

“Salud Mental y Sintomatología Traumática en niños de 8 a 11 años
expuestos a situaciones de maltrato y/o abuso vinculados a la casa de
justicia de Cartagena”

Gutiérrez, D; Pardo, L.

Cartagena, Octubre 22 de 2007.

Universidad Tecnológica de Bolívar.

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Programa de Psicología.

“Salud Mental y Sintomatología Traumática en niños de 8 a 11 años
expuestos a situaciones de maltrato y/o abuso vinculados a la casa de
justicia de Cartagena”

Ruiz, B*

Cartagena, Octubre 22 de 2007.

Universidad Tecnológica de Bolívar.

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Programa de Psicología.

- Asesora de Monografía.

**NOTAS DE
ACEPTACION.**

Jurado 1.

Jurado 2.

Jurado 3.

Jurado 4.

ARTICULO 105.

“La Universidad Tecnológica de Bolívar, se reserva el derecho de propiedad intelectual de todos los trabajos de grado aprobados, y no pueden ser explotados comercialmente sin su autorización”.

TABLA DE CONTENIDO.

Índice de Tablas.....	
Índice de Figuras	
Resumen.....	
Abstract.....	

CAPITULO PRIMERO

Objetivos

- General.....1
- Específicos.....1
- Justificación.....2

CAPITULO SEGUNDO

Salud Mental.....	4
Respuestas de ansiedad, agresividad y depresión.....	8
Maltrato Infantil.....	17
Trauma psicológico.....	24

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).....	27
Trastorno de Estrés Postrauma en Niños.....	31
Marco empírico.....	34

CAPITULO TERCERO

Método.....	43
Diseño.....	43
Participantes.....	44
Instrumento.....	45
Procedimiento.....	46
Resultados.....	47

CAPITULO CUARTO

Discusión y conclusiones.....	75
-------------------------------	----

CAPITULO QUINTO

Referencias.....81

Anexos.....89

Resumen

Este trabajo de investigación surge como una alternativa para comprender las consecuencias sobre la salud mental que generan problemáticas como el maltrato infantil y el abuso sexual, muy frecuentes en la población Cartagenera.

Una breve revisión de hechos sociales y cotidianos como las guerras, los asaltos, los desastres naturales, la violencia intrafamiliar, entre otros, demuestran la relación que existe entre la exposición a estos eventos y el detrimento de la salud mental de las personas.

De acuerdo con lo anterior, esta investigación pretende describir el estado de la salud mental y sintomatología traumática de niños en condición vulnerable, que acuden a la Casa de Justicia Chiquinquirá mediante los instrumentos: Inventario sobre el Comportamiento del Niño (CBI); formado por dos escalas independientes que evalúan, por una parte, los síntomas de salud mental en tres ámbitos (agresión, depresión y ansiedad) y, por otra, la dimensión de adaptación en dos ámbitos (comportamiento planificador y altruista) y el Cuestionario sobre las Reacciones al Estrés Postraumático (PTSR), que mide la ausencia o presencia de los síntomas de estrés postraumático.

Los resultados encontrados evidenciaron que los participantes en la investigación tienen una marcada tendencia a padecer algún tipo de

enfermedad mental y además presentan síntomas correspondientes al trastorno de estrés postraumático.

Abstract

This research work emerged as an alternative to understand the impact on mental health that generates child abuse issues, which is such a common topic in Cartagena's city.

A brief review of social and daily events such as wars, assaults, natural disasters, domestic violence, among others, demonstrates the relationship between exposure to these events and the injure of people's mental health.

Therefore, this research aims to describe the quality of mental health and traumatic symptoms of children who arrive to La Casa de Justicia de Chiquinquirá and are expose to conditions of vulnerability, through the instruments: Inventory on the Performance of the Child (CBI); Formed by two independent scales that assess in first place, mental health symptoms in three areas (aggression, depression and anxiety) and secondly, the scale of adaptation in two areas (altruistic and behavior planner) and the Questionnaire on Reactions to Stress Posttraumatic (PTSRC), which measures the presence or absence of symptoms of post-traumatic stress disorder.

The results showed that children who participate in the investigation have a marked tendency to suffer from some kind of mental illness and also present post-traumatic stress disorder symptoms.

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Frecuencia y Porcentajes por edades de los sujetos.

Tabla 2. Tipos de Trauma

Tabla 3. Indicadores de la subescala de la Salud Mental

Tabla 4. Subescalas de Adaptación.

Tabla 5. Promedio por sujeto de escala y subescalas de la salud mental.

Tabla 6. Promedio por sujeto de escala y subescalas de adaptación.

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje según categorías.

Tabla 8. Frecuencia y porcentajes en la variable Identificación de un evento traumático

Tabla 9. Frecuencia y porcentajes en la variable Sueños y pensamientos sobre el evento

Tabla 10. Frecuencia y porcentajes en la variable Evitación y disminución de respuestas

Tabla 11. Frecuencia y porcentajes en la variable Alteración de la vigilancia

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Descripción del resultado promedio de la escala de salud mental.

Figura 2. Descripción del resultado promedio de la escala de adaptación.

Figura 3. Descripción de los resultados promedio de salud mental y adaptación.

Figura 4. Descripción de los resultados promedio en relación a la escala de salud mental.

Figura 5. Descripción de los resultados promedio en relación a la escala de adaptación.

Figura 6. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación (sujeto 1).

Figura 7. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación (sujeto 2).

Figura 8. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación (sujeto 3).

Figura 9. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación (sujeto 4).

Figura 10. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación (sujeto 5).

Figura 11. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación (sujeto 6).

Figura 12. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación (sujeto 7).

Figura 13. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación (sujeto 8).

Figura 14. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación (sujeto 9).

Figura 15. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación (sujeto 10).

CAPITULO PRIMERO

Objetivo

Objetivo general

- Describir el estado de Salud Mental y Sintomatología Traumática en diez niños de 8 a 11 años expuestos a situaciones de maltrato y/o abuso vinculados a la casa de justicia de Chiquinquirá de la ciudad de Cartagena

Objetivos específicos

- Evaluar a través del CBI los síntomas de salud mental en tres ámbitos (agresión, depresión y ansiedad) y, por otra, la dimensión de adaptación en dos ámbitos (comportamiento planificador y altruista).
- Evaluar a través del PTSRC la presencia o ausencia de los síntomas de estrés postraumático.
- Analizar los resultados en términos de Salud Mental, Adaptación y sintomatología Traumática.
- Identificar alternativas o estrategias que permitan el mejoramiento de la salud mental de los niños.

Justificación

A través de la experiencia e información teórica, se ha podido observar que existe una gran número de casos infantiles, que asisten a terapia psicológica o ha alguna entidad gubernamental debido a la violencia intrafamiliar, el abuso y el maltrato que se produce en contra de los niños. Dicha situación se evidencia en la Comisaría de Familia la cual es una dependencia de la Casa de Justicia que trabaja las problemáticas mencionadas anteriormente.

Por otro lado se consideran las cifras emitidas por el DANE y recopiladas por UNICEF en "Situación de la Infancia en Colombia", lo cual es una perspectiva del panorama de la realidad en que se vive la infancia, "De los 40 millones de habitantes, el 41.5% son menores de 18 años, de los cuales el 38.9% (6.500 000) viven en la pobreza y el 17.5% (1.137.500) viven en situación de miseria. UNICEF señala que 3.344.541 niños y niñas de Colombia no tienen acceso a cuidados de salud de calidad; 2.508.406 niños y niñas del país, que con edad suficiente para ingresar al primer grado, se encuentran por fuera del sistema educativo. Adicionalmente, 1.700.000 niños y niñas entre 12 y 17 años, son trabajadores". De acuerdo con esto, es evidente la condición de vulnerabilidad de la población infantil Colombiana y el riesgo para la salud mental que tienen factores como la pobreza y la falta de acceso a la salud y la educación.

Estas cifras mencionadas anteriormente, permiten evidenciar la gran problemática que existe en torno a la salud mental de los niños en Colombia.

CAPITULO SEGUNDO

Evaluación de la salud mental y sintomatología traumática en niños de 8 a 11 años expuestos a situaciones de maltrato y/o abuso vinculados a la Casa de Justicia de la ciudad de Cartagena

Desde antaño los seres humanos han experimentado estados de salud y de enfermedad que han hecho necesaria la investigación y la búsqueda de un abordaje más sistemático en relación a ambos estados. Los resultados de este esfuerzo científico han vislumbrado una serie de concepciones y conceptualizaciones alrededor de la salud mental y sus implicaciones en el ser humano. La importancia de la salud mental radica en que ésta determina en gran medida la forma en que los individuos piensan, sienten y actúan mientras encaran las situaciones que la vida les presenta, así como también influye en la forma como se perciben a sí mismos y a los demás (National Mental Health International Center, 2003) por tanto, la OMS (2001) considera la salud mental como la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de las personas tanto a nivel individual como colectivo.

Se habla de salud mental en los ámbitos clínicos, sociales, culturales. En lo que respecta al ámbito clínico este se ha colocado al nivel del concepto de enfermedad mental. Por otra parte, dentro del ámbito social se hace referencia a la salud mental comunitaria la cual implica el desarrollo global de todos los aspectos psicosociales y conductuales, la percepción de la salud y la calidad de vida por parte de la población, la forma con que se cubren las necesidades básicas y se aseguran los derechos humanos y la atención de trastornos mentales. Finalmente, la salud mental es abordada desde el punto de vista cultural en términos de tradiciones propias de una nación a fin de proporcionar y velar por la salud mental de su población. (Carranza, 2002)

Dentro de éste conglomerado de paradigmas acerca de la salud mental históricamente ha prevalecido el modelo de enfermedad, es decir, comúnmente para definir salud mental se ha apelado al esquema bipolar salud – enfermedad, conceptualizándola como ausencia de enfermedad y atribuyéndosele escasa atención a las dimensiones positivas de la salud (Rodríguez, 2005).

Uno de los primeros intentos por desarrollar un marco positivo de la salud mental fue el realizado por Jahoda a finales de la década de los cincuenta donde destacó dentro del concepto de salud mental la necesidad de trascender del énfasis que se tenía hacia el potencial del desarrollo personal positivo en tanto que se debía aceptar la influencia mutua entre los aspectos físicos y psicológicos del ser humano. A lo anterior agregó que tener una buena salud física es una condición necesaria pero no suficiente

para tener una buena salud mental y que los tipos puros no existen; cada ser humano tiene simultáneamente aspectos sanos y enfermos, predominando unos u otros en función del momento o de la situación. (Arceo, Castilla y Luit, 2006).

Así pues, a través de sus estudios, Jahoda articuló su concepción de la salud mental positiva desde una perspectiva de múltiples criterios, los cuales sintetizó a seis: a) actitudes hacia sí mismo, b) crecimiento, desarrollo y auto-actualización, c) integración, d) Autonomía, e) percepción de la realidad y f) dominio del entorno. (Lluch, 2002; Solomon y Kramer, 1990)

Posteriormente, surgieron nuevos modelos que intentaron aportar nuevas concepciones sobre la salud mental. En primer lugar, en los años sesenta, aparece la teoría de la indefensión, atribución de causalidad y depresión propuesta por Abramson, Seligman y Teasdale, teoría según la cual los depresivos tienen un estilo atributivo llamado estilo pesimista de causalidad. En los ochenta, surgió el modelo cognitivo de la depresión de Beck, a través del cual se explica la depresión como consecuencia de las experiencias infantiles que inducen al sujeto a tener una imagen negativa de sí, los demás y el futuro. Desde tal modelo, los depresivos manifiestan una triada cognitiva negativa y varios sesgos cognitivos (inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico, abstracción selectiva, errores evaluativos de la magnitud de un acontecimiento y personalización - generalización). Seguidamente, Albert Ellis desarrolló un nuevo modelo en el que planteó que

los sujetos con trastornos emocionales poseen formas de pensamiento irracionales. (Escobar y Cova, 1997)

Además de los anteriores cinco modelos explicativos, Escobar y Cova, han identificado otros factores que inciden en los niveles de salud mental, por ejemplo: a) que los individuos pertenecientes a una clase social baja poseen mayor vulnerabilidad de padecer trastornos mentales, quizás debido a que disponen de un menor repertorio material o psicológico o porque las personas con problemas de salud mental tienden a bajar de status social. b) Existe evidencia en relación a mayor tendencia hacia el deterioro psicológico en el género femenino.

Con relación a lo anterior, algunas explicaciones resaltan las diferencias biológicas, otras la socialización diferencial, la asignación de roles diferenciales, las diferencias en la expresión de la emoción, los malos tratos, las estrategias de afrontamiento o a la posición social desfavorable en el mercado laboral; en resumen, atienden a la situación social desfavorable para las mujeres. d) El desempleo tiene también efectos negativos en la salud mental, puesto que por medio del trabajo el ser humano se hace capaz de satisfacer sus necesidades materiales y psicológicas básicas. Además del desempleo en sí influye en la naturaleza y las condiciones laborales.

En este mismo sentido se encuentra el modelo expuesto por Warr en 1987 según el cual la salud mental se compone del bienestar activo, la competencia personal, la autonomía, la aspiración y el funcionamiento integrado. Resulta del intercambio entre las características del medio, los

procesos que las originan y ciertos atributos de personalidad. (Escobar y Cova, 1997). Tal estado de bienestar es amenazado por infinidad de factores y acontecimientos, los cuales se encuentran sujetos a la naturaleza misma del ser humano y a las construcciones sociales que de ellos parten. Una vez que actúan eventos potencialmente dañinos en contra de la integridad física y/o psicológica del ser humano se desencadena en él una serie de estados que se conciben como mecanismos de afrontamiento o defensa, entre ellos se destacan las respuestas ansiosas, agresivas, depresivas y altruistas.

Respuestas ansiosas

La ansiedad es un sentimiento de desasosiego, preocupación o miedo vago de origen desconocido. Esta se presenta indistintamente de la edad, así tanto niños como adolescentes y adultos pueden manifestarla. Esta incluye un conjunto de respuestas que están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas del individuo. Como mecanismo de vigilancia del organismo, las respuestas ansiosas sirven para alertar de posibles peligros y por ello desempeñan un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. Desde esta perspectiva, la existencia de respuestas de ansiedad es más signo de salud que una señal de enfermedad. En consecuencia, la ansiedad podría constituirse como una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, sea real o no la

amenaza. Sin embargo, esta también es vista como una emoción negativa y una perturbación cuando se presenta de manera desproporcionada o fuera de lugar, es decir, cuando se produce intensamente ante las situaciones con las que se debe vivir o que son evocadas por la mente, no por peligros reales que se deben enfrentar. Por esta razón se está convirtiendo en un riesgo para la salud si se manifiesta en forma crónica. Si las angustias perduran, estas amenazan la salud; una mayor cantidad de cambios en la vida y de molestias está vinculada con una mayor probabilidad de enfermedades físicas. (Alejos, Aráoz y Castañeda, 2003)

La ansiedad influye, principalmente, en la contracción de enfermedades infecciosas, pues el sistema inmunológico es el responsable de combatirlas y con la ansiedad esas defensas fallan, cuantas más ansiedades existan, mayor será la incidencia de males infecciosos. En este proceso es el sistema nervioso el que se encuentra tremendamente implicado. El sistema nervioso no sólo se conecta con el sistema inmunológico, sino que es esencial para la función inmunológica adecuada. Otra vía clave que relaciona las emociones y el sistema inmunológico es la influencia de las hormonas que se liberan con el estrés. Las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y el cortisol, entre otras, obstaculizan la función de las células inmunológicas: el estrés anula la resistencia inmunológica, supuestamente en una conservación de energía que da prioridad a la emergencia más inmediata, que es una mayor presión para la supervivencia (Goleman, 1996).

Basándose en esto, se ha establecido la hipótesis de que el estrés y las emociones negativas, como la ira, la ansiedad y la depresión, podían ser la causa de ciertas enfermedades. Las investigaciones no han arrojado datos clínicos suficientes como para establecer una relación causal, pero sí, se reconoce que, estas emociones, afectan la vulnerabilidad de las personas a contraer enfermedades. Asimismo, se investiga si las emociones positivas son beneficiosas a la hora de la recuperación de la enfermedad. También, las emociones y la salud se relacionan cuando una ya está enfermo, podemos ser emocionalmente frágiles mientras estamos enfermos porque nuestro bienestar mental se basa, en parte, en la ilusión de invulnerabilidad. La enfermedad hace estallar esa ilusión, atacando la premisa de que nuestro mundo privado está a salvo y seguro. De pronto nos sentimos débiles, impotentes y vulnerables. (Alejos, Aráoz y Castañeda, 2003)

Respuestas agresivas

El término agresividad procede del latín *aggredi* –ir contra alguien –, y se emplea casi siempre para expresar la tendencia a atacar o a dañar. Igualmente es usado en el sentido de iniciativa o de capacidad positiva que permite al sujeto comunicarse y superar dificultades. Esta naturaleza dual del vocablo permite hablar de agresividad benigna y de agresividad maligna. La benigna es defensiva, necesaria para hacer frente a las adversidades, mientras que la maligna se pone al servicio de los peores sentimientos y es

destruccion. La agresión se basa siempre en un juicio social que tiene en cuenta los motivos del individuo y las circunstancias o contextos en que la conducta tiene lugar (Parke y Slaby citados por Haith, Miller y Vasta, 2001).

En la persona concreta la agresión puede manifestarse en cada uno de los niveles que integran al individuo: puramente físico, emocional, cognitivo y social. Su carácter es polimorfo. Se puede presentar en el nivel físico, como lucha con manifestaciones corporales explícitas. En el nivel emocional puede presentarse como rabia o cólera, manifestándose a través de la expresión facial y los gestos o el cambio del tono y volumen en el lenguaje. Desde un nivel cognitivo puede estar presente como fantasías destructivas, elaboración de planes agresivos o ideas de persecución propia o ajena. El nivel social es el marco en el cual, de una manera o de otra, toma forma concreta la agresividad. (Toldos, 2002)

Además de lo anterior Haith, Miller y Vasta (2001) aseveran que la agresión puede dividirse en diversos tipos basados en su forma y en su función. Por ejemplo, la agresión verbal, que implica insultar, tomar el pelo, amenazar, etc., puede distinguirse de la agresión física, como golpear, dar patadas o morder. De igual forma, la conducta agresiva cuyo propósito es obtener algo se denomina agresión instrumental, mientras que la agresión dirigida específicamente a infligir dolor o daño se denomina agresión hostil (o agresión vengativa si se lleva a cabo como respuesta a una agresión).

Asimismo, se hallan otras modalidades de agresión basadas en la edad y en el género. Según Haith, Miller y Vasta (2001) citando a Harput,

McCabe y Lipscomb, existen datos que indican que la agresión física e instrumental prevalece más en las edades jóvenes, haciéndose más común la agresión verbal y hostil al alcanzar la edad escolar; En cuanto a las diferencias debidas al género, los varones comienzan a mostrar más agresividad durante los años preescolares (Cummings, Iannotti y Zahn-Waxler citados por Haith, Miller y Vasta, 2001) y continúan haciéndolo durante la escuela elemental (Eron *et al.*, Hyde, Parke y Slaby citados por Haith, Miller y Vasta, 2001) por su parte, la agresión de las niñas se hace más social en su naturaleza y se dirige predominantemente, aunque no en exclusiva, hacia otras niñas (Cairns *et al.*, citado por Haith, Miller y Vasta, 2001)

Por el número de víctimas y las secuelas que produce, la violencia ha adquirido un carácter endémico y se ha convertido en un serio problema de salud en varios países. Además de heridas y muerte, la violencia puede traer consigo un sinnúmero de problemas sanitarios, profundas alteraciones en la salud mental, enfermedades sexualmente transmisibles, embarazos no deseados, trastornos de comportamiento, entre otros. Sus secuelas conductuales y emocionales son tanto o más dramáticas que su impacto socioeconómico, si se tiene en cuenta que cerca de la mitad de los niños expuestos a la violencia pueden presentar síntomas compatibles con trastornos del estrés postraumático y transmitir generacionalmente la violencia, además de la elevada frecuencia en los trastornos del sueño, las dificultades del aprendizaje, los problemas de memoria y concentración, la

conducta agresiva e ideación suicida asociados a ella. Así mismo, resulta muy llamativo también el alto grado de dificultades emocionales e interpersonales en los hijos de personas expuestas a violencia y los trastornos del estrés postraumático, aun cuando los niños no hayan estado en contacto con los actos mismos. Ninguna persona está exenta de la violencia, aunque pueden existir grupos sociales más propensos a ser víctimas de ella, tales como aquellos que física o mentalmente están en desventaja: mujeres, niños, ancianos, enfermos mentales y minorías sociales. (Caldaza, 2004)

Respuestas depresivas

Una definición que abarca de manera directa el análisis de esta sintomatología en los niños lo identifica como un síntoma de tipo afectivo, el niño o adolescente que esta en esta situación se siente triste, desganado, descontento de si mismo y de su entorno y en ocasiones también furioso por todo ello. (Del Barrio, 1997)

Para lograr identificar la presencia de la depresión es importante reconocer la sintomatología que conlleva, y de manera más concreta como se refleja en los niños. Los síntomas se describen desde los emocionales tales como: la presencia de tristeza, perdida de disfrute, ausencia de interes, cambios bruscos de humor, falta de sentido del humor, desesperanza, irritabilidad, lloros excesivos y ausencia de interés por las cosas. Otro

aspecto que evidencia la presencia de la depresión es el desempeño motor del niño, reflejado en inexpressividad, hipoactividad, letargo, enlentecimiento motor, hiperactividad. Dentro de los aspectos cognitivos se encuentran: falta de concentración, pérdida de memoria, pesimismo, desesperanza, indecisión, sentimientos de culpa, baja autoestima, ideas de suicidio, pensamientos morbosos y descenso del rendimiento. En el área social la depresión se refleja en aislamiento, soledad, retraimiento e incompetencia social. Dentro de las características conductuales la sintomatología se evidencia de manera concreta en comportamientos tales como protestas, riñas, desobediencia, rabietas, indisciplina escolar, delincuencia, droga y piromanía. Y por último y no por eso menos importante se encuentran los aspectos psicósomáticos, tales como enuresis, pérdida de energía, sentimientos de fatiga, pérdida de peso, dolores múltiples, pesadillas y cambios en el sueño y el apetito. (Del Barrio, 1997) Estos síntomas no necesariamente tienen que aparecer todos, sin embargo cabe destacar que algunos de ellos se consideran determinantes para diagnosticar depresión, tales como las ideas suicidas, baja autoestima, cambios de sueño, pérdida de apetito y peso, aislamiento social, hiperactividad y disforia.

Aunque la depresión es fundamental en el desequilibrio de la salud mental existen otros aspectos que podrían influir en esta, como es el caso de la agresividad que es definida como un comportamiento que conlleva a ocasionar daño o perjuicio hacia otra persona, es importante destacar que la agresividad se entiende con base en la intención y el propósito que subyacen

al comportamiento. Es decir, que para interpretar una conducta como agresión es determinante mirar su origen o causa, por ejemplo es evidente que una persona que golpea a otra persona se comporta agresivamente, calificativo que no se le puede atribuir al médico que provoca dolor mientras realiza un procedimiento médico. (Feldman, 1998)

Además de lo anterior, la salud mental también es vulnerable a ser desequilibrada por aquellos eventos que fuerzan las capacidades ordinarias de las personas y/o las comunidades más allá de un punto que sus recursos pueden tolerar y absorber; es decir, cuando se sufre un accidente, se termina una relación significativa, se viven experiencias altamente humillantes o profundamente decepcionantes, entre otras cosas. Este tipo de eventos son conocidos como traumáticos. (Rubin y Bloch, 2000)

Ante un evento traumático, en un primer momento, el sujeto expuesto activa dos tipos de reacción inmediata tradicionalmente designadas como sobrecogimiento y sobresalto. El sobrecogimiento es la respuesta más básica y profunda de todas aquellas de las que se dispone para reaccionar ante el peligro; se trata de una reacción de inmovilidad, estupor, contracción corporal progresiva hasta la paralización temporal, ya que después de unos cuantos segundos el individuo reacciona de una manera más elaborada ya sea defendiéndose o huyendo, en ciertas ocasiones el sobrecogimiento se prolonga a lo largo de todo el acontecimiento, percibiendo el individuo la escena como si fuera ajeno a ella. Por su parte, el sobresalto se caracteriza por una descarga masiva de hormonas y neurotransmisores en la sangre y

en el Sistema Nervioso Central, iniciándose una frecuencia genética e incontrolable actitud de defensa o escape; en tal situación no suele darse la pérdida del conocimiento, pero si se presentan estados alterados de conciencia, recordando después sólo fragmentos de lo sucedido; de igual forma, es posible que el individuo manifieste una clara conciencia durante el hecho traumático, pero esta se presenta con una sensación de absoluto descontrol de los propios impulsos y movimientos. (Plaza, 2003)

La exposición a eventos traumáticos y las consecuencias que de ello se derivan no es un fenómeno reciente pues a lo largo de la historia los seres humanos han estado experimentando tragedias y desastres. Los eventos traumáticos son, la mayoría de las ocasiones inesperados e incontrolables y afectan de manera intensa la sensación de seguridad y auto-confianza del individuo provocando intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno. Uno de los eventos traumáticos más comunes es la vivencia de situaciones donde la violencia esté presente. En la actualidad la familia se ha convertido en un importante foco de este tipo de eventos. El término violencia familiar hace referencia a cualquier forma de abuso ya sea físico, psicológico o sexual, que tiene lugar entre los integrantes de una familia. Como todo abuso, implica un desequilibrio de poder, y es ejercido desde el más fuerte hacia el más débil con el fin último de ejercer un control sobre la relación. (Puchol, 2001)

El padecimiento de violencia familiar representa un grave riesgo para el bienestar psicológico de los niños y niñas, más aún, cuando además de

ser testigos también han sido víctimas de ella. Resultados hallados en diversos estudios muestran que los niños expuestos a la violencia en la familia presentan más conductas agresivas y antisociales (conductas externalizantes) y más conductas de inhibición y miedo (conductas internalizantes) que los niños que no sufrieron tal exposición. Los niños de dichos hogares violentos usualmente presentan un menor nivel de competencia social y un menor rendimiento académico que los niños que se encuentran inmersos en relaciones familiares donde la violencia no hace parte de los patrones conductuales de sus integrantes. (Patró y Limiñana, 2005)

En este aspecto es relevante mencionar que no es el evento en sí lo que resulta traumático para una persona, sino la forma individual como ésta lo experimenta. Estudios alrededor de este tema han evidenciado una indudable relación entre la ocurrencia de una situación traumática y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores. Dentro del conglomerado de vivencias consideradas comúnmente como traumáticas se encuentran, entre otras, los incendios, los accidentes de tránsito, los desastres naturales, los atentados terroristas, las torturas, las experiencias bélicas, el abuso sexual y el maltrato infantil.

Maltrato infantil

El problema de maltrato y abuso infantil ha sido reconocido en las últimas décadas como un tema relevante de salud público, tanto por su prevalencia como por el impacto que tiene sobre las personas involucradas. Por maltrato infantil se entiende cualquier conducta que por acción u omisión dañe la salud o emocional de un menor de 18 años. Según López (1996), el Centro Internacional de la Infancia de París considera que maltrato infantil es "cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo".

Montt (2003) agrega que es posible distinguir un maltrato activo y uno pasivo. En el primero, el daño ejercido es perpetrado a través de la acción; mientras que en el segundo, el daño que se ejerce se hace a causa de la omisión, negligencia y descuido hacia el menor. Además de lo anterior, el maltrato posee distintas manifestaciones, entre estas se hallan el maltrato físico, psicológico, maltrato por negligencia y el abuso sexual.

Según el Comité de Familia y Salud Mental y el Equipo de Trabajo en el Área de Abuso y Violencia Familiar de Argentina (2003) "el maltrato físico es cualquier acción no accidental por parte de los padres o terceros, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o lo coloque en grave riesgo de padecerlo". Esta forma de maltrato se exterioriza por actos agresivos,

abuso físico o por actos de omisión y negligencia física de un alto impacto psicológico. Por su parte, el Centro Médico de la Universidad de Maryland (2006) asevera que el maltrato físico tiende a ocurrir en momentos de gran estrés cuando alguien estalla en ira contra el niño y dado que los adultos son más fuertes y grandes que los infantes, estos al ser maltratados pueden sufrir graves lesiones o incluso resultar muertos involuntariamente.

En lo referente al maltrato psicológico Terreros (2006), cita a Garbarino, Guttman y Seeley para definir este fenómeno social como “un ataque realizado por un adulto sobre el desarrollo de la personalidad y de la competencia social del niño mediante un patrón de conducta psicológicamente destructivo y que se manifiesta mediante cinco formas: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper”. Este tipo de maltrato ha sido considerado como el más dañino y el más esquivo constituyéndose como el factor más destructivo de cualquier forma de maltrato, ya que destruye el sentido de seguridad del sí mismo en distintos niveles de la persona. Por ejemplo, a nivel cognitivo se evidencia una visión negativa de la vida, síntomas de ansiedad, depresión e ideas suicidas; a nivel emocional, en infante maltratado psicológicamente presenta una carencia de respuestas emocionales adecuadas, problemas de control de impulso ira, conductas autolesivas, trastornos de la alimentación y abuso de sustancias; a nivel social, las habilidades sociales del niño se ven severamente afectadas dando lugar a conductas antisociales, problemas de vinculación afectiva, competencia social limitada, falta de simpatía y empatía, aislamiento social,

dificultad para ajustarse a las normas, mala adaptación en el plano sexual, dependencia, agresividad, violencia y delincuencia o criminalidad; en cuanto al aprendizaje, el maltrato se traduce en bajo rendimiento académico, dificultades en el desarrollo moral; por último, el maltrato psicológico amenaza el bienestar e integridad física del niño aumentando así su vulnerabilidad a la mortalidad.

Una manifestación más del maltrato infantil es el abuso sexual, este es explicado por Glaser y Frosh (1997), quienes citando a el *Standing Committe on Sexually Abused Children* aducen que “cualquier niño por debajo de la edad de consentimiento puede considerarse como haber sido sexualmente abusado cuando una persona sexualmente madura, por designio o por descuido de sus responsabilidades sociales o específicas en relación con el niño, ha participado o permitido su participación en cualquier acto de una naturaleza sexual que tenga el propósito de conducir a la gratificación sexual de la persona sexualmente madura”. Cabe mencionar que la “edad de consentimiento” antes mencionada, no sólo hace referencia a la edad cronológica sino que además incluye la competencia de desarrollo y la relación de poder que haya entre los implicados. Este tipo de maltrato puede presentarse, según Rodríguez (2003), de dos formas distintas, abuso sexual con contacto y abuso sexual sin contacto; el primero consiste en conductas que involucran el contacto físico con la boca, los pechos, los genitales, el ano, o cualquier otra parte corporal, cuando el objeto de dicho contacto es la excitación o satisfacción sexual del agresor. El segundo es

llevado a cabo por medio de comportamientos que no implican contacto físico con el cuerpo, pero que sin duda repercuten en la salud mental de la persona, hacen parte de este comportamiento tales como exhibirse con fines sexualmente insinuantes, masturbarse en presencia de un niño o una niña, producir material pornográfico con el menor, mostrarle material pornográfico, espiarlo mientras se viste o se baña, dirigirle repetidos comentarios seductores o sexualmente explícitos, y realizar llamadas telefónicas obscenas.

Dichos tipos de abuso sexual infantil – ASI – se pueden presentar en dos niveles, intrafamiliar (el abusador es un miembro de la familia), extrafamiliar (hombres o mujeres ajenos a la familia que tienen el cuidado del menor), o con personas extrañas que utilizan a los niños con fines eróticos o comerciales (Vargas, Vargas y Mejía, 1995). Cuando la situación de abuso se presenta el niño comienza a padecer una serie de síntomas que según Pauluzzi (1999) pueden ser clasificados en dos grupos: indicadores físicos e indicadores comportamentales.

En el primer grupo la autora incluye dificultades al momento de andar y sentarse, manchas o rasgaduras en la ropa interior, dolor y/o picazón en la zona vaginal o anal, contusiones o sangrado en los órganos genitales externos, infecciones vaginales o enfermedades de transmisión sexual, inflamaciones a nivel de vulva o cerviz y vestigios de semen en boca y/o genitales; en el grupo de los indicadores comportamentales pueden ser ubicados en el caso de niños preescolares conductas auto-eróticas,

trastornos del sueño, conductas regresivas, enuresis, encopresis, retraimiento social, temores inexplicables y fenómenos disociativos, mientras que en niños en edad escolar se pueden presentar cambios bruscos en el rendimiento académico, problemas de respeto a la autoridad, mentiras, fugas del hogar, actitudes delictivas, coerción sexual hacia sus pares, excesiva sumisión ante los adultos y quejas somáticas.

Algunos elementos claves que potencian los efectos traumáticos del ASI (Soria y Hernández, 1994), son: la duración temporal del abuso, la dificultad en la adaptación psicosocial del menor a los efectos del abuso, el escaso apoyo emocional y la falta de protección por parte de la familia, los efectos derivados de la segunda victimización o inducidos por los profesionales dispuestos para el apoyo de la víctima, la existencia de un abuso físico y/o explotación económica, la violencia elevada ejercida por el adulto, y que el agresor sea afectivamente próximo al niño. Una vez que un niño es abusado sexualmente, según el boletín del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia (1999), desarrolla una condición denominada estrés postrauma. Dicho Centro explica que “el conjunto de síntomas posteriores a la exposición de un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, durante el cual el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro o amenaza para su vida o integridad física; dentro de estos hechos se encuentra el abuso sexual infantil. La respuesta del sujeto a este acontecimiento incluye temor, desesperanza y horror intenso, y específicamente en los niños, un comportamiento desestructurado o agitado”.

Todos estos tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual) exponen, evidentemente, al infante al daño de su salud física y/o emocional amenazando su óptimo desarrollo y están multideterminados por variables culturales, macro y micro-sociales, así como también por factores individuales. La presencia de dichos factores (sociales, familiares, psíquicos) hace que exista un riesgo elevado en la aparición del maltrato, y por tanto, son considerados por Castillo (2006) como factores de riesgo asociados al maltrato.

Dentro de los factores de riesgo de tipo social es posible identificar los siguientes: dificultades para establecer el vínculo padre - madre - hijo/a, precariedad económica, problemas laborales (desempleo, insatisfacción o tensión laboral), marginación, hacinamiento, prostitución y/o delincuencia de los padres, falta de soporte social en situaciones difíciles, bajo nivel educacional, ausencia de indicadores de apego entre el cuidador y el niño, madres adolescentes y falta de conciencia de los padres respecto a conductas maltratadoras.

En los factores inherentes a la familia se encuentran: los antecedentes de malos tratos infantiles en los padres, padres con excesiva vida social, o profesional que dificulta el establecimiento de relaciones afectivas con sus hijos/as, familias con historia de violencia familiar, enfermedades de los padres/tutores que conlleva a la desatención del menor, familias monoparentales, familias con la presencia de padrastro o

madrastras, cuidador principal con falta de estabilidad en la pareja y alto número de hijo en edad pre-escolar. (Castillo, 2006; Montt, 2003)

En el caso de los factores psicológicos del padre y/o la madre se reconocen entre otros la insatisfacción personal de alguno de los miembros de la pareja, problemas psicopatológicos, depresión, alcoholismo, drogadicción, dificultad para una comunicación adecuada, rechazo emocional o falta de afecto hacia el menor y baja tolerancia al stress. (Castillo, 2006)

En lo que a factores derivados del niño se refiere, actúan como predisponentes el nacimiento prematuro, las malformaciones, el peso excesivamente bajo al nacer, una alta tendencia a la enfermedad, el padecimiento de incapacidades físicas o psíquicas, el hecho de que el niño haya sido fruto de embarazos no deseados o de relaciones extramatrimoniales, temperamento difícil, las pautas extremas de conducta (apático/ hiperactivo) y la poca escolarización o bajo rendimiento académico. (Montt, 2003)

La génesis del maltrato no se explica por la presencia de un solo factor de riesgo, se explica más bien por la existencia de una acumulación de factores de riesgo (Castillo, 2006). La asociación de tres ó más de estas condiciones aumenta las posibilidades de maltrato, especialmente si se da en los distintos niveles señalados (Montt, 2003).

Con base en la naturaleza y la intensidad de los eventos traumáticos, así mismo se desarrollará en el individuo una serie de manifestaciones negativas que afectarán su vida personal y sus relaciones con los demás.

Tales manifestaciones se ven reflejadas en la aparición de lo que muchos estudiosos han denominado trauma psicológico.

Trauma Psicológico

Cazabat (1996) considera que el trauma psicológico es el estadio en el que se encuentran las personas tras experimentar una situación altamente estresante. Tal estadio se caracteriza por alterar considerablemente la estabilidad mental y generar una serie de comportamientos y sentimientos disfuncionales.

El trauma psicológico comprende síntomas posteriores a la vivencia traumática los cuales son categorizados por Puchol (2001) en tres grandes grupos: a) re-experimentación del evento traumático, que incluye sentimientos y sensaciones asociadas por el sujeto a la situación traumática, pesadillas donde se rememora el evento u otras imágenes asociadas al mismo y reacciones físicas y emocionales desproporcionadas antes acontecimientos asociados a la situación traumática; b) incremento activación, donde ubica dificultades conciliar el sueño e hipervigilancia, dificultades al momento de ejecutar tareas que requieran cierto grado de concentración y conductas caracterizadas por la irritabilidad, impulsividad y agresividad; c) evitación y bloqueo emocional que genera intensa evitación, huida y rechazo del sujeto a situaciones, lugares, pensamientos, sensaciones o conversaciones que de una forma u otra evoquen el evento traumático,

pérdida del interés ante situaciones que normalmente, antes del evento traumático, disfrutaba realizar y aislamiento social.

Siguiendo la identificación y clasificación de los síntomas del trauma psicológico Jaffe, Segal y Dumke (2005) hacen una diferenciación entre los síntomas que devienen de experiencias de vida abrumadoras que aún no han sido resueltas y los síntomas que están comúnmente asociados con la reacción tardía a un evento severamente precipitante. Dentro de los primeros distinguen tres grandes grupos: a) físicos, donde se ubican trastornos alimenticios y del sueño, disfunciones sexuales, bajos niveles de energía y dolor crónico e inexplicable; b) emocionales, donde se pueden mencionar la depresión, llanto espontáneo, desesperación, desesperanza, ansiedad, ataques de pánico, temor intenso, conductas obsesivas y compulsivas, poco auto-control, irritabilidad, enojo y resentimiento, además de entumecimiento emocional y pérdida en la rutina y las relaciones; c) cognoscitivo, del cual hacen parte los lapsus memorísticos (especialmente sobre el trauma), dificultad en la toma de decisiones, disminución en la capacidad de concentración y atención dispersa. Por su parte el segundo grupo contiene los siguientes síntomas: a) re-experimentar el trauma, manifestado a través de pensamientos regresivos e intrusivos, pesadillas y emociones invasivas acerca del evento traumático; b) entumecimiento y evitación emocional, compuesto por síntomas como amnesia, evitación de situaciones semejantes al acontecimiento inicial, aislamiento, depresión, sentimientos de culpa y dolor y una alteración en el sentido del tiempo; c) Por último se presentan

síntomas asociados al incremento del *arousal* como la hipervigilancia, exaltación, necesidad de protección extrema, reacciones desproporcionadas como ataque de cólera repentinos, ansiedad general, insomnio y pensamientos obsesivos relacionados con la muerte.

Una vez se presentan los síntomas del trauma psicológico es posible que se exterioricen sus efectos a través de alteraciones en el comportamiento y dificultades en las relaciones interpersonales. Los efectos más comunes a nivel comportamental incluyen el abuso de sustancias, patrones conductuales de impulsividad y autodestrucción, pensamientos incontrolables, dificultades en la toma de decisiones, síntomas disociativos, sentimientos de ineficacia, vergüenza y desesperación, sensación de daño permanente y pérdida de las creencias ya establecidas. Con respecto a las dificultades a nivel de las relaciones interpersonales, el trauma psicológico deja secuelas al inhabilitar a la persona en el mantenimiento de las relaciones cercanas y en la elección de amigos apropiados, así mismo causa problemas sexuales, hostilidad, discusiones con los integrantes del círculo social al que se pertenece y se frecuenta, dando como resultado el aislamiento social y una sensación de inminente amenaza. (Jaffe, Segal y Dumke, 2005) Cuando la manifestación de los síntomas del trauma psicológico se extiende por varios meses se puede afirmar que el individuo ha desarrollado lo que muchos conocen como Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT).

Trastorno de Estrés Post-Traumático

El TEPT es un tipo de problema de ansiedad. El desorden de estrés postraumático (TEPT) es un trastorno médicamente aprobado que ocurre en individuos normales en condiciones sumamente estresantes. Sus síntomas afectan a la gente de todas las condiciones sociales, incluyendo a soldados, víctimas de catástrofes o accidentes serios. Este trastorno puede afectar a la gente que proporciona servicios de la emergencia para otros. Algunos individuos que sobreviven un acontecimiento traumático son afectados tan fuerte por la experiencia que son incapaces de vivir vidas normales. (Jaffe y Segal, 2005)

En el DSM IV se describe el suceso fijador del TEPT como la exposición a un acontecimiento traumático durante el cual se experimenta temor, desamparo u horror. Posteriormente las víctimas vuelven a experimentar el acontecimiento a través de recuerdos y pesadillas, los cuales se dan de manera súbita y las víctimas *reviven* el suceso produciendo gran malestar subjetivo, de tal manera que terminan evitando cualquier situación o cosa que les recuerde el trauma y manifiestan una restricción o un aturdimiento característico de la receptividad emocional que tal vez sea perturbadora para las relaciones interpersonales, tanto así que a veces las personas son incapaces de recordar ciertos aspectos del suceso, es posible, además, que las víctimas traten de evitar inconscientemente la experiencia de la emoción misma, en virtud de que las emociones intensas podrían traer

de vuelta los recuerdos del trauma. Finalmente, las víctimas en general se sobrecitan de manera crónica, se asustan con facilidad y se enojan de repente. (Barlow y Durand, 1999)

A lo anterior, Jaffe y Segal (2005) consideran la existencia de pruebas acerca de que los síntomas de TEPT son respuestas anormales para el estrés. Ellos citan a Levine, para aseverar que los síntomas traumáticos no son causados por el acontecimiento peligroso en sí mismo sino que surgen cuando la energía residual del acontecimiento no es descargada del cuerpo permaneciendo atrapada en el sistema nervioso y esto puede causar estragos en nuestros cuerpos y mentes. En observaciones hechas por Levine se halló que los animales salvajes, aunque rutinariamente son amenazados, raras veces se traumatizan. Los animales en el hábitat natural utilizan mecanismos innatos para regular y descargar los altos niveles de activación asociados con comportamientos de supervivencia defensivos. Estos mecanismos proveen a los animales "de una inmunidad" ante el trauma que les permite volver a un estado normal después de experiencias sumamente "cargadas" que amenazan sus vidas. Aunque las personas nazcan con prácticamente los mismos mecanismos reguladores que los animales, la función de estos sistemas instintivos a menudo es anulada o inhibida. Esta inhibición dificulta la descarga completa de energías de supervivencia, y no permite al sistema nervioso recuperar su equilibrio.

Estos mismos autores afirman que desde la perspectiva anterior se pueden inferir tres acontecimientos fundamentales en la explicación del

trastorno por estrés post-trauma. El primer acontecimiento es que este desorden psicológico y comportamental ocurre cuando una situación es percibida como peligrosa e inescapable, perdiéndose en ese momento el estado de normalidad y siendo poco exitosas las respuestas defensivas que se activan, ya que las defensas innatas fallan. El segundo, es que cuando la descarga de energía de supervivencia es nula y permanece fijada, tanto en el cuerpo como en el sistema nervioso, los síntomas del trauma resultan ser un intento para manejar y contener dicha carga energética. Por último, se infiere que tratar los síntomas del TEPT es un intento por normalizar las respuestas defensivas y disfuncionales que se han establecido a causa del trastorno. En resumen, cuando los mecanismos de defensa habituales fallan al momento de resolver una situación aparecen el terror, el pánico, la rabia y la paralización. Tales estados emocionales son evocados cuando los sentimientos de orientación de peligro y la capacidad de escapar han sido bloqueados o inhibidos.

Davidson, Hughs, Blazer y George (1991) dividen el TEPT teniendo como criterio la duración y mantenimiento de los síntomas. Es decir, cuando los síntomas del trastorno se presentan durante uno y tres meses después del evento éste es considerado agudo, mientras que si los síntomas persisten más allá del tercer mes el trastorno es categorizado como crónico.

Cabe resaltar que la manifestación del TEPT varía cuando se presenta en los niños. Van del Kolk (1996) hace alusión a esto al diferenciar

los efectos adversos que tiene este trastorno en la forma en que se procesa información en la niñez y la edad adulta. Posiblemente la forma mas obvia es la forma en que hay interferencia del proceso de información y que es evidente en las persistentes intrusiones de memorias del trauma que no le permite el individuo poner atención a nueva información. Los individuos traumatizados muestran problemas de atención y distracción. En los niños, esto se parece a problemas de déficit atencional. Por otro lado, el estado hiperalerta en los niños traumatizados puede mejorar su capacidad de atención para los detalles, hasta llegar a un punto en que esta capacidad se sobrepasa y entonces la capacidad para procesar información se pierde. Al llegar a este punto el niño se disocia.

Los estudios recientes parecen apoyar la idea de la existencia de una disociación normal de varias intensidades y de una disociación patológica generalmente producto de trauma (Eisen y Goodman, 1998). Se cree que la disociación patológica esta asociada a diversas formas de fallas en la memoria. El síntoma más común es la amnesia del trauma. La perdida de memoria del trauma puede ser parcial o total y se han encontrado fallas o lagunas en memorias autobiográficas tanto del trauma como de eventos no traumáticos. Todavía no hay una demostración científica conclusiva acerca de las causas de esta amnesia y algunos autores estiman que el termino de amnesia puede no ser el mas apropiado. Se señala que individuos con tendencias disociativas normales tienen menos seguridad en sus memorias y por lo tanto son más vulnerables a los efectos de la desinformación. Esto es

cierto tanto en niños como en adultos pero en los niños existe una correlación entre sugestibilidad y edad. A menos edad mayor sugestibilidad. (Bottoms, Shaver y Goodman, 1996)

Una mención especial es necesaria para los casos de traumas a repetición. Se reporta que los niños tienden a formar guiones, de hechos que se repiten y que son similares, lo que dificulta el obtener detalles de varios eventos tanto traumáticos como normales. Por lo tanto los detalles pueden ser confusos. Otros estudios sobre disociación y memoria señalan que los niños que usan defensas disociativas para lidiar con eventos traumáticos repetidos son propensos a usar disociación antes menores niveles de estrés. Sin embargo, algunos autores señalan que niños con alto nivel de desconfianza e hipervigilancia puede llevar a una mejor memoria para eventos y resistencia a influencias de desinformación (Hoffmeister, 2003).

Trastorno de Estrés Post-trauma en Niños

Como se ha mencionado antes el TEPT se define como aquel síndrome que sobreviene después que una persona presencia o experimenta un acontecimiento traumático extremo, o escucha sobre este. La persona reacciona a esta experiencia con miedo e indefensión, revive persistentemente el suceso e intenta evitar que se lo recuerden. A veces, los acontecimientos traumáticos no tienen por qué estar fuera de las experiencias normales de la vida. En la infancia la exposición a numerosos

sucesos puede desembocar en un TEPT: secuestro, violencia doméstica, abuso, violencia en la comunidad, migraciones, guerras, separación de padres.

Para que el TEPT pueda ser diagnosticado en un niño la reacción de este debe incluir miedo intenso, horror o conducta desorganizada o agitada. Los síntomas en este caso pueden ser agrupados en tres categorías: a) el acontecimiento traumático re-experimentado persistentemente donde los síntomas de re-experimentación incluyen recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar, que en niños puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma como sueños terroríficos de contenido irreconocible y pueden volver a escenificar el acontecimiento traumático específico; b) evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo siempre y cuando la evitación no estuviese presente antes de someterse al trauma, y se manifiesta como esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático, esfuerzos para evitar recuerdos del trauma, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma, reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas, sensación de desapego o enajenación frente a los demás, restricción en la vida afectiva y sensación de un futuro desolador; c) síntomas persistentes de aumento de la activación, que en niños pequeños puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos características del

trauma, sueños terroríficos, dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto y síntomas psicósomáticos. (Núñez, Murias y Pedreira, 2002)

En lo que a predictores del TEPT en niños se refiere, Montt y Hermosilla (2001) agregan que se ha encontrado que la severidad del trauma se correlaciona con el grado de la exposición, medido a través de la proximidad física y emocional del estresor. Además el trauma es más severo si éste es provocado por un ser humano, y si su conducta es voluntaria. Las *adversidades posteriores al evento* también se asocian con el desarrollo del desorden, tales como la separación del niño y sus padres, el ser ubicado en un albergue, dificultades económicas, etc. La exposición prolongada al evento y reforzada a través de los medios de comunicación también se asocia con el desarrollo y severidad del trastorno. Se ha encontrado que las niñas son más sintomáticas que los varones. El *género* influiría en los estilos defensivos, la disponibilidad y uso del soporte social y las expectativas de respuesta o recuperación. (Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost y Cohen 2001)

La edad que tiene el niño, así como su nivel de desarrollo influyen en el riesgo de exposición, percepción, comprensión, sensibilidad de los padres a los síntomas, la calidad de la respuesta, los estilos de adaptación y manejo. Por ejemplo, los preescolares están más expuestos a ser testigos de violencia doméstica, y en la medida que se desarrollan existe más riesgo de

accidentes o de estar en un desastre sin el apoyo de los padres; y en la adolescencia es posible que se experimente con drogas facilitando la exposición a situaciones de riesgo. Además de lo anterior la exposición previa y respuesta inicial se asocian con la presentación del trastorno. Se ha encontrado también que una historia de situaciones estresantes se correlaciona con el desarrollo de síntomas después de la exposición de los niños a un trauma. Además, es frecuente que el trauma se asocie a tensiones y adversidades secundarias, las que interfieren en los esfuerzos de ajuste y aumentan la comorbilidad. (Bretton, Valla y Lambert, 1993)

Marco Empírico

Con base en lo anterior es obvia la importancia social que presentan temas como la salud mental el estrés postrauma en la modernidad. Con respecto a lo primero se han realizado acercamientos investigativos como el realizado por Londoño, Muñíz, Correa, Patiño, Jaramillo, Raigosa, Toro, Restrepo y Rojas (2005) titulado *Salud mental en víctimas de la violencia armada en Bojayá (Chocó, Colombia)* y que, con un corte analítico, buscó establecer el estado de salud mental de las víctimas de la violencia armada en dicha población a través de la descripción de trastornos mentales asociados con la experiencia vivida el 2 de mayo de 2002 en Bojayá, donde en un enfrentamiento armado murieron 119 personas y 98 resultaron heridas y que arroja índices importantes de ansiedad y trastornos del estado de ánimo; un dato que vale la pena resaltar es que mientras, entre las personas que

regresaron a la población después del suceso se hallaron altísimos índices de Trastorno por Estrés Post Traumático, en las personas que siguieron viviendo como desplazadas en otras poblaciones no se encontró ningún caso, sin embargo, éstas últimas presentaron mas indicios de riesgo de suicidio que aquellos que regresaron a sus casas.

Cómo se puede apreciar en la investigación anterior tanto a la salud mental como al TEPT se han intentado acercamientos científicos que se constituyen como guías en la caracterización del funcionamiento de este fenómeno y consecuentemente de su intervención o prevención. En los siguientes párrafos se encontrará una serie de datos que evidencian el vertiginoso interés que los científicos han enfocado alrededor del estrés postrauma y de la salud mental.

Continuando con el tema de salud mental pero pasando a la población infantil, Barra, Toledo y Rodríguez (2003) realizaron un estudio en psicopatología evolutiva llamado “salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: Predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos”, dicho estudio tuvo como objetivo principal evaluar la continuidad y discontinuidad del funcionamiento psicosocial de los niños entre 1º y 6º básico e identificar predictores tempranos en 1º básico para los problemas conductuales posteriores presentes en 6º básico, todo esto con el fin de comprender por qué algunos niños se desarrollan con un buen nivel de salud mental, mientras que otros pertenecientes a la misma comunidad fallan en su adaptación. Tales objetivos fueron alcanzados a través de la

observación longitudinal de continuidades y discontinuidades conductuales en cohortes de población representativa haciendo uso de una variedad de instrumentos como el cuestionario de profesores "Teachers observation classroom adaptation (TOCA-R)" que entrega puntajes totales para conductas específicas o factores: aceptación autoridad, contacto social, logros cognitivos, madurez emocional y nivel de actividad; otro cuestionario usado fue "Pediatry Symptom Checklist (PSC)" el cual produce puntajes totales de conductas desadaptativas y problemas emocionales de los niños. El análisis bivariado mostró que el 44.9% de los niños catalogados por los profesores con algún tipo de problema conductual en 1º básico continuaba presentando conductas desadaptativas en 6º básico. Además 30.8% de los niños considerados sin problemas en 1º básico los presentó en 6º. Además se mostró que el 22.2% de los niños catalogados con problemas con los padres continuó presentándolos en 6º básico, momento en el cual se sumaron 3.8% de los niños que estaban bajo el punto de cohorte de 1º básico. Los modelos de regresión logística revelaron que los problemas informados por los padres fueron la única variable de 1º básico que aumentó en más de 6 veces el riesgo de su propia persistencia. Estos resultados muestran que un alto número de niños son catalogados con problemas por sus evaluadores naturales adultos y que estas dificultades tienden a persistir a lo largo de la escolaridad en una gran medida, esto constituye una importante preocupación en la salud mental de las familias y de los profesionales que trabajan con ellos. Los hallazgos acerca del poder

predicador de las conductas desadaptativas tempranas indican la necesidad de detectarlas en niños de 1º básico y comprender el rol que juegan estos predictores en la prevención de problemas posteriores.

En este mismo año, 2003, pero en distinta localidad Posada, Aguilar, Magaña y Gómez llevaron a cabo una investigación en el mismo eje temático, el de la salud mental. Esta investigación tuvo el nombre de “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003” y su objetivo fue describir la prevalencia de trastornos mentales, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta basándose en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para cinco regiones del país, cuya población objeto de estudio fue la que no estaba institucionalizada, que tenían un hogar fijo de 18 a 65 años de edad y que vivían en áreas urbanas. Para el logro del objetivo planteado se recolectaron los datos a través de la versión computarizada de la *Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta* que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10. El 56 % de la muestra estuvo compuesta por mujeres, el 37 % tenía entre 18 y 29 años, de los cuales el 26% reportó estudios primarios y el 45% estudios secundarios. Los resultados arrojados indicaron que el 40.1% de la población reportó haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos basados en el DSM-IV, el 16% de la muestra evidenció trastornos mentales en los últimos 12 meses y el 7.4% presentó alguno en los últimos 30 días.

Los trastornos más frecuentemente reportados alguna vez en la vida fueron los de ansiedad con un 19.3% seguidos por los trastornos del estado de ánimo 15% y los trastornos por uso de sustancias un 10.6%, el 4.9% de la población estudiada a intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1.3% lo ha intentado en los últimos 30 días. Esto demuestra la necesidad de enfocar atención y recursos hacia el tratamiento oportuno de enfermedades mentales.

En 2007, Franco, Urrego, Tejada y Báez continuaron con la línea de estudios sobre salud mental, sin embargo, esta vez la población estuvo compuesta por mujeres y niñas de la ciudad de Bogotá, supervivientes de violencia sexual. Este estudio arrojó resultados que evidenciaron un estado preocupante en la prestación de servicios de salud mental, que fue evidenciada

en la mayor parte de las narraciones conocidas a lo largo del estudio; también se halló un significativo nivel de inconsistencia en la formulación de intervenciones sanitarias específicas de primera línea, como anticoncepción, terapia antirretroviral y antibiótica o terapia de emergencia, no obstante los estudios que evidencian los altos índices de embarazos no deseados y ETS a causa de violencia sexual; resulta alentador saber, que aunque en baja proporción, el índice de mujeres que buscan ayuda o denuncian los casos de violencia ha ido aumentando y saber también que un número importante de profesionales se encuentra interesado en la atención de las mujeres y niñas que sufren este flagelo.

En lo referente al estrés postraumático se han llevado a cabo infinidad de estudios o investigaciones en el transcurrir del tiempo y estos han arrojado resultados interesantes, entre tantas se encuentran:

“El trastorno por estrés postraumático y otras reacciones de las víctimas del robo a casa”, en esta investigación Caballero, Ramos y Saltijera (2000) estudiaron los efectos psicológicos que resultan de haber experimentado un robo a casa. Para esto se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo con personas que han sido víctimas de este delito. Se realizaron entrevistas en profundidad, tanto al mes de ocurrido el delito como a los 6 meses, estas fueron grabadas. Se incluyó la información procedente de 20 sujetos entrevistados en la primera fase, y de 7 re-entrevistas en la segunda fase. La entrevista se llevó a cabo con base en una guía temática desarrollada a partir del trastorno de estrés postraumático, descrito en el DSM IV, y de otras posibles manifestaciones. Los resultados mostraron que los robos a casa se experimentan principalmente como una severa violación de la intimidad. Los síntomas principales y más frecuentes fueron: en el área de intrusión, los recuerdos repetitivos y el malestar psicológico, ocasionados por la intrusión de los delincuentes. En el área de evitación, fue común encontrar pensamientos y sentimientos asociados con el robo. Otras de las reacciones que aparecen con frecuencia es la preocupación por el futuro. En el área de excitación incrementada, los síntomas más comunes fueron la irritabilidad y la hipervigilancia. Cabe mencionar que como reacción asociada la tristeza estuvo presente en la mayoría de las víctimas. La comparación de

los síntomas reportados en la primera y en la segunda fase demostró que aunque existe una disminución de las reacciones en general, algunas de ellas persisten en lo largo del tiempo, por lo que se puso énfasis no solo en los síntomas, sino en su duración y en el sufrimiento particular que experimentaban las víctimas.

En el 2002 Najavits, Weiss y Shaw realizaron una revisión investigativa acerca de la relación entre el abuso de sustancias y el trastorno de estrés postraumático en las mujeres. La investigación documentó una gran incidencia de comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático (PTSD) y el abuso de sustancias. En concreto, las mujeres que abusan de sustancias, muestran grandes tasas de este doble diagnóstico (entre el 30% y el 59%), que normalmente proviene de un historial reiterativo de agresiones sexuales y físicas repetidas durante su infancia. Entre los hombres, los índices son dos o tres veces menores y suelen provenir de traumas de combate o crímenes. Los pacientes con ambos trastornos se caracterizan por tener gran severidad en una multitud de variables psicológicas y de tratamiento y por el uso de las drogas más fuertes (cocaína y opiáceos). Y los estudios sobre tratamientos para mujeres están limitados, pero sugieren la posibilidad de retener a las pacientes y conseguir resultados positivos.

Otra investigación más fue la realizada por Vitriol (2005), quien estudió la relación entre la psicopatología adulta y los antecedentes traumáticos infantiles. La muestra fue de 173 mujeres del servicio de

psiquiatría del hospital de Curicó, a las cuales se les aplicó la escala de trauma infantil de Marshall para correlacionar los antecedentes traumáticos infantiles con los diagnósticos del Eje I y los diagnósticos probables del eje II según el DSMIV. Se obtuvieron correlaciones directas, estadísticamente significativas, entre las variables: abuso de sustancias y los antecedentes de alcohol, castigo físico y contacto sexual forzado (correlaciones 0,19 $p < 0,01$, 0,22 $p < 0,003$ y 0,14 $p < 0,054$); los trastornos depresivos con los antecedentes de alcohol y castigo físico (correlaciones 0,15 $p < 0,04$ y 0,16 $p < 0,026$); los probables trastornos de personalidad con los sucesos traumáticos contacto sexual forzado, violencia intrafamiliar, alcohol y castigo físico (correlaciones 0,3 $p < 0,0001$, 0,26 $p < 0,0004$, 0,26 $p < 0,0004$ y 0,17 $p < 0,01$). Regresiones logísticas se lograron establecer entre los diagnósticos probables del Eje II con los sucesos traumáticos contacto sexual forzado (odds ratio 2,6 $p < 0,009$) y alcohol (odds ratio 2,2 $p < 0,021$). Los resultados sugieren la existencia de un perfil de paciente asociado a los antecedentes de sucesos traumáticos vividos en la niñez como el abuso sexual, que requiere continuar investigándose con instrumentos estandarizados, grupo control y estudios prospectivos.

Además del estrés postrauma existe otro tema muy ligado a él y que goza de mucho interés debido a su creciente índice y que afecta una población bastante vulnerable: el maltrato infantil. Con respecto a este la UNICEF (2006) realizó un estudio cuantitativo en niños y niñas de octavo básico de colegios municipales, particulares subvencionados y particulares

pagados; cuyo objetivo principal fue, por medio de un cuestionario auto-aplicado en escuelas, de preguntas abiertas y cerradas conocer la prevalencia, las características del maltrato infantil y los factores de riesgo asociados de la violencia hacia los niños y niñas en el espacio familiar, y realizar un análisis comparativo de los años 1994-2000 y 2006 en la violencia hacia los niños y niñas, las distintas manifestaciones de violencia, los factores de riesgo asociados a la violencia hacia los niños y niñas en el espacio familiar. Dicho estudio reveló un alto índice de violencia dirigida a los niños que conformaron la población y mostró datos tan dicentes como la relación significativa entre la existencia de violencia entre los padres y la violencia que éstos ejercen hacia sus hijos; el mayor ejercicio de la violencia conforme aumenta el número de hijos; se halló también una relación directa entre la ingesta de alcohol por parte de los progenitores y el maltrato a los niños y niñas; por último cabe resaltar que el estudio evidenció que el maltrato afecta el rendimiento escolar y las relaciones interpersonales que los niños tienen con su entorno, especialmente con los profesores, compañeros y padres. Cabe resaltar que los datos arrojados por la UNICEF tras el estudio ya reseñado son respaldados por un estudio realizado por Vizcarra, Cortéz, Bustos, Alarcón y Muñoz (2001) en una comunidad urbana de nivel socioeconómico medio bajo de la ciudad de Temuco (Chile) con una unidad de observación compuesta por familias integradas por una mujer de 15 a 49 años de edad, con al menos un niño menor 18 años.

CAPITULO TERCERO

Metodología

Diseño

Esta investigación se caracteriza por ser de tipo descriptivo debido a que su propósito es describir la situación en la que se encuentran determinada población de niños de la ciudad de Cartagena, tras ser expuestos a situaciones de riesgo.

Según Hernández, Fernández y Baptista (2000), en los estudios descriptivos, el propósito del investigador es describir situaciones o eventos. Es decir, describir como es y como se manifiesta determinado fenómeno. Estos plantean que los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. A su vez, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. Desde el punto de vista científico describir es medir, por lo tanto en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así poder describir lo que se investiga.

De acuerdo con lo anterior, los objetivos de esta investigación se ajustan adecuadamente a los propósitos de las investigaciones descriptivas.

Participantes

La población utilizada para la obtención de datos se escogió a partir de los archivos de los diferentes casos de maltrato y abuso registrados en la Casa de Justicia durante el periodo de enero a octubre del 2007. Dicha información fue recolectada de manera directa por medio de la colaboración de la psicóloga de la Comisaría de Familia la cual es una dependencia de la Casa de Justicia.

Se determino un número de 15 sujetos que presentaban las características requeridas para la investigación, tales como estar dentro de los 8 y 11 años de edad, haber sido expuestos a maltrato infantil y los factores de riesgo asociados de la violencia hacia los niños, entre otros. De estos quince (15) sujetos los cuales representaban el cien por ciento (100%), diez (10) diligenciaron el cuestionario del PTSRC y el inventario del CBI debido a que por factores ajenos los otros cinco (5) sujetos no pudieron diligenciarlos. Los diez (10) sujetos a los que se les aplicaron las pruebas, equivalen a un sesenta y seis por ciento (66.6%) de los casos que se han atendido en el transcurso de enero a octubre del 2007. En conclusión, la muestra quedo constituida por 10 sujetos de los cuales 4 fueron abusados sexualmente y 6 fueron maltratados física y/o psicológicamente.

Instrumento

Los instrumentos que se utilizaron fueron el Inventario sobre el Comportamiento del Niño (CBI) y el cuestionario sobre las reacciones al estrés postraumático (PTSRC). Ambos instrumentos fueron escogidos para la recolección de información teniendo en cuenta que evaluaban tanto la salud mental como la sintomatología traumática y además ambos fueron validados en Colombia, lo que brinda confiabilidad y validez a la investigación.

El Inventario sobre el Comportamiento del Niño (CBI de Macksoud, Aber, Dyregrov, & Raundalen, 1990b) fue adaptado de varias escalas, como The behavior Problem Checklist (Quay & Peterson, 1979, citado por Macksoud y col., 1990b), The Bergen Reaction Index (Dyregrov & Raundalen, 1988), The Youth Self-Report por las edades de 11-18 (Achenbach & Edelbrock, 1979) y del Children's Behavior Questionnaire-Scale A (Rutter, 1967). Un equipo internacional de psicólogos adaptó el CBI a nivel internacional con el fin de poder utilizarlo en continentes con situaciones de conflicto armado. El CBI se aplica directamente a los sujetos como un cuestionario estructurado el cual está formado por dos escalas independientes que evalúan, por una parte, los síntomas de salud mental en tres ámbitos (agresión, depresión y ansiedad) y, por otra, la dimensión de adaptación en dos ámbitos (comportamiento planificador y altruista). Cada ámbito está representado por un número de preguntas que le son

particulares y cada pregunta tiene cinco alternativas de respuesta: “jamás”, “raramente”, “frecuentemente”, “siempre”, “no se”. La alternativa de respuesta “no se” se trabajó como una “no respuesta”, es decir que se maneja como “no se/so responde”.

Cada escala arroja además un puntaje individual que refleja las dimensiones de salud mental y de adaptación por la suma de las subescalas que componen a cada uno de ellos.

El instrumento que se utilizó para medir la ausencia o presencia de los síntomas de estrés postraumático fue el Cuestionario sobre las Reacciones al Estrés Postraumático PTSR de Mona Macksoud y Col. 1990. Este instrumento fue realizado sobre la base del mantenimiento de los síntomas de estrés relacionados con un evento traumático específico. (Palacio & Sabatier, 2002)

Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo en 4 fases las cuales se dividen de la siguiente manera.

Fase 1: esta fase se caracterizó por la recolección de información para la construcción del marco teórico y la delimitación de la población. La revisión teórica y empírica se hizo a través de fuentes primarias y secundarias las cuales sirvieron de sustento para la elaboración del marco

teórico. Así mismo, se escogió la población con la cual se trabajo, teniendo en cuenta los objetivos de la investigación.

Fase 2: esta fase se determinó por la escogencia de los instrumentos y la aplicación de los mismos. Dichos instrumentos elegidos de acuerdo con las necesidades de la investigación y las características de la población fueron el inventario sobre el Comportamiento del niño – Child Behavior Inventory (CBI) y el Cuestionario sobre las Reacciones al Estrés Postraumatico – Post Traumatic Stress Reaction Cheklist for Children (PTSRC).

Fase 3: se realizó la recolección de datos con los cuales se efectúo la respectiva tabulación que permitió obtener información acerca de la salud mental y sintomatología traumática en niños expuestos a situaciones de riesgo en la ciudad de Cartagena.

Fase 4: se realizó la discusión en la cual se integró el conocimiento adquirido tras la realización del marco teórico y los datos recopilados y así mismo se concluyo y se dieron recomendaciones acerca de la problemática.

Resultados

Tal como se observa en la tabla 1 los sujetos evaluados para este estudio fueron 10 niños con edades comprendidas entre los 8 y 11 años, de los cuales el 60% fue de sexo femenino y el 40% de sexo masculino, distribuidos de la siguiente manera, el 20% para la edad de 8 años, 20% para la edad de 9 años, 20% para la edad de 10 años, y el 40% para la edad de 11 años.

Tabla 1. Frecuencia y Porcentajes por edades de los sujetos.

	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
8 Años	2	20%
9 Años	2	20%
10 Años	2	20%
11 Años	4	40%

De acuerdo con el tipo de evento traumático a que estuvo expuesta la población se encontró que el 20% presenta Maltrato físico, 40% presenta Maltrato Psicológico, 20% Abuso Sexual y 20% Maltrato Físico y Psicológico, para un total de 100%. (Ver Tabla 2)

Tabla 2. Tipos de Trauma

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulativo
Tipo de trauma			
Maltrato Físico	2	20%	20%
Maltrato Psico.	4	40%	60%
Abuso Sexual	2	20%	80%
Maltrato Físico	2	20%	100%
Y psicológico			

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la administración de los cuestionarios: Inventario sobre el Comportamiento del Niño (CBI); formado por dos escalas independientes que evalúan, por una parte, los síntomas de salud mental en tres ámbitos (agresión, depresión y ansiedad) y, por otra, la dimensión de adaptación en dos ámbitos (comportamiento planificador y altruista) y el Cuestionario sobre las Reacciones al Estrés Postraumático PTSD; que mide la ausencia o presencia de los síntomas de estrés postraumático.

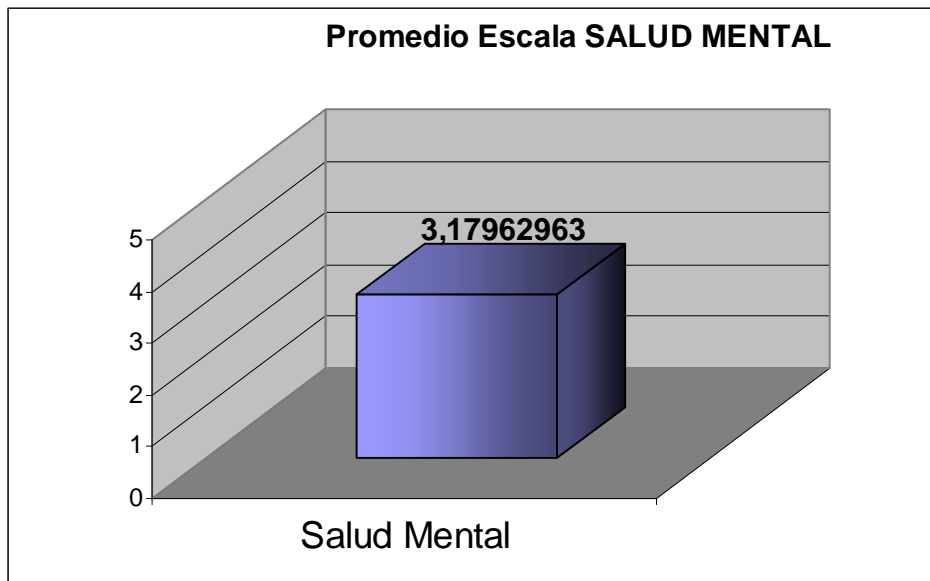


Figura 1. Descripción del resultado promedio de la escala de salud mental,

La figura anterior (1) arroja información acerca del puntaje promedio obtenido por los sujetos a los que se les aplicó el CBI, en relación a la escala de salud mental. Lo que permite observar que los sujetos se encuentran dentro de la media del promedio general. Dicho puntaje hace referencia a poca o ninguna tendencia general a las subescalas de depresión, ansiedad, agresividad las que componen a la salud mental.

Tabla 3. Indicadores de la subescala de la Salud Mental

	Promedio	Desviación
Estándar		
Indicadores de salud mental		
Depresión	2,95	0.62
Ansiedad	3.66	0.60
Agresión	2.92	0.70

Tabla 3. En la anterior tabla se evidencia las subescalas de salud mental, donde cada una de ellas esta representada con el promedio y la desviación estándar. Para destacar dentro de estas subescalas se encuentra la de ansiedad que arroja un promedio de tres punto sesenta y seis (3.66), con una desviación estándar de punto sesenta (0,60), siendo cinco (5.0) el promedio máximo. Lo que indica que los sujetos están dentro del promedio de la Salud Mental.

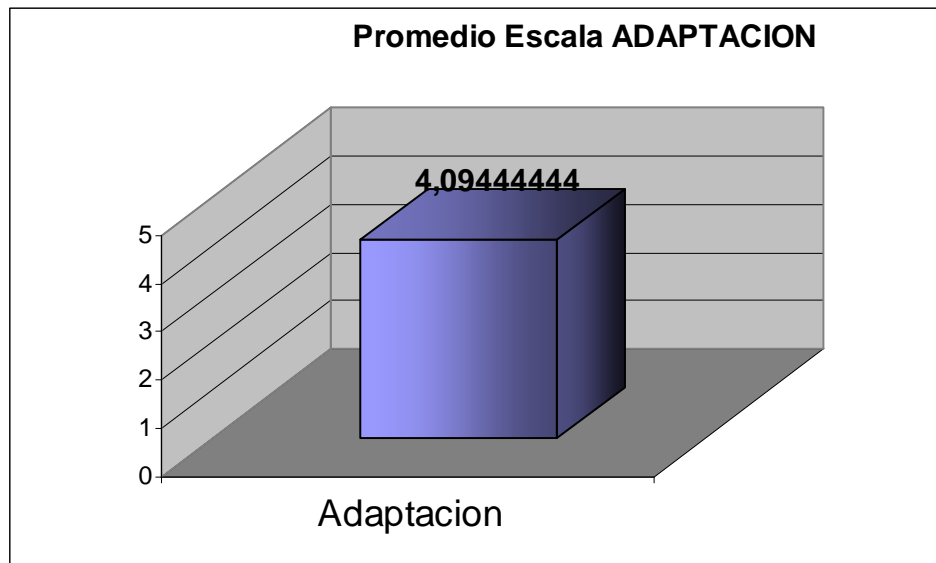


Figura 2. Descripción del resultado promedio de la escala de adaptación.

La figura 2, arroja información acerca del puntaje promedio obtenido por los sujetos a los que se les aplicó el CBI, en relación a la escala de adaptación. Lo que permite observar que la mayoría de estos sujetos sobrepasan la media con un promedio general de cuatro (4.0), que indica que casi la totalidad de los sujetos muestran una capacidad de sobreponerse a las circunstancias.

Tabla 4. Subescalas de Adaptación.

	Promedio	Desviación Estándar
Indicadores de Adaptación		
Altruismo	4.5	0.48
Planificador	3.68	0.65

Tabla 4. Se evidencia en la tabla 4 que los sujetos presentan dentro de la escala de Adaptación un alto promedio de altruismo con cuatro punto cinco (4,5) siendo cinco (5,0) el promedio máximo, lo que corresponde a que la gran mayoría de los sujetos se interesan por la colaboración hacia los demás.

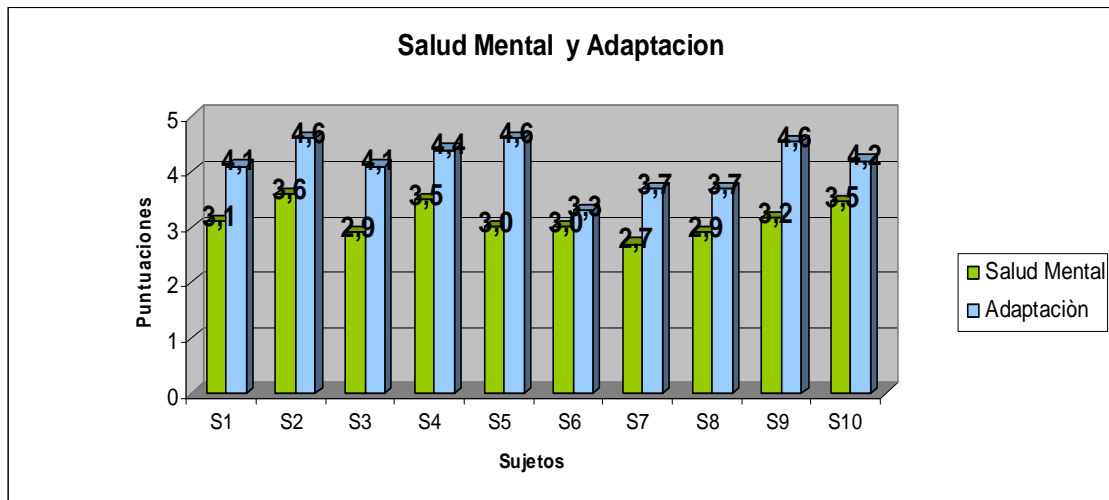


Figura 3. Descripción de los resultados promedio de salud mental y adaptación.

La figura 1 permite observar que los sujetos 3, 6 y 8 presentan una puntuación de dos punto nueve (2,9), dos punto siete (2,7) y dos punto nueve (2,9) respectivamente, siendo cinco (5) la puntuación máxima, obtuvieron un promedio en salud mental cercano a la media lo cual permite evidenciar que no presentan tan altos niveles de depresión, ansiedad y agresión. Así mismo se puede observar que en los sujetos 1, 2, 3, 4, 5 y 9 con puntuaciones comprendidas entre cuatro punto uno a cuatro punto seis (4,1 a 4,6), se evidencia los altos niveles de adaptación, como el altruismo y la planificación que corresponde a un mayor numero de los sujetos donde se fundamenta en ellos la ayuda hacia los demás y la visión que tienen del futuro.

Los resultados descritos por sujeto en cada una de las subescalas se pueden observar en las tablas 5 y 6.

Tabla 5. Promedio por sujeto de escala y subescalas de la salud mental.

Sujetos	Promedio			
	Salud Mental	Agresividad	Depresión	Ansiedad
S1	3.1	3.8	3	2.3
S2	3.6	3.8	4.3	2.7
S3	2.9	2.8	4	2.2
S4	3.5	3.2	4.3	3.3
S5	3	2.5	3.2	3.4
S6	3	1.9	3.2	4.1
S7	2.7	2.2	4.3	2.1
S8	2.9	3	2.8	2.9
S9	3.2	3.2	4	2.3
S10	3.5	3.1	3.5	3.8

De la tabla anterior se puede destacar que los sujetos 2, 3, 4, 7 y 9 presentan en la subescala de Ansiedad un alto puntaje con relación al promedio.

Tabla 6. Promedio por sujeto de escala y subescalas de adaptación.

Sujetos	Promedio		
	Adaptación	Altruismo	Planificador
S1	4.1	4.8	3.4
S2	4.6	4.9	4.3
S3	4.1	4.7	3.4
S4	4.4	4.7	4.2
S5	4.6	4.3	4.8
S6	3.3	3.2	3.4
S7	3.7	4.6	2.8
S8	3.7	4.4	3.0
S9	4.6	4.9	4.2
S10	4.2	4.6	3.2

A partir de la tabla anterior se puede destacar que en la escala de Adaptación los sujetos 1, 2, 3, 4, 5, 9 y 10 con promedios comprendido entre cuatro punto uno a cuatro punto seis (4,1 a 4,6) siendo cinco (5) el máximo, evidencia la alta tendencia a una adaptación de las situaciones. A si mismo se destaca la alta tendencia a la subescala de altruismo siendo esta comprendida por casi la totalidad de los sujetos, que evidencia el gran

compromiso que los sujetos sienten hacia los demás. Y por ultimo se encuentra la subescala de planificación, en la cual menos del promedio de los sujetos obtuvieron una puntuación entre cuatro punto dos a cuatro punto ocho (4,2 a 4,8) siendo cinco (5) la puntuación máxima.

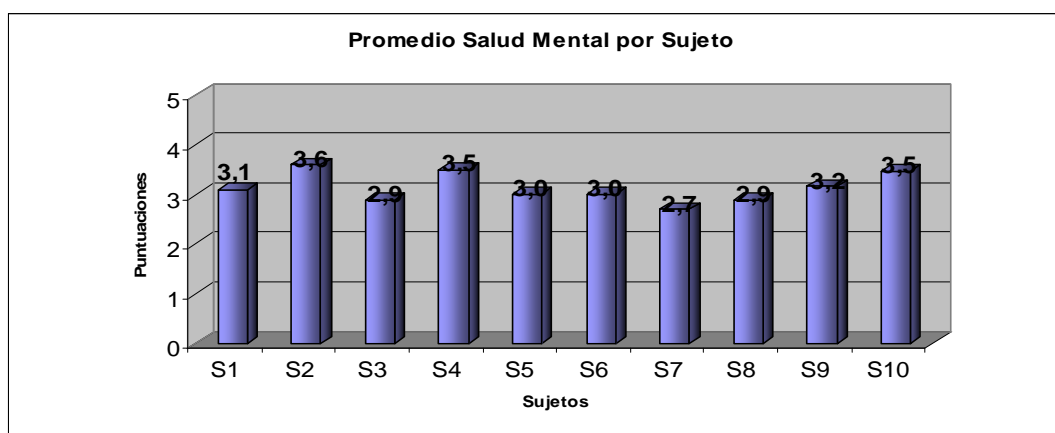


Figura 4. Descripción de los resultados promedio en relación a la escala de salud mental,

La figura anterior (4) permite evidenciar como en la escala de salud mental la mayoría de los sujetos presentan un promedio sobre tres (3.0) con excepción de tres sujetos los cuales obtuvieron un promedio por debajo de tres (3.0), que indica que la totalidad de los sujetos mantienen una óptima salud mental sin verse afectada por el evento traumático o sintomatologías como la depresión, ansiedad o agresividad.

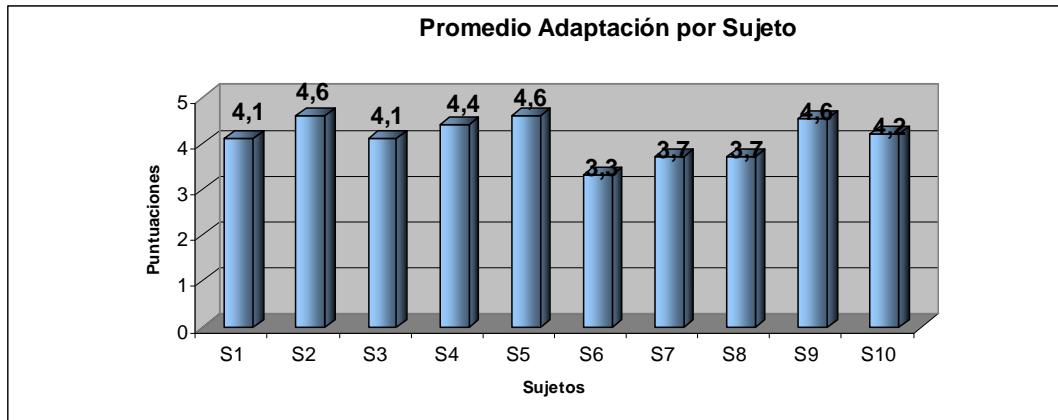


Figura 5. Descripción de los resultados promedio en relación a la escala de adaptación.

La figura anterior (5) permite evidenciar como en la escala de adaptación más de la mitad del promedio de los sujetos presentan una puntuación mínima sobre cuatro (4.0), siendo cinco (5) la puntuación máxima, lo cual se destacan las subesclas de altruismo y planificación donde el sujeto destaca su colaboración y ayuda por los demás y proyección hacia el futuro.

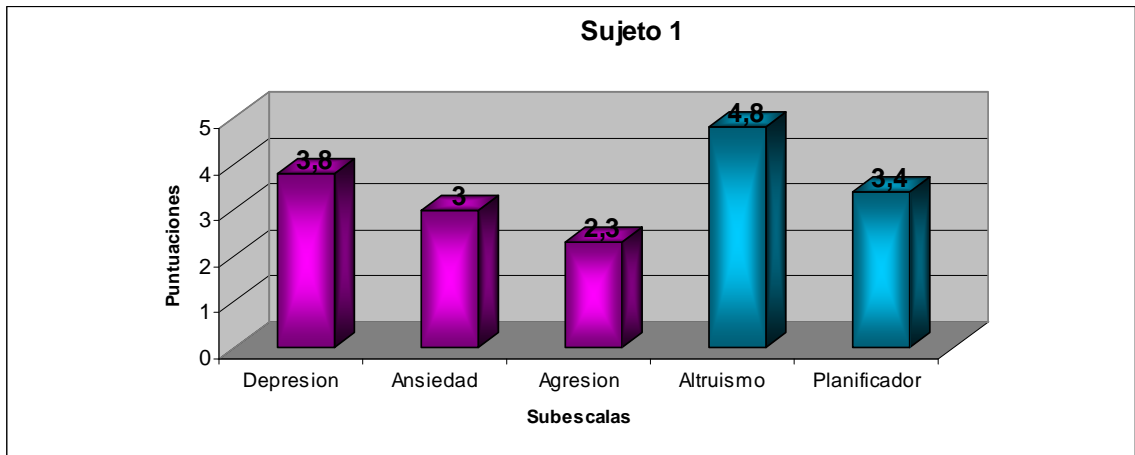


Figura 6. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación.

La figura anterior (6) permite evidenciar en el sujeto 1 el alto promedio en relación a la subescala de altruismo con una puntuación de cuatro punto ocho (4,8) siendo cinco (5,0) la puntuación máxima, lo que indica que el sujeto tiende a presentar una buena relación y compromiso hacia lo social. Por otra parte, el sujeto presenta una tendencia hacia la depresión la cual se refleja en un promedio de tres punto ocho (3.8).

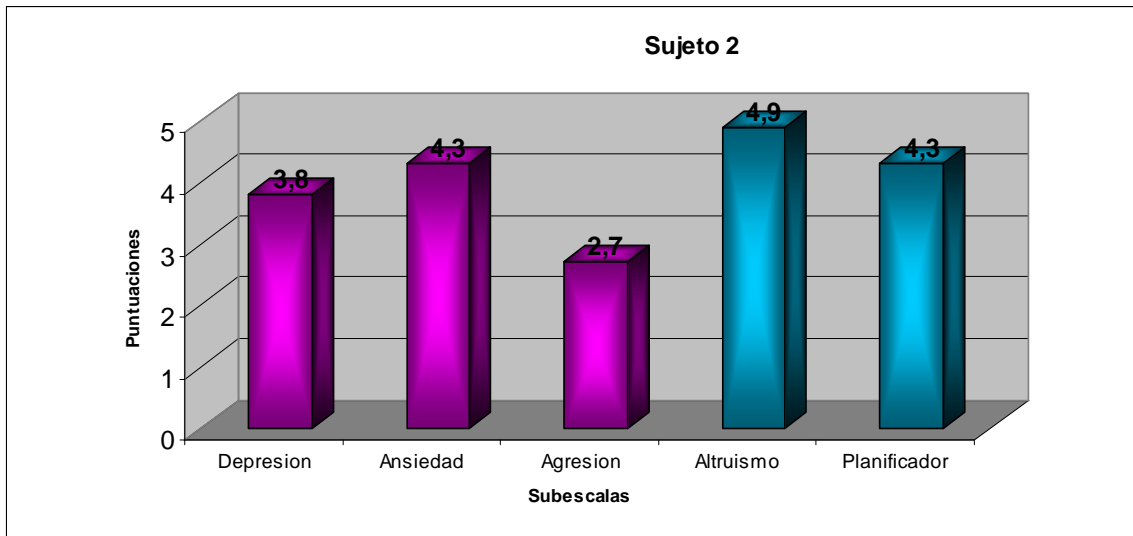


Figura 7. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación.

Por medio de la figura 7 se puede evidenciar que el sujeto 2 presenta un promedio alto en la mayoría de las subescalas con excepción de la subescala de agresividad en la cual obtuvo un promedio de dos punto siete (2.7) en lo que se evidencia un nivel muy cercano a la media en relación a la agresión lo cual refleja una poca tendencia del sujeto hacia el comportamiento agresivo; mientras que en las subescalas de depresión (3.8) y ansiedad (4.3) se presentan altos niveles muy por encima de la media exponiendo una propensión hacia dicha sintomatología. También cabe resaltar los elevados promedios en las escalas de adaptación de lo cual se infiere su positiva actitud altruista y planificadora.

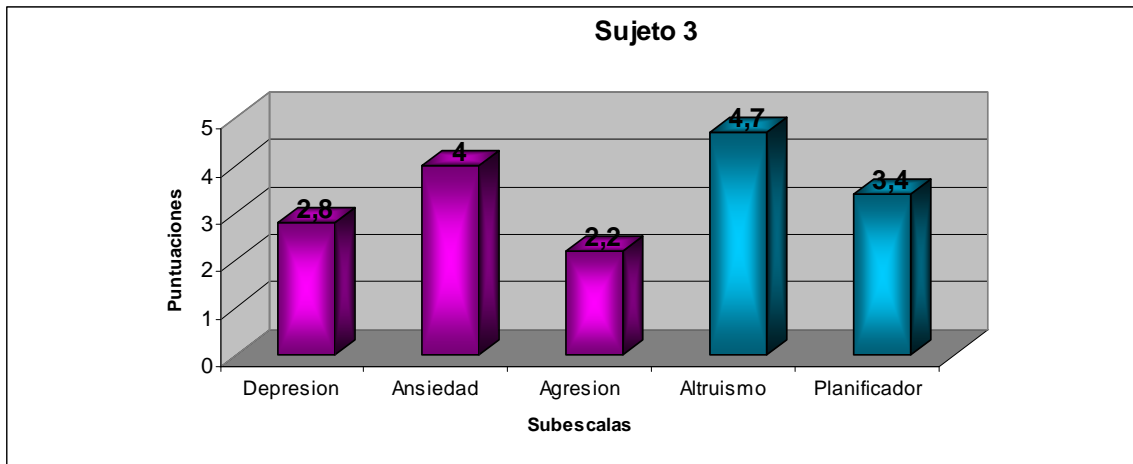


Figura 8. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación.

El la figura 8 se puede evidenciar que dentro de la escala de Salud Mental para analizar y destacar se encuentra la subescala de Ansiedad con un promedio de cuatro (4.0) el cual es alto con respecto a la puntuación máxima, y enfatiza en que el sujeto esta manejando niveles de ansiedad. Dentro de la escala de Adaptación para analizar y destacar se encuentra la subescala de Altruismo la que indica una puntuación casi máxima con cuatro punto siete (4,7), es decir, en este sujeto se infiere un comportamiento de ayuda social o ayuda a los demás.

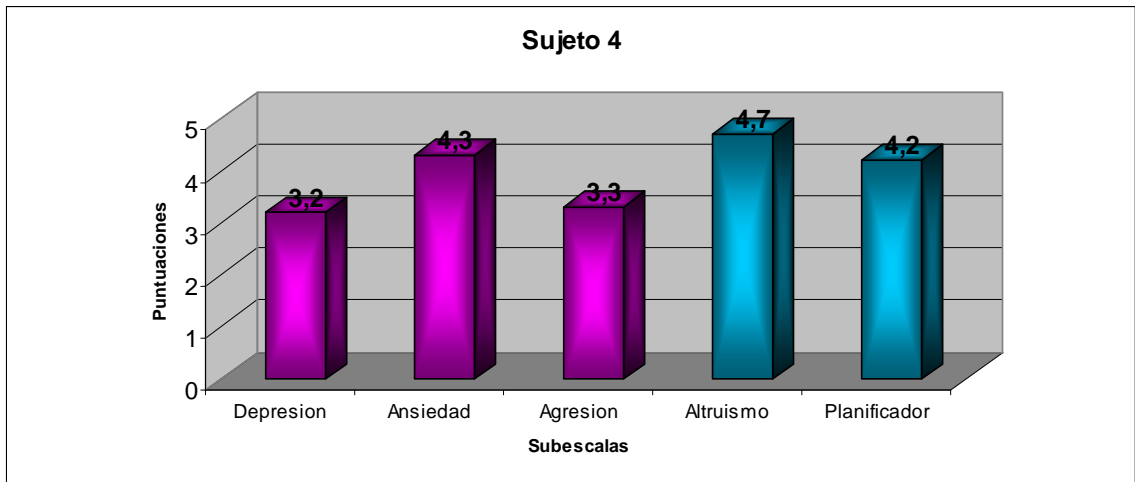


Figura 9. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación.

En la figura se evidencia un elevado promedio por parte del sujeto 4 en correspondencia a las subescalas de altruismo y planificación con unos promedios de cuatro punto siete (4.7) y cuatro punto dos (4.2) respectivamente, lo cual permite evidenciar la tendencia del sujeto hacia una personalidad altruista y planificadora. Por otra parte, cabe resaltar el posible alto nivel de ansiedad que presenta el sujeto, representado en un promedio de cuatro punto tres (4.3) sobre cinco (5.0)

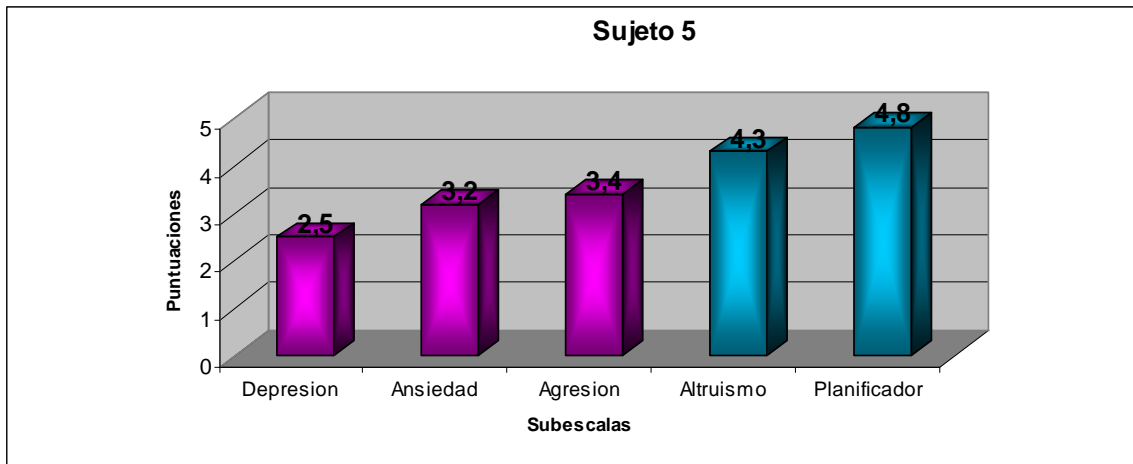


Figura 10. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación.

A través de la figura se puede observar que en las subescalas de altruismo y planificación, correspondientes a la escala de Adaptación, el sujeto muestran unos elevados promedios de cuatro punto tres (4,3) y cuatro punto ocho (4,8) respectivamente, permitiendo evidenciar un compromiso en el nivel social y hacia su futuro.

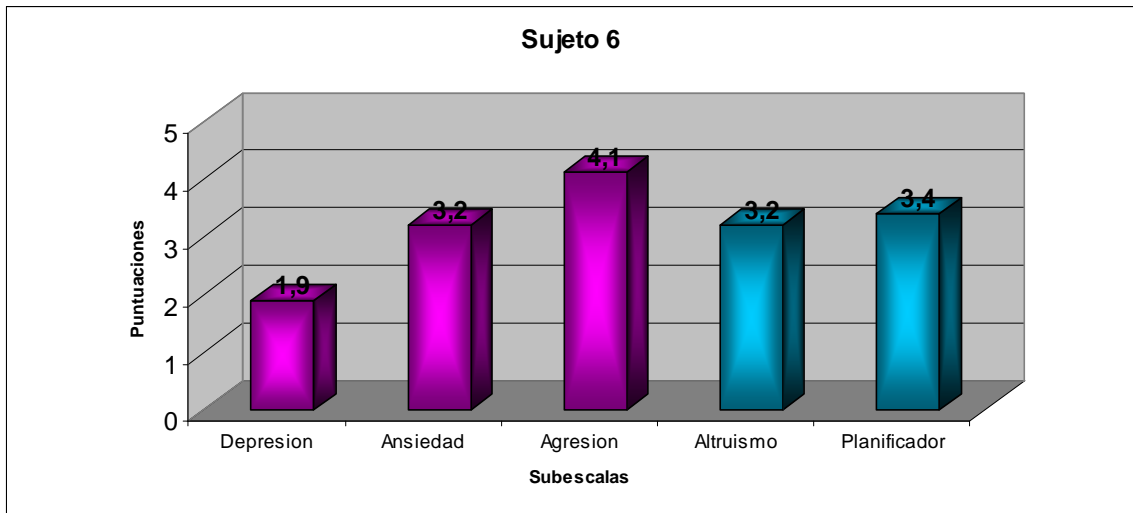


Figura 11. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación.

Por medio de la figura se puede observar que el sujeto 6 obtuvo el mayor de los promedios en la subescala de agresión lo cual permite evidenciar los altos niveles de agresividad que esta manejando. Por otra parte, cabe resaltar el bajo promedio obtenido en la subescala de depresión el cual esta por debajo de la media arrojando información positiva acerca de dicha subescala ya que el sujeto no muestra altos niveles de depresión.

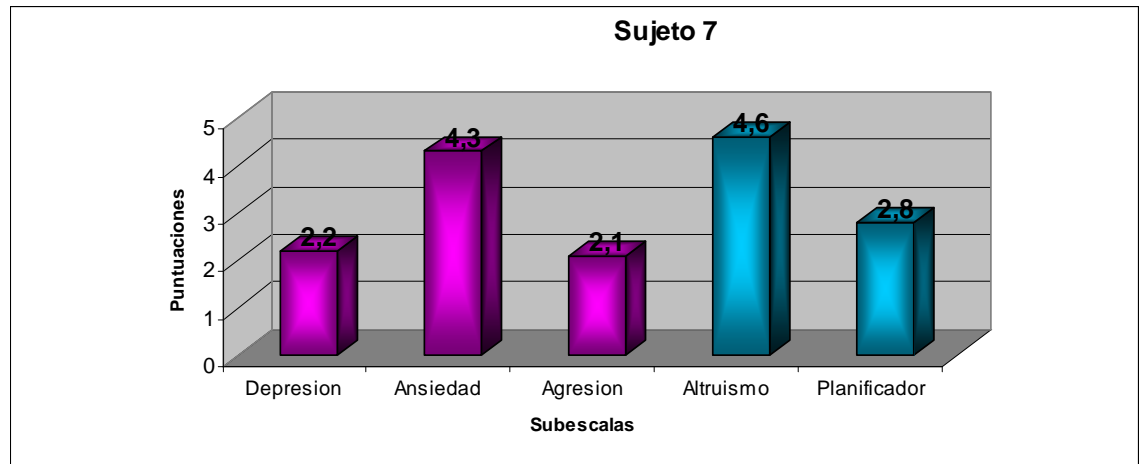


Figura 12. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación.

En la figura se destaca la subescala de ansiedad con una puntuación de cuatro punto tres (4,3) siendo la puntuación máxima cinco (5), lo cual manifiesta en el sujeto elevados niveles de ansiedad; en contraposición se encuentra la subescala de altruismo con una puntuación de cuatro punto seis (4,6) siendo cinco (5,0) la puntuación máxima, donde se observa que el sujeto 7 muestra un alto interés por lo social.

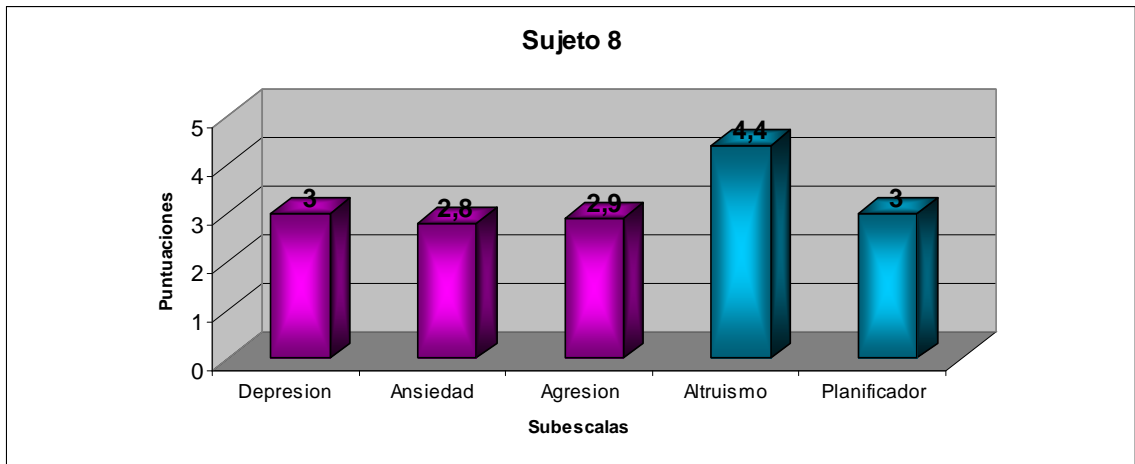


Figura 13. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación.

Los resultados expuestos en la figura anterior (13), permiten evidenciar que hay una leve diferencia entre los promedios obtenidos en las subescalas de depresión, ansiedad y agresión, que sobrepasan por poco la media, con puntuaciones comprendidas entre dos punto ocho y tres (2,8 - 3,0), siendo cinco la puntuación máxima; lo que indica que el sujeto 8 no muestra una problemática representativa en los niveles de salud mental. En la escala de Adaptación se destaca el altruismo con una puntuación de cuatro punto cuatro (4,4), siendo cinco (5) la puntuación máxima, lo que evidencia que el sujeto 8 muestra mayor interés y compromiso a nivel social.

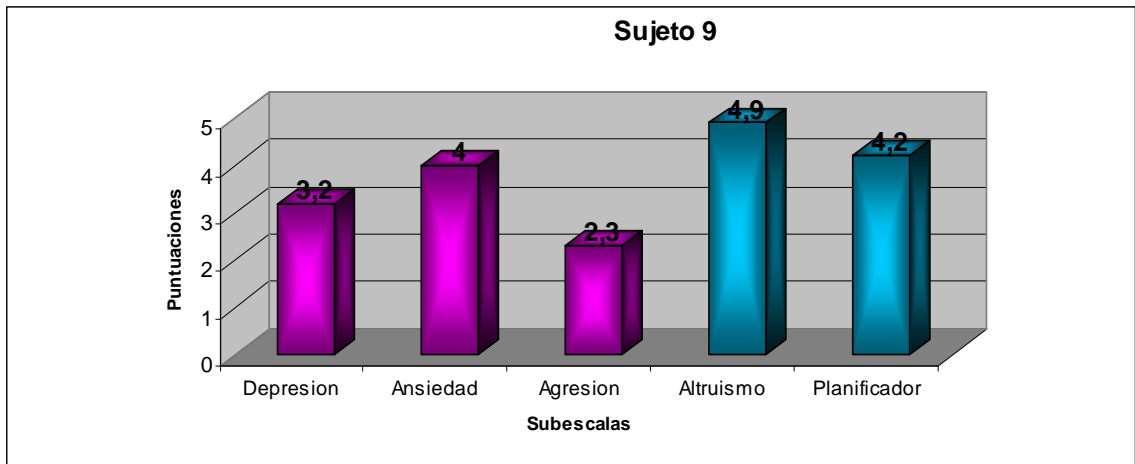


Figura 14. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación.

En la anterior figura (14) se destaca para analizar la subescala de ansiedad mostrando una puntuación de cuatro (4.0), siendo cinco la máxima puntuación (5.0) permitiendo hacer visibles los niveles de ansiedad que está manejando el sujeto. Por otra parte, dentro de la escala de adaptación para destacar se encuentran las dos subescalas de altruismo y planificación, donde los puntajes son altos en comparación a la media, siendo de cuatro punto nueve (4,9) y cuatro punto dos (4,2) respectivamente, lo que indica que el sujeto 9 muestra un buen compromiso e integración hacia la parte social y su futuro.

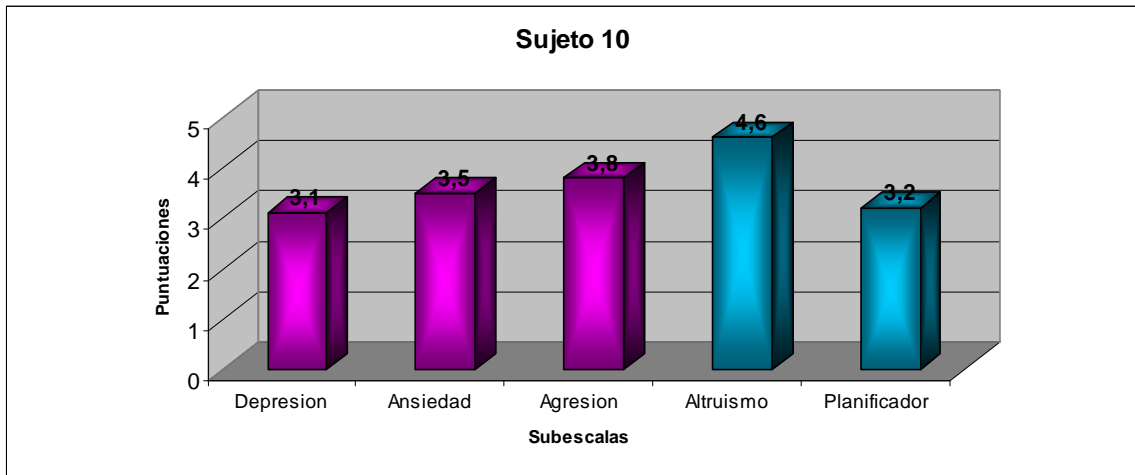


Figura 15. Descripción de los resultados promedio de las subescalas de salud mental y adaptación.

En la figura 15 se refleja el alto nivel de altruismo presentado por el sujeto 10 representado en un promedio de cuatro punto seis (4.6) en contraposición con las demás subescalas las cuales presentan un promedio por debajo de cuatro (4.0), otro aspecto importante que se destaca es el puntaje promedio obtenido en agresión (3.8) lo que evidencia que el sujeto 10, a pesar de tener un alto nivel de altruismo también presenta conductas de agresión.

Los siguientes datos que se describirán se obtuvieron en la aplicación del PTSRC, y tendrán como objetivo mostrar que tanto efecto han tenido los traumas sobre los comportamientos de los niños. Es decir, evidenciarán según los ítems y las escalas descritas, que cantidad de síntomas de estrés postraumático presentan los niños y además desde que momento comenzaron a vivenciar dichos síntomas.

El primer dato que se obtuvo es que los niños participantes de la investigación presentan en promedio 7 síntomas sobre los 14 evaluados por el PTSRC con una desviación estándar de 3,29. Se resalta que uno de los 10 sujetos presenta 11 de los 14 síntomas descritos en la prueba, además que todos los sujetos presentan mínimo 4 de los 14 síntomas. Otro aspecto importante que se destaca es que el 50% de los sujetos presentan mas de la mitad de síntomas posibles, es decir >7 .

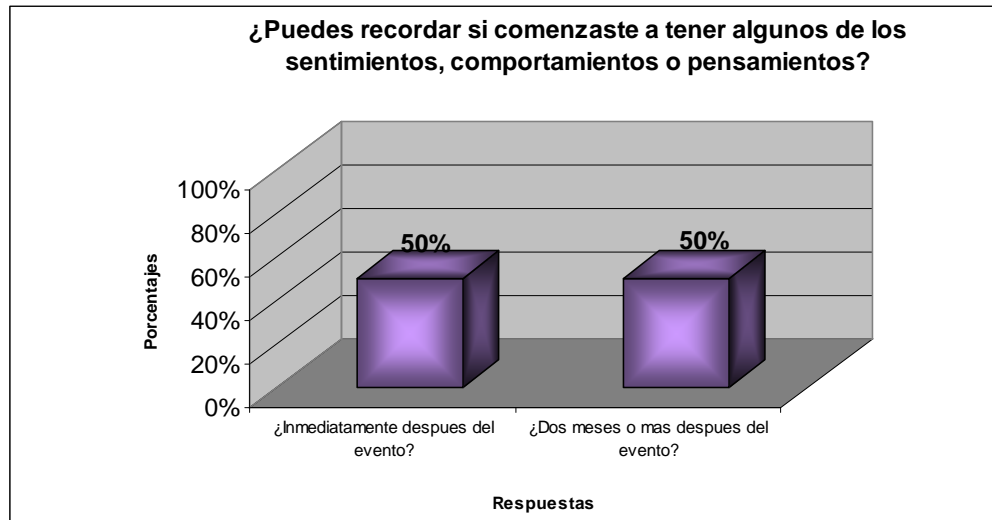


Figura 16. Descripción de los resultados por porcentajes obtenido en la pregunta 15 del PTSRC, sobre la aparición de los síntomas.

En la figura 16 se observa que la puntuación por porcentajes se encuentra dividida sobre el reconocimiento de los síntomas y su aparición. Es decir, el 50% reconoce que inmediatamente después del evento experimento la aparición de los síntomas y el otro 50% reconoce la aparición de os síntomas dos mese o mas después del evento.

Teniendo en cuenta las categorías en las que esta dividida el instrumento se destacan los siguientes resultados. Los síntomas están significativamente presentes en todos los jóvenes (ver tabla 7), teniendo en cuenta lo anterior se corrobora que la mayoría de los jóvenes identifican claramente un evento traumático en su pasado.

Como dato contundente se observa que el 90% de las respuestas son afirmativas, al indagar sobre el apoyo que consideran tener de sus padres o amigos, después de la aparición del evento. (ver tabla 7) Otro aspecto importante que cabe resaltar es que el 80% de los niños se imaginan lo que ocurrió como si vieran un cuadro o una imagen o escuchara sonidos de lo que paso, dato que sirve para identificar el impacto que ha tenido el trauma vivido en estos niños.

Sin embargo se destaca que la visión hacia el futuro de los niños, contrasta con las vivencias del pasado, sobre todo si se analiza que el 80% de los niños considera que vivirá para ser un adulto (ítem 8).

Tabla 7. Frecuencia y porcentaje según categorías.

ITEMS	Ausencia		Presencia	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
I. Identificación de un evento traumático				
Item 1	3	30%	6	60%
Item 2	2	20%	7	70%
II. Sueños y pensamientos sobre el evento				
Item 3	1	10%	8	80%
Item 4	6	60%	4	40%
Item 5	8	80%	1	10%
III. Evitación y disminución de respuestas				
Item 7	0	0%	9	90%
Item 8	8	80%	2	20%
Item 9	5	50%	5	50%
Item 13	0	0%	6	60%
Item 14	4	40%	6	60%
IV. Alteración de la vigilancia				
Item 6	4	40%	6	60%
Item 10	4	40%	5	50%
Item 11	6	60%	3	30%
Item 12	7	70%	3	30%

En la variable identificación de un evento se encontró que en 13 ocasiones equivalentes a un 65% reconocen o identifican algún evento traumático en su pasado. (Ver tabla 8)

Tabla 8. Frecuencia y porcentajes en la variable Identificación de un evento traumático

1. Identificación de un evento traumático			
Respuesta acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
NOSE	2	10%	10%
NO	5	25%	35%
SI	13	65%	100%
TOTAL	20	100%	100%

En la variable de sueños y pensamientos sobre el evento se evidencia que casi la mitad de los niños (43%) presentan la recordación del evento por los pensamientos o por los sueños.(ver tabla 9)

Tabla 9. Frecuencia y porcentajes en la variable Sueños y pensamientos sobre el evento

2. Sueños y pensamientos sobre el evento

Respuesta acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
NOSE	2	6.7%	6.7%
NO	15	50%	56.7%
SI	13	43.3%	100%
TOTAL	30	100%	100%

Es importante destacar que el 56% presentan síntomas relacionados al estrés postraumático, ejecutando conductas de evitación y disminución de respuesta (ver tabla 10)

Tabla 10. Frecuencia y porcentajes en la variable Evitación y disminución de respuestas

3. Evitación y disminución de respuesta

Respuesta acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje
NOSE	5	10%	10%
NO	17	34%	44%
SI	28	56%	100%
TOTAL	50	100%	100%

Cabe resaltar que dentro de los síntomas evaluados en la categoría de alteración de la vigilancia se encontró que el 52% no presentan dichos síntomas y un 42.5% si presentan. (ver tabla 11)

Tabla 11. Frecuencia y porcentajes en la variable Alteración de la vigilancia

4. Alteración de la vigilancia			
Respuesta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NOSE	2	5%	5%
NO	21	52.5%	57.5%
SI	17	42.5%	100%
TOTAL	40	100%	100%

CAPITULO CUARTO

Discusión y conclusiones

La salud mental y el estrés postraumático son dos temáticas las cuales de una forma u otra afectan en gran medida a un sin número de personas ya sea positiva o negativamente. Por esta misma razón es que resulta interesante observar que tanto y de que manera afectan estas dos variables a la muestra utilizada para esta investigación. Partiendo del hecho de que la importancia de la salud mental radica en que ésta determina en gran medida la forma en que los individuos piensan, sienten y actúan mientras encaran las situaciones que la vida les presenta, así como también influye en la forma como se perciben a sí mismos y a los demás (National Mental Health International Center, 2003) se puede inferir que los niños participantes en la investigación expuestos a situaciones de maltrato y/o abuso de manera general presentan una tendencia a presentar problemas de salud mental los cuales se ven reflejados en aspectos como depresión, ansiedad y agresividad. Por otra parte, en relación a la adaptación, los niños que han experimentado las situaciones mencionadas anteriormente, no suelen presentar ningún tipo de problemática en éste aspecto he incluso sus niveles de altruismo y planificación tienden a ser muy positivos. Por lo tanto se puede deducir que el hecho de que un niño haya sido expuesto a una situación de riesgo no necesariamente afecta de forma negativa su adaptación al medio,

mientras que por lo contrario esto si interviene en su estado de salud mental con una tendencia a generar consecuencias contraproducentes

Los resultados obtenidos en la investigación evidencian en algunos sujetos unos niveles altos en comportamientos de tipo agresivo, ansioso y depresivo. Dentro de los síntomas que evidencian los niños que presentan algún nivel de depresión se destacan los sentimientos de tristeza, desganadas, descontento de sí mismo o de su entorno y además podría presentar comportamientos de tipo agresivo (Del Barrio, 1997) en los sujetos analizados se encontró que tres de ellos tenían niveles elevados de comportamientos agresivos sin embargo los niveles de depresión eran relativamente bajos, esto demuestra que la salud mental puede ser afectada por cualquiera de la tres subescalas sin depender necesariamente de la otra. Si embargo dos de los sujetos presentaban altos niveles de depresión a su vez contrastándolo con altos niveles de comportamientos agresivos.

Teniendo en cuenta la relación que se encontró en las variables salud mental y adaptación donde se evidencia que mientras presentaba un nivel de adaptación significativamente alto la salud mental no lo era tan evidente. Lo que podría indicar que los niños a pesar de manejar dificultades en el normal transcurrir de su salud mental, esto no les interfiere directamente en los diferentes roles que debe asumir un niño en este rango de edades.

Otro aspecto a resaltar es el hecho de que a través de la investigación se hace evidente que los niños con un alto nivel de altruismo presentan bajos niveles de agresión. Lo cual hace para esta investigación, axiomática la relación inversamente proporcional entre altruismo y agresión. Por lo tanto un individuo que posee una personalidad con tendencia a ayudar a los demás sin un interés a cambio es muy difícil que presente a su vez tendencia a agredir.

En cuanto a los datos obtenidos en la aplicación del instrumento PCRST se destaca que los niños tienen presentes en sus pensamientos los sucesos vividos, sin embargo a futuro por la información obtenida se puede concluir que quieren un cambio en sus vidas, es decir no volver a vivir lo ocurrido. Podría pensarse que por la gravedad del evento traumático vivido, los niños no tendrían expectativas sobre el futuro, sin embargo según lo obtenido se demuestra que lo uno no interviene en lo otro, mas bien lo que sucede es un cambio en lo la forma de mirar el futuro.

Cabe resaltar que el trastorno de estrés postraumático no solo se presenta por la aparición del evento traumático, sino también por la dinámica de algunos factores que podrían interferir en su aparición y posterior mantenimiento. Las *adversidades posteriores al evento* también se asocian con el desarrollo del desorden, tales como la separación del niño y sus padres, el ser ubicado en un albergue, dificultades económicas, etc (Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost y Cohen 2001) quiere decir esto

que en los niños objetos de la presente investigación existió la aparición de un evento traumático tales como un abuso sexual o un maltrato físico o psicológico, pero además existieron una serie de condiciones que contribuyeron si tenemos en cuenta que las condiciones socioeconómicas de los niños son de estrato 1 y los acudientes por lo general no son los propios padres. Este factor de los padres en la presente investigación se convierte en determinante si se analiza que los niños consideran que los padres no tienen un entendimiento de la situación vivida por ellos. Sin embargo la razón de esto podría ser el desconocimiento en algunas ocasiones de la situación o aspectos como la edad de los niños intervienen para que se presente esta problemática.

Uno de los aspectos más relevantes encontrados en la presente investigación tiene que ver con el rol social que desempeñan estos niños. En el primer instrumento aplicado (CBI) se evidencio la tendencia natural que tienen estos niños a comportarse de manera altruista y en el segundo instrumento (PTSRC) en su gran mayoría los niños identifican la importancia de la relación con sus padres y amigos; estos dos datos permiten concluir que una característica que identifica a estos niños es su comportamiento arraigado a roles sociales, lo que contrasta con cualquier conclusión apresurada que se sacaría, teniendo en cuenta el pasado inmediato de los niños. Se podría caer en el error de pensar que los niños o personas que han sufrido algún tipo de trauma tales como abuso sexual y maltrato físico

y/o psicológico, vivirían eternamente prevenidos ante la sociedad, lo que se evidenciaría en comportamiento tales como aislamiento; sin embargo la investigación arroja información acerca de que en estos niños sucede exactamente lo contrario y este indicador debe servir para trabajar en la percepción que se tiene de manera general sobre las víctimas.

Teniendo en cuenta todo lo analizado en la presente investigación es evidente que los trabajos venideros a partir de esta deberán estar focalizados en la disposición de contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas que de una u otra forma han padecido algún tipo de evento que intervenga con el normal desarrollo de su salud mental. Se debe trabajar en programas preventivos que permitan disminuir los índices de niños con estrés postraumáticos y con enfermedades de tipo mental, teniendo en cuenta que por las características cognitivas de los niños la interpretación de los sucesos se hace de manera especial. Los resultados arrojaron que los niños que viven un acontecimiento traumático no necesariamente consideran que ese sea el fin de sus vidas sino más bien lo consideran una experiencia que se debe superar.

Otro aspecto importante y que cabe resaltar pensando en el futuro de esta temática es que los niños siempre evidenciaron un alto nivel de altruismo lo que indica su alto compromiso social y con las buenas causas, esta disposición a la ayuda social debe canalizarse en los trabajos que se realicen a estos niños como los tratamientos, y convertir esta característica

en una herramientas dentro de las intervenciones o diferentes temáticas que se quieran manejar.

Así mismo, haciendo énfasis en los efectos de la salud mental, se debe tener en cuenta que en ésta históricamente ha prevalecido el modelo de enfermedad, es decir, comúnmente para definir salud mental se ha apelado al esquema bipolar salud – enfermedad, conceptualizándola como ausencia de enfermedad y atribuyéndosele escasa atención a las dimensiones positivas de la salud (Rodríguez, 2005). En la actualidad, se debería atribuir una mayor importancia a la salud mental positiva puesto que al momento de una persona encontrarse expuesta a altas condiciones de vulnerabilidad, generalmente los factores de adaptación son los que actúan como mecanismos de defensa ante la situación, es decir, son los que le permiten que el individuo tenga opciones positivas a considerar a diferencia de factores como la depresión, la ansiedad y la agresividad. Así mismo, se espera que si se trabaja en pro de una salud mental positiva las relaciones de enfermedad mental reduzcan permitiendo que en su gran mayoría el índice de niños que se enfrenten a situaciones de riesgo traumáticos no desarrollen una personalidad y estilo de vida perjudicial.

Por último es pertinente recomendar que los trabajos realizados pensando en la salud mental de los niños deben estar focalizados en la prevención más que la intervención, es decir, sería de mayor relevancia social tener programas que contribuyan en el mantenimiento de una buena

salud mental en los niños, más que cualquier intervención a una problemática ya instaurada. Tales programas deben estar estructurados para que estimulen actividades sanas como el deporte, la recreación, el estudio, etc. Si se tiene en cuenta lo anterior seguramente disminuirían los niveles de niños con problemas de salud mental y por lo tanto se evidenciaría en el futuro como potenciales adolescentes y adultos.

CAPITULO QUINTO

Referencias

Alejos, M., Aráoz, L. y Castañeda, A. (2003). **ANSIEDAD ESTADORASGO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DURANTE LA HOSPITALIZACION.** Tomado el 19 de Octubre de 2007 de http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b002

Arceo E., G., Castillo A., R. y Luit B., J. I. (2006) *Promoción y difusión de la Salud Mental Positiva dentro del medio universitario a través de un Sitio Web. Memorias del Primer Encuentro Virtual Internacional de Psicólogos Navegantes.* En <http://www.conductitlan.net/encuentro/salud.html>

Barlow, D. y Durand, M. (1999). **Psicología anormal: un enfoque integral.** Editorial Thomson Learning. México: México D. F. p 159

Barra, F., Toledo, V. y Rodríguez, J. (2003). *Estudio salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago occidente: Predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos.* **Rev. chil. neuro-psiquiatr.**, vol.41, no.1, p.65-76. ISSN 0717-9227.

Bottoms, B., Shaver, P. y Goodman G. (1996). **An analysis of ritualistic and religion-related child abuse allegations.** *Law and Human Behavior*, 20, 1-34

Breton J., Valla J., Lambert J. (1993) **Industrial disaster and mental health of children and their parents.** *Children & Adolescent Psychiatry*, 32 p. 438-45

Caballero, M., Ramos, L. y Saltijerar, M. (2000). *El trastorno por estrés postraumático y otras reacciones de las víctimas del robo a casa.* **Salud Mental**, 23 (001), pp. 8 – 17.

CALZADA, A. (2004). **Algunos aspectos de interés sobre la violencia y el maltrato infantil.** *Revista Cubana Medicina General Integral*, 20, (5-6)

Carranza, V. (2002). *El concepto de salud mental en psicología humanista existencial.* **Ajayu**, 1 (1).

Castillo, N. (2006). *Métodos disciplinarios empleados por los padres.* Tomado el 25 de Julio de 2007 de <http://www.psicopedagogia.com/metodos-disciplinarios>

Cazabat, E. (1996). **Concepto de trauma psicológico.** Tomado el 25 de Septiembre de 2007 de <http://www.acosomoral.org/psi010.htm>

Centro de Referencia Nacional Sobre Violencia (1998). *Boletín CRNV*, 3 (4).

Centro Medico de la Universidad de Maryland. (2006). *Maltrato físico infantil*. Tomado el 27 de Julio de 2007 de http://www.umm.edu/esp_ency/article/001552.htm

Comité de Familia y Salud Mental y el Equipo de Trabajo en el Área de Abuso y Violencia Familiar de Argentina. (2003). *Maltrato físico: un problema de salud que nos involucra*. **Arch.argent.pediatr**, 101(1), 64 – 72.

Davidson, J., Hughs, D., Blazer, D. y George, L. (1991). **Post-traumatic stress in the community: And epidemiological study**. *Journal of psychological medicine*, 21, 713 – 721

Del Barrio, V; (1997). Metodología de la investigación. Primera edición: Ariel, S.A

Feldman, R. (1998). Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana. Primera edición: Mac Graw Gill. Mexico D.F.

Eisen M. y Goodman G. (1998) **Trauma, memory and suggestibility in children.. Development and Psychopathology**, *An analysis of ritualistic and religion-related child abuse allegations*. *Law and Human Behavior*, 20, 1-34

Escobar, B. y Cova, F. (1997). *Psicología social de la salud mental*.
Tomado el 22 de Junio de 2007 de
<http://64.233.169.104/search?q=cache:HOwis5xdQUkJ:www.tc.umn.edu/~cana0021/2-3/PSICOLOG%25CDA%2520SOCIAL%2520DE%2520LA%2520SALUD%2520MENTAL%2520.pdf+salud+mental+negativa&hl=es&ct=clnk&cd=14&gl=co>

Franco, S., Urrego, S., Tejada, P. y Báez, L. (2007). **Aproximación narrativa a las intervenciones en salud para mujeres y niñas supervivientes de violencia sexual en la Red Suroccidental de Bogotá, 2003-2004.** *Revista Colombiana de Psiquiatría* 36, (3)

Giaconia, R., Reinherz, H., Silverman, A., Pakiz, B., Frost, K., Cohen E. (2001). **Traumas and posttraumatic stress disorder in community population of older adolescents.** *Children & Adolescent Psychiatry*. 34. (13) p. 69-80

Glaser, D. y Frosh, S. (1997). *Abuso sexual de niños*. Buenos Aires: Paidós.

Goleman, D (1996) *Inteligencia emocional*. Kairós. Barcelona

Hernandez, R, Fernande, C. & Baptista, P. (Enero 2000). **Metodología de la investigación. 2da Edicion.** Editorial: Mac Graw Gill. Mexico D.F.

Hoffmeister, W. (2003). **Trauma, memoria y el peritaje forense.**
Med. leg. Costa Rica, 2 (2), 121-130

Jaffe, J. y Segal, J. (2005). **Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): Symptoms, Types and Treatment.** Tomado el 27 de Septiembre de 2007 de http://www.helpguide.org/mental/post_traumatic_stress_disorder_symptoms_treatment.htm

Jaffe, J., Segal, J. y Dumke, L. (2005). **Emotional and Psychological Trauma: Causes, Symptoms, Effects, and Treatment.** Tomado el 25 de Septiembre de 2007 de http://www.helpguide.org/mental/emotional_psychological_trauma.htm

López, J. (1996). *Maltrato Infantil.* Tomado el 25 de Julio de 2007 de <http://www.um.es/facpsi/maltrato/#p1>

Lluch, M. (2002). *Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva.* **Salud Mental**, 25 (4), 42 – 55.

Montt, M. (2003). *Maltrato Infantil.* En: Almonte, C., Montt, M. y Correa, A. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia.* Editorial Mediterraneo. Chile: Santiago

Najavits, L., Weiss, R. y Shaw, S. (2002). *La relación entre el abuso de sustancias y el trastorno de estrés postraumático en las mujeres.* **Revista de Toxicomanías**, 32, 36 – 44

National Mental Health International Center. (2003). *Child and Adolescent Mental Health*. Tomado el 30 de Mayo de 2007 en <http://mentalhealth.samhsa.gov/publications/allpubs/CA-0004/default.asp>

Núñez, M., Murias, E. y Pedreira, J. (2002). **Trastorno por estrés postraumático en niños y adolescentes secundario a trauma agudo**. Tomado el 26 de septiembre de 2007 de <http://72.14.209.104/search?q=cache:uAHYaPGLi5gJ:psicondec.rediris.es/P SIQEVIDEN/JLP/teptsecundariotraumaagudo.doc+estres+postraumatico+agudo&hl=es&ct=clnk&cd=10&gl=co>

OMS. (2001). *Through Children's Eyes*. Tomado el 20 de Mayo de 2007 de http://www.who.int/mental_health/media/en/31.pdf

Palacio, J y Savatier, C. (2002). **Impacto Psicologico de la Violencia Política en Colombia**. Editorial: Uninorte.

Paulazzi, L. (1999). *Violencia familiar, comprender y prevenir*. Tomado el 25 de Agosto de 2007 de http://www.rimaweb.com.ar/abuso_sexual_infantil/Bibliografiaseminari.doc

Plazas, I. (2003). **El trastorno por estrés post-traumático**. Tomado el 25 de Septiembre de 2007 de http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art23001

Posada, J., Aguilar, S., Magaña, C. y Gómez, L. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Preliminares del Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia, 2003. Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXIII (3), 241 – 262.

Puchol, D. (2001). **El trauma psicológico**. Tomado el 28 de Septiembre de 2007 de <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-109-1-el-trauma-psicologico.html>

Rodríguez, L. (2003). *Intervención interdisciplinaria en casos de abuso sexual infantil. Univ. Psychol*, 2 (1), 57 – 70.

Rodríguez, R. (2005). *El hombre como ser social y la conceptualización de la salud mental positiva. Investigación en salud*, VII (002), 105 – 111

Solomon, L. y Kramer, B. (1990). *Social Psychology and mental health*. Holt Rinehart and Winston INC. United States

Soria, M. y Hernández, J. (1994). *El agresor sexual y la víctima*. Barcelona: Boixareu Universitaria.

Terreros, M. (2006). *Maltrato psicológico*. Cuad. med. forense. [online]., no. 43-44 [citado 2007-10-05], pp. 103-116. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100008&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1135-7606.

UNICEF, (2006). **Tercer Estudio de Maltrato Infantil 2006**. Tomado el 19 de octubre de www.unicef.cl/archivos_documento/175/maltrato%202006%203.pdf

Vargas, C., Vargas, E. y Mejía, S. (1995). *Guía para la detección precoz del abuso sexual infantil*. Santafé de Bogotá.

Vitriol, V. (2005). *Relación entre psicopatología adulta y antecedentes de trauma infantil*. **Rev. chil. neuro-psiquiatr.**, vol.43, no.2, p.83-87. ISSN 0717-9227.

Vizcarra, M., Bustos, L., Cortés, L., AlarcónM. y Muñoz, S. (2001). **Child abuse in Temuco, Chile. Prevalence and risk factors**. Tomado el 19 de octubre de 2007 de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001200008&script=sci_arttext

Anexos

PTSRC

Especifica el evento más traumatizante y adáptalo a cada pregunta.

¿Hace cuanto ocurrió el evento y que edad tenías en ese momento?:

Fecha del evento: _____

Tu edad: _____

Preguntas	Respuestas		
1- ¿actualmente piensas o hablas mucho sobre ese evento?	1 - No se	2 - Si	3 - No
2- ¿te sientes rasgado por dentro o perturbado cuando piensas sobre ese evento?			
3- ¿te imaginas lo que ocurrió como si vieras un cuadro o una imagen o escucharas sonidos de lo que paso?			
4- ¿sueñas frecuentemente sobre el evento?			
5- ¿en algunas ocasiones sientes como si el evento ocurriera nuevamente, repites en			

tus juegos lo que paso?			
6- ¿eres más olvidadizo desde que ocurrió el evento?			
7- ¿Desde el evento te has sentido más solo interiormente, como si tus padres o amigos no comprendieran realmente lo que sientes?			
8-¿desde el evento te sientes triste por que tal vez no vivas para ser un adulto (pesimista sobre el futuro)?			
9-¿desde el evento te haz divertido menos que antes, juegas menos con tus amigos, casi no haces deporte o no participas en otras actividades divertidas?			
10- ¿después del evento tienes dificultada para dormir en la noche (por estado de alerta incrementado)?			
11- ¿desde el evento te sobresaltas más que antes por los ruidos fuertes, sientes miedo o pensamientos inesperados?			

<p>12- ¿desde el evento es más difícil para ti prestar atención o concentrarte en cosas que antes?</p>			
<p>13- ¿permaneces alejado de situaciones o actividades que te recuerdan lo que ocurrió?</p>			
<p>14- ¿tratas de no pensar o hablar sobre lo que ocurrió?</p>			
<p>15- ¿ puedes recordar si comenzaste a tener algunos de los sentimientos, comportamientos o pensamientos mencionados? (marca con una X uno de los dos)</p>			
<p>¿Inmediatamente después del evento?</p>			
<p>¿Dos meses o más después del evento?</p>			

CBI

Las siguientes preguntas tienen que ver con comportamientos que los niños y jóvenes tienen en algún momento. De acuerdo a lo que te pregunte te pido que me respondas sinceramente cual es tu comportamiento actualmente o desde hace unos seis meses aproximadamente.

Ítems	1. No se	2. Jamás	3. Raramente	4. Frecuente mente	5. Siempre
1. Lloras fácilmente (sin razón específica)					
2. Te da rabia con facilidad					
3. Te sobresaltas fácilmente (por ruidos fuertes, si alguien viene detrás de ti)					
4. Recibes ayuda de otros niños					
5. Tomas el liderazgo al iniciar actividades					
6. Te sientes triste o infeliz					
7. Te impacientas con					

facilidad					
8. Te da mucho miedo de que alguna cosa mala pueda ocurrirte					
9. Recibes ayuda de los adultos (tus padres, profesores...)					
10. Tu planeas y piensas correctamente (ahorras dinero para comprar algo especial, cuando llegas del colegio primero haces las tareas y después vas a jugar)					
11. Estas triste por muchas cosas (por el trabajo en el colegio, por los miembros de tu familia, por tu futuro)					
12. Eres verbalmente agresivo (gritas, te sientes cansado, ofendes verbalmente a los otros)					
13. Tienes miedo de pensamientos o situaciones que usualmente no asustan a otros					

niños (fobias: miedo a la oscuridad, a ciertos animales, a estar lejos de casa - están en relación con una experiencia traumática).					
14. Muestras cuidado y compromiso con las otras personas.					
15. Eres hábil resolviendo problemas.					
16. Sientes que no eres querido					
17. Eres físicamente agresivo con los otros (los golpeas, los empujas...)					
18. Sientes miedo de las nuevas situaciones (ir a los lugares nuevos, reunirte con gente nueva...)					
19. Eres sensible: te sientes triste o sientes como ganas de gritar cuando otras personas					

están sufriendo					
20. Eres seguro y confiado de ti mismo en diversas situaciones (confías en ti mismo, respondes en voz alta en clase, haces amigos fácilmente)					
21. Te sientes con miedo de perder tu familia (ej. por muerte o separación)					
22. Destruyes o dañas cosas de otras personas (cuando estas por ejemplo enojado: juguetes, ropa, libros)					
23. Es difícil para ti concentrarte en las tareas del colegio, en lo que dice el profesor.					
24. Tratas de ayudar y amparar a otros que están sufriendo					
25. Tratas de superar los problemas					

26. Te sientes cansado, agotado (sientes sueño todo el tiempo, no te dan ganas de jugar)					
27. Desobedeces a tus padres o maestros					
28. Es necesario que te encuentres con una persona mayor para sentir seguridad					
29. Te sientes enojado cuando se cometen injusticias por otras personas					
30. Te sientes bien después de un evento tensionante					
31. Prefieres estar solo que con tus amigos o familia					
32. Tienes un temperamento fuerte o explosivo					
33. Compartes las cosas (ej. comida, vestidos, juguetes...) con los demás					
34. Eres optimista con respecto al futuro					

35. Te sientes solo					
36. Haz desobedecido reglas importantes de tu comunidad (fumar, robar...)					
37. Tu ayudas y eres amigo de personas que te han ayudado o que han sido amistosas contigo					
38. Guardas la calma bajo situaciones de tensión difíciles.					
39. Te sientes desconsolado porque no eres importante en este mundo.					
40. Le echas la culpa a otras personas por cosas que son de tu responsabilidad					
41. Proteges a niños mas pequeños que tu					
42. Te sientes abandonando, sin ayuda porque lo que hagas no cambiara las cosas en tu casa o colegio.					
43. Estas interesado en					

conocer las causas políticas de la violencia					
---	--	--	--	--	--