera virtual, para un gran total de 120 horas desarrolladas durante en 17 semanas.

El diplomado utilizó una metodología de tipo “blended learning”, que se brindó a los orientadores escolares a través de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), con sólidos elementos para la detección y el manejo inicial de las principales dificultades del desarrollo mental en la infancia con el fin de que al ser detectadas, estos niños puedan recibir un manejo inicial de las mismas y en caso de ser necesario una intervención por parte de instancias más especializadas.

Es de anotar que en la actualidad las herramientas de difusión del conocimiento se han ampliado permitiendo que se pueda compartir la información a través de sistemas que nos permiten estar a distancia de quienes reciben constructos teóricos en diversas áreas técnicas y científicas. Muchas instituciones de educación superior están probando diferentes modalidades de formación en donde se utilizan diferentes grados de virtualización de la organización (9).

De esta necesidad nació el concepto de e-learning, que puede definirse como “el uso de tecnologías basadas en Internet para proporcionar un amplio abanico de soluciones que aún en adquisición de conocimiento y habilidades o capacidades” (10). Este concepto busca que la educación virtual: a. Se realice en red, lo que permite una actualización inmediata, almacenaje, recuperación, distribución y compartir los contenidos e información; b. Llegar al usuario final a través de un computador utilizando estándares tecnológicos de Internet, y; c. Estar centrado en la más amplia visión de soluciones al aprendizaje más allá de los paradigmas tradicionales de la formación (9). Con el paso de los años la educación virtual ha ido forzando la aparición de nuevos modelos de aprendizaje que permitan una mayor interacción con quienes aprenden a través de la red. De esta necesidad nace el concepto de “blended learning” que se describe como aquel modo de aprender que combina la enseñanza presencial con la tecnología no presencial (11). Teniendo en cuenta el grupo se propuso aprovechar los recursos tecnológicos de la Universidad Javeriana con el fin de atacar la problemática del área de salud mental de nuestro país, así mismo y por cuanto la conectividad en el país presenta algunas dificultades se brindó además a los estudiantes un CD en el cual se entregaba el material escrito para tal fin por los investigadores, así como otro material pertinente.

En este artículo se presenta el resultado y el análisis de la información obtenida al realizar la evaluación del conocimiento adquirido y de la adherencia que se dio con este esquema.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Para la elaboración del diplomado se contó con la asesoría de psicólogos escolares de ACODESI (Asociación de Colegios Jesuitas de Colombia), con quienes se escogieron las problemáticas a trabajar con los docentes para la población escolar de 6 a 11 años y en adolescentes (de 12 a 18 años). Se realizó un e-book en donde se seleccionaron 12 temáticas a trabajar en niños y 11 en adolescentes, dos temas introductorios acerca de promoción y prevención en salud mental, 1 de intervenciones Universales, 1 de inclusión y las rutas de atención al sistema de salud y a autoridades competentes. Posterior a esto y previa revisión de la literatura se redactaron 28 capítulos (1 por temática escogida).

Dentro de cada capítulo se abordaron los objetivos generales y específicos, se dio definición y características al problema a tratar, manifestaciones, factores de riesgo y se plantearon una serie de intervenciones: a la familia, a nivel individual con el estudiante y recomendaciones por realizar al docente en el aula de clase. Finalmente, cada capítulo contiene un apartado que describe cuándo se debe referir al sistema de salud y finaliza con preguntas que evalúan la comprensión del capítulo y dos lecturas recomendadas más la bibliografía empleada. A demás del e-book se elaboraron presentaciones digitales de algunas de las temáticas las cuales se entregaron a cada estudiante en un CD y estuvieron constantemente disponibles en la plataforma virtual Sakai de la Universidad Javeriana. Este material incorporó la retroalimentación de personas expertas del Ministerio de Educación de Colombia cuando se consideró necesario. Posterior a esto se inició el trabajo con los docentes orientadores a través de una primera jornada presencial, durante la cual se inauguró y presentó el curso, se entregó el material de trabajo y se realizaron ponencias y talleres prácticos con los orientadores.

Adicionalmente, en esta jornada se realizaron grupos focales y una evaluación inicial de problemáticas más relevantes y conocimientos generales; de la semana 2 a la 16 se trabajó vía web en constante interacción con los orientadores del diplomado las temáticas que se incluyeron en el E-book realizado; cada semana se abordaron 2 temas,

los cuales se discutieron activamente a través de la plataforma Sakai de la Universidad Javeriana a través de foros de discusión, vía chat y se realizan todos los anuncios concernientes al curso. Durante estas 15 semanas virtuales, se realizaron 3 guías de trabajo que tienen como objetivo evaluar el desempeño y aprendizaje durante la fase de lectura de las temáticas realizadas individualmente. Al final de la semana 17 se realizó la segunda jornada presencial, de 16 horas de duración, durante la cual se reforzaron los conocimientos teóricos a través de charlas magistrales y talleres, esta vez encaminados hacia intervenciones propiamente dichas que se pueden aplicar desde la institución educativa por parte de los participantes.

En conclusión, los alumnos del diplomado estaban en contacto con los orientadores del mismo a través de la plataforma virtual (Foro de discusión de los casos de la semana, chat en línea 24 horas, mensajería interna vía correo electrónico). Pese a esta disposición inicialmente la respuesta de la participación fue baja (aproximadamente 60 %), motivo por el cual a partir de la cuarta semana del diplomado se deciden implementar estrategias de motivación para la participación en el programa las cuales fueron 2 llamadas telefónicas a los orientadores escolares y la implementación de un cuadro de honor en el que semanalmente se reforzaba a los docentes orientadores que más participación tuviesen en la plataforma, información que se obtenía directamente del programa de estadística de la misma. Con estas medidas la adherencia al curso se incrementó ostensiblemente a más del 90 %.

Como parte del seguimiento de la efectividad de la intervención realizada se hizo una evaluación del conocimiento que incluía todos los temas tratados, se llevó a cabo en la primera y la última semana que correspondía a las sesiones presenciales del diplomado, cada docente orientador respondía anónimamente y de forma individual el cuestionario que contaba con 20 preguntas de opción múltiple con única respuesta y 3 para responder falso o verdadero.

El instrumento de evaluación fue el mismo en las dos oportunidades y se calificaba entre 0.0 y 5.0, siendo 0.0 la menor calificación posible y 5.0 la mayor. Al finalizar la recolección de la información se digitó en una base de datos (Microsoft Excel®), que también se usó para su análisis. Se describen los datos según la calificación general y por temas, además de la calificación según el título de los docentes orientadores.

## RESULTADOS

El diplomado incluyó a todos los docentes orientadores de Boyacá y Cundinamarca, los resultados que se presentan a continuación corresponden a aquellos que completaron el examen de conocimiento. En la Tabla 1 se describen las características de la población que recibió el diplomado y completó la primera evaluación.

**Tabla 1.** Características del grupo de Docentes Orientadores

Categoría	n	Categoría	N
Sexo		Edad (años)	
• Femenino	199	• Menor de 30	51
• Masculino	35	• 30 a 37	81
	234	• 38 a 45	36
		• Mayor de 45	62
			230
Ubicación geográfica		Años en el cargo	
• Boyacá	140	• Menos de 2	84
• Cundinamarca	95	• Entre 2 y 5	75
	235	• Más de 5	73
			232
Orientación académica			
• Psicólogos	121		
• Psicopedagogos	89		
• Otros	25		
	235		

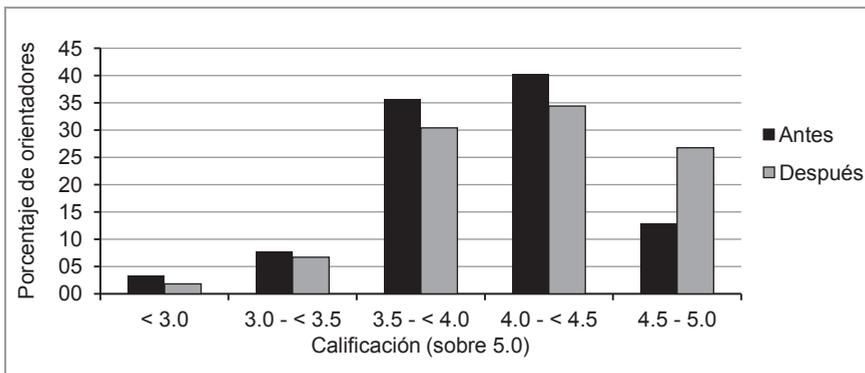
\*Sociólogos, trabajadores sociales, licenciados, terapeuta ocupacional, antropólogo; \*\* Los totales oscilan entre 230 y 235 personas por cuanto algunos docentes orientadores no respondieron alguna pregunta. Los docentes orientadores que iniciaron el proceso fueron 155 para Boyacá y 101 para Cundinamarca.

Después de la intervención educativa hubo un aumento en el porcentaje de calificaciones por encima de 4,5, con una disminución en todos los otros grupos de calificación y un incremento de las personas en las mejores calificaciones (Figura 1). En la primera evaluación el 12,8 % tuvo una calificación entre 4,5–5,0, el 40,4 % de la población tuvo una calificación entre 4,0–<4,5, el 35,7 % tuvo una calificación entre 3,5–<4,0, el 7,7 % tuvo una calificación entre 3,0–<3,5 y el 3,4 % de la población tuvo una calificación <3,0. En la segunda evaluación el 26,8 % tuvo una calificación entre 4,5–5,0, el 34,4 % de la población tuvo una calificación entre 4,0–<4,5, el 30,4 % tuvo una calificación entre 3,5–<4,0, el 6,7 % tuvo una calificación entre 3,0–<3,5 y el 1,8 % de la población tuvo una calificación <3,0.

Al estatificar de acuerdo con su formación académica, vemos que todos los grupos se beneficiaron de la intervención. Para el grupo de psicólogos en la primera evaluación el 19,8 % tuvo una calificación entre 4,5–5,0,

el 39,7 % de la población tuvo una calificación entre 4,0–<4,5, el 33,1 % tuvo una calificación entre 3,5–<4,0, el 6,6 % tuvo una calificación entre 3,0–<3,5 y el 3,4 % de la población tuvo una calificación <3,0. En la segunda evaluación el 31,7 % tuvo una calificación entre 4,5–5,0, el 31,7% de la población tuvo una calificación entre 4,0–<4,5, el 29,8 % tuvo una calificación entre 3,5–<4,0, el 4,8 % tuvo una calificación entre 3,0–<3,5 y el 1,9 % de la población tuvo una calificación <3,0.

**Figura 1.** Gráfico de barras calificación general antes y después de la intervención educativa

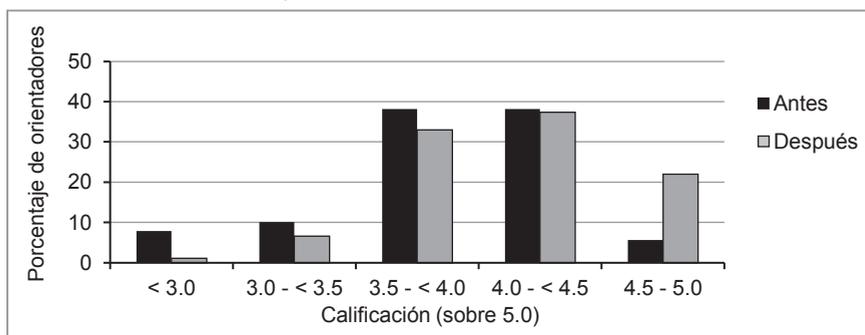


En los docentes orientadores psicopedagogos vemos que en la primera evaluación el 5,6 % tuvo una calificación entre 4,5–5,0, el 38,2 % de la población tuvo una calificación entre 4,0–<4,5, el 38,2 % tuvo una calificación entre 3,5–<4,0, el 10,1 % tuvo una calificación entre 3,0–<3,5 y el 7,9 % de la población tuvo una calificación <3,0. En la segunda evaluación el 22 % tuvo una calificación entre 4,5–5,0, el 37,4 % de la población tuvo una calificación entre 4,0–<4,5, el 33 % tuvo una calificación entre 3,5–<4,0, el 6,6 % tuvo una calificación entre 3,0–<3,5 y el 1,1 % de la población tuvo una calificación <3,0 (Figura 2).

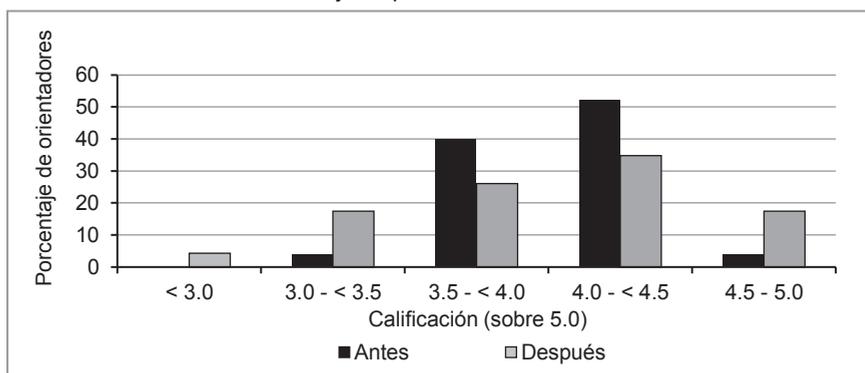
En los docentes orientadores con otras formaciones académicas, dentro de las que se encontraron sociólogos, trabajadores sociales, licenciados, terapeutas ocupacionales y antropólogos vemos que en la primera evaluación el 4 % tuvo una calificación entre 4,5–5,0, el 52 % de la población tuvo una calificación entre 4,0–<4,5, el 40 % tuvo una calificación entre 3,5–<4,0, el 4 % tuvo una calificación entre 3,0–<3,5 y no hubo una calificación <3,0. En la segunda evaluación el 22 % tuvo una calificación entre 4,5–5,0, el 37,4 % de la población tuvo una calificación

entre 4,0–<4,5, el 33 % tuvo una calificación entre 3,5–<4,0, el 6,6 % tuvo una calificación entre 3,0–<3,5 y el 1,1 % de la población tuvo una calificación <3,0 (Figura 3).

**Figura 2.** Calificación de los docentes orientadores psicopedagogos antes y después de la intervención educativa



**Figura 3.** Calificación de los docentes orientadores con otras formaciones académicas antes y después de la intervención educativa



Los resultados globales antes de la intervención educativa y después de esta fueron: 235 personas completaron la primera evaluación y 224 completaron la segunda. Las actividades universales y los problemas de aprendizaje tenían dos preguntas cada uno, los grupos juveniles, educación inclusiva, acoso escolar, sospecha de abuso sexual, conductas agresivas, sospecha de maltrato, conducta agresiva, sospecha de maltrato, conducta alimentaria, sexualidad y embarazo, autismo, consumo de sustancias legales tenían una pregunta, síntomas emocionales tenía cuatro preguntas y consumo de sustancias psicoactivas tenía tres.

Respecto a las respuestas mejoró el porcentaje de las dos respuestas correctas en actividades universales 46,4 % a 57,1 %, en los temas con una sola pregunta como grupos juveniles también aumentó el porcentaje de respuestas correctas de 79,6 % a 84,4 %, en educación inclusiva de 56,2 % a 76,8 %, en acoso escolar de 91,5 a 95,1 %, en sospecha de maltrato de 72,3 % a 78,6 %, en conducta alimentaria de 84,3 % a 87,9 %, en autismo de 85,5 % a 88,4 %, en consumo de sustancias legales de 79,1 % a 85,7 % y también aumento el porcentaje de las tres respuestas correctas respecto al consumo de sustancias psicoactivas 76,2 % a 81,3 %. También se encontró una disminución en el porcentaje de preguntas correctas en las correspondientes a problemas de aprendizaje 69,4 % a 68,8 %, en sospecha de abuso sexual 96,2 % a 95,5 %, en sexualidad y embarazo 51,1 % a 50,4 % y se mantuvo igual en los temas relativos a síntomas emocionales.

Respecto a los orientadores docentes tenemos que en Cundinamarca iniciaron 101 docentes y culminaron 96, entre tanto que en Boyacá iniciaron 155 y terminaron 136. Esto hace un total de inicio de 256 docentes orientadores de los cuales culminaron 136 esto es el 90,6 %.

## DISCUSIÓN

Encontramos un buen conocimiento previo sobre los temas de salud mental tratados en el diplomado, donde el 48,5 % de los docentes orientadores obtuvieron una calificación mayor a 4,0, al diferenciar por formación académica las calificaciones siguieron siendo buenas en los tres grupos (psicólogos, psicopedagogos y otras áreas). Este aspecto no había sido explorado en Colombia a pesar de la carga de enfermedad de lo mental (1,5,6) y muestra en términos generales que el conocimiento global que se tiene es similar entre los diversos profesionales que existen en nuestro país. No obstante alrededor de la mitad de los orientadores presentan rendimientos menores a 4,0 lo cual sugiere la necesidad de tener diplomados como el planteado y dar a conocer de mejor manera la problemática en lo mental (7,8).

Después de la intervención educativa se observó una mejoría en las calificaciones, donde el 61,2 % de ellos obtuvieron una calificación mayor a 4,0, al diferenciar por formación académica las calificaciones mejoraron en los tres grupos, con un mejor desempeño en los psicólogos y otras áreas que en los psicopedagogos. Estos resultados hacen pensar en que la

estrategia de “blended learning” (11) fue eficaz respecto al conocimiento adquirido por los orientadores.

Al comparar las dos evaluaciones discriminando los 14 temas contenidos en el diplomado hubo un aumento en el porcentaje de respuestas correctas en 12 de ellos y una ligera y no significativa disminución en dos. Este punto sugiere un buen balance curricular de lo enseñado lo cual a la vez fue manifestado por los orientadores en las entrevistas y grupos focales que se realizaron en el marco del estudio. En ellos se muestra una gran aceptación del curso y una percepción de mejoría en el conocimiento y competencias para interactuar con niños con problemas mentales.

En general, por lo comentado consideramos que la intervención educativa repercutió positivamente en los conocimientos adquiridos respecto a salud mental. Como limitación reconocemos que el formato de evaluación constaba de pocas preguntas para evaluar temas amplios relacionados de salud mental, no obstante si este resultado se triangula con la opinión de los orientadores sobre las competencias adquiridas así como con los resultados de los talleres realizados a lo largo del diplomado y los grupos focales que se utilizaron y que serán objeto de otra publicación en curso, se observa que el diplomado produjo un cambio positivo e integral en los estudiantes. De esta manera pensamos que la estrategia pedagógica planteada (9-11) dio respuesta a las necesidades que en conocimiento y adherencia se tiene en esta área.

De otra parte el conocimiento adquirido y la buena adherencia hacen pensar que el diplomado tuvo muy buen recibo y ello en general se debió a que sintieron esta temática como relevante y a la vez lo enseñado permitió brindar estrategias que posibilitan a los orientadores manejar mejor las múltiples situaciones que todos los días tiene que enfrentar.

Ahora, respecto a la adherencia (llamada, retroalimentación, acompañamiento, etc.) el diplomado logro un 90,6 % de adherencia, lo cual es excelente, más cuando en este tipo de cursos el fracaso y ausentismo es muy alto de acuerdo con experiencias previas. Al respecto en algunos cursos que hemos dictado para otras poblaciones (ej. promotores de salud) se alcanzan cifras entre el 40 a 50 %, lo cual nos hace pensar que este diplomado tiene por encima de las estrategias empleadas un interés real para los orientadores y la percepción de brindarles conocimientos, estrategias y competencias nuevos y útiles para acompañar a los alumnos

y sus familias de un mejor forma. Así mismo este aprendizaje brinda a los orientadores herramientas que podrían disminuir en forma significativa la carga y agotamiento profesional que se ha descrito en los profesionales que laboran con esta población (1-12).

Como parte de la implementación de estrategias de detección e intervención temprana en salud mental hemos creado un diplomado dirigido a los docentes orientadores de las instituciones educativas. Dentro de los objetivos del diplomado se tiene el ampliar los conocimientos respecto a circunstancias relevantes relacionadas con salud mental, cuya forma de medirlo fue a través de una evaluación de conocimientos antes y después de la intervención educativa, teniendo como resultado al inicio del examen un buen conocimiento general de los temas, además se observó un aprendizaje medido como mejoría en la puntuación obtenida y triangulado mediante otras estrategias. Aunque conocemos que esta evaluación es solo una a parte de las competencias necesarias para abordar este tipo de problemáticas, por medio de este artículo mostramos como se evalúa como muy satisfactoria la intervención impartida.

La adherencia al diplomado a pesar de haberse iniciado baja, se incrementó ostensiblemente mediante las actividades que se crearon, llegando a tener más de 90 % que para este tipo de diplomados de predominio virtual es excelente. El poder utilizar una plataforma que nos permitió acercarnos a los docentes facilitó la resolución de dudas, la interacción lograda a través de las diferentes estrategias que se plantearon permitió un proceso de enseñanza que cumpliera con las condiciones del “blended learning” (9-11). Sugiere igualmente que podemos establecer esta metodología desde lo virtual que podría ser aplicado en otras regiones del país.

Abrimos de esta forma una puerta para que este tipo de intervenciones mixtas sean usadas como herramientas en Colombia ya que tienen fácil acceso y se puede obtener una amplia cobertura para las instituciones educativas. Así mismo aportamos con este diplomado una herramienta útil para continuar la formación de orientadores docentes y de otros profesionales de la comunidad educativa •

**Agradecimientos:** Al proyecto financiado por Colciencias: Intervenciones en salud orientadas por la APS y reducción de la carga de trastornos mentales generadores de mayor cronicidad y discapacidad. Convocatoria Colciencias 537-2011 Conformación de un banco de elegibles de programas CT+I en Salud. Al Ministerio

de Educación y ACODESI (Asociación Colombiana de Colegios Jesuitas). Queremos dar un agradecimiento especial al equipo de trabajo de ACODESI, P. Enrique Gutiérrez S.J (Presidente ACODESI), P. Carlos Vásquez S.J (Director Centro pedagógico), Alejandra Fernández V (Asistente académica ACODESI) y a los Coordinadores de Servicio de asesoría escolar (SAE): Johana Moreno Cortés, Sonia Amparo Garzón y Leonardo Ariza. De igual manera, agradecemos a Janeth Guevara del Departamento de Recursos humanos del sector y Tatiana Mosquera del Programa de Competencias Ciudadanas del Ministerio de Educación Nacional por su acompañamiento, valiosa participación y colaboración.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. The world mental health report 2001. Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
2. Waddell C, McEwan K, Shepherd CA, Offord DR, Hua JM. A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2005 Mar;50(4):226–33.
3. De la Barra F. Editorial: Salud mental de niños y adolescentes ¿Por qué es necesario investigar? *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2009; 47 (3) :175-77
4. Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Gissler M. Social determinants of mental health: a Finnish nationwide follow-up study on mental disorders. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:12 1025-1031.
5. Dever BV, Kamphaus RW, Dowdy E, Raines TC, Distefano C. Surveillance of middle and high school mental health risk by student self-report screener. *West J Emerg Med*. 2013 Aug;14(4):384–90.
6. US Department of Health and Human Services, US Department of Education, US Department of Justice. Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. Washington (DC): US Department of Health and Human Services; 2000. [Internet]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44233/>. Consultado septiembre 2013.
7. Riveros-Vargas M, Bohórquez-Peñaranda A, Gómez-Restrepo C, Okuda-Benavides M. Conocimientos sobre la depresión en pacientes que asisten a centros de atención primaria en Bogotá, Colombia. *Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión. Rev Colomb Psiquiatr*. 2006 Mar;35(1):9–22.
8. Idsoe T, Hagtvet KA, Bru E, Midthassel UV, Knardahl S. Antecedents and outcomes of intervention program participation and task priority change among school psychology counselors: a latent variable growth framework. *J Sch Psychol*. 2008 Feb;46(1):23–52.
9. Sangrà A. La calidad en las experiencias virtuales de educación superior. [Internet]. Disponible: <http://www.uoc.edu/web/esp/art/uoc/0106024/sangra.html>. Consultado diciembre de 2013.
10. Rosenberg MJ. E-learning. Strategies for Delivering Knowledge in the Digital Age. New York: McGraw-Hill; 2001.
11. Bartolomé A. Blended Learning. Conceptos básicos. *Píxel-Bit. Revista de Medios y Educación*. 2004; 23: 7-20.
12. Padilla A, Gómez-Restrepo C, Rodríguez V, Dávila M, Avella-García C, Caballero A, et al. Prevalencia y características del síndrome de agotamiento profesional (SAP) en docentes de tres colegios públicos de Bogotá (Colombia) *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2009; 38 (1):50-65.