

**SALUD MENTAL EN NIÑOS SOBREVIVIENTES DEL CONFLICTO
ARMADO EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO**

Investigador Principal:

MILGEN JOSÉ SÁNCHEZ VILLEGAS

Directora:

PhD. LIZETH REYES RUIZ

Proyecto de grado como parte de los requisitos para optar al título de:

Magister en Psicología

**INSTITUTO DE POSGRADOS
BARRANQUILLA, ATLÁNTICO
REPÚBLICA DE COLOMBIA
SEPTIEMBRE 2020**

CONTENIDO

DEDICATORIA	5
AGRADECIMIENTOS	6
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACIÓN	16
ESTADO DEL ARTE:IMPACTO DE LOS CONFLICTOS ARMADOS EN LA SALUD MENTAL INFANTIL	22
MARCO TEÓRICO	26
Salud Mental	26
Salud mental en la infancia	27
Infancia	33
Conflicto armado colombiano.....	35
Sobreviviente	36
MÉTODO	39
Paradigma de la investigación	39
Enfoque de la investigación	39
Diseño y alcance de la investigación	40
Objetivo general.....	41
Objetivos específicos	41
Población y muestra.....	41
Criterios de inclusión	41
Criterios de exclusión	42
Instrumentos.....	42
Definición operacional y conceptual de las variables.....	47
Procedimiento	48
RESULTADOS	49
Aspectos sociodemográficos.....	49
Experiencias familiares violentas producto del conflicto armado	51
Salud mental.....	53

Funcionalidad familiar	59
Apoyo social percibido	59
Correlaciones entre las variables de estudio	61
DISCUSIÓN	63
FORTALEZAS Y LIMITACIONES	68
CONCLUSIONES	70
FUENTE DE FINANCIAMIENTO	71
REFERENCIAS	72
ANEXOS	102

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución por edad y género de la muestra	49
Tabla 2 Características sociodemográficas de la muestra	51
Tabla 3. Experiencias familiares violentas producto del conflicto armado	53
Tabla 4 Puntuaciones medias y desviación estándar en escalas de banda ancha	55
Tabla 5 Puntuaciones medias y desviación estándar en escalas de banda estrecha..	58
Tabla 6 Resultados funcionalidad familiar discriminados por género	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla 7 Resultados evaluación apoyo estructural.....	60
Tabla 8 Resultados evaluación apoyo funcional	60
Tabla 9 Resultados apoyo social percibido total discriminados por género.....	61
Tabla 10 Estadísticos descriptivos y correlación de las variables	62

DEDICATORIA

“A todas los niños, niñas, jóvenes, adultos y familias que hoy son sobrevivientes del conflicto armado en Colombia”.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación, a la Gobernación del Atlántico, a COLFUTURO y a la Universidad Simón Bolívar por brindarme la oportunidad de continuar mi formación profesional de posgrado desde la Maestría en Psicología y depositar su confianza en mí, en aras de aportar al desarrollo científico del departamento del Atlántico y Colombia.

Es importante para mí, reconocer, especialmente a la Dra. Lizeth Reyes Ruiz por su receptividad, motivación y apoyo incondicional durante el diseño y ejecución de esta investigación. Su visión y amplia experiencia investigativa me llevaron a ser beneficiario de esta convocatoria, guiándome durante todo este fructífero proceso, fortaleciendo en cada momento mi espíritu investigativo, el amor por el saber científico y el estudio del ser humano desde una visión holística y compleja. Gracias por permitirme ser su pupilo y aprender de usted.

A la Dra. Natalia Pérez Ruiz por su acogida, gran dedicación y excelente coordinación dentro de la Maestría en Psicología. Sin dudas, gracias a su gestión, apoyo y planeación pude contar y aprender de excelentes maestros no solo para mi formación como investigador sino desde el ámbito clínico integrativo.

Hago una mención especial a la Dra. Laura K. Taylor por su amplia visión y aportes científicos respecto al impacto de la violencia política en los niños, las familias y las comunidades de Colombia y la experiencia en la transformación de conflictos, la salud mental y la justicia transicional sobre el terreno en el empoderamiento basado en los derechos.

Así mismo, agradezco al Dr. Jorge Alexandre Barbosa Neves y al Dr. Silvio Salej Higgins por sus valiosas contribuciones y respaldo metodológico en el desarrollo de este proyecto investigativo, no solo desde el análisis estadístico sino desde la comprensión e impacto a nivel social de los mismos.

A todas las familias sobrevivientes del conflicto armado que hicieron parte de esta investigación. Es a ellos, a quien debo mi más profunda gratitud. Gracias por permitirme conocer las dinámicas, sufrimientos, esperanzas, problemas y vivencias dentro de sus hogares. Espero que estos resultados sean insumos para el trabajo interdisciplinar e integrativo que fomenten una mejor calidad de vida y bienestar bio-psico-social.

Finalmente, a mis *seres amados*, mis amigos, a Children International Colombia y todas las personas que me apoyaron e impulsaron a cumplir este logro. Sin su impulso, soporte y ayuda no hubiera sido posible. Gracias infinitas.

RESUMEN

Antecedentes: Colombia tiene uno de los mayores conflictos armados del mundo. Los niños expuestos directa o indirectamente a los conflictos armados viven las huellas emocionales que deja la guerra y estas pueden persistir incluso en las nuevas generaciones.

Objetivo: Conocer la salud mental en niños sobrevivientes del conflicto armado en el departamento del Atlántico. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal con (n=80) niños de 7 a 11 años (M=9.8 años; SD= 1.5). Se utilizó el Child Behavior Check-List (6-18), APGAR familiar, Adaptación a niños del cuestionario - MOS y se recogieron datos sociodemográficos relevantes. **Resultados:** Se encontraron niveles clínicos de problemas emocionales y de comportamiento en el 56,3% de los niños. Los problemas de interiorización (63,7%) fueron más comunes que los de exteriorización (51,2%). Se encontraron relaciones entre los problemas emocionales y de comportamiento, el apoyo social percibido y el funcionamiento de la familia. Los niños con mayor apoyo social tuvieron menos problemas de exteriorización. **Conclusiones:** Este estudio incluyó una muestra que enfrenta múltiples riesgos y utiliza un enfoque holístico para considerar los recursos familiares y sociales que pueden apoyar a los niños que son sobrevivientes del conflicto armado del departamento del Atlántico en Colombia. Estos resultados proporcionan una base para futuros programas de promoción y prevención relacionados con los problemas de salud mental de los niños con el fin de apoyar la construcción de la paz en el marco del proceso de posconflicto colombiano. **Palabras clave:** Salud mental; Problemas de salud mental; Funcionamiento familiar; Apoyo social; Problemas Internalizados; Problemas Externalizados; Niños, Conflicto armado, Colombia

ABSTRACT

Background: Colombia has one of the largest armed conflict in the world. Children exposed directly or indirectly to armed conflicts lives the emotional footprints left by war which can persist through new generations. **Objective:** To identify mental health problems among children survivors of Colombia's armed conflict. **Methods:** A cross-sectional study with (n=80) children aged 7 to 11 years (M=9.8 years; SD= 1.5) was conducted using the Child Behavior Checklist, Family APGAR, and MOS - adaptation to children. **Results:** Clinical levels of emotional and behavioral problems were found in 56.3% of children. Internalizing problems (63.7%) were more common than externalizing problems (51.2%). Relations among emotional and behavioral problems, perceived social support and family functioning were found. Children with higher social support did have fewer externalizing problems. **Conclusions:** This study includes a sample facing multiple risks and uses a holistic approach to consider family and social resources that may support children who are survivors of the armed conflict in the Atlantic department of Colombia. These results provide a foundation for future promotion and prevention programs related to children's mental health problems in order to support peacebuilding within the framework of the Colombian post conflict process.

Keywords: Mental health; Mental health problems; Family functioning; Social support; Internalizing problems; Externalizing problems; Children, Armed conflict, Colombia

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer el estado actual de salud mental en niños sobrevivientes del conflicto armado en el departamento del Atlántico, al ser uno de los mayores departamentos receptores de familias sobrevivientes del conflicto armado en la región caribe. Este proyecto, está cimentado bajo los planteamientos de Kadir et al., (2019), quienes han documentado el efecto dominante de los conflictos armados como una forma de violencia contra los niños y un determinante social negativo en la infancia. Los autores, exponen la necesidad de investigar sobre los mecanismos por los cuales estos conflictos afectan la salud física, la salud mental y las condiciones sociales. Dando especial prioridad a los estudios sobre el desarrollo infantil, efectos a largo plazo, los factores protectores y mitigantes contra los efectos nocivos del conflicto armado en los niños y niñas, reconociendo que en este grupo pueden evidenciarse consecuencias de estos.

Razón por la cual en la presente investigación se dará inicio con una discusión sobre las principales problemáticas asociadas a las variables de estudio, Seguidamente, se abordarán las nociones referentes a la relevancia y pertinencia, posteriormente se encontrará un recorrido bibliográfico en el que se expondrán a profundidad los antecedentes investigativos a nivel mundial y nacional sobre los efectos de la guerra y los conflictos armados en la salud mental infantil, luego de esto, se enunciarán las diversas teorías que enmarcaran la investigación y así mismo, la metodología aplicada. Para finalizar se analizarán los resultados, que conllevarán a las discusiones y darán espacio para las conclusiones.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (2013), define la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, logra trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. A partir de la década de 1970, la salud mental se convirtió en una categoría de particular atención para diferentes entidades internacionales (Ardón-Centeno & Cubillos-Novella, 2012). En Colombia, el avance más importante, en esta línea, es la Ley 1616 de 2013 (Congreso de Colombia, 2013), que define la salud mental como un:

Estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales o colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Ley 1616, 2013, art. 3).

En este dinamismo, se hace necesario mencionar que, la salud mental en la infancia se caracteriza cuando se alcanzan los niveles esperados en el desarrollo saludable a nivel cognitivo, social y emocional y se empiezan a consolidar habilidades de afrontamiento efectivas, de modo que los niños y niñas mentalmente saludables puedan tener una calidad de vida positiva, que se evidencie en el hogar, en la escuela y en sus comunidades, lo que comprende incluso el poder jugar con otros niños. Por el contrario, los trastornos mentales

en los niños corresponden a “serias desviaciones de lo esperado” (Lippman et al., 2011; U.S. Department of Health and Human Services, 2001; World Health Organization, 2005); constituyéndose como un problema importante de salud pública debido a su prevalencia, inicio temprano e impacto en el niño, la familia y la comunidad (Perou et al., 2013).

No obstante, el estado de afectación o no de la salud mental se relaciona con otros factores de riesgo como la pobreza, la guerra, la desigualdad, el desplazamiento y el desarrollo del país, como también, determinantes asociados con la familia, por ejemplo, la funcionalidad familiar, presencia de abuso sexual, maltrato físico y psicológico, poco apoyo social, la violencia, antecedentes de experiencias traumáticas o consumo abusivo de alcohol y sustancias psicoactivas en los padres (Cree et al., 2018; Organización Mundial de la Salud, 2005). Es necesario mencionar que, la exposición a la violencia ha sido identificada en repetidas ocasiones como un predictor de afectaciones a la salud mental en América Latina, particularmente entre las personas de menor nivel socioeconómico (Franco et al., 2006).

Así pues, durante los últimos 50 años, Colombia ha vivido en situación permanente de conflicto armado interno, producto de complejos fenómenos de violencia política (Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013; Gómez-Restrepo et al., 2016), el cual se ha caracterizado por ser uno de los más largos del mundo, pasando por distintos niveles y dejando a su paso un sinnúmero de víctimas y secuelas casi irreparables (Rojas, 2016).

Si bien el conflicto armado de Colombia es descrito a menudo de *baja intensidad*, los datos independientes sugieren niveles notablemente altos de exposición a la violencia relacionada con el conflicto en la población civil (Tamayo-Agudelo & Bell, 2019). Lo que es corroborado por estadísticas del Registro Único de Víctimas, que, a corte del 29 de

febrero de 2020, muestran históricamente que 8.970.712 de personas han sido reconocidas como víctimas de este conflicto y han sido incluidas en el Registro Único de Víctimas RUV, identificadas de manera única (Red Nacional de Información, 2020). Estos datos, pone en manifiesto una realidad alterna, que lleva a nuevos escenarios y realidades donde cabe mencionar que los civiles aprendieron, hasta cierto punto, a vivir bajo la amenaza de grupos armados y nuevas formas de violencia (Duque, 2017).

En este sentido, el conflicto interno en Colombia es considerado como un problema de salud pública, ya que, muchas de las víctimas, han estado expuestas a la violencia extrema, como presenciar masacres, perder a familiares y amigos por muerte o desaparición forzada, agresiones sexuales y estar bajo continua amenaza de muerte, entre otras situaciones extremas (Castro-Camacho et al., 2019), acciones que se configuran como un estresor psicosocial importante que afecta la salud mental de la población colombiana, debido a las pérdidas materiales e inmateriales, cambios en el estilo de vida y afrontamiento de nuevos retos o riesgos (Adams et al., 2016; Arias López, 2013; Shultz et al., 2014).

Siguiendo este orden de ideas, algunos estudios han examinado los impactos de la violencia en la salud mental de la población adulta víctima en Colombia, por ejemplo, Bell, Méndez, Martínez, Palma, & Bosch, (2012), diferenciaron las exposiciones a la violencia relacionada con el conflicto y la no relacionada con el conflicto, y encontraron tasas más altas de trastornos de ansiedad en la población víctima y tasas más altas de abuso de sustancias y agresión que en la no víctima. Asimismo, los episodios traumáticos de violencia y desplazamiento tienen profundas consecuencias psicológicas, que incluyen niveles psicopatológicos de ansiedad, depresión y la presencia de trastorno por estrés postraumático (Calderón Vera et al., 2017; Medecins Sans Frontieres, 2006; Richards et al.,

2011; Shultz et al., 2014). Sin embargo, Chaskel et al., (2015), socializan que no siempre es posible aislar los efectos inherentes al conflicto armado dentro de esta población, ya que, las personas desplazadas por conflictos armados al reubicarse en entornos urbanos pueden estar expuestas a nuevos actos violentos, por ejemplo, sentirse amenazados por la presencia de pandillas en la comunidad, posibles intimidaciones a los niños, niñas y jóvenes en la escuela, escasas oportunidades de empleo limitadas al "sector informal" y violencia intrafamiliar, lo que representa un nuevo proceso de victimización.

En consecuencia, recientes investigaciones en adultos exponen que, las víctimas del conflicto armado tienen 1.74 veces más probabilidades de sufrir trastornos de salud mental en comparación con personas no víctimas y la exposición diferencial al conflicto armado entre los grupos socioeconómicos más bajos explica el 86% de la desigualdad total de trastornos de salud mental (Cuartas Ricaurte et al., 2019). Corroborando así que, la presencia de síntomas emocionales y los posibles casos de trastornos mentales son muy frecuentes entre las víctimas del conflicto armado interno en Colombia, incluyendo afectaciones a la vida digna de las niñas, niños y adolescentes, que hoy representan más de la tercera parte de la población víctima del país. Estos crímenes contra esta población tienen implicaciones no solo morales, legales y éticas sino económicas y políticas, en tanto que estas situaciones atentan contra el capital humano de un país y, por ende, en su desarrollo (Organización Internacional para las Migraciones (OIM-Misión Colombia) & Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2014).

En vista que, los niños son una población directa e indirectamente afectada por conflictos armados que tienen lugar a nivel mundial, Shenoda, Kadir, Pitterman, &

Goldhagen (2018) y Calam, (2017), subrayan que los efectos de estos están asociados con daños inmediatos e indirectos. Entre las consecuencias directas se incluyen la muerte, el trauma físico, psicológico y el desplazamiento. Los efectos a indirectos a largo plazo están relacionados con una gran cantidad de factores, que incluyen condiciones de vida inadecuadas e inseguras, riesgos ambientales, afectación en la salud mental del cuidador, separación y disfuncionalidad en la familia, riesgos de salud relacionados con el desplazamiento, limitado acceso a educación y desarrollo económico. La relación entre la salud física, la salud mental y las condiciones sociales en los niños afectados por conflictos es un área que necesita más investigación y que puede proporcionar información sobre factores agravantes, factores atenuantes y formas de promover la buena salud y la capacidad de recuperación (Kadir et al., 2019) promoviendo y motivando al cambio que se ha venido gestando desde la academia, al repensar y reconocer como menciona Lugo-Agudelo, Sánchez-Agudelo, & Rojas-Granada (2018), todas las personas que han sufrido daños por el conflicto armado deben ser reconocidas como sobrevivientes, brindándoles así oportunidades para trascender la concepción de víctimas, ya que, desde la mirada victimizante se mantiene la dificultad de identificar las causas y consecuencias del daño, como también se desconocen las acciones y el afrontamiento de las personas frente a su realidad.

JUSTIFICACIÓN

Conviene señalar que, con más de medio siglo, la guerra en Colombia ha afectado a sectores poblacionales no considerados previamente, como los niños y adolescentes (Campo-Arias & Herazo, 2014). Autores como, Kadir, Shenoda, & Goldhagen (2019), Chapple, Tyler, & Bersani (2005), Fremont, (2004) y Garbarino & Kostelny, (1996), afirman que, la población infantil expuesta directa o indirectamente a conflictos armados - producto de complejos de factores políticos, sociales, económicos y ambientales- viven las huellas emocionales que deja la guerra, llevándolos a experimentar afectaciones inherentes a la salud mental, ya que, la guerra lleva a un cambio en el estilo de vida, pudiendo incrementar la presencia de problemas de pensamiento y somatización, los cuales, pueden persistir a lo largo de su vida y más allá, generando efectos indirectos en generaciones posteriores nacidas, aún después de que el conflicto haya terminado.

Por lo tanto, en comparación con el resto de la población, los niños y las niñas pueden presentar una desventaja significativa en el campo de la salud mental (Gómez-Restrepo et al., 2018), dicho planteamiento, es corroborado por estudios que ahondan en las consecuencias intrínsecas a la salud mental en población infantil víctima de conflictos armado alrededor del mundo. Dentro de las consecuencias, sobresale la presencia de síntomas de estrés postraumático TEPT, conductas internalizantes, aumento de la ansiedad, lo que se refleja en comportamientos, como estar nervioso, sobresaltado, reaccionar de forma exaltada al ruido, mostrar miedo y desarrollar nuevos miedos, problemas de sueño, juego perturbado y síntomas psicósomáticos (Slone & Mann, 2016; Dimitry, 2012; Bannon, Devoe, Klein, & Miranda, 2009; Basu & Dutta, 2010; Chemtob, Nomura, & Abramovitz,

2008; DeVoe, Bannon, & Klein, 2006; Dybdahl, 2001; Kaufman-Shriqui et al., 2013; Klein, Devoe, & Miranda-Julian, 2009). También, otras reacciones conductuales de tipo externalizantes pueden observarse por la baja tolerancia a la frustración, succión excesiva del pulgar, cambios en los hábitos alimenticios, comportamiento exigente, búsqueda de atención, agresividad y berrinches (Pat-Horenczyk et al., 2012; Rosenthal & Levy-Shiff, 1993; Thabet et al., 2006; Zahr, 1996).

Es importante mencionar que ha sido de gran interés investigar las posibles correlaciones entre la presencia de psicopatología en los padres y problemas de salud mental en los hijos; además, de la influencia del entorno familiar y el funcionamiento de los padres como moderadores de la asociación, exposición y presencia de problemas de salud mental en los niños (Slone & Mann, 2016). Por ejemplo, el estudio realizado por Betancourt, Thomson, & VanderWeele (2018), encontró que las mujeres descendientes de madres que fueron evacuadas a otro país en el marco de la segunda guerra mundial durante la infancia tenían más de 2 veces mayor probabilidad de ser hospitalizadas por cualquier tipo de trastorno psiquiátrico y casi 5 veces más probabilidades de ser hospitalizados por un trastorno del estado de ánimo. Estos hallazgos, exponen la necesidad de estudiar la transmisión intergeneracional de traumas relacionados con la guerra en niños desplazados internamente y niños expuestos indirectamente a conflictos armados (Flink et al., 2013). Puesto que, para las personas que se encuentran en situación de desplazamiento forzado, las situaciones que viven a menudo despiertan fuertes temores relacionados con las situaciones violentas observadas o vividas, la desprotección de los familiares, el entorno circundante, la ansiedad por no poder hacer nada y muchas otras manifestaciones que incluso pueden transmitirse de generación en generación (Montoya Otálvaro, 2016).

A pesar de que la investigación a nivel mundial se ha centrado principalmente en profundizar sobre los efectos del conflicto armado sobre la salud mental en los niños y en los efectos posteriores, como el desplazamiento (Attanayake et al., 2009; Fazel et al., 2012; Slone & Mann, 2016), el impacto del conflicto armado en niños, niñas y adolescentes todavía sigue siendo poco conocido (Tamayo-Agudelo & Bell, 2019). En Colombia, como lo expresa Taylor (2012), la velocidad y la intensidad de la violencia no son las mismas en el ámbito geográfico del país. Aunque décadas de conflicto armado interno han afectado la geografía de todo el país, la costa caribe tiene su propia historia. En las últimas dos décadas, debido a la desmovilización de las Autodefensas Unidas de Colombia (AUC) por la Ley de Justicia y Paz de 2005, el aumento de las organizaciones paramilitares, narcotraficantes y criminales ha determinado la violencia en la región (Bouvier, 2009; International crisis group, 2008). Así pues, en 2008, 259 municipios registraron incidentes violentos relacionados con transacciones ilegales, en 2009 el número había aumentado a 278, y en 2010, 360 municipios registraron violencia relacionada con las drogas (Instituto de Estudios para el Desarrollo y la Paz - INDEPAZ, 2011). Estos nuevos grupos armados ilegales, en gran parte formados por miembros reconstituidos de las AUC, han creado una sensación de inseguridad e inestabilidad en la costa del Caribe Colombiano (Taylor, 2015).

De ahí que, en el departamento del Atlántico según la Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas (2019), estime que 7.632 personas se encuentran identificadas como víctimas por ocurrencia y 100.825 por declaración dentro del Registro Único de Víctimas durante los últimos diez años (2010-2019). Teniendo en cuenta este panorama, se observa como el departamento del Atlántico ha acogido a la mayoría de las personas desplazadas en otras partes del país, especialmente Chocó y Bolívar. (Gómez

Builes et al., 2008). Teniendo en cuenta esta cifra, se puede mencionar que el principal hecho victimizante referente a esta población lo constituye el desplazamiento forzado. Dentro de este mismo periodo, 20.899 personas fueron desplazadas de los diferentes municipios del departamento, también, 220.373 personas, dieron a conocer las causas, hechos y circunstancias de su victimización en el Atlántico y 163.013 personas llegaron al departamento en condición de desplazados producto del conflicto armado de los cuales 143.791 son sujetos de atención.

Esta situación pone en evidencia lo expuesto por Campo-Arias, Oviedo, & Herazo (2014), que concluyen que no existen estimaciones reales sobre la prevalencia de síntomas mentales, posibles casos y trastornos en víctimas de violencia en situaciones de desplazamiento y que son pocos los estudios que abordan el estudio de las consecuencias del conflicto armado en Colombia con relación a la salud mental. Como tampoco se cuenta con información acerca del impacto del conflicto armado en la población infantil colombiana en el ámbito de salud mental (Gómez-Restrepo et al., 2018) y los pocos estudios existentes no han tenido en cuenta al departamento del Atlántico, en donde se tienen registro de 2.397 niños y niñas entre 6 y 11 años reconocidos como víctimas de ocurrencia (personas reconocidas en el marco de la ley 1448/2011, que fueron víctimas de un hecho Victimizante en el territorio Colombiano), 21.922 víctimas de declaración (personas que declararon -narraron el hecho victimizante- ante el Ministerio Público en el territorio), 17.952 víctimas de ubicación (personas que de acuerdo con la última ubicación conocida vive en el territorio) y 16.020 sujetos atención, identificadas como personas que pueden acceder efectivamente a las medidas de atención y/o reparación; no presentan novedades por fallecimiento a causa o no del hecho victimizante, identificadas con números

de documento válidos y han solicitado ayuda humanitaria directamente o a través de un familiar, que de acuerdo con la última ubicación conocida vive en el territorio.

A pesar de la existencia de ley 1448 de 2011, por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones (Presidencia de la República & Congreso Nacional, 2011), encaminadas a conformar equipos interdisciplinarios que propendan no solo al acompañamiento médico de las víctimas, sino a la atención y rehabilitación integral para garantizar verdaderamente su reparación y restablecimiento de derechos (Riaño Garzón & Bautista Sandoval, 2016). Teniendo en cuenta que los requerimientos en salud en la población infantil ponen en manifiesto la necesidad de la evaluación de problemas y trastornos mentales en la población infantil víctima del conflicto armado con la finalidad de planear una posterior intervención oportuna en los mismos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Bajo esta realidad, vale la pena señalar que el pueblo colombiano puede convertirse en una sociedad tolerante a la violencia, por lo que la presencia de estos actos puede concebirse como normales e inclusive naturales (Gómez-Restrepo et al., 2018). Finalmente, siguiendo lo expuesto por Tobar (2019), se hace necesario incentivar el desarrollo de proyectos investigativos que contribuyan a comprender la complejidad de las afectaciones que, sobre la salud mental individual y colectiva, ha dejado el conflicto armado. A pesar de que, la salud mental se mueve en un concepto borroso y ambiguo, que brinda solo una orientación parcial, que depende de la perspectiva asumida y no se puede definir por su naturaleza social, relacional y cultural (Hernández-Holguín, 2020). La ausencia de

investigación sobre salud mental en situaciones de conflictos que afecten a la población se constituye en una falta a la ética (Knuckey et al., 2018).

Así pues, el objetivo del presente estudio se centró en describir el impacto del conflicto armado en la población infantil del departamento del Atlántico en el ámbito de salud mental. Generando nuevo conocimiento y aportando a la discusión científica desde la evidencia que muestra y aporta a los procesos de reparación integral insumos para el desarrollo de iniciativas y proyectos de intervención enfocados a la promoción del bienestar emocional, la salud mental, la prevención y tratamiento de afectaciones psicológicas y mentales en esta población. Así mismo, se contribuye al reconocimiento del conflicto, sus repercusiones y la construcción de la paz en Colombia.

El estudio contó con el apoyo técnico y financiero del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación – Colciencias y la Gobernación del Atlántico, desde la convocatoria 809: Formación de Capital Humano de Alto Nivel para las Regiones – Atlántico 2018 en la modalidad de Maestría Nacional, COLFUTURO y la Universidad Simón Bolívar en Barranquilla, Colombia.

ESTADO DEL ARTE:IMPACTO DE LOS CONFLICTOS ARMADOS EN LA SALUD MENTAL INFANTIL

Los conflictos armados están asociados con una amplia gama de impactos en la salud mental de niños, niñas y adolescentes (Tol et al., 2014), a continuación, se expondrán los resultados de investigaciones que han centrado su interés en el estudio de este fenómeno.

A nivel mundial, durante muchas décadas, el Medio Oriente se ha visto afectado por numerosos conflictos armados y guerras de larga data, donde la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en niños y adolescentes se estima en 5-8% en Israel, 23-70% en Palestina y 10-30% en Irak (Dimitry, 2012). Así mismo, Moussa et al., (2015), exponen que, en Egipto, los niños expuestos a conflictos armados muestran altos índices de depresión, trastorno de estrés postraumático y síntomas de ansiedad. En esta misma línea, Betancourt, McBain, Newnham, & Brennan (2015), mencionan que el trauma de presenciar eventos como bombardeos y asesinatos, así como la victimización directa o la participación en la violencia se ha asociado con angustia psicosocial y mala salud mental entre niños y adolescentes expuestos a la guerra. Resultados, similares a los de Slone & Mann, (2016) con población infantil entre 0 y 6 años, detallando efectos que incluyen TEPT y síntomas de estrés postraumático, síntomas conductuales y emocionales, problemas de sueño, juego perturbado y síntomas psicosomáticos.

Para el caso de Asia, Deeba & Rapee (2015), apuntan a la ocurrencia común de eventos traumáticos y sus consecuencias emocionales entre los niños y adolescentes de Bangladesh. También, en niños afectados por el conflicto armado en India, los trastornos

mentales más encontrados fueron relacionados con ansiedad (8,5%), seguidos de trastornos del estado de ánimo (6,3%) y luego trastornos del comportamiento (4,3%) (Paul & Khan, 2019). Llama la atención que, los niños que viven en zonas de conflicto armado en el sur de Tailandia, aunque sin ninguna exposición directa a eventos traumáticos, también sufren de problemas de salud mental (Jayuphan et al., 2020). Caso similar a los resultados de Eyuboglu, Eyuboglu, Sahin, & Fidan (2019) que sugieren que los niños son susceptibles a los efectos directos e indirectos de situaciones traumáticas como conflictos armados.

Por otra parte, factores psicosociales como, la violencia familiar tiene un impacto negativo en la génesis de problemas de salud mental, distintos a síntomas de estrés postraumático en población infantil que experimentó un conflicto armado (Panter-Brick et al., 2011). Por otra parte, Massad et al., (2017) y Sim, Bowes, & Gardner (2018), sugieren que los efectos inherentes a conflictos armados y al desplazamiento forzado, son factores que afectan negativamente la salud mental materna lo que puede aumentar el riesgo de comportamientos parentales negativos que contribuyan a la presencia de problemas de salud mental en la población infantil. Como también, la exposición acumulada a múltiples formas de victimización, experiencias infantiles adversas y una actitud positiva hacia la agresión sirven como base para un comportamiento agresivo y promueven un ciclo continuo de violencia en las regiones posteriores al conflicto mediando la presencia de elevados síntomas de trauma y delincuencia en la infancia (Augsburger, Meyer-Parlapanis, Bambonye, Elbert, & Crombach, 2015; Turner, Finkelhor, Hamby, & Henly, 2017).

A su vez, características sociodemográficas de la población, en lugar de la migración de los padres per se, están asociadas con niveles disminuidos de bienestar infantil (Mazzucato et al., 2015). Por esto, El Hatw, El Taher, Hamidi, & Alturkait (2015),

detallan que, si bien los niños expuestos a la guerra tenían más ansiedad. Inesperadamente, estaban bien alimentados, tenían una mayor adaptación, un menor comportamiento antisocial y un mejor ajuste familiar. Asociando, el estado socioeconómico con buen desempeño psicológico. Corroborando así que, factores sociodemográficos y socioeconómicos median la relación entre diferentes eventos traumáticos producto del conflicto armado y la presencia de TEPT en niños sobrevivientes (El-Khodary et al., 2020).

Para Colombia, el interés por evaluar el impacto del conflicto armado en la población infantil inició con Pérez-Olmos, Fernández-Piñeres & Rodado-Fuentes (2005), determinado la prevalencia y factores relacionados del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en niños en Cundinamarca. Concluyen que, la guerra afecta la salud mental infantil, aumentando la probabilidad 19 veces de sufrir TEPT relacionándose con otros factores externos como el desplazamiento forzado, la muerte de familiares, madres solteras, familias de bajos ingresos, disfunción familiar, mala adaptabilidad personal, familiar y ambiental. Por eso, los niños afectados por conflictos armados requieren intervenciones de salud mental. Siguiendo esta línea de investigación, Barrera-Valencia, Calderón-Delgado, & Aguirre-Acevedo (2017), compararon el perfil de funcionamiento cognitivo en una muestra de niños y adolescentes con trastorno de estrés postraumático (TEPT) consecuencia del conflicto armado con un grupo de control. Los datos obtenidos señalan la asociación existente entre exhibir alteraciones cognitivas y haber presenciado un evento traumático como el conflicto armado.

Seguidamente, Flink et al., (2013) en Bogotá, encontraron que los niños en edad preescolar identificados como desplazados internos del conflicto armado exhibían sintomatología internalizante y externalizante de relevancia clínica en comparación con

niños no desplazados. A su vez, corroboraron que la salud mental del cuidador, el funcionamiento familiar, la exposición a eventos traumáticos y el apoyo social tienen relación con la salud mental infantil. Posteriormente, Hewitt Ramírez et al., (2014), evidenciaron afectación en la salud mental en niños y adolescentes víctimas del conflicto armado, donde el 72% presentó afectaciones psicológicas, el 64.4% exhibió conductas internalizadas y el 47% conductas externalizadas en rango clínico. El 32% mostró presencia de problemas somáticos, el 56%, se encontraba en riesgo de desarrollar un trastorno de estrés postraumático y el 93% manifestó consumir alcohol moderadamente. Adicional a esto, con relación a la población infantil, ser hombre es un factor de riesgo relacionado con la presencia de depresión, agresión y problemas sociales. Posteriormente, señalaron la urgencia de formular, desarrollar y evaluar programas de atención psicosocial e intervención clínica orientados a mitigar el impacto, prevenir problemas de salud mental y promover la regulación emocional y la calidad de vida de las víctimas del conflicto armado.

Finalmente, Gómez-Restrepo et al., (2018), con datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, concluyeron que, la población infantil afectada por el conflicto armado tiene un mayor riesgo de desarrollar enfermedades mentales como ansiedad y estrés postraumático debido a la vulnerabilidad producto del conflicto. Por otro lado, mencionan que factores como la pobreza de algunos territorios, principalmente aquellos afectados por el conflicto armado, el desplazamiento, la educación limitada o deficiente y menor acceso a servicios de salud se relacionan con la salud mental en la infancia.

MARCO TEÓRICO

A continuación, serán expuestos los referentes teóricos tenidos en cuenta para el desarrollo de este proyecto de investigación. En un principio, se abordará el concepto de salud mental desde los postulados brindados por la Organización Mundial de la Salud, posterior a esto, se hará énfasis al concepto de salud mental en la infancia y el desarrollo histórico del mismo enmarcado en el ámbito de los conflictos armados y la guerra. Seguidamente, se hará un esbozo del concepto de infancia como etapa del desarrollo evolutivo, resaltando sus hitos y finalizando con la concepción de infancia desde la Ley de Infancia y Adolescencia en Colombia. Finalmente, será abordado el desarrollo histórico del conflicto armado colombiano y se presentará el respaldo al uso activo de la categoría de sobrevivientes a las personas que han vivido este conflicto.

Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (2013) define la Salud Mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, logra trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En Colombia la Ley 1616 de 2013 define la salud mental se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad. En este sentido, la ley reconoce que la salud mental es de interés

y prioridad nacional para la República de Colombia, que es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de colombianos y colombianas (Congreso de Colombia, 21 de enero de 2013, p.1).

Salud mental en la infancia

La salud mental en la infancia significa alcanzar los indicadores del desarrollo y los indicadores emocionales, así como también aprender habilidades sociales saludables y las habilidades de afrontamiento efectivas frente a los problemas que puedan presentarse, de modo que los niños mentalmente saludables tengan una calidad de vida positiva y puedan funcionar bien en el hogar, en la escuela y en sus comunidades (Lippman et al., 2011; National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities - NCBDDD; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2020; World Health Organization, 2005). Por ello, garantizar la salud mental en esta etapa tiene implicaciones positivas para la sociedad en términos de desarrollo humano y social, convivencia, establecimiento de relaciones basadas en el respeto, resolución de conflictos y la disminución de las violencias (Ministerios de Salud y Protección Social, 2013).

A pesar de que, se tome como franja de trabajo dichas definiciones sobre la salud mental, como bien menciona Hernández-Holguín (2020), no se puede hablar de un concepto único de salud mental, ya que, existe la confluencia de diferentes perspectivas conceptuales que, a partir del reconocimiento de su expresión en lo individual y lo colectivo, llaman a la reflexión crítica desde las políticas públicas a la necesidad de contemplar las condiciones culturales y socio-históricas con las que se relaciona este

concepto. En este orden de ideas, se expondrán las diferentes perspectivas epistemológicas sobre la salud mental.

En un primer momento, la perspectiva biomédica y del comportamiento, fundamentada desde la sociología funcionalista, como se cita en Coelho & Almeida Filho (2002), considera que cualquier ciencia de la vida debe centrarse en el funcionamiento, las reglas y las normas de la sociedad. En este dinamismo, la salud mental debe abordarse desde la perspectiva de lo normal y lo patológico, funcional y disfuncional, desde el papel y estatus de la enfermedad en la sociedad y debe tratarse con tratamiento farmacológico y neurociencia siguiendo con la tradición organicista del siglo XIX (Castel, 1986). De ahí que, en Colombia, como expone Borda Bohigas, Carrillo, Garzón, Ramírez, & Rodríguez (2015), se han realizado diversos esfuerzos metodológicos y conceptuales desde esta perspectiva, con la finalidad de conocer a mayor profundidad causas, consecuencias y la prevalencia de los trastornos mentales asociados al conflicto armado, por ejemplo, proponiendo el concepto de trauma histórico, un diagnóstico alternativo al TEPT que contempla el impacto colectivo y cultural y la transmisión transgeneracional del trauma producto del conflicto armado. Sin embargo, esta perspectiva ha sido ampliamente criticada porque promueve una visión patologizante centrada en los efectos individuales del trauma y en el sistema de salud como respuesta social. Además, la prevalencia del diagnóstico de TEPT ha ampliado excesivamente el alcance de las reacciones emocionales, ignorando el sufrimiento social, afirmando una postura médica ante un problema social (Jansen et al., 2015) y se limita al acceso a los servicios de salud, mientras que los problemas de inequidad y violencia exigen justicia social. Sin embargo, la hegemonía de esta propuesta continúa (Arias López, 2013).

En un segundo lugar, la perspectiva de bienestar y potencialidades, coincidiendo con el enfoque de la OMS (2004), estudia la salud mental centrada en el bienestar y las capacidades humanas, donde reconoce la salud mental positiva, el bienestar con afecto positivo, el desarrollo de la personalidad y la resiliencia. En este sentido, Jahoda (1959), propuso el modelo de la salud mental positiva, que basado en la felicidad y el bienestar que se refleja en la autorrealización, el potencial propio, el sentimiento de control sobre el medio ambiente y la capacidad de autonomía, independientemente de la presencia de trastornos mentales. Contribuciones que fueron recuperadas y reorientadas por la psicología positiva y la resiliencia a partir de 1970 (Muñoz et al., 2016). Esta perspectiva es criticada por su visión individualista y funcionalista que predica la búsqueda de una felicidad inalcanzable desde un punto de vista alienante (Blue et al., 2016). Además, en palabras de Evans, B., & Reid (2016), se critica la resiliencia como mecanismo biopolítico que promueve la expansión de la incertidumbre y lógicas de respuesta anticipada. Manteniendo dicotomías de clasificación sobre lo resiliente o vulnerable, donde la vulnerabilidad se piensa como una cuestión ontológica, por lo tanto, vivir en medio del peligro es algo socialmente inevitable y el sufrimiento es algo que debe abordarse como se espera socialmente según a los marcadores neoliberales. Considerándose también, como una continuación paralela con perspectiva biomédica y conductual, que comparte con la salud pública clásica, además del cuestionamiento ético de la resiliencia (Westerhof & Keyes, 2010).

Una tercera perspectiva epistemológica sobre la salud mental es la cultural, que desde la base de la antropología interpretativa con el trabajo de Kleinman (1999), enfatizó la psiquiatría transcultural y criticó la universalidad de los modelos culturales de salud y

enfermedad. Entre ellos, médicos, terapeutas, pacientes y familias tienen diferentes modelos de interpretación de esta enfermedad. Además, cuestiona el impacto moral y político de no considerar el sufrimiento social, y destaca sus raíces sociales, su relación con la desigualdad y su naturaleza intersubjetiva y cultural. Por su parte, Droždek (2013), propuso un modelo contextual integral para estudiar el impacto de las experiencias traumáticas, que considera el valor de la experiencia y los antecedentes culturales de la víctima. Ambos cuestionan los métodos individuales y farmacológicos del trauma. Aunque esta perspectiva tiene la ventaja de la relevancia cultural para comprender y atender los problemas de salud mental, fortaleciendo la construcción de paz y la diversidad cultural de Colombia, hay pocos indicios sobre la relación directa con la salud mental (Hernández-Holguín, 2020).

Una cuarta perspectiva, es la psicosocial, cuyos antecedentes remontan hasta el siglo XVIII con el estudio del trauma individual centrado en daños orgánicos y nombrado por Freud como neurosis traumática por sus causas psíquicas entre los siglos XIX y XX (Arias López, 2013). Más tarde se llamó neurosis de guerra con una causa real clara, para luego ser reconocida como categoría psiquiátrica el síndrome de estrés postraumático. A lo largo del siglo XX, en el contexto de la ayuda humanitaria y los movimientos políticos, pacifistas y feministas, las visiones psicosociales surgieron como rechazos y críticas al TEPT (Rebolledo & Rondón, 2010), ligada a la solidaridad y al activismo social (Castaño et al., 1998). Esta perspectiva, reconoce y nombra lo psicosocial como enfoque o perspectiva (Arias López, 2013; Carmona, 2013; Villa Gómez, 2012), para analizar el comportamiento humano en situaciones socialmente definidas o como práctica de intervención social (Camacho & Moncayo, 2015), así como, la continuidad dialéctica en las relaciones

sociedad e individuo, su impacto en la subjetividad, las consideraciones morales y éticas relacionadas con la unidad, el restablecimiento de derechos, la agencia de las personas afectadas por el conflicto armado y la despatologización del sufrimiento (Bello Albarracín, 2005; Rebolledo & Rondón, 2010). Como parte de la práctica, buscar reducir el dolor emocional, atender necesidades básicas, reconstruir las redes sociales y la participación ciudadana, y proceder desde diferentes perspectivas de género, ciclo de vida, tipo, intensidad y duración de la conducta violenta, entre otros (Bello Albarracín, 2005).

Sobre la relación de lo psicosocial con la salud mental, Martín-Baró (1993), dice: “la salud mental no está tanto en el funcionamiento abstracto de un organismo individual cuanto en el carácter de las relaciones sociales...” en contraposición al bienestar psicológico. Salvo esta excepción, algunos indicios sobre "salud mental" revelan sus conceptos biomédicos y conductuales, contrarios a lo psicosocial (Villa Gómez, 2012), o la capacidad de expresarse en la comunidad como producto de apoyo psicosocial (Rebolledo & Rondón, 2010). Como sostiene, Hernández-Holguín (2020) y Lopéz Jaimes (2016), la perspectiva psicosocial intenta superar el individualismo y dejar el carácter relacional de la salud mental, pero debido a la falta de consenso sobre la posición clave de la salud mental, que busca complementar el enfoque clínico que eventualmente desconoce las causas que perpetúan el trauma en buena parte de las víctimas e ignora los determinantes de la salud, lo que la hace considerada como una visión incompleta en aspectos clave, por ejemplo, la desigualdad social, que es un problema estructural histórico relacionado con la violencia en Colombia.

Seguidamente, surge la perspectiva de la determinación social, la cual se remonta a la medicina social del siglo XIX en Europa, desde la cual se entendía la crisis sanitaria

como un tema eminentemente político y social (Almeida Filho & Silva Paim, 1999). Para estudiar la salud mental desde la medicina social, se recomienda volver al sujeto como protagonista de la vida relacional colectiva, y comprender las enfermedades de salud mental a partir de cuatro principios relacionados, comprender los campos social, comunitario y político; saberse parte del contexto observado; lograr una comprensión y praxis compleja y dinámica; entender la salud mental como una forma de producción social, afectada por razones estructurales (Ruiz-Eslava, 2009). Es por esto que, Breilh (2010), sostiene que La determinación social de la salud sustituye a la medicina social / salud colectiva, es la opción básica para superar la causalidad en la salud pública, asumida como un “proceso o modo de devenir por medio del cual los objetos adquieren sus propiedades”, reconociendo la complejidad de la salud y su construcción en la relación dialéctica con factores estructurales (culturales, sociales, económicos, políticos, históricos), en lugar de utilizar enfoques teóricos y metodológicos para abordar determinantes sociales de la salud de manera fragmentada y aislada. Los factores, incluso caen en la relación mecánica de correlaciones y asociaciones. Hay que reconocer que la salud se construye colectivamente, ya sea en la forma en que se obtiene en cada sociedad o en cada momento histórico, abre la puerta a la posibilidad de cambiarla (Iriart et al., 2002).

Finalmente, surge un nuevo movimiento donde se destaca, la teoría de las capacidades humanas, que presenta como elementos constitutivos los funcionamientos y las capacidades. Desde ellos Sen analiza problemas sociales que afectan al bienestar humano, como la desigualdad, la pobreza, la calidad de vida, la ausencia de desarrollo humano y la injusticia social, permitiendo realizar una nueva mirada de estos problemas (Urquijo, 2014).

Al tomar el concepto de capacidades para evaluar la desigualdad en el interior de una sociedad, por ejemplo, se logra desarrollar demandas sociales, económicas y políticas para una sociedad que asume como ideales la libertad y la igualdad para sus miembros. Las capacidades son usadas para evaluar varios aspectos del bienestar individual, los grupos y la sociedad, tales como la desigualdad, la pobreza, la ausencia de desarrollo, la calidad de vida. Asimismo, puede ser usado como una herramienta para diseñar y evaluar políticas públicas de organizaciones gubernamentales o no-gubernamentales. En este sentido, la teoría de las capacidades no es una teoría que explique la pobreza, la desigualdad o el bienestar, lo que sí ofrece es una herramienta o un marco normativo, y a su vez crítico, en el cual conceptualizar y evaluar estos problemas sociales (Robeyns, 2005). Una de las críticas más severas a la propuesta de Sen, como él mismo lo reconoce, es que la capacidad no puede ser observada directamente, pues los datos que se necesitan para medir el conjunto de capacidades son muy extensos y se presentan dificultades en obtener toda la información; esto hace que no sea claramente perceptible, mientras que es más viable identificar los funcionamientos o los logros alcanzados.

Infancia

La noción de infancia tiene un carácter histórico y cultural y es por ello por lo que ha tenido diferentes apreciaciones en la historia; su concepción depende del contexto cultural de la época (Jaramillo, 2007). En los últimos años ha cobrado suma relevancia nacional e internacional el estudio del desarrollo infantil, tanto en el ámbito académico como en la discusión de política pública (Failache & Katzkowicz, 2019). Diversos estudios han demostrado que la importancia de observar lo que sucede en esta etapa del ciclo de vida

no es solo para analizar los resultados y proteger los derechos de la niñez, sino también por el impacto de esta etapa en la vida adulta (Conti & Heckman, 2012; National Scientific Council on the Developing Child, 2007).

En este orden de ideas, el desarrollo infantil se puede conceptualizar “como un proceso que atraviesa un individuo en el camino de convertirse en adulto, para el cual convergen aspectos genéticos, madurativos, emocionales, nutricionales, sanitarios, educativos, económicos, culturales y familiares”; concibiéndose como un proceso dinámico, donde varios factores se influyen entre sí, afectando no solo al niño, sino también a la familia y la sociedad en la que vive (Cabella, 2015; Failache & Katzkowicz, 2019).

Por tanto, a nivel mundial, desde el Centro para el control y prevención de enfermedades (2020), se reconoce que la infancia puede ser dividida en varias etapas según la edad. Un primer momento corresponde a la infancia temprana o niños en edad preescolar con edades entre 3 a 5 años, para estos niños, el mundo comienza a expandirse, ganando mayor independencia y reconociendo la existencia de pares y otras personas fuera de su familia. La interacción con la familia y las personas que los rodean les ayudará a moldear su propia personalidad y definir su propia forma de pensar y comportarse. Una segunda etapa en la infancia la constituye la niñez intermedia que va desde los 6 hasta los 8 años aproximadamente, En esta etapa, sobresalen los cambios emocionales y sociales, donde los niños y las niñas muestran más independencia de los padres y la familia, existiendo mayor preocupación y planeación por el futuro. Hay un mejor entendimiento del lugar que ocupan en el mundo, se fortalece la socialización con pares, deseando ser queridos y aceptados, primando el trabajo en equipo. Respecto al razonamiento y aprendizaje hay un desarrollo más rápido de las habilidades mentales, mejores formas de describir sus experiencias,

pensamientos y sentimientos disminuyen la concentración en sí mismos y se preocupan más por los demás. En último lugar, se da la niñez intermedia entre las edades de 9 a 11 años. Esta se caracteriza por evidentes cambios emocionales y sociales debido al establecimiento de amistades y relaciones más fuertes y complejas con amigos o compañeros. Desde el punto de vista emocional, tener amigos, especialmente amigos del mismo sexo, es cada vez más importante y la presión sobre los compañeros parece ser mayor. Con el acercamiento de la pubertad, la conciencia sobre el cuerpo continúa mejorando. A esta edad, comienzan a surgir problemas con la imagen que tienen de su cuerpo y la alimentación. En términos de razonamiento y aprendizaje, enfrentan mayores desafíos académicos en la escuela. Son más independientes de sus familias en los asuntos escolares, tienen más comprensión de las perspectivas de otras personas y tienen mejores habilidades de atención.

En el caso de Colombia, de acuerdo con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y de la Niña y la Ley nacional 1098 de 2006, es decir, la "Ley de la Niñez y la Adolescencia", se concibe que el grupo poblacional de niños, niñas y adolescentes va desde 0 a 17 años. Reconoce que el rango de población en la primera infancia es de 0 a 6 años, el rango de edad para niños y niñas es de 0 a 12 años y el rango de edad para adolescentes es de 12 a 17 años.

Conflicto armado colombiano

En cuanto al concepto de conflicto armado, en este caso, puede entenderse como el conflicto colombiano, que provocó violencia directa, violó gravemente los derechos humanos y violó las disposiciones del Derecho Internacional Humanitario (DHI) (Rojas,

2016). En este sentido, Wallensteen y Sollenberg definen los conflictos armados como, eventos que han producido violencia directa, resultante de la divergencia de intereses inherentes al gobierno y/o territorio donde hay uso de la fuerza armada, de la que al menos una está en el gobierno del Estado y que ha producido más de 25 muertos (Wallensteen & Sollenberg, 2001, p. 643).

Se puede comprender el alcance y la escalada del conflicto armado en Colombia según el informe de la Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas (2015), donde se concluye que a lo largo de los 50 años de conflicto, los actores directos, guerrilla, paramilitares y ejército nacional utilizaron diferentes métodos de violencia directa que incluyen: desplazamiento, despojo de tierras, secuestro, extorsión, reclutamiento ilegal de niños y jóvenes, tortura, asesinatos personales, asesinatos selectivos y masacres, amenazas, delitos contra la libertad e integridad sexual, desapariciones forzadas y homicidios. Las minas antipersonas (artefactos explosivos sin detonar y artefactos explosivos no convencionales), ataques a la propiedad civil y pública.

Sobreviviente

Es necesario plantear una reflexión sobre el concepto del término sobreviviente de conflicto armado en este estudio. En la literatura revisada se encontró una alusión, especialmente el paso de la categoría de víctima a sobreviviente, agente o testigo (Lugo-Agudelo et al., 2018). El Centro Nacional de Memoria Histórica (2013), argumenta, que toda la población de Colombia es, al menos indirectamente, víctima del flagelo de la guerra, porque forma parte del marco subjetivo, que ha sido afectado por lógicas inherentes a la guerra. Sin embargo, es importante darse cuenta de que son muchas las personas que

han vivido directamente la confrontación son víctimas directas y su subjetividad es la huella imborrable de algunos o muchos de los fenómenos antes mencionados. Esta aclaración marca el comienzo de un intento de dejar de lado la indiferencia, ya que intenta reconocer que todos tienen una experiencia subjetiva y única del conflicto.; sin embargo, como lo expone, Villa Gómez (2013), este es también el inicio de la estigmatización de la dinámica colombiana, que da una etiqueta a la singularidad que involucra la subjetividad del portador y las múltiples influencias del marco legal y social. Con esto en mente, algunos autores han sugerido cambiar el nombre de víctima a sobreviviente, lo que puede mejorar la capacidad subjetiva y hasta cierto punto reconocer que las personas son responsables de su propia existencia (Villa Gómez, 2014).

Como bien dice, Bustamante (2017), un paso importante para permitir que Colombia establezca la paz, es proponer la transición del estatus de "víctima" al de "sobreviviente", el cual va más allá de distorsiones semánticas caprichosas o sin sentido, puesto que, se fundamenta en las condiciones que constituyen la existencia de los "sobrevivientes" y los convierte en participantes activos en su reparación integral. Se cree que la transición de "víctima" a "sobreviviente" permite explorar nuevas formas de explicar el conflicto armado interno de Colombia que ha pasado por más de 50 años, al tiempo que brinda la posibilidad de mejorar la atención, asistencia e indemnización de las "víctimas" de violaciones al Derecho Internacional Humano derivadas de dicho conflicto, por lo que este tránsito se configura como un tema digno de reflexión académica. Ya que, el país se encuentra frente a la necesidad de fortalecer el lazo social a través de la palabra, el reconocimiento de la otredad, su resignificación y valía (Reyes-Ruiz et al., 2017). Retomando los postulados expuestos con antelación, esta investigación trabajó bajo la línea

de resignificación y cambio de perspectiva, puesto que, refleja el énfasis que se da en Colombia y en el Atlántico a que los sobrevivientes participen activamente en su recuperación holística, dinamizando las posibilidades de una atención, asistencia y reparación más profundas y en el caso particular de los niños, esta categoría permite ver como las consecuencias del conflicto pueden perdurar a lo largo del tiempo y con el devenir de las nuevas generaciones a pesar que no estuvieron expuestos directamente a los hechos violentos productos del conflicto armado.

MÉTODO

Paradigma de la investigación

El paradigma usado en esta investigación fue el empírico – analítico que procura la demostración de hechos científicos comprobables. Es un método de observación utilizado para profundizar en el estudio de los fenómenos, pudiendo establecer leyes generales a partir de la conexión que existe entre la causa y el efecto en un contexto determinado (Hernández et al., 2014). En lo que respecta a este estudio, se pudo conocer el estado de salud mental en la población infantil sobreviviente del conflicto armado en el departamento del Atlántico.

Enfoque de la investigación

Se usó un enfoque cuantitativo, porque precede a una recolección de datos, los cuales son de tipo numéricos, la recolección se basa en instrumentos estandarizados que han demostrado ser válidos y confiables en estudios previos. En este sentido, una batería de pruebas psicológicas fue utilizada para conocer el estado de salud mental en los participantes y factores asociados a este, como la funcionalidad familiar y el apoyo social percibido. Las concepciones de los participantes son de fuentes externas por lo que los datos se obtienen por observación, medición y documentación de mediciones. La finalidad de analizar los datos recolectados es la de describir las variables y explicar sus cambios y movimientos, la perspectiva como investigadores es externa, no involucrando experiencias ni antecedentes (Hernández et al., 2014).

Diseño y alcance de la investigación

Teniendo en cuenta a Hernández et al., (2014), el presente estudio utilizó un diseño no experimental de tipo transaccional, porque se recolectaron datos en un solo momento y en un tiempo único. El alcance del proyecto fue de tipo descriptivo teniendo en cuenta que se pretendía recoger información sobre los conceptos o las variables del estudio y a su vez, correlacional, puesto que, tiene como propósito medir el grado de relación existente entre dos o más variables, medir cada una de ellas y después cuantificar y analizar la vinculación. En este caso, se pretende establecer la posible relación existente entre el estado de salud mental, la funcionalidad familiar y el apoyo social percibido. Convirtiéndolo en un diseño de estudio correlacional simple.

La correlación puede ser positiva o negativa, si es positiva mostrará que altos valores en una variable tenderá a mostrar altos valores en la otra variable, y si es negativa, la tendencia a mostrar será de menos valores en una variable a menos valores en la otra variable. Cabe aclarar, que una correlación no es una relación causal (Hernández, et al., 2014). Es decir, entre las variables asociadas no existen dependencia, dado que ninguna de las variables es efecto de la anterior. Sin embargo, en el caso de la correlación, aunque no se esté planteando una relación causal, conocer una variable facilita presumir el comportamiento de la otra variable asociada. Así pues, se permitió conocer el comportamiento de la funcionalidad familiar y el apoyo social con respecto al estado de salud mental en esta población infantil sobreviviente al conflicto armado.

Objetivo general

Conocer la salud mental en niños sobrevivientes del conflicto armado en el departamento del Atlántico.

Objetivos específicos

Describir los problemas de salud mental, la funcionalidad familiar y el apoyo social percibido en los niños sobrevivientes del conflicto armado en el departamento del Atlántico.

Establecer si existe relación entre la funcionalidad familiar y apoyo social en niños sobrevivientes del conflicto armado en el departamento del Atlántico asociados a la salud mental.

Población y muestra

La población de referencia está constituida por niños y niñas entre los 7 y 11 años, reconocidos como víctimas del conflicto armado en el departamento del Atlántico. La muestra estuvo conformada por un total de 80 niños y niñas sobrevivientes del conflicto armado en el departamento del Atlántico. El muestreo fue no probabilístico, con fines intencionales y de bola de nieve debido al difícil acceso a la población de estudio, para lo cual se aprovechó el vínculo laboral del investigador y su experiencia con la atención en este grupo poblacional, lo que finalmente permitió incluir en el estudio a quienes de manera voluntaria decidieron participar.

Criterios de inclusión

1. Tener la condición de sobreviviente del conflicto armado colombiano (hacer parte del aval de declaración ante Unidad de Víctimas de alguno de sus familiares de primer grado sanguíneo).

2. Tener entre 7 y 11 años.
3. Tener como lugar de residencia el departamento del Atlántico.

Criterios de exclusión

1. No estar identificado dentro del aval de declaración ante Unidad de Víctimas de alguno de sus familiares de primer grado sanguíneo.
2. Tener menos de 7 años y/o más de 12 años.
3. No tener lugar de residencia actual dentro del departamento del Atlántico.

Instrumentos

Encuesta de características sociodemográficas de los participantes, permite obtener información sobre datos sociodemográficos de los participantes y sus cuidadores, sitio de vivienda, datos inherentes sobre la experiencia vivida frente al conflicto. Adicionalmente, identifica si ha vivido, ha sido testigo o se ha enterado de algún hecho victimizante relacionado con el conflicto armado.

Child Behavior Checklist (CBCL/6-18) elaborada por Achenbach & Rescorla (2001), en su versión castellana (Cuestionario para padres de niños, niñas y adolescentes), que forma parte oficial del Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). Mide la presencia de psicopatología en niños y adolescentes durante los últimos seis meses producto de la evaluación del comportamiento realizada por los padres y/o cuidadores principales. Consta de 113 reactivos que constituyen un listado de conductas problemáticas que se valoran en una escala de tres puntos (0=no es cierto; 1=algunas veces cierto y 2=cierto, muy a menudo) que se integran en ocho síndromes empíricos de banda ancha o escalas de síndromes empíricos. El dominio de internalización de banda ancha es una

medida de problemas emocionales y contiene tres escalas de síndrome: ansiedad/depresión (Ans/Dep), aislamiento (Ais), quejas somáticas (QS). El dominio de externalización de banda ancha mide problemas de comportamiento y contiene la escala de quebranto de normas (QN) y conducta agresiva (Agr). Otras tres escalas de síndrome no pertenecen a ninguna escala de banda ancha: problemas sociales (PS), problemas de pensamientos (PP), problemas de atención (PA), se consideran escalas de síndrome mixto porque tenían cargas de factores considerables en ambos dominios amplios en los análisis factoriales. Además, contiene una escala con el total de problemas (Tot P) que cuantifica el deterioro general y se deriva de la suma de puntaje bruto de las ocho escalas de síndrome y de un grupo de 17 ítems de "Otros problemas" que no pertenecen a ninguna escala de síndrome específica. Los puntajes brutos para cada escala se convierten en puntajes T referenciados a la norma ($M = 50$, $SD = 10$). Se proporcionan normas separadas para cada género dentro de los rangos de edad de 6-11 y 12-18 años.

Los cortes para las puntuaciones t prescritas por el autor original se utilizaron para clasificar cada puntuación como "clínica", "límite" o "normal" (Achenbach y Rescorla, 2001). Para escalas de banda estrecha (escalas de síndrome y escalas orientadas al DSM), las puntuaciones t de 65-69 están en el rango clínico límite, lo que indica una posible necesidad de ayuda profesional. Los puntajes superiores a 69 están en el rango clínico, lo que indica una probable necesidad de ayuda profesional. Para escalas de banda ancha (internalización, externalización, problemas totales), los puntajes t de 60-63 están en el rango clínico límite, lo que indica una posible necesidad de ayuda profesional. Los puntajes superiores a 63 están en el rango clínico, lo que indica una probable necesidad de ayuda profesional. Estas categorías cualitativas reflejan la gravedad de los síntomas y los puntajes

que caen dentro de cualquiera de las categorías sugieren la necesidad de una evaluación diagnóstica más integral.

La familia de instrumentos ASEBA está bien validada a nivel mundial para estudiar la psicopatología en niños y adolescentes (Rescorla, 2005). La confiabilidad del instrumento es de .79 para las escalas de competencias sociales; de .78 a .97 para las escalas de los comportamientos específicos; y para las escalas totales de .95. Esta lista se ha utilizado en estudios multiculturales (Guerrera et al., 2019; P. R. Jansen et al., 2018; Muetzel et al., 2018; Zandstra et al., 2018) y fue validada con población colombiana por Hewitt Ramírez, Jaimes, Vera, & Villa (2012) y utilizada en población en investigaciones a nivel nacional (Hewitt Ramírez et al., 2014; Sánchez-Villegas et al., 2020; Trejos et al., 2015).

APGAR familiar creado por Smilkstein (1978), es una herramienta que evalúa como los niños perciben el nivel funcional de la unidad familiar en su conjunto. Mide cinco funciones inherentes al funcionamiento familiar: *Adaptación*, como la capacidad de utilizar recursos internos y externos en la familia para resolver problemas durante el situaciones estresantes o crisis familiares; *Participación* o cooperación, es la intervención de los miembros de la familia en la toma de decisiones y responsabilidades relacionadas inherentes a la familia; *Gradiente* de recursos, es el desarrollo de la madurez física y mental y la autorrealización lograda por los componentes familiares bajo el apoyo y el asesoramiento mutuos; *Afectividad*, es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia; *Recursos* o capacidad resolutive, se trata de un compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia y, por lo general, significa compartir ingresos y espacio. La información obtenida es

valiosa; cuando se suman los cinco parámetros, la puntuación de los adultos está entre 0 y 20, y la puntuación de los niños fluctúa entre 0 y 10, lo que significa bajo (0 a 3 puntos), medio (4 -6 puntos) o alta satisfacción (7-10 puntos) en el funcionamiento familiar. El APGAR familiar se evaluó en múltiples investigaciones, mostrando índices de correlación que oscilaban entre 0.71 y 0.83, para diversas realidades (Bellón Saameño et al., 1996; Good et al., 1979; Smilkstein et al., 1982). Suarez Cuba & Alcalá Espinoza, (2014), señalan que, el cuestionario es una herramienta que puede brindar a los profesionales de la atención familiar una visión global del grado de funcionamiento familiar. Por tanto, es importante no es considerar el grado de disfunción mostrado, sino considerar si el resultado es bajo, medio o alto en satisfacción con las funciones familiares.

Adaptación para niños del cuestionario MOS de apoyo social por Rodríguez Espínola (2011). Es un cuestionario de autoadministrado de 20 ítems. El primer ítem evalúa el apoyo estructural (referido a las características cuantitativas u objetivas de las redes de apoyo social, como tamaño y la densidad), y la parte restante evalúa el apoyo (los efectos o consecuencias que le brindan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red). Se pregunta con qué frecuencia está disponible para el entrevistado cada tipo de apoyo y él responde mediante una escala tipo Likert de 3 puntos (siempre, a veces y nunca). En la versión para adultos se exploran cinco dimensiones del apoyo social: emocional, informativo, tangible, interacción social positiva y afecto/cariño. Sin embargo, en la adaptación para niños, se entiende que los niños no distinguen entre diferentes tipos de apoyo social porque lo ven como un todo o un concepto general, que se considera como apoyo social percibido (la valoración de un niño de la ayuda con la que cree contar). El

coeficiente alfa de Cronbach fue de .84. Por tanto, es una herramienta eficaz para evaluar el apoyo social percibido por los niños.

Definición operacional y conceptual de las variables

Variable	Prueba	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones
Salud mental	Child Behavior Check List 6-18	Niveles esperados en el desarrollo a nivel cognitivo, social y emocional y las habilidades de afrontamiento efectivas, funcionamiento social (Lippman et al., 2011; U.S. Department of Health and Human Services, 2001; World Health Organization, 2005).	Puntuaciones dentro de rangos clínicos, límites normales.	Funcionamiento social Actividades/Competencias Apoyo social Síntomas Internalizados o Ansiedad depresión Aislamiento/retraimiento Quejas somáticas Síntomas Externalizados Comportamiento agresivo Romper de normas
Funcionalidad familiar	APGAR Infantil	Capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa (Rangel et al., 2004).	Puntuaciones dentro de funcionales, disfuncionalidad moderada y grave.	A: Adaptación P: Participación G: Gradiente de recursos A: Afectividad R: Recursos
Apoyo Social	Encuesta MOS Niños	Función de relaciones sociales en referencia a la ayuda o intercambio de asistencia que se da a través de las transacciones interpersonales (Fernández Millán et al., 2010; Richard & Caplan, 1976; Wellman et al., 1988).	Entre puntuaciones más altas mayor apoyo social percibido	Apoyo estructural #amigos #familia Apoyo funcional percibido (efectos o consecuencias que brindan al sujeto el acceso y conservación de las relaciones sociales que tiene en su red)

Fuente: elaboración propia

Procedimiento

El presente proyecto tuvo el apoyo técnico y aval para su ejecución por parte del Ministerio de Ciencias, Tecnología e Innovación desde la convocatoria 809 para formación de capital en el departamento del Atlántico. Inicialmente se estableció el contacto con el Líder de la mesa técnica de trabajo de víctimas del municipio de Malambo en el departamento del Atlántico quien permitió la socialización del proyecto con los demás miembros de la mesa de trabajo y la persona encargada del enlace de mesas departamentales de víctimas dentro del Atlántico. A través de la metodología de bola de nieve se identificó a la población sobreviviente al conflicto armado con residencia en el municipio de Malambo. Se realizaron visitas individuales a las familias identificadas por el psicólogo maestrando a cargo del proyecto, socializando a los cuidadores y niños participantes el propósito de la investigación. Una vez manifestada su voluntariedad de participar, firmaron el consentimiento informado, se diligenciaron los cuestionarios a través de entrevistas a los cuidadores y se brindó ayuda cuando fue necesario a los niños. Cada entrevista tuvo una duración de una hora aproximadamente por familia. Finalmente, se llevó a cabo el análisis de los resultados, se realizó un análisis descriptivo para las variables demográficas, de acuerdo con la naturaleza de la variable analizada. Para las variables categóricas se calcularon las frecuencias y las proporciones. Para las variables continuas se calcularon medidas de tendencia central y dispersión. Para la prevalencia se utilizó estadística descriptiva a través del programa estadístico para ciencias sociales - SPSS versión 24.

RESULTADOS

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en esta investigación, que inicia con los datos sociodemográficos y las experiencias inherentes al conflicto armado de la muestra, seguido por los hallazgos relacionados con salud mental, la evaluación de la funcionalidad familiar, el apoyo social percibido y las posibles relaciones entre ellas.

Aspectos sociodemográficos

Un total de 80 niños de 7 a 11 años participaron en el estudio. De ellos, el 67.5% eran de género femenino y 32.5% de género masculino. La edad media de la muestra fue de 9.08 años ($SD = 1.5$). La constitución de la muestra por edad y género se detalla en la Tabla 1 y otros aspectos sociodemográficos de la muestra son detallados en la Tabla 2.

Tabla 1

Distribución por edad y género de la muestra

Edad	Femenino	Masculino	Total	%
7	12	2	14	17.5
8	12	6	18	22.5
9	9	6	15	18.8
10	8	6	14	17.5
11	13	6	19	23.8
Total	54	26	80	100

Fuente: elaboración propia

Se hace necesario mencionar que el 95% de los participantes pertenecen al estrato socioeconómico bajo y el 5% restante al estrato socioeconómico medio bajo. El rango de personas con quien viven los niños en el hogar está entre 1 y 8 personas con una media de 4.55 ($SD = 1.5$). El 26.3% conviven en el hogar con 4 personas más, seguido por el 25% que conviven con 6 personas. Sobre el nivel educativo del cuidador principal, se encontró

que el 35% no culminó los estudios secundarios, el 26.3% culminó la secundaria, para un 18.8% el máximo nivel alcanzado fue la educación primaria, contrario a esto, un 10% no tiene ningún tipo de estudios formales y llama la atención que solo el 10% de los cuidadores tienen estudios técnicos. Además, el 75% de los cuidadores se encuentran desempleados, un 15% trabajan como independientes, el 8.8% tienen un empleo a tiempo parcial y solo el 1.3% poseen un empleo a tiempo completo con todas las prestaciones sociales exigidas por ley. Finalmente, el 97.5% reciben menos de un salario mínimo mensual legal vigente en contraste con el 2.5% quienes reciben más de un salario mínimo mensual legal vigente. El ingreso económico mínimo mensual en los hogares es de \$100.000 pesos y el máximo es de \$1.200.000 pesos. El valor promedio de ingresos económicos mensuales en el hogar oscila entre \$350.000 y \$400.000 pesos.

Tabla 2*Características sociodemográficas de la muestra*

	N	%
Estrato socioeconómico		
Bajo	76	95
Medio bajo	4	5
Número de personas con quien vive		
1	1	1.3
2	6	7.5
3	13	16.3
4	21	26.3
5	13	16.3
6	20	25
7	5	6.3
8	1	1.3
Nivel educativo del cuidador		
Sin estudios	8	10
Primaria	15	18.8
Secundaria incompleta	28	35
Secundaria completa	21	26.3
Técnico	8	10
Condición laboral del cuidador		
Desempleado	60	75
Independiente	12	15
Empleado tiempo parcial	7	8.8
Empleado tiempo completo	1	1.3
Ingresos mensuales promedios en el hogar		
Menos de un SMMLV	78	97.5
Mas de un SMMLV	2	2.5

Nota: SMMLV: salario mínimo mensual legal vigente. En Colombia para el 2020 es de \$ 877.803

Fuente: elaboración propia

Experiencias familiares violentas producto del conflicto armado

Es importante mencionar que todas las familias de los niños y niñas incluidos en este estudio han experimentado algún hecho violento producto del conflicto armado colombiano, en la Tabla 3 son detalladas estas experiencias. Estas familias vivenciaron

hechos violentos que van desde el recibir amenazas, pasando por el desplazamiento forzado, ser extorsionadas, experimentar el secuestro de algún familiar, vivenciar asesinatos de población civil o familiares y desapariciones de seres queridos. Es importante resaltar que estos eventos no se presentan aislados, más bien, se dan de forma conjunta, lo que permite identificar el desarrollo y aumento de la violencia como también la gravedad de esta. Siendo así, el 100% de las familias sobrevivieron a amenazas y desplazamientos, seguido por un 32.5% que además de recibir amenazas y ser desplazados, vivenciaron la muerte de un miembro de su familia. Sumado a estos hechos victimizantes, un 11.3% experimentaron la desaparición de un familiar. También un 2.5% de estas familias fueron despojadas de sus tierras junto a los hechos mencionados con antelación. En menor frecuencia, pero con mayor gravedad una de estas familias tuvo un doble desplazamiento, en otro núcleo, un familiar fue secuestrado y dos de ellas fueron extorsionadas. Por otro lado, los responsables de estos hechos en un 75% fueron miembros de grupos paramilitares, un 21.3% fueron miembros de guerrillas, un 2.5% miembros del ELN y un 1.3% miembros de las FARC.

Considerando que todas las familias de los niños y niñas evaluados fueron desplazadas, a continuación, se expondrán los sitios de origen, el 41.3% vivían en zona rural del departamento del Magdalena, el 28.7% eran provenientes del departamento de Bolívar, un 6.3% del departamento de Sucre y del Cesar, un 5% de Antioquia y la Guajira, y en igual porcentaje un 3.8% de Córdoba y del Atlántico.

Tabla 3
Experiencias familiares violentas producto del conflicto armado

	N	%
Hecho victimizante		
Amenazas, desplazamiento	80	100
Amenazas, muerte de un familiar, desplazamiento	26	32.5
Amenazas, muerte de un familiar, desaparición y desplazamiento	9	11.3
Amenazas, despojo y desplazamiento	2	2.5
Amenazas, muerte de un familiar, y doble desplazamiento	1	1.3
Amenazas, desplazamiento y secuestro de familiar	1	1.3
Amenazas, desplazamiento, secuestro de familiar y extorsión	1	1.3
Amenazas, extorsión y desplazamiento	1	1.3
Grupo armado responsable de los hechos victimizantes		
Paramilitares	60	75
Guerrilla	17	21.3
ELN	2	2.5
FARC	1	1.3
Departamento de desplazamiento		
Magdalena	33	41.3
Bolívar	23	28.7
Sucre	5	6.3
Cesar	5	6.3
Guajira	4	5
Antioquia	4	5
Córdoba	3	3.8
Atlántico	3	3.8

Fuente: elaboración propia

Salud mental

En lo que toca a la evaluación de la salud mental, el investigador entrevistó a los padres o cuidadores de los niños participantes en este estudio, conviene señalar que inicialmente se exponen los resultados generales divididos en cuatro grande apartados, primeramente, se muestran los resultados del ámbito social, académicos y de competencias, luego la prevalencia de sintomatología internalizada y externalizada y finalmente se detallan las puntuaciones totales de la evaluación global de la salud mental que son detalladas en la Tabla 4.

Por lo que se refiere a la escala de competencias que evalúa las habilidades y participación en actividades, relaciones sociales y escuela, propias del funcionamiento adaptativo, se identificó que el 48.8% se encuentran en el rango clínico, el 18.8% en un rango límite o de riesgo y el 32.5% en el rango normal. El análisis de esta competencia muestra como los niños y niñas se desenvuelven y socializan en los espacios propios de su etapa evolutiva como lo son la escuela, la relación con sus pares, las habilidades o destrezas a nivel deportivo, de hobbies, tareas o ayudas dentro del hogar y el desempeño a nivel escolar, aspectos inherentes a la salud mental en la infancia.

Otro rasgo por destacar es que, el 63.7% (n=51) de los niños y niñas demostraron niveles clínicos de problemas de internalización, que son inherentes a la presencia de síntomas relativos a la ansiedad, depresión, retraimiento y las quejas somáticas. Como lo demuestra el desglose de los problemas de conducta en escalas de síndrome de banda estrecha en la Tabla 5, la presencia de sintomatología inherente a la depresión y el retraimiento con un 30% seguido por la presencia de quejas somáticas con el 22.5% fueron los problemas de externalización más comunes informados por los padres o cuidadores.

A su vez, en esta muestra, se observaron problemas de externalización dentro del rango clínicamente significativos en el 51.2% (n=41) de los niños y niñas, lo que denota la presencia exacerbada de comportamientos agresivos y de rompimiento de las reglas. Dentro de este porcentaje, el 32.5% corresponden al género femenino y el 18.8% al género masculino. El comportamiento agresivo tuvo una prevalencia del 28.7% y el rompimiento de las reglas 17.5% en la evaluación realizada por los padres o cuidadores.

Finalmente, se encontró que el 56.3% (n=45) de los niños y niñas sobrevivientes del conflicto armado incluidos en este estudio, se ubicaron en un nivel clínicamente

significativo de problemas emocionales y conductuales, lo que indica una necesidad probable de ayuda profesional. Mientras que el 17.5% (n =14) se encontraron dentro de la categoría límite, lo que implica una posible necesidad de ayuda profesional, el resto 26.3% (n=21) se ubicaron dentro del rango normal en términos de la suma de los problemas.

Tabla 4

Puntuaciones medias y desviación estándar en escalas de banda ancha y categorías clínicas, límite y normal

	Niñas (N=54)					Niños (n=26)					TOTAL	
	M	SD	Rango	F	%	M	SD	Rango	F	%	F	%
CBCL Escalas banda ancha												
Competencias Total	38.35	6.783	Normal Riesgo Clínico	18 9 27	22.5 11.3 33.8	37.12	5.117	Normal Riesgo Clínico	8 6 12	10 7.5 15	26 15 39	32.5 18.8 48.8
Problemas Internalizados	65.61	10.190	Normal Riesgo Clínico	13 6 35	16.3 7.5 43.8	62.96	9.302	Normal Riesgo Clínico	7 3 16	8.8 3.8 20	20 9 51	25 11.3 63.7
Problemas Externalizados	61.98	9.799	Normal Riesgo Clínico	20 8 26	25 10 32.5	62.77	11.137	Normal Riesgo Clínico	10 1 15	12.5 1.3 18.8	30 9 41	37.5 11.3 51.2
Problemas de salud mental	64.35	8.253	Normal Riesgo Clínico	14 11 29	17.5 13.8 36.3	62.58	10.092	Normal Riesgo Clínico	7 3 16	8.8 3.8 20	21 14 45	26.3 17.5 56.3

Nota: Para las escalas de banda ancha, las puntuaciones t de 60-63 se consideraron límites o de riesgo, mientras que las puntuaciones superiores a 63 se consideraron clínicas.

Fuente: elaboración propia

Este apartado trata los resultados obtenidos en las escalas de banda estrecha, es decir, la presencia de síntomas específicos para los principales trastornos o afectaciones de salud mental que se presentan en la infancia. Cabe anotar que, la presencia de estos síntomas no constituye el diagnóstico de un trastorno mental, pero si denota la presencia de problemas en la salud mental infantil que son detallados en la Tabla 5. Cabe señalar que,

los rangos expuestos, constituyen categorías cualitativas que permiten establecer niveles para señalar la importancia clínica de los síntomas expuestos, en este sentido, el rango normal, habla que los síntomas identificados no interfieren en la salud mental de los niños, contrario al rango clínico que muestra la necesidad de intervención. El rango límite por su parte, expone el riesgo en que se encuentran los evaluados a que los síntomas que están presentando se agraven si no reciben una evaluación e intervención con profesionales de la salud mental.

Así pues, se encontró que el 66.3% obtuvieron puntajes dentro del rango normal, el 25% puntajes para el rango límite y el 8.8% en el rango clínico para la subescala de actividades, lo que indica que poseen un amplio repertorio de actividades, deportes y hobbies para el uso adecuado del tiempo libre. Con respecto a las relaciones sociales con pares y familiares el 78.8% estuvieron en el rango normal, el 17.5% dentro del rango límite y el 3.8% dentro del rango clínico. Este resultado, permite conocer y evaluar las diferentes relaciones con pares y familiares, aspecto de vital importancia para la socialización y la construcción de una red de apoyo. Seguidamente, el 77.5% de la muestra según sus resultados en el ámbito académico se ubicaron en el ámbito normal con respecto al acceso a educación y el rendimiento académico. No obstante, el 17.5% se ubicaron en el rango límite y el 3.8% en el rango clínico, lo que muestra la necesidad de llevar acciones respectivas en esta área de desarrollo.

En relación con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva el 56.3% obtuvieron puntuaciones para ubicarse en el rango normal, empero, el 28.7% y el 15% exhibieron rasgos que los llevaron a ubicarse en los rangos límite y clínico respectivamente. Llama la atención, que el 15% del rango clínico corresponden al género femenino. Acerca

de la presencia de síntomas de retraimiento y depresión 47.5% se ubicaron en el rango normal, no obstante, el 22.5% se ubicaron en un rango límite y el 30% en el rango clínico, lo que implica una evaluación más detallada e intervención por profesionales de la salud mental. Así mismo, las puntuaciones para existencia de quejas somáticas indican que para el 62.5% estuvieron en el rango normal, seguidos por el 15% para el rango límite y 22.2% para el clínico.

En lo que toca a otros problemas de interés clínico, puede mencionarse que, sobre distintas dificultades a nivel social, el 66.3%, el 18.8% y el 15% se ubicaron en los rangos normales, límites y clínicos respectivamente. Seguidamente para los problemas del pensamiento el 78.8% estuvieron en un rango normal, el 10% y el 11.3% en rangos límites y clínicos. Finalmente, el 68.8% puntuaron en el rango normal, el 18.8% para rango límite y el 12.5% para el clínico para los problemas de atención.

Como resultado de la evaluación del comportamiento agresivo en la muestra, se identificó que el 52.5% pertenecen al rango normal, el 18.8% al límite y el 28.7% al rango clínico, para el rompimiento de reglas, el 61.3% estuvieron en el rango normal, el 21.3% en el límite y el 17.5% en el clínico.

Tabla 5

Puntuaciones medias y desviación estándar en escalas de banda estrecha y los porcentajes

correspondientes de niños y niñas que caen en categorías clínicas, límite y normal

CBCL Escalas banda estrecha	Niñas (N=54)					Niños (N=26)					TOTAL	
	M	SD	Rango	F	%	M	SD	Rango	F	%	F	%
Actividades ^a	39.9	7.03	Normal	39	48.8	36	5.15	Normal	14	17.5	53	66.3
			Riesgo	13	16.3			Riesgo	7	8.8	20	25
			Clínico	2	2.5			Clínico	5	6.3	7	8.8
Sociales ^a	43.24	8.2	Normal	41	51.2	45	7.9	Normal	22	27.5	63	78.8
			Riesgo	11	13.8			Riesgo	3	3.8	14	17.5
			Clínico	2	2.5			Clínico	1	1.3	3	3.8
Académica ^a	41.61	7.1	Normal	44	55	40	8.12	Normal	18	22.5	62	77.5
			Riesgo	8	10			Riesgo	5	6.3	13	16.3
			Clínico	2	2.5			Clínico	3	3.8	5	6.3
Ansiedad/Depresión	63.52	10.63	Normal	30	37.5	61	6.63	Normal	15	18.8	45	56.3
			Riesgo	12	15			Riesgo	11	13.8	23	28.7
			Clínico	12	15			Clínico	0	0	12	15
Retraimiento/ Depresión	66.37	10.5	Normal	25	31.3	63	9.2	Normal	13	16.3	38	47.5
			Riesgo	11	13.8			Riesgo	7	8.8	18	22.5
			Clínico	18	22.5			Clínico	6	7.5	24	30
Quejas Somáticas	61.22	12.81	Normal	31	38.8	60	10.53	Normal	19	23.8	50	62.5
			Riesgo	8	10			Riesgo	4	5	12	15
			Clínico	15	18.8			Clínico	3	3.8	18	22.5
Otros Sociales	61.70	7.40	Normal	36	45	58	13.5	Normal	17	21.3	53	66.3
			Riesgo	8	10			Riesgo	7	8.8	15	18.8
			Clínico	10	12.5			Clínico	2	2.5	12	15
Problemas del pensamiento	59.06	7.1	Normal	41	51.2	54	12.62	Normal	22	27.5	63	78.8
			Riesgo	5	6.3			Riesgo	3	3.8	8	10
			Clínico	8	10			Clínico	1	1.3	9	11.3
Problemas de atención	60.19	9.15	Normal	35	43.8	56	14.04	Normal	20	25	55	68.8
			Riesgo	12	15			Riesgo	3	3.8	15	18.8
			Clínico	7	8.8			Clínico	3	3.8	10	12.5
Comportamiento agresivo	63.74	9.9	Normal	29	36.3	63	10.1	Normal	13	16.3	42	52.5
			Riesgo	12	15			Riesgo	3	3.8	15	18.8
			Clínico	13	16.3			Clínico	10	12.5	23	28.7

Rompimiento de reglas	59.78	8.6	Normal	34	42.5	61		Normal	15	18.8	49	61.3
			Riesgo	14	17.5	.0	10.06	Riesgo	3	3.8	47	21.3
			Clínico	6	7.5	8		Clínico	8	10	14	17.5

Notas: Para escalas de banda estrecha, las puntuaciones t de 65-69 se consideraron limítrofes, mientras que las puntuaciones superiores a 69 se consideraron clínicas.

^aLas puntuaciones altas indican más competencias sociales.

Fuente: elaboración propia

Funcionalidad familiar

En la Tabla 6 se describen los resultados obtenidos por los participantes (n=80) con relación a la satisfacción en el funcionamiento de la familia. Se observa que el 76.3% de los evaluados, donde el 51.2% son del género femenino y 25% de género masculino, manifiestan percibir una funcionalidad normal dentro de su familia, en contraste con el 23.8%, donde el 16.3% corresponden al género femenino y 7.5% al género masculino, que reconocen una mediana satisfacción, lo que traduce en disfunción moderada relacionada al funcionamiento familiar.

Tabla 6

Resultados funcionalidad familiar discriminados por género

Género	Funcionalidad normal		Disfunción Moderada		Total	
	F	%	F	%	F	%
Femenino	41	51.2	13	16.3	54	67.5
Masculino	20	25.0	6	7.5	26	32.5
	61	76.3	19	23.8	80	100

Nota: Funcionalidad normal de 7 – 10 puntos; Disfunción moderada de 4-6 puntos y Disfunción grave de 0 a 3 puntos.

Fuente: elaboración propia

Apoyo social percibido

Para evaluar el apoyo estructural, los niños mencionaron la cantidad de amigos y familiares que les brindan apoyo. Referente a los mejores amigos, el rango fue de 1 (n= 10

– 12.5%) a 7 (n=2 – 2.5%), la media fue 3.24 (SD = 1.5). El número de familiares cercanos tuvo un rango de 0 (n= 1 – 1.3%) a 10 (n=2 – 2.5%), con una media de 3.61 (SD = 1.9). El total de apoyo estructural (la suma del ítem 1 a y del 1 b) se observó desde el valor mínimo que fue 3 (n=4 - 5%) a 16 (n=1 – 1.3%) y una media grupal de 6.85 (SD = 2.63).

Tabla 7

Resultados evaluación apoyo estructural

	Amigos	Familiares	Apoyo estructural total
Media	3,24	3,6	6,85
Moda	3	4	6
Desviación estándar	1,5	1,9	2,63
Mínimo	1	0	3
Máximo	7	10	16

Fuente: elaboración propia

El apoyo social funcional se evaluó sumando los 19 ítems restantes, Tabla 8, el valor mínimo que fue 30 (n=1 – 1.3%) a 57 (n=15 – 18.8%), obteniendo una media grupal de 49.8 (SD = 6.43) y la moda de 57.

Tabla 8

Resultados evaluación apoyo funcional

	Total
Media	49.8
Moda	57
Desviación estándar	6.43
Mínimo	30
Máximo	57

Fuente: elaboración propia

Finalmente, para analizar la presencia de apoyo social percibido en los evaluados, se utilizaron estadísticos descriptivos a través de percentiles estableciendo 4 puntos de corte detallados en la tabla 9. Identificando que el 26.3% de los evaluados se ubicaron en un rango bajo, el 22.5% en un rango medio bajo, el 21.3% en un rango medio alto y el 30% en

un rango alto. Cabe resaltar, que a mayor puntuación obtenida se considera mayor la presencia de apoyo social en la infancia.

Tabla 9

Resultados apoyo social percibido total discriminados por género

	Bajo		Medio bajo		Medio alto		Alto	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Femenino	13	16.3	12	15	14	17.5	15	18.8
Masculino	8	10	6	7.5	3	3.8	9	11.3
Total	21	26.3	18	22.5	17	21.3	24	30.0

Nota: El rango bajo fue desde el percentil 25 con puntuaciones <52; el rango medio bajo estuvo entre los percentiles 26-50 con puntuaciones entre 53 y 58; el rango medio alto estuvo entre los percentiles 50.5 y 75 con puntuaciones entre 59 y 61.70 y el rango alto desde el percentil 75 con puntuaciones >62.

Fuente: elaboración propia

Correlaciones entre las variables de estudio

La tabla 10 muestra las correlaciones de Pearson entre las variables estudiadas. En este sentido, se observa que, los problemas de salud mental de los niños se correlacionaron positivamente con los problemas de internalización ($r = 0.673$, $p < .01$) y los problemas de externalización ($r = 0.837$, $p < .01$), mientras que, se correlacionaron negativamente con el funcionamiento familiar ($r = -0.264$, $p < .05$). Sin embargo, no hubo correlación con el apoyo social percibido.

Además, los problemas de internalización se correlacionaron positivamente con los problemas de externalización ($r = 0.370$, $p < 0,01$), empero, se correlacionaron negativamente con el funcionamiento de la familia ($r = -0,325$, $p < 0,01$) y no hubo correlación con el apoyo social percibido. Por su parte, los problemas de externalización no tuvieron correlación significativa con el funcionamiento de la familia, aunque, se encontró

una correlación negativa con el apoyo social percibido ($r = -0,269$, $p < 0,05$). El funcionamiento de la familia y el apoyo social percibido estaban positivamente relacionados ($r = 0,560$, $p < 0,001$).

Tabla 10
Estadísticos descriptivos y correlación de las variables

	M	SD	1	2	3	4	5
1.Problemas de salud mental	63.78	8.86	1	,67**	,84**	-,26*	-,19
2.Problemas de Internalización	64.75	9.92	,67**	1	,37**	-,32**	-,14
3. Problemas de Externalización	62.24	10.18	,84**	,37**	1	-,17	-,27*
4.Funcionamiento familiar	7.87	1.78	-,26*	-,32**	-,17	1	,56**
5.Apoyo social percibido	56.83	7.26	-,19	-,146	-,27*	,56**	1

** $p < 0.01$. * $p < 0.05$.

Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo conocer el estado de salud mental en niños sobrevivientes del conflicto armado en el departamento del Atlántico. Como ha sido expuesto con antelación, Colombia es considerado un país violento, debido a su largo conflicto armado interno, el cual inició en los años 50's, tuvo un auge en los 80's y una disminución considerable en el 2018 como consecuencia de los acuerdos de paz, no obstante, su evolución ha tenido como consecuencia el desplazamiento interno de millones de personas y tasas elevadas de violencia interpersonal (Guerrero & Fandiño-Losada, 2017; Rojas, 2016; Salaya & Rodríguez, 2014). De ahí que, para el 2017 Colombia seguía siendo el segundo país del mundo con mayor número de personas desplazadas, la mayoría debido al conflicto armado (United Nations High Commissioner for Refugees, 2018).

De igual modo, en todo el mundo, la mitad de la población mundial desplazada son niños y adolescentes (Nickerson et al., 2017) lo que suscita una alarmante realidad, con relación a los efectos de estas situaciones (McEniry et al., 2019) demostrando, que en la población infantil expuesta directa o indirectamente a conflictos armados existe una mayor susceptibilidad a los efectos directos e indirectos en la salud mental los cuales, pueden persistir a lo largo de su vida y más allá, generando efectos indirectos en generaciones posteriores nacidas, aún después de que el conflicto haya terminado (Chapple, Tyler, & Bersani; 2005; Eyuboglu et al., 2019; Fremont, 2004; Garbarino & Kostelny, 1996; Gómez-Restrepo et al., 2018; Kadir, Shenoda, & Goldhagen 2019). No obstante, ambas poblaciones han sido poco estudiadas, lo que plantea una inquietud ética (Marroquín Rivera et al., 2020).

En consecuencia, el 100% de las familias de los niños y niñas participantes de este estudio sobrevivieron a amenazas y desplazamientos forzados, seguido por un 32.5% que además de recibir amenazas y ser desplazados, vivenciaron la muerte de un miembro de su familia. Sumado a estos hechos victimizantes, un 11.3% experimentaron la desaparición de un familiar. También un 2.5% de estas familias fueron despojadas de sus tierras junto a los hechos mencionados con antelación. En menor frecuencia, pero con mayor gravedad una de estas familias tuvo un doble desplazamiento, en otro núcleo, un familiar fue secuestrado y dos de ellas fueron extorsionadas. Realidad que coincide con cifras de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) (2014), que refieren que en el 22% de los casos de desplazamiento forzado se presenta despojo de tierras y el 58% deben salir de sus lugares de origen por amenazas directas a su vida e integridad. Teniendo en cuenta este panorama, se hace necesario exponer que, los niños desplazados presentan peor salud mental que los niños que no han sido desplazados, lo cual está en línea con estudios relacionados realizados entre poblaciones que han sido desplazadas (Attanayake et al., 2009; Fazel et al., 2012; Halcón et al., 2004; Hodes, Jagdev, Chandra, & Cunniff, 2008; Reijneveld, De Boer, Bean, & Korfker, 2005). Llama la atención que estos eventos no se presentan aislados, más bien, se dan de forma conjunta, lo que permite identificar el desarrollo y aumento de la violencia como también la gravedad de estos.

Para conocer la salud mental, se utilizó el Chil Behavior Check List 6-18, que es uno de los instrumentos más utilizados para detectar problemas emocionales y de comportamiento en niños y adolescentes. Muchos estudios respaldan su fiabilidad y validez en diferentes grupos clínicos (Achenbach, 2015). Investigaciones anteriores han

corroborado su estructura de factores, la consistencia de sus principales escalas y subescalas, y su sensibilidad para identificar problemas emocionales y de comportamiento. Varios estudios que utilizan el CBCL han evaluado los síntomas emocionales y conductuales (Osório et al., 2017; Rietman et al., 2017), así como las comorbilidades psicopatológicas en niños con trastornos del neurodesarrollo (Guerrera et al., 2019).

Así pues, se encontró que el 56.3% de los niños y niñas sobrevivientes del conflicto armado incluidos en este estudio, se ubicaron en un nivel clínicamente significativo de problemas emocionales y conductuales, lo que indica una necesidad probable de ayuda profesional. Mientras que el 17.5% se encontraron dentro de la categoría límite, implicando una posible necesidad de ayuda profesional, denotando la presencia de conductas internalizadas y externalizadas en este grupo etario, lo cual ha sido socializado por diversos autores en Colombia y a nivel mundial (Betancourt, Mcbain, Newnham, & Brennan, 2013; Flink et al., 2013; Gómez-Restrepo et al., 2018; Haroz, Murray, Bolton, Betancourt, & Bass, 2013; Hasanovic, 2011; Hewitt Ramírez et al., 2014; Layne et al., 2010; Mels, 2012; Posada & Parales, 2012; Ziaian, de Anstiss, Antoniou, Baghurst, & Sawyer, 2013).

Un resultado que llama la atención, lo constituye la presencia de quejas somáticas en un 15% en el rango límite y un 22.5% en el rango clínico, resultados similares a los encontrados por la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), donde se destaca la presencia de posible psicopatología en niños en situación de desplazamiento con un predominio de síntomas somáticos donde se representan afectos de naturaleza ansiosa, depresiva u otras en esta población. Complementando este hallazgo Fremont (2004), menciona que los niños en esta etapa de desarrollo, dependiendo del nivel de abstracción, su interpretación de la situación puede ser bastante diferente. La guerra provoca cambios en

los estilos de vida y la pérdida de seres queridos, lo que aumenta la aparición de problemas relacionados al pensamiento y la somatización.

Además, se observaron problemas de externalización dentro del rango clínicamente significativos en el 51.2% de los niños y niñas, lo que denota la presencia exacerbada de comportamientos agresivos y de rompimiento de las reglas. Los resultados son consistentes con las teorías recientes de que la exposición a la violencia conduce a cambios tanto en los procesos emocionales que promueven la agresión como en la adquisición a través del aprendizaje observacional de cogniciones sociales que promueven la agresión (Augsburger, Meyer-Parlapanis, Bambonye, Elbert, & Crombach, 2015; Duque, 2017; Huesmann et al., 2017; Qouta, Punamäki, Miller, & El-Sarraj, 2008; Turner, Finkelhor, Hamby, & Henly, 2017).

A pesar de los altos niveles de problemas de salud mental en los niños, los resultados también indicaron una satisfacción relativamente alta respecto a la funcionalidad familiar. Es decir, a pesar de los altos niveles de violencia en los conflictos que se experimentan a nivel familiar, esta muestra ha demostrado la capacidad de recuperación y adaptación después de eventos traumáticos (Betancourt & Khan, 2008; Feldman & Vengrober, 2011; Fernando & Ferrari, 2011; Haroz et al., 2013; Marroquín Rivera et al., 2020; Mels, 2012; Pine & Cohen, 2002; Ziaian, de Anstiss, Antoniou, Baghurst, & Sawyer, 2012).

Por otra parte, la evaluación del apoyo social percibido por los niños arrojó resultados divididos, por ejemplo, la mitad de los niños informó de un apoyo social bajo y moderado por parte de la familia y los amigos. En este contexto, el desplazamiento forzoso puede estar alterando importantes lazos sociales el entorno de los niños (Valencia-Suescún

et al., 2015), como consecuencia de repetidas vivencias frustrantes, que han revictimizado a los miembros de las familias (Reyes-Ruiz & Carmona Alvarado, 2018). Aunque la otra mitad de la muestra informó de que se percibía un alto apoyo social, lo que sugiere la capacidad de adaptación, este hallazgo, se relaciona con lo expuesto por Hall, Tol, Jordans, Bass, & de Jong, (2014) y Hewitt Ramírez et al., (2014) sobre las diferentes capacidades adaptativas que poseen estos niños que los llevan a buscar, desarrollar y consolidar estas fuentes de apoyo social como un factor protector para la salud mental y el bienestar social. Si bien, este constructo no estaba relacionado con la salud mental de los niños con problemas de internalización, los niños con mayor apoyo social tenían menos problemas de externalización. Este hallazgo sugiere que el apoyo social puede estar relacionado con otros comportamientos observables en los niños, más que con dificultades de salud mental internalizadas en esta muestra.

Estas conclusiones pueden utilizarse para fundamentar intervenciones holísticas destinadas a mejorar no sólo la salud mental de cada niño, sino también el funcionamiento de la familia y el apoyo social, mediante una perspectiva interdisciplinaria e integradora. Además, la salud mental de los adultos en Colombia ha sido un factor de predicción fundamental de la participación cívica y las actitudes hacia la consolidación de la paz (Taylor, 2015; Taylor et al., 2016b); por lo tanto, en investigaciones futuras se deben estudiar estos posibles vínculos entre los niños.

FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Dentro de las fortalezas de este estudio, resalta el valor la muestra de niños exclusivamente en el departamento del Atlántico, el cual es uno de los lugares de recepción y hogar de familias desplazadas por el conflicto armado. Igualmente, se fomenta el cambio categórico de la concepción de víctimas o sujetos pasivos a sobrevivientes, aspecto clave en el reconocimiento de esta población como individuos con características y capacidades activas en la construcción y mejora de su devenir. A su vez, se reconoce la realidad de los niños sobrevivientes, que si bien, no han sido expuestos directamente al conflicto armado, pueden identificarse las consecuencias y repercusiones directas e indirectas en esta población. Estos resultados proporcionan una visión situacional que puede permitir una mayor promoción y medidas preventivas en personas con problemas de salud mental.

Por lo que se refiere a las limitaciones, el presente estudio fue un estudio transversal, por lo tanto, no pudo evaluar la causalidad ni la temporalidad. Se destaca el tamaño de la muestra, la cual se vio reducida producto de la situación de salud pública en Colombia por la COVID-19, sin embargo, al observar otras investigaciones de este tipo el tamaño de la muestra no es muy elevado oscila entre 25 y 164 participantes. Un segundo limitante fue el no contar con un grupo comparativo de niños que no estén inmersos en las dinámicas del conflicto armado interno en el departamento, lo cual habría permitido hacer otro tipo de comparaciones entre los resultados. Del mismo modo, como puede ocurrir en estudios con niños, la prevalencia de trastornos mentales puede mostrar diferencias significativas según los métodos utilizados, los métodos de medición, el rango de edad y las diferencias demográficas, culturales o metodológicas, lo cual es difícil de determinar y no permite la

comparación de los resultados con otros estudios (Esbec & Echeburúa, 2010; Merikangas et al., 2009). En general, los instrumentos utilizados han sido validados y ampliamente aceptados; sin embargo, las respuestas dadas sólo sugieren la presencia de sintomatología y no un diagnóstico particular, lo que disminuye la precisión. Finalmente, el que se realizara la evaluación de salud mental de los niños únicamente a los cuidadores y no a profesores o a los niños directamente puede conllevar a que puedan presentarse sesgos en el reporte de síntomas relacionados a la salud mental de los menores.

CONCLUSIONES

La salud mental en niños sobrevivientes del conflicto armado en el departamento del Atlántico se caracteriza por presentar varios problemas relacionados con la exteriorización e interiorización de síntomas de problemas emocionales y conductuales en un nivel clínicamente significativo. Además, la relación negativa identificada entre el funcionamiento familiar y los problemas de salud mental sugiere que, si los niños están en familias con mejor funcionamiento, esto tiene un efecto positivo en su bienestar. Sin embargo, aunque en su mayoría, los evaluados manifiestan percibir una funcionalidad normal, no se profundizó en las representaciones de lo que caracteriza la denominación de *normal*.

Por otra parte, los niños y niñas que percibieron contar con mayor apoyo social presentaron menos problemas de externalización observables en su comportamiento agresivo y de rompimiento de reglas. Este hallazgo sugiere que el apoyo social puede estar vinculado con otros comportamientos observables en los niños, más que con dificultades de salud mental internalizadas en esta muestra.

Los hallazgos hasta aquí expuestos resaltan la inseparable interacción entre un entorno de victimización y adversidad, los niños, así como sus familias, representan importantes grupos objetivo para la prevención e intervención, enfocadas en reducir los síntomas posteriores a la exposición y mejorar las consecuencias cuando esto ocurre. Existe una necesidad urgente de elaborar intervenciones psicosociales, teniendo en cuenta la forma en que los conflictos armados tienen repercusiones directas en los niños, así como consecuencias indirectas a través de la familia. Teniendo en cuenta el papel del

funcionamiento de la familia en el presente estudio, los programas destinados a mejorar el bienestar psicológico deberían extenderse más allá del niño como un sujeto individual para fortalecer la dinámica familiar. Por ejemplo, el apoyo psicosocial y la capacitación en pautas de crianza para los cuidadores que son sobrevivientes de un conflicto armado pueden ofrecer una vía. Más fundamentalmente, abordar los desafíos estructurales que debilitan a las familias puede ayudar a reducir los síntomas posteriores a la exposición y promover la recuperación entre los niños afectados por el conflicto (Betancourt et al., 2015; El-Khodary et al., 2020; Hall, Tol, Jordans, Bass, & de Jong, 2014; Joscelyne et al., 2015; Marroquín Rivera et al., 2020; Panter-Brick, Grimon, & Eggerman, 2014; Rodriguez, De La Torre, & Miranda, 2002; Sim et al., 2018; Stichick, 2001; Taylor, Merrilees, et al., 2016; Tol et al., 2014; Turner et al., 2017). Apuntando al fortalecimiento del tejido social al interior de la familia y las comunidades de las cuales hacen parte.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

La presente revisión sistemática fue realizada con el apoyo técnico y financiero del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación – Colciencias y la Gobernación del Atlántico, desde la convocatoria 809: Formación de Capital Humano de Alto Nivel para las Regiones – Atlántico 2018 en la modalidad de Maestría Nacional, COLFUTURO y la Universidad Simón Bolívar en Barranquilla, Colombia.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. (2015). Multicultural evidence-based assessment using the achenbach system of empirically based assessment (ASEBA) for ages 1½-90+. *Psychologia*.
<https://doi.org/10.21500/19002386.1810>
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. (2001). Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: Child behavior checklist for ages 6-18, teacher's report form, youth self-report. In *An integrated system of multi-informant assessment*.
- Adams, Z. W., Moreland, A., Cohen, J. R., Lee, R. C., Hanson, R. F., Danielson, C. K., Self-Brown, S., & Briggs, E. C. (2016). Polyvictimization: Latent profiles and mental health outcomes in a clinical sample of adolescents. *Psychology of Violence*.
<https://doi.org/10.1037/a0039713>
- Almeida Filho, N., & Silva Paim, J. (1999). La Crisis de la Salud Pública Y El Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*.
- Ardón-Centeno, N., & Cubillos-Novella, A. (2012). Mental health: An insight on its evolution in Colombian law. 1960-2012 | La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.
- Arias López, B. E. (2013). Salud mental y violencia política. Atender al enfermo psiquiátrico o reconocer al sujeto de la micropolítica. In *Revista Colombiana de Psiquiatria*. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70020-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70020-9)

Attanayake, V., McKay, R., Joffres, M., Singh, S., Burkle, F., & Mills, E. (2009).

Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. In *Medicine, conflict, and survival*.

<https://doi.org/10.1080/13623690802568913>

Augsburger, M., Meyer-Parlapanis, D., Bambonye, M., Elbert, T., & Crombach, A. (2015).

Appetitive aggression and adverse childhood experiences shape violent behavior in females formerly associated with combat. *Frontiers in Psychology*, 6(NOV).

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01756>

Bannon, W., Devoe, E. R., Klein, T. P., & Miranda, C. (2009). Gender as a moderator of

the relationship between child exposure to the World Trade Centre disaster and behavioural outcomes. *Child and Adolescent Mental Health*.

<https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2008.00517.x>

Barrera-Valencia, M., Calderón-Delgado, L., & Aguirre-Acevedo, D. C. (2017).

Alteraciones en el funcionamiento cognitivo en una muestra de niños, niñas y adolescentes con trastorno de estrés postraumático derivado del conflicto armado en

Colombia. *CES Psicología*, 10(2), 50–65. <https://doi.org/10.21615/cesp.10.2.4>

Basu, B., & Dutta, N. (2010). Psychological changes of children surviving terrorist shock in

Indian Kashmir. *Journal of Child Neurology*.

<https://doi.org/10.1177/0883073810362925>

Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P., & Bosch, M. (2012). Characteristics of the

Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Conflict and Health*. <https://doi.org/10.1186/1752-1505-6-10>

Bello Albarracín, M. (2005). Trabajo Social en contextos de violencia política. *Trabajo Social (Universidad Nacional de Colombia)*.

Bellón Saameño, J. A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J. D., & Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atencion Primaria / Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. <https://doi.org/10.4040/jkan.2012.42.2.181>

Betancourt, Theresa S., Mcbain, R., Newnham, E. A., & Brennan, R. T. (2013). Trajectories of Internalizing Problems in War-Affected Sierra Leonean Youth: Examining Conflict and Postconflict Factors. *Child Development*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01861.x>

Betancourt, Theresa S., Thomson, D., & VanderWeele, T. J. (2018). War-related traumas and mental health across generations. In *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3530>

Betancourt, Theresa S, McBain, R. K., Newnham, E. A., & Brennan, R. T. (2015). The intergenerational impact of war: longitudinal relationships between caregiver and child mental health in postconflict Sierra Leone. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(10), 1101–1107. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12389>

- Betancourt, Theresa Stichick, & Khan, K. T. (2008). The mental health of children affected by armed conflict: Protective processes and pathways to resilience. In *International Review of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/09540260802090363>
- Blue, S., Shove, E., Carmona, C., & Kelly, M. P. (2016). Theories of practice and public health: understanding (un)healthy practices. *Critical Public Health*. <https://doi.org/10.1080/09581596.2014.980396>
- Borda Bohigas, J. P., Carrillo, J. O., Garzón, D. F., Ramírez, M. P., & Rodríguez, N. (2015). Trauma histórico. Revisión sistemática de un abordaje diferente al conflicto armado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.005>
- Bouvier, V. (2009). *Colombia: Building peace in a time of war*. (Institute of Peace (ed.)).
- Breilh, J. (2010). Las tres “S” de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. <https://doi.org/http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3412/1/Breilh,%20J-CON-117-Las%20tres%20S.pdf>
- Bustamante, V. L. (2017). DE VÍCTIMAS A SOBREVIVIENTES: IMPLICACIONES PARA LA CONSTRUCCIÓN DE PACES EN COLOMBIA. *Antropología y Sociología: Virajes*, 19, 147+.
- Cabella, W. (2015). *Informe final. Encuesta Nacional de Salud, Nutrición y Desarrollo Infantil*.

<http://www.ine.gub.uy/docu-ments/10181/35704/salud%2C+nutriciÓN+Y+desarrollo+en+la+primera+infancia+en+uruguay+primeros+resultados+de+la+endis/7be3f504-ebb9-4427-bb5d-cb4d9f242a7b>

Calam, R. (2017). Public health implications and risks for children and families resettled after exposure to armed conflict and displacement. *Scandinavian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1177/1403494816675776>

Calderón Vera LKC, Torrado Rodríguez JL, Riaño Garzón ME, Calderón Barragán OJ, Díaz Camargo EA, Martínez Becerra LM, et al. Salud mental en niñez y adolescencia víctimas de conflicto armado de la base de la pirámide. In: Graterol Rivas ME, Mendoza Bernal MI, Contreras Velásquez JC, Graterol Silva R, Espinosa Castro JF, editors. *La base de la pirámide y la innovación frugal en América Latina*. Maracaibo, República Bolivariana de Venezuela; 2017. p. 183–204.

Camacho, M., & Moncayo, J. (2015). Abordaje Psicosocial: Consideraciones conceptuales y alternativas de análisis en el escenario de atención a víctimas del conflicto armado. In J. Quevedo & A. Gómez (Eds.), *Psicología Social Crítica E Intervención Psicosocial: reflexiones y experiencias de investigación*. (pp. 37–56). Universidad de San Buenaventura: Ascofapsi.

Campo-Arias, A., & Herazo, E. (2014). Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.004>

- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.003>
- Carmona, J. (2013). ¿QUÉ ES LO PSICOSOSOCIAL? 1 Una urdimbre transdisciplinar con cinco madejas 2. *Complejidad*.
- Castaño, B., Jaramillo, L., & Summerfield, D. (1998). Violencia política y trabajo psicosocial. Aportes al debate. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). Corporación AVRE. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Castel, R. (1986). Nouveaux concepts en sante mentale. *Social Science and Medicine*. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90065-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90065-1)
- Castro-Camacho, L., Rattner, M., Quant, D. M., González, L., Moreno, J. D., & Ametaj, A. (2019). A Contextual Adaptation of the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Victims of the Armed Conflict in Colombia. *Cognitive and Behavioral Practice*. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.08.002>
- Centro Nacional de Memoria Histórica. (2013). ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Informe General. In *Centro Nacional de Memoria Histórica*. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020). *Desarrollo infantil*.

<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/childdevelopment/positiveparenting/preschoolers.html>

Chapple, C. L., Tyler, K. A., & Bersani, B. E. (2005). Child neglect and adolescent violence: Examining the effects of self-control and peer rejection. *Violence and Victims*. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.2005.20.1.39>

Chaskel, R., Gaviria, S. L., Espinel, Z., Taborda, E., Vanegas, R., & Shultz, J. M. (2015). Mental health in Colombia. *BJPsych. International*. <https://doi.org/10.1192/s2056474000000660>

Chemtob, C. M., Nomura, Y., & Abramovitz, R. A. (2008). Impact of conjoined exposure to the world trade center attacks and to other traumatic events on the behavioral problems of preschool children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. <https://doi.org/10.1001/archpediatrics.2007.36>

Coelho, M. T. Á. D., & Almeida Filho, N. de. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702002000200005>

Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. *Ministerio de Salud*. <https://doi.org/10.1177/1757975912453861>

Comisión Histórica del Conflicto y sus Víctimas. (2015). *Contribución al entendimiento del conflicto armado en Colombia*. Mesa de Conversaciones.

Congreso de Colombia. (2013). Ley 1616 del 2013. *Ley 1616 de 2013*.

Cree, R. A., Bitsko, R. H., Robinson, L. R., Holbrook, J. R., Danielson, M. L., Smith, C., Kaminski, J. W., Kenney, M. K., & Peacock, G. (2018). Health care, family, and community factors associated with mental, behavioral, and developmental disorders and poverty among children aged 2–8 years — United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6750a1>

Cuartas Ricaurte, J., Karim, L. L., Martínez Botero, M. A., & Hessel, P. (2019). The invisible wounds of five decades of armed conflict: inequalities in mental health and their determinants in Colombia. *International Journal of Public Health*, 64(5), 703–711. <https://doi.org/10.1007/s00038-019-01248-7>

Deeba, F., & Rapee, R. M. (2015). Prevalence of traumatic events and risk for psychological symptoms among community and at-risk children and adolescents from Bangladesh. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(4), 218–224. <https://doi.org/10.1111/camh.12093>

DeVoe, E. R., Bannon, W. M., & Klein, T. P. (2006). Post-9/11 helpseeking by New York City parents on behalf of highly exposed young children. *American Journal of Orthopsychiatry*. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.2.167>

Dimitry, L. (2012). A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. In *Child: Care, Health and Development*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01246.x>

- Droždek, B. (2013). *If you want to go fast go alone, if you want to go far go together: On context-sensitive group treatment of asylum seekers and refugees traumatized by war and terror*. [Utrecht University Repository]. <https://dspace.library.uu.nl/handle/1874/288706>.
- Duque, V. (2017). Early-life conditions and child development: Evidence from a violent conflict. *SSM - Population Health*. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.09.012>
- Dybdahl, R. (2001). Children and Mothers in War: An Outcome Study of a Psychosocial Intervention Program. *Child Development*. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00343>
- El-Khodary, B., Samara, M., & Askew, C. (2020). Traumatic Events and PTSD Among Palestinian Children and Adolescents: The Effect of Demographic and Socioeconomic Factors. *Frontiers in Psychiatry, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00004>
- El Hatw, M. M., El Taher, A. A., Hamidi, A. E., & Alturkait, F. A. (2015). The association of exposure to the 2009 south war with the physical, psychological, and family well-being of Saudi children. *Saudi Medical Journal, 36*(1), 73–81. <https://doi.org/10.15537/smj.2015.1.9494>
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: Implicaciones clínicas y forenses. *Actas Espanolas de Psiquiatria*.
- Evans, B., & Reid, J. D. (2016). *Una vida en resiliencia: el arte de vivir en peligro*. Fondo de Cultura Economica.

- Eyuboglu, M., Eyuboglu, D., Sahin, B., & Fidan, E. (2019). Posttraumatic stress disorder and psychosocial difficulties among children living in a conflict area of the Southeastern Anatolia region of Turkey. *Indian Journal of Psychiatry*, 61(5), 496–502. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_165_18
- Failache, E., & Katzkowicz, N. (2019). Desarrollo infantil en Uruguay: una aproximación a sus determinantes. *Revista Desarrollo y Sociedad*. <https://doi.org/10.13043/dys.83.2>
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: Risk and protective factors. In *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
- Feldman, R., & Vengrober, A. (2011). Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.03.001>
- Fernández Millán, J. M., Fernández, D. D., Malpica Buitrago, M. J., & Mohamed, A. H. (2010). Relación entre el apoyo social, la satisfacción vital y las expectativas de futuro de menores acogidos en centros de protección. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v8i21.1372>
- Fernando, C., & Ferrari, M. (2011). Spirituality and resilience in children of war in Sri Lanka. *Journal of Spirituality in Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/19349637.2011.547138>
- Flink, I. J. E., Restrepo, M. H., Blanco, D. P., Ortegón, M. M., Enriquez, C. L., Beirens, T.

M. J., & Raat, H. (2013). Mental health of internally displaced preschool children: A cross-sectional study conducted in Bogotá, Colombia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(6), 917–926. [https://doi.org/10.1007/s00127-012-0611-](https://doi.org/10.1007/s00127-012-0611-9)

[9](#)

Franco, S., Suarez, C. M., Naranjo, C. B., Báez, L. C., & Rozo, P. (2006). The effects of the armed conflict on the life and health in Colombia. In *Ciencia e Saude Coletiva*. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000200013>

Fremont, W. P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: A review of the past 10 years. In *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/00004583-200404000-00004>

Garbarino, J., & Kostelny, K. (1996). The Effects of Political Violence on Palestinian Children's Behavior Problems: A Risk Accumulation Model. *Child Development*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1996.tb01717.x>

Gómez-Restrepo, C., Cruz-Ramírez, V., Medina-Rico, M., & Rincón, C. J. (2018). Original Salud mental en niños desplazados por conflicto armado -Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015 Mental health in displaced children by armed conflict - National Mental Health Survey Colombia 2015. *Actas Esp Psiquiatr*, 4646(22), 51–751. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/112/ESP/20-112-ESP-51-7-517221.pdf>

Gómez-Restrepo, C., Tamayo-Martínez, N., Buitrago, G., Guarnizo-Herreño, C. C.,

- Garzón-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., de Vries, E., Rengifo, H., Rodríguez, A., & Rincón, C. J. (2016). Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>
- Gómez Builes, G. M., Astaiza Arias, G. M., & Minayo, M. C. de S. (2008). Las migraciones forzadas por la violencia: el caso de Colombia. *Ciência & Saúde Coletiva*. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232008000500028>
- Good, M. D., Smilkstein, G., Good, B. J., Shaffer, T., & Aarons, T. (1979). The family APGAR index: a study of construct validity. *J Fam Practice*.
- Guerrera, S., Menghini, D., Napoli, E., Di Vara, S., Valeri, G., & Vicari, S. (2019). Assessment of Psychopathological Comorbidities in Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder Using the Child Behavior Checklist. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00535>
- Guerrero, R., & Fandiño-Losada, A. (2017). Is Colombia a Violent Country? *Colombia Médica*, 48, 9–11. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342017000100009&nrm=iso
- Hall, B. J., Tol, W. A., Jordans, M. J. D., Bass, J., & de Jong, J. T. V. M. (2014). Understanding resilience in armed conflict: social resources and mental health of children in Burundi. *Social Science & Medicine* (1982), 114, 121–128. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.042>

- Haroz, E. E., Murray, L. K., Bolton, P., Betancourt, T., & Bass, J. K. (2013). Adolescent Resilience in Northern Uganda: The Role of Social Support and Prosocial Behavior in Reducing Mental Health Problems. *Journal of Research on Adolescence*. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2012.00802.x>
- Hernández-Holguín, D. M. (2020). Conceptual perspectives in mental health and their implications in the context of achieving peace in Colombia. In *Ciencia e Saude Coletiva*. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.01322018>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación: 6ta Edición. In *McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES*.
- Hewitt Ramírez, N., Gantiva Díaz, C. A., Vera Maldonado, A., Cuervo Rodríguez, M. P., Nelly Liliam, H. O., Juárez, F., & Parada Baños, A. J. (2014). Afectaciones psicológicas de niños y adolescentes expuestos al conflicto armado en una zona rural de Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(1), 79–89. <https://doi.org/10.14718/ACP.2014.17.1.9>
- Hewitt Ramírez, N., Jaimes, S., Vera, L. ., & Villa, M.-C. (2012). *Características psicométricas del cuestionario de comportamientos infantiles CBCL en niños y adolescentes colombianos*. Universidad de San Buenaventura.
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N., & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x>

Huesmann, L. R., Dubow, E. F., Boxer, P., Landau, S. F., Gvirsman, S. D., & Shikaki, K. (2017). Children's exposure to violent political conflict stimulates aggression at peers by increasing emotional distress, aggressive script rehearsal, and normative beliefs favoring aggression. *Development and Psychopathology*, 29(1), 39–50. <https://doi.org/10.1017/S0954579416001115>

Instituto de Estudios para el Desarrollo y la Paz - INDEPAZ. (2011). *V Informe sobre grupos Narcoparamilitares en 2010* (Issue 3). <http://www.indepaz.org.co/v-informe-presencia-de-narcoparamilitares/>

International crisis group. (2008). *CORREGIR EL CURSO: LAS VÍCTIMAS Y LA LEY DE JUSTICIA Y PAZ EN COLOMBIA Informe sobre América Latina N°29– 30 de octubre de 2008*. <https://www.crisisgroup.org/es/latin-america-caribbean/andes/colombia/correcting-course-victims-and-justice-and-peace-law-colombia>

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000800013>

Jahoda, M. (1959). Current Concepts of Positive Mental Health. *The American Journal of Nursing*. <https://doi.org/10.2307/3417722>

Jansen, P. R., Polderman, T. J. C., Bolhuis, K., van der Ende, J., Jaddoe, V. W. V.,

- Verhulst, F. C., White, T., Posthuma, D., & Tiemeier, H. (2018). Polygenic scores for schizophrenia and educational attainment are associated with behavioural problems in early childhood in the general population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12759>
- Jansen, S., White, R., Hogwood, J., Jansen, A., Gishoma, D., Mukamana, D., & Richters, A. (2015). The “treatment gap” in global mental health reconsidered: Sociotherapy for collective trauma in Rwanda. *European Journal of Psychotraumatology*. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28706>
- Jaramillo, L. (2007). Concepciones de infancia. *Zona Próxima*.
- Jayuphan, J., Sangthong, R., Hayeevani, N., Assanangkornchai, S., & McNeil, E. (2020). Mental health problems from direct vs indirect exposure to violent events among children born and growing up in a conflict zone of southern Thailand. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(1), 57–62. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01732-8>
- Kadir, A., Shenoda, S., & Goldhagen, J. (2019). Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. In *PLoS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210071>
- Kaufman-Shriqui, V., Werbeloff, N., Faroy, M., Meiri, G., Shahar, D. R., Fraser, D., Novack, Y., Bilenko, N., Vardi, H., Elhadad, N., Pietrzak, R. H., & Harpaz-Rotem, I. (2013). Posttraumatic stress disorder among preschoolers exposed to ongoing missile

attacks in the Gaza war. *Depression and Anxiety*. <https://doi.org/10.1002/da.22121>

Klein, T. P., Devoe, E. R., & Miranda-Julian, C. (2009). Young children's responses to September 11th: The New York city experience. *Infant Mental Health Journal*. <https://doi.org/10.1002/imhj.20200>

Kleinman, A. (1999). Experience and its moral modes: Culture, human conditions, and disorder. *Tanner Lectures on Human Values*.

Knuckey, S., Satterthwaite, M., & Brown, A. (2018). Trauma, depression, and burnout in the human rights field: Identifying barriers and pathways to resilient advocacy. *Columbia Human Rights Law Review*, 49.3(1), 267–323. <http://hrlr.law.columbia.edu/files/2018/07/49.3.4-Knuckey-final.pdf>

Layne, C. M., Olsen, J. A., Baker, A., Legerski, J. P., Isakson, B., Pašalić, A., Duraković-Belko, E., Dapo, N., Čampara, N., Arslanagić, B., Saltzman, W. R., & Pynoos, R. S. (2010). Unpacking trauma exposure risk factors and differential pathways of influence: predicting postwar mental distress in bosnian adolescents. *Child Development*. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01454.x>

Lippman, L. H., Moore, K. A., & McIntosh, H. (2011). Positive Indicators of Child Well-Being: A Conceptual Framework, Measures, and Methodological Issues. *Applied Research in Quality of Life*. <https://doi.org/10.1007/s11482-011-9138-6>

López Jaimes, R. J. (2016). Enfoque psicosocial en el norte de santander y en colombia. Inercia y logros. In F. S. Ordúz Gualdrón & J. J. Guerrero Vargas (Eds.), *Violencia*

- sexual y conflicto armado: aproximación psicojurídica. (pp. 81–96). Universidad Simón Bolívar. [https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/1201/Violencia sexual %26 conflicto armado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/1201/Violencia%20sexual%20conflicto%20armado.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Lugo-Agudelo, V., Sánchez-Agudelo, P. V., & Rojas-Granada, C. (2018). La restauración con sobrevivientes del conflicto armado en Colombia: una propuesta de acción psicosocial. *Revista Eleuthera*. <https://doi.org/10.17151/elev.2018.19.4>
- Marroquín Rivera, A., Rincón Rodríguez, C. J., Padilla-Muñoz, A., & Gómez-Restrepo, C. (2020). Mental health in adolescents displaced by the armed conflict: findings from the Colombian national mental health survey. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s13034-020-00327-5>
- Martín-Baró, I. (1993). Guerra y salud mental. *Papeles Del Psicólogo*.
- Massad, S., Khammash, U., & Shute, R. (2017). Political violence and mental health of Bedouin children in the West Bank, Palestine: a cross-sectional study. *Medicine, Conflict, and Survival*, 33(3), 188–206. <https://doi.org/10.1080/13623699.2017.1368307>
- Mazzucato, V., Cebotari, V., Veale, A., White, A., Grassi, M., & Vivet, J. (2015). International parental migration and the psychological well-being of children in Ghana, Nigeria, and Angola. *Social Science and Medicine*, 132, 215–224. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.058>
- McEniry, M., Samper-Ternent, R., Flórez, C. E., & Cano-Gutierrez, C. (2019). Early Life

Displacement Due to Armed Conflict and Violence, Early Nutrition, and Older Adult Hypertension, Diabetes, and Obesity in the Middle-Income Country of Colombia.

Journal of Aging and Health. <https://doi.org/10.1177/0898264318778111>

Medecins Sans Frontieres. (2006). Living in fear - Colombia's cycle of violence. In *MSF OCA*. <http://hdl.handle.net/10144/95931>

Mels, C. (2012). Entre pobreza y violencia: ¿cómo afectan los estresores diarios y la violencia a adolescentes en zonas de guerra? *Ciencias Psicológicas*. <https://doi.org/10.22235/cp.v6i1.69>

Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. In *Dialogues in Clinical Neuroscience*.

Codigo De Infancia Y Adolescencia. Ley 1098 de 2006, Noviembre (2006).

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

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Ministerios de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012-2021*.

Montoya Otálvaro, J. (2016). Desplazamiento forzado en adolescentes desde la experiencia límite según el modelo logoterapéutico. *ÁNFORA*.

<https://doi.org/10.30854/anf.v22.n38.2015.43>

Moussa, S., Kholy, M. El, Enaba, D., Salem, K., Ali, A., Nasreldin, M., Gabal, M., Emadeldin, M., & Moselhy, H. F. (2015). Impact of political violence on the mental health of school children in Egypt. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 24(5), 289–293. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1019047>

Muetzel, R. L., Blanken, L. M. E., Jan van der Ende, Hanan El Marroun, Shaw, P., Sudre, G., Van der Lugt, A., Jaddoe, V. W. V., Verhulst, F. C., Tiemeier, H., & White, T. (2018). Tracking brain development and dimensional psychiatric symptoms in children: A longitudinal population-based neuroimaging study. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16070813>

Muñoz, C. O., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión sistemática. In *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*.

National Center on Birth Defects and Developmental Disabilities - NCBDDD; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2020). *La Salud Mental de los Niños*. <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/spanish/index.html>

National Scientific Council on the Developing Child. (2007). *The science of early childhood development*. <http://developingchild.net>.

Nickerson, A., Liddell, B., Asnaani, A., Carlsson, J., Fazel, M., Knaevelsrud, C., Morina, N., Neuner, F., & Newnham, Elizabeth; Rasmussen, A. (2017). Trauma and Mental

Health in Forcibly Displaced Populations An International Society for Traumatic Stress Studies Briefing Paper. *International Society for Traumatic Stress Studies*.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM-Misión Colombia), & Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2014). *Impacto del conflicto armado en el estado psicosocial de niños, niñas y adolescentes*. <http://hdl.handle.net/20.500.11788/541>

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Prevención de los Trastornos Mentales*. In *Organización Mundial de la Salud, Ginebra*.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. In *Organización mundial de la salud*. <https://doi.org/9789243506029>

Osório, A. A. C., Rossi, N. F., Gonçalves, Ó. F., Sampaio, A., & Giacheti, C. M. (2017). Psychopathology and behavior problems in children and adolescents with Williams syndrome: Distinctive relationships with cognition. *Child Neuropsychology*. <https://doi.org/10.1080/09297049.2016.1183607>

Panter-Brick, C., Goodman, A., Tol, W., & Eggerman, M. (2011). Mental health and childhood adversities: a longitudinal study in Kabul, Afghanistan. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(4), 349–363. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.12.001>

Panter-Brick, C., Grimon, M.-P., & Eggerman, M. (2014). Caregiver-child mental health: a prospective study in conflict and refugee settings. *Journal of Child Psychology and*

Psychiatry, and Allied Disciplines, 55(4), 313–327. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12167>

Pat-Horenczyk, R., Achituv, M., Kagan Rubenstein, A., Khodabakhsh, A., Brom, D., & Chemtob, C. (2012). Growing Up Under Fire: Building Resilience in Young Children and Parents Exposed to Ongoing Missile Attacks. *Journal of Child and Adolescent Trauma*. <https://doi.org/10.1080/19361521.2012.719595>

Paul, M. A., & Khan, W. (2019). Prevalence of Childhood Mental Disorders Among School Children of Kashmir Valley. *Community Mental Health Journal*, 55(6), 1031–1037. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0253-9>

Pérez-Olmos, I., Fernández-Piñeres, P. E., & Rodado-Fuentes, S. (2005). The prevalence of war-related post-traumatic stress disorder in children from Cundinamarca, Colombia. *Revista de Salud Pública (Bogotá, Colombia)*, 7(3), 268–280. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642005000300003>

Perou, R., Bitsko, R. H., Blumberg, S. J., Pastor, P., Ghandour, R. M., Gfroerer, J. C., Hedden, S. L., Crosby, A. E., Visser, S. N., Schieve, L. A., Parks, S. E., Hall, J. E., Brody, D., Simile, C. M., Thompson, W. W., Baio, J., Avenevoli, S., Kogan, M. D., Huang, L. N., & Centers for Disease Control. (2013). Mental health surveillance among children--United States, 2005-2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries (Washington, D.C. : 2002)*.

Pine, D. S., & Cohen, J. A. (2002). Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. In *Biological Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/S0006->

[3223\(01\)01352-X](https://doi.org/10.13039/501100011033/3223(01)01352-X)

Presidencia de la República, & Congreso Nacional. (2011). Ley de víctimas y restitución de tierras. *Cartilla*. [https://doi.org/10.13039/501100011033/3223\(01\)01352-X](https://doi.org/10.13039/501100011033/3223(01)01352-X) Por la cual se dictan medidas de atención, asistencia y reparación integral a las víctimas del conflicto armado interno y se dictan otras disposiciones.

Rangel, J., Valerio, L., Patiño, J., & García, M. (2004). Funcionalidad familiar en la adolescente embarazada. *Revista de La Facultad de Medicina UNAM*.

Rebolledo, O., & Rondón, L. (2010). Reflexiones y aproximaciones al trabajo psicosocial. *Salud Mental*. <https://doi.org/10.7440/res36.2010.04>

Red Nacional de Información. (2020). *VÍCTIMAS CONFLICTO ARMADO*. <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/registro-unico-de-victimas-ruv/37394>

Rescorla, L. A. (2005). Assessment of young children using the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). In *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. <https://doi.org/10.1002/mrdd.20071>

Reyes-Ruiz, L., & Carmona Alvarado, F. A. (2018). Representaciones Sociales del desplazamiento. *Acciones e Investigaciones Sociales*. https://doi.org/10.26754/ojs_ais/ais.2019393230

Reyes-Ruiz, L., Núñez, A., & Pineda-Alhucema, W. (2017). Historias de vida: Una forma de ver desde la mirada de las víctimas del conflicto armado colombiano. In *Conflictos*

y posconflictos. *Pasado y presente en América latina y el Caribe, caso Colombia* (pp. 105–119).

https://www.researchgate.net/profile/Lizeth-Reyes-Ruiz/publication/316555195_Historias_de_vida_Una_forma_de_ver_desde_la_mirada_de_las_victimas_del_conflicto_armado_colombiano/links/5903cbfd0f7e9bc0d58d8c0f/Historias-de-vida-Una-forma-de-ver-desde-la-mira

Riaño Garzón, M. E., & Bautista Sandoval, M. J. (2016). Reflexiones y retos en torno a la violencia sexual. Una mirada integradora. In F. S. Ordúz Gualdrón & J. J. Guerrero Vargas (Eds.), *Violencia sexual y conflicto armado: aproximación psicojurídica*. (pp. 121–131). Universidad Simón Bolívar. [https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/1201/Violencia sexual %26 conflicto armado.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://bonga.unisimon.edu.co/bitstream/handle/20.500.12442/1201/Violencia_sexual_%26_conflicto_armado.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Richard, R. J., & Caplan, G. (1976). Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept Development. *Contemporary Sociology*. <https://doi.org/10.2307/2062958>

Richards, A., Ospina-Duque, J., Barrera-Valencia, M., Escobar-Rincón, J., Ardila-Gutiérrez, M., Metzler, T., & Marmar, C. (2011). Posttraumatic stress disorder, anxiety and depression symptoms, and psychosocial treatment needs in colombians internally displaced by armed conflict: A mixed-method evaluation. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. <https://doi.org/10.1037/a0022257>

Rietman, A. B., Oostenbrink, R., van Noort, K., Franken, M. C. J. P., Catsman-Berrevoets, C. E., Aarsen, F. K., Hendriksen, J. G., & de Nijs, P. F. A. (2017). Development of

emotional and behavioral problems in neurofibromatosis type 1 during young childhood. *American Journal of Medical Genetics, Part A*.

<https://doi.org/10.1002/ajmg.a.38323>

Robeyns, I. (2005). The Capability Approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development*. <https://doi.org/10.1080/146498805200034266>

Rodríguez Espínola, S. (2011). Adaptación a niños del cuestionario MOS de apoyo social percibido. *LIBERABIT: Lima (Perú)*.

Rodríguez, J., De La Torre, A., & Miranda, C. T. (2002). Mental health in situations of armed conflict. *Biomedica: revista del Instituto Nacional de Salud*, 22 Suppl 2, 337–346.

Rojas, J. C. (2016). Etapas del conflicto armado en Colombia: hacia el posconflicto. *Latinoamérica. Revista de Estudios Latinoamericanos*. <https://doi.org/10.1016/j.larev.2016.06.010>

Rosenthal, M. K., & Levy-Shiff, R. (1993). THREAT OF MISSILE ATTACKS IN THE GULF WAR: Mothers' Perceptions of Young Children's Reactions. *American Journal of Orthopsychiatry*. <https://doi.org/10.1037/h0079414>

Ruiz-Eslava, L. F. (2009). La salud mental vista desde la medicina social latinoamericana. *Investig. Secur. Soc. Salud*, 11, 131–142. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/fr/lil-610094>

Salaya, H. E., & Rodríguez, J. (2014). La dinámica poblacional y la violencia armada en Colombia, 1985-2010. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*.

Sánchez-Villegas, M., Reyes-Ruiz, L., & Trejos-Herrera, A. M. (2020). Psychological adjustment in children and families living with HIV. *Tempus Psicológico*, 3(2).
<https://doi.org/10.30554/tempuspsi.3.2.3417.2020>

Shenoda, S., Kadir, A., Pitterman, S., & Goldhagen, J. (2018). The effects of armed conflict on children. *Pediatrics*. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-2585>

Shultz, J. M., Garfin, D. R., Espinel, Z., Araya, R., Oquendo, M. A., Wainberg, M. L., Chaskel, R., Gaviria, S. L., Ordóñez, A. E., Espinola, M., Wilson, F. E., Muñoz García, N., Gómez Ceballos, Á. M., Garcia-Barcena, Y., Verdeli, H., & Neria, Y. (2014). Internally Displaced “Victims of Armed Conflict” in Colombia: The Trajectory and Trauma Signature of Forced Migration. In *Current Psychiatry Reports*.
<https://doi.org/10.1007/s11920-014-0475-7>

Sim, A., Bowes, L., & Gardner, F. (2018). Modeling the effects of war exposure and daily stressors on maternal mental health, parenting, and child psychosocial adjustment: a cross-sectional study with Syrian refugees in Lebanon. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 5, e40. <https://doi.org/10.1017/gmh.2018.33>

Slone, M., & Mann, S. (2016). Effects of War, Terrorism and Armed Conflict on Young Children: A Systematic Review. *Child Psychiatry and Human Development*.

<https://doi.org/10.1007/s10578-016-0626-7>

Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*.

Smilkstein, G., Ashworth, C., & Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *Journal of Family Practice*.

Stichick, T. (2001). The psychosocial impact of armed conflict on children. Rethinking traditional paradigms in research and intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 10(4), 797–814.

Suarez Cuba, M. A., & Alcalá Espinoza, M. (2014). APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53–57.

Tamayo-Agudelo, W., & Bell, V. (2019). Armed conflict and mental health in Colombia. *BJPsych International*, 16(02), 40–42. <https://doi.org/10.1192/bji.2018.4>

Taylor., L. K. (2012). Relaciones entre la violencia, salud mental, participación ciudadana, y actitudes hacia la justicia transicional en la Costa Caribe de Colombia. *Revista Palabra*, “Palabra Que Obra.” <https://doi.org/10.32997/2346-2884> -vol.12-num.12-2012-148

Taylor, L. K. (2015). Transitional justice, demobilisation and peacebuilding amid political violence: examining individual preferences in the Caribbean coast of Colombia.

Peacebuilding. <https://doi.org/10.1080/21647259.2014.928555>

Taylor, L. K., Merrilees, C. E., Goeke-Morey, M. C., Shirlow, P., & Cummings, E. M. (2016). Trajectories of Adolescent Aggression and Family Cohesion: The Potential to Perpetuate or Ameliorate Political Conflict. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.945213>

Taylor, L. K., Nilsson, M., & Amezquita-Castro, B. (2016). Reconstructing the social fabric amid ongoing violence: attitudes toward reconciliation and structural transformation in Colombia. *Peacebuilding*. <https://doi.org/10.1080/21647259.2015.1094909>

Thabet, A. A. M., Karim, K., & Vostanis, P. (2006). Trauma exposure in pre-school children in a war zone. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.2.154>

Tobar, E. J. (2019). *The traces of armed conflict in collective mental health*. 18(1), 132–149.

Tol, W. A., Komproe, I. H., Jordans, M. J. D., Ndayisaba, A., Ntamutumba, P., Sipsma, H., Smallegange, E. S., Macy, R. D., & de Jong, J. T. V. M. (2014). School-based mental health intervention for children in war-affected Burundi: a cluster randomized trial. *BMC Medicine*, 12, 56. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-12-56>

Trejos, A. M., Reyes, L., Bahamon, M. J., Alarcón, Y., & Gaviria, G. (2015). Effects in the adherence treatment and psychological adjustment after the disclosure of HIV/AIDS

diagnosis with the “DIRÉ” clinical model in Colombian children under 17. *Revista Chilena de Infectología*, 32(4), 408–415. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182015000500007>

Turner, H. A., Finkelhor, D., Hamby, S., & Henly, M. (2017). Victimization and adversity among children experiencing war-related parental absence or deployment in a nationally representative US sample. *Child Abuse and Neglect*, 67, 271–279. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.02.039>

U.S. Department of Health and Human Services. (2001). Mental health: culture, race, and ethnicity: a supplement to mental health: a report of the surgeon general. *US Public Health Service: Substance Abuse and Mental Health Services Administration*.

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. (2019). *Boletín fichas estadísticas - Atlántico - Corte: 29 de febrero de 2020*. <http://fichaestrategica.unidadvictimas.gov.co/>

United Nations High Commissioner for Refugees. (2018). Global trends: Forced displacement in 2017. *Global Trends*.

Urquijo, M. J. (2014). La teoría de las capacidades en Amartya Sen. *Edetania: Estudios y Propuestas Socio-Educativas*, 46, 63–80.

Valencia-Suescún, M. I., Ramírez, M., Fajardo, M. A., & Ospina-Alvarado, M. C. (2015). De la afectación a nuevas posibilidades: niñas y niños en el conflicto armado colombiano. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2),

1037–1050. <https://doi.org/10.11600/1692715x.13234251114>

Villa Gómez, J. D. (2012). La acción y el enfoque psicosocial de la intervención en contextos sociales: ¿podemos pasar de la moda a la precisión teórica, epistemológica y metodológica? *Agora U.S.B.* <https://doi.org/10.21500/16578031.208>

Villa Gómez, J. D. (2013). Horizontalidad, expresión y saberes compartidos enfoque psicosocial en procesos de acompañamiento a víctimas de violencia política en Colombia. *Agora U.S.B.* <https://doi.org/10.21500/16578031.91>

Villa Gómez, J. D. (2014). Memoria, historias de vida y papel de la escucha en la transformación subjetiva de víctimas / sobrevivientes del conflicto armado colombiano. *Agora U.S.B.* <https://doi.org/10.21500/16578031.119>

Wallensteen, P., & Sollenberg, M. (2001). Armed conflict, 1989-2000. *Journal of Peace Research.* <https://doi.org/10.1177/0022343301038005008>

Wellman, B., Lin, N., Dean, A., & Ensel, W. M. (1988). Social Support, Life Events, and Depression. *Contemporary Sociology.* <https://doi.org/10.2307/2070619>

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development.* <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

WHO. (2004). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report. Geneva, World Health Organization. Retrieved.

[Http://Www.Who.Int/Mental_Health/Evidence/En/Promoting_Mhh.Pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf).

<https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2004.00268.x>

World Health Organization. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data* *Library Cataloguing-in-Publication Data*. ISBN 978 92 4 150602 1

World Health Organization, W. (2005). Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. *Mental Health Policy and Service Guidance Package*.

Zahr, L. K. (1996). Effects of war on the behavior of Lebanese preschool children: Influence of home environment and family functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*. <https://doi.org/10.1037/h0080190>

Zandstra, A. R. E., Ormel, J., Hoekstra, P. J., & Hartman, C. A. (2018). Chronic Stressors and Adolescents' Externalizing Problems: Genetic Moderation by Dopamine Receptor D4. The TRAILS Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0279-4>

Ziaian, T., de Anstiss, H., Antoniou, G., Baghurst, P., & Sawyer, M. (2012). Resilience and Its Association with Depression, Emotional and Behavioural Problems, and Mental Health Service Utilisation among Refugee Adolescents Living in South Australia. *International Journal of Population Research*. <https://doi.org/10.1155/2012/485956>

ANEXOS

Anexo 1. Información para el participante y formulario de consentimiento informado

Título del Proyecto de Investigación: Salud mental en niños sobrevivientes del conflicto armado en el departamento del Atlántico.

Director del Proyecto: LIZETH REYES RUIZ, Posdoctora en Ciencias Sociales niñez y juventud, PhD. Directora Doctorado en Psicología. Grupo de Investigación Educación y Ciencias Sociales y Humanas (A1). Correo electrónico: lireyes@unisimonbolivar.edu.co

INVESTIGADOR PRINCIPAL: MILGEN JOSÉ SÁNCHEZ VILLEGAS, Maestrante en Psicología. Correo electrónico: msanchez33@unisimon.edu.co

1. PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

El propósito de esta investigación busca dar respuesta a la necesidad expuesta por Gómez-Restrepo, Cruz-Ramírez, Medina-Rico, & Rincón (2018), puesto que no se cuenta con información acerca del impacto del conflicto armado en la población infantil colombiana en el ámbito de salud mental. Así pues, tiene como eje principal el estudio de la salud mental en niños sobrevivientes de este conflicto y contribuye con uno de los mayores desafíos del PDSP 2012 – 2021, el afianzar el concepto de salud como el resultado de la

interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013). Asimismo, esta investigación podrá contribuir a disminuir el déficit teórico en lo referente a la salud mental en niños sobrevivientes del conflicto armado colombiano. Por lo anterior, los resultados de esta investigación son de gran relevancia a nivel social y de salud, pues pueden facilitar y fomentar la promoción de la salud mental, con carácter urgente, desde la atención primaria en salud.

2. LOS DERECHOS DE SU NIÑO (A) O ADOLESCENTE:

Este formulario de consentimiento informado le ofrece información suficiente sobre el estudio, el cual será discutido con usted hasta que lo haya comprendido a cabalidad. Si usted está de acuerdo en permitir a su niño (a) o adolescente participar, se le pedirá la firma voluntaria de este formulario de consentimiento informado como representante legal de su niño (a) o adolescente menor de 18 años. A usted se le dará una copia para guardar.

Antes de que usted conozca más acerca del estudio, es importante que sepa lo siguiente:

- La participación de su niño (a) o adolescente es completamente voluntaria.
- Usted puede decidir no permitir a su niño (a) o adolescente participar o retirar a su niño (a) o adolescente del estudio en cualquier momento sin ninguna sanción.
- Cualquier cambio del estudio que pueda afectar la participación de su niño (a) o adolescente, le será informado y se le pedirá que firme un nuevo formulario de consentimiento informado.

3. PROCEDIMIENTOS:

Se le administra a su niño (a) o adolescente dos test que buscan describir las características sociodemográficas tanto de los niños como de sus padres o cuidadores, conocer la dinámica familiar percibida y el apoyo social que obtiene de su medio.

Las escalas y cuestionarios que se administrarán a los niños (as) participantes son:

1. Adaptación para niños de la versión Colombiana del Cuestionario MOS de Apoyo Social.
2. APGAR familiar para niños.

A usted como padre, madre o cuidador encargado del niño (a) o adolescente las escalas y cuestionarios que se le administrarán son:

1. Inventario del Comportamiento de Niños (as) de 6-18 años para Padres- Child Behavior Checklist (CBCL)
2. Cuestionarios de Variables Sociodemográficas.

4. RIESGOS:

No se anticipa ningún riesgo conocido de tipo físico y/o psicológico en los participantes de este estudio. Todos los procedimientos realizados en estudios con participantes humanos se ajustaron a las normas éticas del comité de investigación institucional y / o nacional y a la declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones posteriores o normas éticas comparables.

5. BENEFICIOS:

El estudio no puede, ni garantiza ni promete que el niño (a) o adolescente recibirá cualquier beneficio de este estudio. Sin embargo, posibles beneficios de este estudio son:

1. Conocimiento sobre el estado de salud mental del participante, la funcionalidad familiar y el apoyo social con que puede contar en su medio.

2. La necesidad de conocer los impactos en el estado psicosocial se enfatiza en la Ley 1448 de 2011, conocida como la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras. En materia de atención psicosocial y específicamente, en el Título VII de la ley, en lo que compete a la medida de rehabilitación, se plantea que se debe acompañar el proceso de recuperación emocional de niños, niñas y adolescentes víctimas a través de los programas de atención psicosocial y de igual manera contribuir a la reparación integral de esta población víctima del conflicto armado.

6. NUEVOS HALLAZGOS:

A usted se le informará cualquier información nueva conocida durante el estudio que le pueda hacer cambiar de parecer en cuanto a permitir que su niño (a) permanezca en el estudio. Al final del estudio, a usted se le informará cuando los resultados estarán disponibles y como conocer sobre estos.

7. COSTOS O PAGOS PARA USTED Y SU NIÑO (A) O ADOLESCENTE:

Usted o su niño(a) no recibirá pago por participar en este estudio como tampoco incurrirá en algún gasto relacionado al mismo.

8. CONFIDENCIALIDAD

La identidad de su niño (a) o adolescente será considerado altamente confidencial. Su niño (a) o adolescente será identificado por un código numérico el cual lo sabrá solamente usted y el personal del estudio. Toda la información sobre su niño (a) o adolescente será identificada con un número.

9. LESIONES RELACIONADAS CON ESTA INVESTIGACIÓN.

Anexo 2. Variables sociodemográficas del padre y/o cuidador. Entrevista personal.

A continuación, se le harán unas preguntas relacionadas con sus características socio demográficas. El riesgo de sentirse incómodo (a) respecto a alguna pregunta es mínimo. Recuerde que tiene el derecho a negarse a contestar alguna de estas preguntas. Recuerde que la información de este cuestionario es totalmente confidencial y anónima.

1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PADRE Y/O CUIDADOR.						
1.1. Fecha Nacimiento:			1.2. Sexo:		1.3. Parentesco con el niño, niña o adolescente:	
DD	MM	AAAA	M 1	F 2	Madre 1	Padre 2
					Abuelo (a) 4	Tío (a) 5
						Hermano (a) 3
						Otro: ¿Cuál? _____
						6
1.4. Escolaridad:						
Sin Estudios	Estudios Primarios	Secundaria Incompleta	Secundaria Completa	Técnico	Universitario	
1.5. Estado Civil:						
Soltero (a) 1	Casado (a) 2	Unión Libre 3	Separado (a) 4	Divorciado (a) 5	Viudo (a) 6	
1.6. Condición Laboral:						
Empleado (a) TC	Empleado (a) TP	Desempleado (a)	Trabajador Independiente	Pensionado (a)	Jubilado (a)	
1.7. Estrato Socioeconómico:						
Estrato 0 1	Estrato 1 2	Estrato 2 3	Estrato 3 4	Estrato 4 5	Estrato 5 6	Barrio: _____
						7
1.8. Ingresos Económicos del Hogar en Salarios Mínimos Legales Vigentes (SMLV):						
Menos de un (1) SMLV	Un (1) SMLV	De dos (2) a tres (3) SMLV	Más de tres (3) SMLV	Otro: ¿Cuál? _____	Total, Ingresos Mensuales: _____	

1.9. ¿Cuántos hijos (as) tiene incluyendo el niño, niña o adolescente del que está a cargo: _____						
1.10. ¿Cuántas personas viven con usted?: _____						
1.11. ¿Tiene usted la condición de víctima del conflicto armado?:				SI 1	NO 2	
1.15. ¿Sufrió de desplazamiento a causa del conflicto armado?						
1.15.1. Descripción:						

Lugar de procedencia:	Fecha de desplazamiento:
Hecho victimizante: Amenazas () Desplazamiento () Homicidio de familiares () Desaparición de familiares () secuestro ()	
Año de declaración:	

Anexo 3. Cuestionario apoyo social percibido.
CUESTIONARIO MOS-A NIÑOS

Género: M___ F___ **Edad:** **Estrato Económico:** 1__ 2__ 3__ 4__ 5__

Grado escolar: _____ **Ayuda lectora:** Si___ No___

1. a) ¿Quiénes son tus mejores amigos? ¿Cuántos?			
b) ¿Quiénes son tus familiares más cercanos? ¿Cuántos?			
2. Marca con una X en el cuadrado que sea tu respuesta	Nunca	A veces	Siempre
1. Tengo a alguien que me ayuda cuando estoy enfermo/a.			
2. Tengo a alguien para conversar cuando necesito hablar.			
3. Tengo a alguien que me aconseja cuando tengo problemas.			
4. Tengo a alguien que me lleva al médico si estoy enfermo.			
5. Tengo a alguien que me demuestra amor y cariño.			
6. Tengo a alguien con quien puedo pasar un buen rato.			
7. Tengo a alguien que me ayuda a entender cosas que pasan.			
8. Tengo a alguien en quien confío y le cuento mis preocupaciones.			
9. Tengo a alguien que me abraza.			
10. Tengo a alguien con quien puedo estar tranquilo.			
11. Tengo a alguien que me ayuda a vestirme si no puedo hacerlo solo/a.			
12. Tengo a alguien que me da buenos consejos.			
13. Tengo a alguien con quien puedo hacer cosas para olvidarme de los problemas.			
14. Tengo a alguien que me ayuda en las tareas.			
15. Tengo a alguien con quien puedo compartir mis miedos y secretos.			
16. Tengo a alguien que me ayuda a solucionar mis problemas.			

17. Tengo a alguien que me hace divertir.			
18. Tengo a alguien que entiende mis problemas.			
19. Tengo a alguien que quiero y siento que me quiere.			

Anexo 4. APGAR Familiar infantil
CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR INFANTIL

Nombre del profesional	
Persona entrevistada	
Fecha	

PREGUNTA	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.			
Me gusta la manera como mi familia habla y comparte los problemas conmigo.			
Me gusta como mi familia me permite hacer cosas nuevas que quiero hacer			
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy triste, feliz, molesto, etc.			
Me gusta como mi familia y yo compartimos tiempos juntos.			

PUNTAJE PARCIAL			
PUNTAJE TOTAL			

Anexo 5. Child Behavior Check List (6-18)

ASEBA Por favor utilice letra de imprenta/molde

CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS(A) DE 6-18 AÑOS NÚMERO ID # _____

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A):	Nombre _____	Apellido Paterno _____	Apellido Materno _____	TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no está trabajando (por favor especifique - por ejemplo: Mecánico, jardinero, maestro(a), ama de casa, albañil, policía, hace changas, jomalero, vendedor(a) ambulante, profesional). TRABAJO DEL PADRE: _____ TRABAJO DE LA MADRE: _____
SEXO	EDAD	RAZA		ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR: <input type="checkbox"/> Padre (Nombre y apellido) _____ <input type="checkbox"/> Madre (Nombre y apellido) _____ <input type="checkbox"/> Otra persona (Nombre y relación con el/la niño(a)) _____
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____	_____		
FECHA DE HOY	FECHA DE NACIMIENTO			GRADO ESCOLAR _____ Por favor complete este cuestionario con su opinión sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo aunque usted piensa que otras personas no están de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad de escribir comentarios adicionales al final de cada frase y en el espacio que se provee en la página 2.
Día _____ Mes _____ Año _____	Día _____ Mes _____ Año _____			
ESCUELA _____				

I. ¿Cuáles son las actividades deportivas en las que más le gusta participar a su hijo(a)? Por ejemplo: natación, fútbol/balompíe, patinaje, bicicleta, baloncesto, karate, balonmano, pescar, etc.
 Ninguno

	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada uno de estos deportes?				En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estos deportes?			
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

II. ¿Cuáles son las actividades, juegos o pasatiempos favoritos de su hijo(a) además de los deportes? Por ejemplo, colección de figuritas, cartas, juegos de armar, jugar con muñecos(as), leer, tocar música, cantar, etc. (No incluya escuchar la radio o ver televisión).
 Ninguno

	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica a cada una de estas actividades?				En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo es él/ella en estas actividades?			
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. ¿Cuáles son las organizaciones, equipos, clubes o grupos a los que pertenece su hijo(a)?
 Ninguno

	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿qué tan activo(a) es en cada uno de los grupos?			
	Menos que los demás	Igual que los demás	Más que los demás	No lo sé
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. ¿Qué trabajos o tareas hace su hijo(a)? Por ejemplo: cuidar de otros niños, hacer la cama, trabajar en una tienda, hacer mandados, vender en los ómnibus, etc. (Incluya tareas o trabajos pagados y no pagados).
 Ninguno

	En comparación con otros niños(as) de su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas?			
	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	No lo sé
a. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Asegúrese que contestó todas las preguntas.

@Derechos Reservados 2001 T. Achenbach. LA LEY PROHIBE LA REPRODUCCION NO AUTORIZADA
 ASEBA, University of Vermont
 1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
 www.ASEBA.org

Página 1

Rev. Edición 1-30-09 - 200

Por favor utilizar letra de imprenta. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

V. 1. ¿Cuántos amigos o amigas íntimos(as) tiene su hijo(a)? (No incluya a sus hermanos o hermanas.)

Ninguno 1 2 ó 3 4 o más

2. Sin contar las horas en que está en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participa su hijo(a) en actividades con sus amigos(as)?

Menos de 1 1 ó 2 3 o más

VI. En comparación con otros niños o niñas de la misma edad, ¿cómo...

	Peor que los demás	Igual que los demás	Mejor que los demás	
a. se lleva con sus hermanos y hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No tiene hermanos o hermanas
b. se lleva con otros niños y niñas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. se comporta con su papá y mamá?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. juega solo(a) y hace sus tareas solo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VII. 1. Desempeño escolar.

Si su hijo(a) no está en la escuela, por favor escriba la razón. _____

Marque una respuesta para cada materia.

	Fue reprobado	Por debajo del promedio	Promedio	Más alto que el promedio
a. Lectura, Español o Literatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Historia o Estudios sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Matemáticas o Aritmética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Ciencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Otras materias, como por ejemplo, idiomas, cursos de computadoras, comercio, etc. No incluya cursos como educación física, artes industriales, etc.

2. ¿Está su hijo(a) en una clase o escuela especial o recibe servicios especiales?

No

Sí - ¿En qué tipo de clase o escuela especial está? (Especifique): _____

3. ¿Ha repetido algún año?

No

Sí - ¿Qué año o años y por qué? _____

4. ¿Ha tenido su hijo(a) algún problema académico u otros problemas en la escuela?

No

Sí - por favor describa: _____

¿Cuándo empezaron estos problemas?

¿Han terminado estos problemas? No Sí - ¿Cuándo terminaron? _____

¿Padece su hijo(a) de alguna enfermedad, incapacidad física o mental?

No

Sí - por favor describa el problema: _____

¿Qué es lo que más le preocupa acerca de su hijo(a)? _____

¿Qué es lo mejor que le ve a su hijo(a)? Por favor describa: _____

A continuación hay una lista de frases que describen a los(las) niños(as) y jóvenes. Para cada frase que describa cómo es su hijo(a) *ahora* o *durante los últimos seis meses* haga un círculo en el número 2 si la frase describe a su hijo(a) *muy a menudo*. Haga un círculo en el número 1 si la frase describe a su hijo(a) *en cierta manera o algunas veces*. Haga un círculo en el 0 si la descripción con respecto a su hijo(a) *no es cierta*. Por favor conteste todas las frases de la mejor manera posible inclusive si algunas de ellas parecen no describir a su hijo(a). *Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese que contestó todas las preguntas.*

0 = No es cierto (que sepa usted)

1 = En cierta manera, algunas veces

2 = Muy cierto o cierto a menudo

- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad | 0 | 1 | 2 | 31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo |
| 0 | 1 | 2 | 2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 32. Siente que tiene que ser perfecto(a) |
| 0 | 1 | 2 | 3. Discute mucho | 0 | 1 | 2 | 33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere |
| 0 | 1 | 2 | 4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza | 0 | 1 | 2 | 34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar |
| 0 | 1 | 2 | 5. Disfruta de muy pocas cosas | 0 | 1 | 2 | 35. Se siente inferior o cree que no vale nada |
| 0 | 1 | 2 | 6. Se encucia encima o en lugar inadecuados | 0 | 1 | 2 | 36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso(a) a accidentes |
| 0 | 1 | 2 | 7. Es engreído, se manda la parte | 0 | 1 | 2 | 37. Se mete mucho en peleas |
| 0 | 1 | 2 | 8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo | 0 | 1 | 2 | 38. Los demás se burlan de él/ella a menudo |
| 0 | 1 | 2 | 9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | 39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas |
| 0 | 1 | 2 | 10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a) | 0 | 1 | 2 | 40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos | 0 | 1 | 2 | 41. Impulsivo; actúa sin pensar |
| 0 | 1 | 2 | 12. Se queja de que se siente solo(a) | 0 | 1 | 2 | 42. Prefiere más estar solo que con otras personas |
| 0 | 1 | 2 | 13. Está confundido(a) o embarullado(a) | 0 | 1 | 2 | 43. Dice mentiras o hace trampas |
| 0 | 1 | 2 | 14. Llora mucho | 0 | 1 | 2 | 44. Se muerde las uñas |
| 0 | 1 | 2 | 15. Es cruel con los animales | 0 | 1 | 2 | 45. Nervioso(a), tenso(a) |
| 0 | 1 | 2 | 16. Es cruel, abusador(a), y malo(a) con los demás | 0 | 1 | 2 | 46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____ |
| 0 | 1 | 2 | 17. Sueña despierto(a), se pierde en sus propios pensamientos | 0 | 1 | 2 | 47. Pesadillas |
| 0 | 1 | 2 | 18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse | 0 | 1 | 2 | 48. No les cae bien a otros niños(as)/jóvenes |
| 0 | 1 | 2 | 19. Exige mucha atención | 0 | 1 | 2 | 49. Padece de estreñimiento |
| 0 | 1 | 2 | 20. Destruye sus propias cosas | 0 | 1 | 2 | 50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a) |
| 0 | 1 | 2 | 21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas | 0 | 1 | 2 | 51. Se siente mareado(a) |
| 0 | 1 | 2 | 22. Desobedece en casa | 0 | 1 | 2 | 52. Se siente demasiado culpable |
| 0 | 1 | 2 | 23. Desobedece en la escuela | 0 | 1 | 2 | 53. Come demasiado |
| 0 | 1 | 2 | 24. No come bien | 0 | 1 | 2 | 54. Se siente demasiado cansado sin razón para estarlo |
| 0 | 1 | 2 | 25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes | 0 | 1 | 2 | 55. Tiene sobrepeso |
| 0 | 1 | 2 | 26. No parece sentirse culpable después de portarse mal | 0 | 1 | 2 | 56. Problemas físicos <i>sin causa médica conocida</i> : |
| 0 | 1 | 2 | 27. Se pone celoso(a) fácilmente | 0 | 1 | 2 | a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza) |
| 0 | 1 | 2 | 28. No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar | 0 | 1 | 2 | b. Dolores de cabeza |
| 0 | 1 | 2 | 29. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela) (describa): _____ | 0 | 1 | 2 | c. Náuseas, ganas de vomitar |
| 0 | 1 | 2 | 30. Le da miedo ir a la escuela | 0 | 1 | 2 | d. Problemas con los ojos (si no usa lentes) (describa): _____ |
| | | | | 0 | 1 | 2 | e. Salpullido o irritación en la piel |
| | | | | 0 | 1 | 2 | f. Dolores de estómago |
| | | | | 0 | 1 | 2 | g. Vómitos |
| | | | | 0 | 1 | 2 | h. Otros (describa): _____ |

Por favor escriba en letra de imprenta. Asegúrese que contestó todas las preguntas.

0 = No es cierto (que sepa usted)

1 = En cierta manera, algunas veces

2 = Muy cierto o cierto a menudo

- | | | | |
|-------|--|-------|--|
| 0 1 2 | 57. Ataca/agrede a la gente físicamente | 0 1 2 | 84. Comportamiento raro (describa): _____ |
| 0 1 2 | 58. Mete el dedo en la nariz, se araña la piel u otras partes del cuerpo (describa): _____ | 0 1 2 | 85. Ideas raras (describa): _____ |
| 0 1 2 | 59. Se toca/juega con sus partes sexuales en público | 0 1 2 | 86. Obstinado(a), malhumorado(a), irritable |
| 0 1 2 | 60. Se toca/juega demasiado con sus partes sexuales | 0 1 2 | 87. Súbitos cambios de humor o sentimientos |
| 0 1 2 | 61. Tiene bajo rendimiento en la escuela | 0 1 2 | 88. Queda contrariado, pone mala cara con frecuencia |
| 0 1 2 | 62. Mala coordinación o torpeza | 0 1 2 | 89. Desconfiado(a), receloso(a) |
| 0 1 2 | 63. Prefiere estar con niños(as) mayores que él/ella | 0 1 2 | 90. Dice groserías, usa lenguaje obsceno |
| 0 1 2 | 64. Prefiere estar con niños(as) menores que él/ella | 0 1 2 | 91. Habla de querer matarse |
| 0 1 2 | 65. Se rehusa a hablar | 0 1 2 | 92. Habla o camina cuando está dormido(a) (describa): _____ |
| 0 1 2 | 66. Repite ciertas acciones una y otra vez, compulsiones (describa): _____ | 0 1 2 | 93. Habla demasiado |
| 0 1 2 | 67. Se fuga de la casa | 0 1 2 | 94. Se burla mucho de los demás |
| 0 1 2 | 68. Grita mucho | 0 1 2 | 95. Le dan rabietas o tiene mal genio |
| 0 1 2 | 69. Reservado(a); se calla todo | 0 1 2 | 96. Parece pensar demasiado sobre temas sexuales |
| 0 1 2 | 70. Ve cosas que no existen (describa): _____ | 0 1 2 | 97. Amenaza a otros |
| 0 1 2 | 71. Se cohibe y se avergüenza con facilidad | 0 1 2 | 98. Se chupa el dedo |
| 0 1 2 | 72. Prende fuegos | 0 1 2 | 99. Fuma, masca o inhala tabaco |
| 0 1 2 | 73. Problemas sexuales (describa): _____ | 0 1 2 | 100. No duerme bien (describa): _____ |
| 0 1 2 | 74. Le gusta llamar la atención o hacerse el/la payaso(a), gracioso(a). | 0 1 2 | 101. Falta a la escuela sin motivo |
| 0 1 2 | 75. Demasiado tímido(a) | 0 1 2 | 102. Poco activo(a), lento(a), o le falta energía |
| 0 1 2 | 76. Duerme menos que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes | 0 1 2 | 103. Infeliz, triste, o deprimido(a) |
| 0 1 2 | 77. Duerme más que la mayoría de los/las niños(as)/jóvenes durante el día y/o la noche (describa): _____ | 0 1 2 | 104. Más ruidoso(a) de lo común |
| 0 1 2 | 78. No presta atención o se distrae fácilmente | 0 1 2 | 105. Usa drogas sin motivo médico (no incluya alcohol o tabaco) (describa): _____ |
| 0 1 2 | 79. Problemas con el habla (describa): _____ | 0 1 2 | 106. Comete actos de vandalismo, como romper ventanas u otras cosas |
| 0 1 2 | 80. Se queda con la mirada fija, mirando al vacío | 0 1 2 | 107. Se orina en la ropa durante el día |
| 0 1 2 | 81. Roba en casa | 0 1 2 | 108. Se orina en la cama |
| 0 1 2 | 82. Roba fuera de casa | 0 1 2 | 109. Se queja mucho |
| 0 1 2 | 83. Almacena demasiadas cosas que no necesita (describa): _____ | 0 1 2 | 110. Desea ser del sexo opuesto |
| | | 0 1 2 | 111. Se aísla, no se relaciona con los demás |
| | | 0 1 2 | 112. Se preocupa mucho |
| | | 0 1 2 | 113. Por favor anote cualquier otro problema que su niño(a) tenga y que no está incluido en esta lista |
| | | 0 1 2 | _____ |
| | | 0 1 2 | _____ |
| | | 0 1 2 | _____ |

POR FAVOR ASEGÚRESE QUE CONTESTÓ TODAS LAS PREGUNTAS

SUBRAYE LA PREGUNTA(S) QUE LE PREOCUPE(N)