



Universitat Autònoma de Barcelona

Departamento de Psicología Clínica y de la Salud

Facultad de Psicología

Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático, Ansiedad y Depresión en una muestra de niños Testigos de Violencia en la Calle y Violencia Familiar que viven en

Ciudad Juárez

Lucia Nereth Quintana Moye

Tesis Doctoral

Directores

Carme Brun Gasca

Albert Fornieles Deu

Barcelona, 2013

A mis Padres

*Mamita ya no estás conmigo,
me has dejado un grande vacío
y pensé que no podría terminar este proceso sin ti,
pero tu ejemplo de lucha, tu amor y perseverancia
me dieron la fuerza para alcanzar esta meta.*

Gracias mi Ángel

*Papito todo mis logros han sido gracias a ti.
Tú me has impulsado a creer en mí,
a conseguir metas que ni siquiera hubiera imaginado poder lograr,
siempre con tu apoyo, siempre de tu mano, siempre enseñándome el camino correcto,
tu ejemplo de entrega, honestidad, amor y todas las metas que has alcanzado,
hacen que mi admiración por ti sea cada día más grande.*

Gracias mi Héroe

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores

Carme y Albert, gracias por todas su dedicación, paciencia, comprensión y disposición en todo momento. Fue una de las experiencias más enriquecedoras el haberlos tenido como guías en este proceso, me llevo un gran aprendizaje y la satisfacción de haber podido contar con dos grandes seres humanos a los cuales admiro y respeto por su total entrega en la enseñanza.

Gracias hermanos por apoyarme en este proceso, por creer en mí y por motivarme a no darme por vencida. Recorrieron este camino conmigo en las altas y en las bajas, así que este logro también es para ustedes. Los Amo.

A ti cuñado que te has vuelto a través del tiempo como un hermano para mí, con el que siempre puedo contar.

A mis regalitos Lya y Matias

Son la luz que alumbra mi vida cuando todo esta obscuro, con su amor, sus risas y juegos hacen que este mundo sea más bello. Los Amo

A todas mis amigas y amigos en especial a Priscila, Ariadna y Griselda las cuales vivieron y caminaron de la mano conmigo en esto. Son mis guardianas del Doctorado, nunca olvidaré toda su ayuda en lo profesional, pero sobre todo su grandeza como personas llenas de amor y entrega para dar a los demás. Las Adoro.

INDICE

Presentación.....	1
1. Introducción	4
1.1. Violencia	5
1.1.2. Consecuencias	8
1.2. Violencia en la calle	9
1.2.1. Niños testigos de violencia en la calle	10
1.2.2. Consecuencias	11
1.3. Crimen organizado	13
1.3.2. Los niños testigos del crimen organizado	14
1.3.3. Consecuencias.....	15
1.4. Violencia familiar	18
1.4.1. Niños testigos de violencia familiar	20
1.4.2. Consecuencias	20
1.5. Trastorno por estrés postraumático (TEPT)	22
1.5.1. Criterios diagnósticos	23
1.5.2. Prevalencia.....	26

1.5.3. Factores de riesgo	27
1.6. Depresión	27
1.6.1. Criterios diagnósticos	28
1.6.2. Prevalencia	28
1.6.3. Factores de riesgo	29
1.7. Ansiedad	30
1.7.1. Criterios diagnósticos	30
1.7.2. Prevalencia	32
1.7.3. Factores de riesgo	32
2. Objetivos	35
3. Hipótesis	35
4. Estudio I	37
5. Estudio II	64
6. CONCLUSIONES	85
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
8. ANEXOS.....	103
Anexo I. Entrevista para padres.....	104

Anexo II. Valoración del nivel socioeconómico.....	106
Anexo III. Cuestionario de Depresión Infantil.....	108
Anexo IV. SCARED versión niños.....	110
Anexo V. Cuestionario de Estrés Postraumático.....	112
Anexo VI. Cuestionario de Exposición a la Violencia.....	114
Anexo VII. Inventario de Síntomas Infantiles-4.....	116
Anexo VIII. Cuestionario <i>ad hoc</i> de Episodio Traumático (ET).....	122
Anexo IX. Cuestionario <i>ad hoc</i> de Estado de Ánimo (EA).....	124
Anexo X. SCARED versión padres.....	125

Lista de tablas y figuras

Tabla 1. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático y diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.....	24
Tabla 2. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático y diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.....	25
Tabla 3. Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático y diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.....	26
Tabla 4. Criterios diagnósticos de la depresión y diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.....	28
Tabla 5. Criterios diagnósticos de la ansiedad y diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.....	31
Tabla 6. Medidas de edad por sexo y grupo	51
Tabla 7. Frecuencia de sexo por grupos	51
Tabla 8: Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones en las pruebas proporcionadas por los niños y los padres del grupo de niños testigos de violencia en la calle	53
Tabla 9: Prueba t de Student para muestras independientes a partir de los grupos formados por el punto de corte de ≤ 24 puntos la escala de estrés postraumático.....	54
Tabla 10. Medias y desviaciones estándar de los niños divididos por grupo.....	56
Figura 1. Puntuaciones de depresión en niños separados por sexo y haber sido o no testigos de violencia en la calle	57

Figura 2. Puntajes de ansiedad en niños separados por sexo y haber sido testigos de violencia	58
Tabla 11. Valores de betas y betas estandarizadas de las variables predictoras sobre síntomas de TEPT	59
Tabla 12. Medias de edad por sexo y grupo	75
Tabla 13. Frecuencia de sexo por grupos	75
Tabla 14. Resultados de Análisis de varianza de grupo x sexo sobre depresión infantil ..	76
Figura 3. Puntuaciones medias y desviaciones de los cuatro grupos separados por el género de la escala CDI (depresión)	77
Tabla 15. Medias y desviaciones estándar de la escala de depresión (CDI) en los niños divididos por grupos.....	78
Tabla 16. Resultados de Análisis de varianza de grupo x sexo sobre ansiedad infantil ..	79
Figura 4: Puntuaciones de los cuatro grupos separados por el género de la escala SCARED que mide ansiedad	80
Tabla 17. Medias y desviaciones estándar de la escala SCARED que mide ansiedad en los niños divididos por grupos	81

Presentación

PRESENTACIÓN

El siguiente estudio se llevó a cabo en Ciudad Juárez, Chihuahua, México. En esta ciudad, en los últimos años se ha desatado un grave problema de violencia en las calles, específicamente debido a enfrentamientos entre grupos de narcotráfico. La comunidad ha sido blanco de tiroteos o testigo de actos violentos en la calle. Por estos motivos se decidió estudiar principalmente las consecuencias en los niños de la violencia en la calle y la violencia familiar.

Como señala la teoría, existen diversas consecuencias en los niños que viven episodios de violencia, decidimos enfocar nuestra investigación en tres trastornos que se presentan con mucha frecuencia: El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la depresión y la ansiedad.

Primero se hará una introducción donde revisaremos el tema de la violencia, los contextos en los que se da, el papel del crimen organizado y las consecuencias en los niños.

El primer capítulo corresponde al marco teórico. Se hará una introducción sobre el tema de la violencia, donde se revisarán los contextos en donde se produce, así como el papel del crimen organizado y las consecuencias generadas en los niños que se han visto involucrados en este fenómeno social.

En el segundo capítulo se especifican los objetivos e hipótesis para este estudio.

En el tercer capítulo se presenta el primer estudio con niños testigos de violencia en la calle. El objetivo era saber cómo se presentaba el TEPT, la depresión y la ansiedad en un grupo de 29 niños testigos de violencia y evaluar las posibles diferencias con el grupo control de 30 niños que no presenciaron ningún tipo de violencia.

En el cuarto capítulo se relata el segundo estudio. Los participantes fueron niños testigos de violencia en la calle y violencia familiar. Se pretendía analizar el TEPT, la depresión y la ansiedad, pero por cuestiones éticas solo se trabajó con la depresión y la ansiedad. Se evaluaron 177 niños divididos en cuatro grupos: niños testigos de violencia en la calle, niños testigos de violencia familiar, niños testigos tanto de violencia familiar como de violencia en la calle y el grupo control que no había presenciado ningún tipo de violencia. El objetivo fue ver las diferencias entre los cuatro grupos.

En el quinto capítulo se presentan las conclusiones generales de los dos estudios.

Introducción

1. Introducción

1.1. Violencia

La violencia es una problemática que ha estado presente en toda la historia de la humanidad. No existe cultura o lugar que esté a salvo de sufrir los estragos de este fenómeno. Por su complejidad es difícil poder tener una conceptualización de lo que es la violencia. La Organización Mundial de la Salud, (2002) la describe como “el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”(p. 4). La violencia afecta a todos los seres humanos y tiene diferentes maneras de presentarse. Puede ser en casa, en la calle, en la escuela, en los lugares de trabajo etc., en todos los ámbitos siempre se está expuesto a la posibilidad de presenciarla o ser víctima. De acuerdo a Buvinic, Morrison y Shifter (2010), la violencia se divide en tres categorías. La violencia dirigida contra uno mismo, la violencia interpersonal y la violencia colectiva. La que está dirigida contra uno mismo, se desarrolla por medio de conductas suicidas y autolesiones, esto abarca el pensar en quitarse la vida, el investigar la forma de llevarlo a cabo, hasta tratar de matarse y el realizar el hecho.

La violencia interpersonal está dividida en violencia intrafamiliar o de pareja y comunitaria. La primera casi siempre se muestra entre los miembros de la familia o en la relación de pareja, puede darse dentro del hogar y en algunas ocasiones fuera de él, y es en este ámbito donde generalmente se produce el maltrato infantil, la violencia en la

pareja y la violencia contra ancianos. La segunda, la violencia comunitaria se produce entre individuos que no tienen ningún vínculo familiar y pueden ser conocidos o no y casi siempre ocurre fuera de casa. En este rubro se incluye la violencia juvenil, violaciones y agresiones sexuales por parte de desconocidos, violencia en las escuelas, el trabajo, prisiones y residencias de personas de la tercera edad. En cuanto a la violencia colectiva se produce cuando un número de sujetos representantes de un grupo utilizan la violencia frente a otro grupo para conseguir objetivos políticos, económicos o sociales. Se puede presentar en conflictos armados; genocidios, represión, terrorismo o crimen organizado.

Según la OMS (2002), en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud se calcula que en el año 2000 1,6 millones de personas perdieron la vida en todo el mundo por algún acto violento.

Existen algunos países como Brasil que presentan un alto índice de homicidios a causa de la violencia, entre 1980 y 2010 hubo un total de 1.09 millones de homicidios y en el año 2004 se estimó que 2.5 millones de vidas se perdieron a causa del mismo motivo (Murray, Cerqueira y Kahn, 2013).

En México el 34% de la población ha sido víctima de violencia a lo largo de su vida. En el caso de los niños un 5.4% y en de los adolescentes un 7.8%. Los hombres sufren más experiencias de violencia física, en la adolescencia, en la edad adulta y violencia por parte de extraños, por otro lado las mujeres fueron más a menudo víctimas de violencia sexual, en la infancia, en la familia y de pareja (Baker et al., 2005).

Para poder entender qué lleva a las personas a actuar de una manera agresiva y porqué hay individuos que son más propensos a vivir la violencia, hay que estudiar los factores de riesgo que propician la violencia (Alvarez y Bachman, 2008).

Buvinic, et al. (2010) realizaron una clasificación de los factores de riesgo dividiéndolos en tres categorías, los individuales, los del hogar y los de la comunidad o sociales.

Entre los factores individuales encontramos los siguientes:

- Género: Los hombres en la mayoría de las culturas tienden a ser más agresivos que las mujeres.
- Historial biológico: Trastornos de la conducta o problemas en el embarazo o nacimiento, anormalidades cerebrales o anomalías neurológicas.
- Nivel de estudios: El tener un bajo nivel de educación aumenta el riesgo.
- Nivel socioeconómico: La pobreza aumenta los sentimientos de estrés y frustración.
- Consumo de drogas y alcohol.
- Exposición a la violencia: Las personas que desde su infancia observan o son víctimas de violencia, tienen mayor riesgo de presentar comportamiento violento.

Factores del Hogar

- Tamaño o densidad de la vivienda: Familias numerosas viviendo en espacios pequeños.

- Historia de violencia familiar: Si hay antecedentes de violencia entre los miembros de la familia aumenta el riesgo de presentar conductas violentas.
- Dinámicas y normas de la casa: Las medidas disciplinarias muy autoritarias, se relacionan con un mayor índice de conductas violentas.

Factores de la comunidad o sociales

- Historias de violencia social (guerras).
- El desempeño de los sistemas policiales y judiciales.
- El tener acceso al uso de armas o drogas.
- El uso de violencia en los medios de comunicación.
- El tener altas tasas de crímenes en el vecindario.
- Características ambientales del vecindario: Cantidad de casas, alumbrado público en las calles, etc.

1.1.2. Consecuencias

En todo el mundo se llevan a cabo actos de violencia emocional, psicológica y sexual que dañan la salud física y psíquica de las personas. Los efectos no siempre se presentan en el mismo momento del episodio del maltrato, sino que pueden provocar secuelas que perduren a través del tiempo y en muchos casos provocar un deterioro permanente. En lo que se refiere al desgaste emocional se muestran diferentes trastornos de la conducta que afectan al individuo imposibilitándolo, muchas veces, para seguir con sus actividades diarias. El deterioro físico que sucede en estos casos en ocasiones puede provocar heridas leves y algunas veces, cuando es más grave, alcanza a provocar

daño neurológico o enfermedades de transmisión sexual. Además de todo esto la violencia deja costes sociales y económicos muy importantes (OMS, 2002).

En una muestra de 6,734 personas entre los 35 y los 75 años de edad estudiada en Lausanne Suiza, se encontró que la prevalencia de estar expuesto a un trauma y a presentar TEPT está fuertemente asociada con ser víctima y/o testigo de violencia (Perrin et al., 2013).

La violencia es una problemática compleja que se da en diferentes contextos y hacia diferentes sujetos, en cada uno de ellos la dinámica es distinta. Este es el motivo por el que se ahondará en escenarios específicos en los que se da la violencia como son la calle y el hogar, y por las características de la población de este estudio también se hablará sobre el crimen organizado.

1.2. Violencia en la calle

A pesar de que no existe una conceptualización en sí de este tipo de violencia, la violencia en la calle forma parte de la violencia en la comunidad, es decir, los actos violentos que se dan fuera de la esfera familiar (Young, 2010). Es un tipo de violencia dirigida hacia los demás y que afecta negativamente a una persona o a una comunidad; es cometida por un extraño o por alguien conocido (Richters y Martínez, 1993), e incluye disparos, amenazas con navajas, acoso sexual, asalto, amenazas, ya sea con o sin uso de la fuerza física, ser abordado por narcotraficantes, portar un arma, observar el cadáver de una persona o cómo la matan (Richters y Saltzman, 1990).

Existen varios elementos que pueden incrementar la posibilidad de vivir algún episodio violento en la calle como: el hacinamiento en las viviendas, los altos niveles de

migración, el aumento de familias monoparentales, los problemas económicos, el tener al alcance armas de fuego, la violencia en los medios, las secuelas de la guerra civil y las normas culturales. Otros factores son el género, el nivel socioeconómico, el abuso de alcohol y drogas, la exposición temprana a la violencia o el ser víctima o testigo de abuso físico o psicológico (Morrison, Buvinic y Shifter, 2003).

Todas estas características que acabamos de mencionar tienen una influencia para determinar el papel de un individuo en la dinámica de la violencia ya sea como agresor, víctima o testigo de violencia. Uno de los grupos más vulnerables a estas situaciones son los niños.

1.2.1. Niños testigos de violencia en la calle

El ser testigo de este tipo de violencia se define como el estar expuesto frecuente y continuamente al uso de armas de fuego, drogas y violencia al azar (Osofsky, 1995). Por otra parte Aisenberg, Trickett, Menenn, Saltzman y Zayas (2007), realizaron un estudio sobre los efectos de estar expuesto a violencia en la comunidad. La muestra estuvo constituida por 47 mujeres latinas y sus hijos adolescentes, el objetivo era medir la asociación entre la exposición a la violencia a lo largo de la vida y los problemas de comportamiento en los niños. Se encontró que más del 80% de los niños y más del 68% de las madres reportaron haber sido al menos en una ocasión testigo o víctima de violencia en la calle. Sin embargo habrá que destacar que estudios recientes sugieren que la depresión materna funciona como un mediador entre los problemas de conducta en los niños, ya que reduce en ellos las consecuencias de la exposición directa a la violencia en la comunidad en más de un 50%. Los autores afirman que la depresión

materna es un factor más importante que la exposición del niño a la violencia en la comunidad y por lo tanto, influye negativamente en los problemas de conducta de los niños.

Harpaz-Rotem, Murphy, Berkowitz, Marans y Rosenheck (2007), mencionan que los niños son más propensos a ser testigos de eventos traumáticos y los adolescentes son los que presentan mayor riesgo a ser víctima de violencia en la calle, y ser lesionado físicamente.

En un estudio llevado a cabo por Finkelhor, Turner, Ormod y Hamby (2009), se encontró que en una muestra de Estados Unidos de 4,549 niños y jóvenes, el 60,6% habían experimentado violencia en la comunidad de manera directa o como testigos de la misma en el año anterior al estudio. O'Donnell, Roberts y Schwab-Stone (2011), en la investigación sobre la violencia en la comunidad en la República de Gambia, encontraron en una muestra de 653 estudiantes de secundaria altos niveles de exposición a la violencia: Más de la mitad de los alumnos informaron haber observado en alguna ocasión cómo alguien era amenazado, golpeado, asaltado o apuñalado con un cuchillo y herido gravemente. Casi la mitad de los adolescentes denunciaron haber sido golpeados o asaltados durante el año posterior al del estudio, y casi una cuarta parte reportó haber sido amenazado.

1.2.2. Consecuencias.

Se han analizado en diferentes estudios las consecuencias que tiene para los niños el haber sido testigos de actos violentos. Los autores han encontrado que el

trastorno que se presenta en la mayoría de los niños es el TEPT. Este problema es uno de los más comunes, otros como la agresión, el decremento de las habilidades escolares y bajos niveles de satisfacción también forman parte de los efectos (Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jacques-Tiura y Baltes, 2009; Young 2010).

Otra de las consecuencias frecuentes es la depresión. Holtzman y Roberts (2012), en una muestra de 232 adolescentes encontraron que los conflictos familiares son un mediador entre la exposición a la violencia en la comunidad y los problemas de depresión. Es decir que cuantos más conflictos familiares presenten los adolescentes más probabilidades tendrán de sufrir exposición a la violencia en la comunidad y de presentar depresión.

En un estudio realizado por Latzman y Swishe (2005), con una muestra de 12.000 adolescentes de Estados Unidos, acerca de si hay asociación entre el estar expuesto a violencia en la calle, violencia en la adolescencia y la depresión, se encontró que tanto el estar expuesto a violencia en la calle y la violencia en la adolescencia tienen una asociación alta con la depresión.

Otra secuela que se puede presentar es la ansiedad. Overstreet (2000) realizó una revisión bibliográfica sobre el tema de ser testigo de violencia en la comunidad y sus consecuencias. Hallando en varios estudios la ansiedad como trastorno frecuente entre las consecuencias de este hecho.

En otro estudio con adolescentes afroamericanos se encontró una fuerte asociación entre el estar expuesto a violencia en la comunidad y el riesgo de presentar problemas académicos y agresión (Busby, Lambert, y Jalongo, 2013).

El problema de violencia en la calles de Ciudad Juárez se ha incrementado en los últimos años debido al aumento del crimen organizado. Es por esto que este elemento es de suma importancia para esta investigación.

1.3.Crimen organizado

El crimen organizado se define como un grupo constituido por tres o más miembros, que perdure durante un tiempo, y cuyo propósito es el realizar uno o varios delitos con la intención de obtener un pago monetario o material (United Nations, 2002).

Existen ciertas características que hacen que una organización criminal funcione. Primero tenemos el hecho de que hay muchas personas conectadas en las actividades criminales y que existen fuertes jerarquías donde los líderes tienen gran poder. Otra de las características es, que existe un respeto y mucha disciplina en las reglas que se imponen y por último que conservan en secreto todos los movimientos de la organización (Shehu, 2010).

Se calcula que en el mundo, del año 1900 al año 1987, 191 millones de personas perdieron la vida a consecuencia directa o indirecta de algún conflicto armado (Rummel, 1999).

México, durante los últimos años, ha sufrido un incremento de la violencia relacionada con el crimen organizado. De acuerdo con datos oficiales, de 2006 a 2010 han muerto 30,196 personas en este contexto, entre ellas, 913 niños menores de 18 años

edad (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2010). Ciudad Juárez es una localidad con altos índices de violencia; en enero de 2010 los asesinatos se incrementaron en un 20% y este mismo año se cerró con más de 2861 asesinatos. Algunos factores clave favorecen la presencia de violencia en Ciudad Juárez: la ubicación de la ciudad, ya que es frontera con Estados Unidos y muchas personas fluctúan para tratar de emigrar, los altos índices de pobreza, la baja calidad de vida, la presencia abrumadora de grupos de narcotraficantes y las pandillas juveniles (Guerrero, 2010). De acuerdo a Cruz (2011), en un estudio que se llevó a cabo por el Colegio de la Frontera Norte, la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y el Tecnológico de Monterrey, se estima que cerca de 25 mil menores que viven en Ciudad Juárez tienen la probabilidad de tener contacto con el narcotráfico.

1.3.1. Los niños testigos del crimen organizado

Muchos niños están expuestos a presenciar diferentes actos de terrorismo o del crimen organizado. Durante los últimos años miles de infantes han observado este tipo de sucesos (guerras, bombardeos, enfrentamientos de grupos de narcotráfico). Ningún menor está exento de los efectos traumáticos que provoca el ser espectador de esta clase de eventos (Ahmed, 2007).

Primero hay que aclarar los diferentes roles posibles en una situación de este tipo. No es lo mismo ser actor que ser víctima u observador, existe lo que se denomina nivel de exposición al suceso el cual se divide en tres niveles, en el primer nivel la persona actúa en el evento, en el segundo nivel es herido y en el tercer nivel solo es

espectador, de acuerdo a las características de este estudio hablaremos sobre los factores de riesgo del tercer nivel.

El primer factor de riesgo es el género; las niñas suelen manifestar más sus sentimientos y tienden a mostrar ansiedad y/o depresión. Los niños en general tienen más dificultad para expresar lo que sienten y pueden mostrar agresividad con mayor frecuencia. La edad y la experiencia para entender el contexto es también importante; los más pequeños tienen menos habilidades y recursos, lo que les dificulta la comprensión de la situación. Por su parte, los mayores cuentan con más herramientas para enfrentarse al evento. Si los niños antes del evento tienden a ser individuos seguros y cuentan con herramientas de afrontamiento, será más fácil que presenten menores afectaciones ante una situación de peligro, mientras que los menores más inseguros tendrán más dificultad para saber cómo manejar el problema y mayores probabilidades de exhibir efectos más graves y duraderos. Por último el apoyo de la familia; si se cuenta con una familia en donde existe buena relación, hay confianza, comunicación y soporte, esto ayudará a disminuir los síntomas de las situaciones traumáticas, mientras que en los hogares en donde hay conflictos y no hay una buena dinámica es más probable que los síntomas se agraven (Owen, 2008).

1.3.2. Consecuencias

El crimen organizado deja fuertes secuelas emocionales y físicas en los individuos, que en varias ocasiones perduran a lo largo de la vida, causando problemas en su desarrollo.

Después del 22 de julio de 2011, cuando Noruega fue blanco de dos ataques terroristas que consistieron en la explosión de una bomba en el centro de Oslo y después un tiroteo en la Isla de Utoya, se realizó un estudio para medir el TEPT en 325 sobrevivientes expuestos a los atentados. Se encontró que el estrés postraumático fue 6 veces más grande que en la población en general (Dyb et al.,2011)

En un estudio llevado a cabo por Ahmed (2007), se encontró que los niños expuestos a eventos traumáticos tienen mayor probabilidad de presentar TEPT, y enfermedades físicas como el asma bronquial, hipertensión y úlceras pépticas. Por lo que se refiere a los problemas emocionales la depresión y la ansiedad son los trastornos que se muestran con mayor frecuencia. De acuerdo a Williams (2006), otros efectos son “el estrés agudo, el estrés crónico, los trastornos psiquiátricos, incluyendo: ansiedad emocional y trastornos fóbicos, trastornos depresivos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de adaptación y abuso de sustancias”.

En otra investigación que se realizó con 516 adolescentes de Nápoles donde el crimen organizado es más frecuente que en otras ciudades de Italia, se observaron los efectos de la exposición a la violencia en la comunidad en el comportamiento antisocial, la ansiedad y depresión, y se encontró que tanto el comportamiento antisocial como la depresión y la ansiedad tienen una correlación positiva con ser testigo y/o víctima de violencia en la calle y de presentar bajos niveles de control parental (Bacchini, Concetta y Affuso, 2011).

Cuando los menores son testigos de algún evento traumático suelen manifestar las consecuencias de una forma muy diferente a la de los adultos ya que existen muchas

diferencias en la manera en que los niños perciben e interpretan estos acontecimientos y cómo procesan cognitivamente esos sucesos y el modo de responder a ellos.

Owen (2008), realizó una división por edades sobre las diferentes manifestaciones:

- Los niños de 2 a 5 años manifestaron temores a la soledad, a fantasmas o lugares oscuros, berrinches, fantasías sobre que el evento no ocurrió, dependencia a los padres, miedo a alejarse de ellos, conductas desfasadas para su edad.
- De los 6 a los 9 años se encontró acentuación de la agresión, furia, culparse del acontecimiento, no reconocer que el evento ocurrió, conflictos escolares, problemas de memoria y concentración, somatización (dolores frecuentes cabeza, estómago), temor a sufrir la pérdida de personas importantes, llanto recurrente y aislamiento social.
- De los 9 a los 12 años, enojo hacia el suceso traumático, desánimo, aislamiento, temores, ansiedad y horror, negación de las emociones y evitación de hablar del evento, culpa, cambios en el deseo por la comida y en el sueño, quejas de malestares físicos, conflictos escolares, no querer acudir a la escuela, problemas de memoria y concentración, ideas constantes sobre el suceso y problemas de expresión exagerada.
- Para finalizar de los 13 a los 18 años podemos hallar una evitación de las emociones, alejamiento de los miembros del hogar y de amigos, pérdida de la confianza, depresión, pensamientos sobre quitarse la vida, colaboración en actividades peligrosas o ilícitas, empleo de drogas,

conflictos escolares, no comer o excederse con la comida y problemas en el sueño.

1.4. Violencia familiar

Se desarrolla dentro de un hogar y es ejercida por uno o varios miembros de la familia. La violencia familiar consiste en los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos (OMS, 2002). Dentro de la violencia familiar incluiremos la violencia doméstica, que se da cuando uno de los integrantes de la pareja daña física, psicológica o sexualmente a la otra persona (Centers for Disease Control and Prevention, 2006). Existe una clasificación de los diferentes tipos de violencia que se pueden dar dentro de la violencia doméstica, uno de ellos es la violencia física, que se refiere a cualquier acción sobre el cuerpo que el otro haga intencionalmente para causar daño. La persona agredida se encuentra en riesgo de ser lastimada físicamente, inclusive si no son lesiones graves o no se causa ninguna lesión. Algunas acciones que se cometen en este contexto pueden ser pegar, amenazar con cuchillos u otro tipo de armas, propinar patadas, morder, etc.

En cuanto a la violencia sexual, aunque el abuso sexual se clasifica dentro del abuso físico, es importante especificarlo de manera independiente. Clínicamente se define como cualquier acto sexual no deseado por alguna de las dos personas de la pareja, incluye el realizar el acto sexual contra su voluntad, acoso, abuso o violación (Flury, Nyberg y Riecher-Rössler, 2010). La violencia emocional no sólo se refiere a la

agresión verbal en sí, son varios comportamientos que lastiman al individuo. Si es constante produce un deterioro en la autoestima, se pierde el valor de defenderse y tomar decisiones. Se manifiesta a través de críticas constantes, amenazas, degradaciones, etc., (Lammoglia, 2009).

En 48 encuestas de base poblacional realizada en todo el mundo se encontró que entre el 10% y el 69% de las mujeres fueron agredidas físicamente por sus parejas en algún momento de su vida (OMS, 2002).

En lo que se refiere a los porcentajes en México, en uno de cada tres hogares se registra algún tipo de violencia, los agresores más frecuentes son los hombres 49.5%, las expresiones más comunes de maltrato psicológico son los gritos (86%) y los enojos (41%), dentro de la violencia física, los golpes con el puño se presentaron en un 42%, bofetadas 40% y golpes con objetos 23%. Las personas más afectadas son los hijos e hijas 44.9% (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2003).

Los factores de riesgo son de relativa importancia para poder dar una explicación y entender por qué la violencia familiar es tan frecuente. Los motivos por los cuales una persona vive dentro de una dinámica de violencia dependen de varios aspectos. No es sólo la influencia de un solo miembro del hogar lo que lleva a la violencia en casa, sino que es el conjunto de varias causas de cada uno de los individuos que forman parte de la esfera familiar y que mencionamos a continuación:

La explotación; en varias ocasiones las mujeres son forzadas a trabajos excesivos en el hogar o los niños también trabajan para obtener ingresos. Los estereotipos de género; el hombre por su ser masculino tiene más fuerza que la mujer y

la trata como objeto de su propiedad utilizando la fuerza física para controlarla. Otro factor son las adicciones; cuando las personas están bajo la influencia del alcohol o alguna droga, suelen mostrar una actitud violenta, también la historia familiar; cuando los individuos provienen de hogares en donde hubo violencia tienden a normalizar la situación y utilizan la violencia como una herramienta para solucionar problemas, existen diferentes conflictos como la pobreza, el desempleo, los problemas sociales y legales, estereotipos de crianza; algunos padres tienden a utilizar los golpes como medidas correctivas para sus hijos, en algunas ocasiones los golpes pueden provocar heridas físicas. Por último tenemos el aislamiento familiar; las familias se separan de su esfera social, no tienen contacto con otros parientes que están fuera del hogar, con amigos o compañeros de escuela o trabajo (Conde, 2011).

Como ya se mencionó con anterioridad la violencia familiar tiene diferentes maneras de presentarse dentro del hogar, un alto índice de niños son testigos de este tipo de violencia.

1.4.1. Niños testigos de violencia familiar

Este es un tema sobre el cual se ha estudiado mucho. Antes se creía que los niños no eran afectados al ser sólo observadores de la violencia, pero existen numerosos estudios que demuestran que las repercusiones son iguales a aquellos que la sufren directamente. El porcentaje en el mundo de niños que son testigos de violencia doméstica oscila entre el 40 y el 78% (Viola, 2010).

1.4.2. Consecuencias

Aunque las repercusiones de la violencia familiar afectan a todos los integrantes del hogar, la manera de manifestarlo es diferente en cada persona.

La violencia doméstica afecta principalmente a la mujer. A corto, medio y largo plazo pueden presentarse lesiones físicas, problemas psicosomáticos, trastornos psicológicos, y falta de cuidado en cuestiones de salud: no acudir a revisiones médicas, o presentar síntomas de alguna enfermedad y no cuidarse adecuadamente (Flury et al., 2010). A nivel físico la mujer puede presentar golpes, lesiones, heridas, quemaduras, violación, enfermedades de transmisión sexual, embarazos de riesgo y aborto o inclusive la muerte. Emocionalmente se dan problemas por somatización, ansiedad, depresión, TEPT, intentos de suicidio, problemas con drogas o alcohol, el uso de la violencia con sus propios hijos y disfunciones sexuales. A nivel social se encuentra a menudo pérdida del trabajo, absentismo, y aislamiento social.

Entre las consecuencias en el agresor se describen sentimientos de fracaso, frustración y resentimiento, problemas para solicitar atención psicológica y psiquiátrica, retraimiento y pérdida de reconocimiento social, rechazo por parte de la familia y los amigos, peligro de ser denunciado y encarcelado, problemas de pérdida de la familia e incapacidad para tener relaciones sexuales satisfactorias con su pareja (Fernández et al., 2003).

En cuanto a las consecuencias para los niños testigos de violencia familiar, el trastorno que se presenta la mayoría de los casos es el TEPT (Graham-Berman y Levendosky, 1997; Rivett, Howarth y Harold, 2006).

Existen otros trastornos frecuentes que se generan como son la depresión y la ansiedad (Adams, 2006). Los niños también pueden exteriorizar problemas de conducta, agresividad y comportamiento antisocial (Duncan, 2005).

En un estudio sobre la psicopatología y el deterioro de la capacidad funcional en niños y adolescentes expuestos a violencia doméstica que se realizó en Barcelona, España, se encontró que a mayor grado de exposición a la violencia mayor será el riesgo de psicopatología y las puntuaciones en las escalas de ansiedad y depresión serán más elevadas (Fernández, Ezpeleta, Granero, De la Osa y Doménech, 2011).

En lo que concierne a los niños dentro de esta dinámica de violencia, se percibió que las repercusiones que se tienen varían de acuerdo a las características del tipo de violencia y el lugar en donde se da. Algunos trastornos como el TEPT, además de la depresión y ansiedad, se manifiestan como consecuencia de casi todas las formas de violencia. Es tal su importancia, que se convierten en objetivos fundamentales de esta investigación.

1.5. Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Este trastorno se da exclusivamente en personas que pasan por un evento traumático. No se refiere solamente a presentar miedo, si no que produce conductas extremas de terror que están fuera de control de la persona. No tiene que haber pasado una situación extrema para que se manifieste. Algunas veces sólo el hecho de ser testigo de un acontecimiento horrendo o haber oído sobre éste, es suficiente para que se presente el TEPT. Los sucesos estresantes que pueden provocar el desarrollo este trastorno son los desastres naturales (tsunamis, terremotos), accidentes automovilísticos,

bombarddeos, tiroteos, abusos físicos, psicológicos y sexuales, torturas, secuestros, etc (Hernández-Gúzman y Sánchez Encalada, 2008).

La definición de TEPT es: “Desarrollo de síntomas como respuesta a eventos tan graves que la mayor parte de las personas se sentirían estresadas por éstos. Con frecuencia, los síntomas incluyen una sensación de aturdimiento o la reexperimentación psicológica del suceso en los pensamientos, sueños o pesadillas” (Sarason y Sarason, 1996, p. 153). Para diagnosticar a alguien con este trastorno se necesita no sólo el haber estado expuesto a la situación traumática sino presentar una sintomatología específica, que definiremos a continuación.

Debemos aclarar que para este estudio se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, ya que la versión DSM-5 aún no se encontraba disponible cuando se realizó esta investigación. A continuación se muestran los criterios diagnósticos, así como las diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.

1.5.1. Criterios diagnósticos

Tabla 1

Criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático y diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.

DSM-IV-TR	DSM-5
<p>A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El sujeto ha experimentado, presenciado o enfrentado a uno o varios sucesos de peligro, amenazas de muerte o lesiones graves o representa una amenaza para la integridad física o la de los otros. 2. La respuesta del individuo debe incluir un terror grave. Los niños afectados presentan una conducta alterada. <p>B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En niños mayores constantes recuerdos del evento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones. En menores más pequeños se muestran constantes juegos referentes al trauma. 2. Pesadillas 3. La persona actúa como si el episodio estuviera ocurriendo de nuevo, en niños de menor edad pueden crear escenarios específicos del suceso. 4. Malestar psicológico agudo a exponerse a estímulos internos o externos que signifiquen o recuerden el acontecimiento traumático. 5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que signifiquen o recuerden al acontecimiento traumático. 	<p>A. La persona ha estado expuesta a: muerte o amenaza de muerte o peligro de daño grave, o violación sexual real o amenaza, en una o más de las siguientes maneras:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Experimentar uno mismo el acontecimiento. 2. Ser testigo del acontecimiento que le ha ocurrido a otro. 3. Tener conocimiento de un acontecimiento que le ha ocurrido a alguien cercano o a un amigo. 4. Experimentar exposiciones repetidas o de extrema aversión a detalles del acontecimiento (por ejemplo personal de emergencias que recoge partes del cuerpo; y a ser expuestos repetidamente a detalles sobre abuso infantil). <p>B. Síntomas intrusivos que están asociados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), tal y como indican una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdos dolorosos del acontecimiento traumático, espontáneos o con antecedentes recurrentes, e involuntarios e intrusivos. 2. Sueños recurrentes angustiosos en los que el contenido y / o la emoción del sueño están relacionados con el acontecimiento. 3. Reacciones disociativas (por ejemplo, <i>flashbacks</i>) en el que el individuo se siente o actúa como si el acontecimiento traumático estuviese ocurriendo (éstas reacciones pueden ocurrir en un continuo, en el que la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del entorno). 4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático. 5. Importantes respuestas fisiológicas al recordar el acontecimiento traumático.

Tabla 2

Criterios Diagnósticos del trastorno de estrés postraumático y diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.

DSM-IV-TR	DSM-5
<p>C Evitación constante de estímulos relacionados con el trauma y embotamiento de la reactividad habitual (ausentes antes del trauma), indicada por tres o más de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos por evadir pensamientos, emociones o pláticas relacionados con el trauma. 2. Esfuerzos por evitar actividades, lugares y personas, que remuevan los recuerdos del trauma. 3. Incapacidad para acordarse de un aspecto significativo del trauma. 4. Disminución acusada del interés o colaboración en actividades significativas. 5. Sentimiento de desapego o enajenación frente a los demás 6. Afecto restringido. Es decir discapacidad para mostrar sentimientos de amor. 	<p>C. Evitación persistente de estímulos relacionados con el acontecimiento traumático (iniciados después del acontecimiento traumático), a través de la evitación de una (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitación de recordatorios internos (pensamientos, sentimientos o sensaciones físicas) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático. 2. Evitación de recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que estimulan recuerdos relacionados con el acontecimiento traumático.
<p>D Criterio D Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conflicto para iniciar o conservar el sueño. 2. Irritabilidad o ataques de ira. 3. Problemas de concentración. 4. Hipervigilancia. 5. Respuestas de sobresalto exageradas. 	<p>D. Alteraciones negativas en las cogniciones y del estado de ánimo que se asocian con el acontecimiento traumático (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Incapacidad para recordar un aspecto importante del acontecimiento traumático 2. Persistente y exageradas expectativas negativas sobre uno mismo, otros, o sobre el futuro 3. Culpa persistente sobre uno mismo o sobre los otros sobre la causa o las consecuencias del acontecimiento traumático. 4. Estado emocional negativo generalizado- por ejemplo: miedo, horror, ira, culpa o vergüenza. 5. Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas. 6. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás. 7. Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas

Tabla 3

Criterios Diagnósticos del trastorno de estrés postraumático y diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.

DSM-IV-TR	DSM-5
<p>E La duración de estos síntomas de los criterios B, C y D se alargan más de un mes.</p>	<p>E. Alteraciones en la activación y reactividad que están asociados con el acontecimiento (iniciadas o empeoradas después del acontecimiento traumático), tal y como indican tres (o más) de las siguientes formas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comportamiento irritable, enojado o agresivo. 2. Comportamiento temerario o auto-destructivo. 3. Hipervigilancia. 4. Respuestas exageradas de sobresalto. 5. Dificultades para concentrarse. 6. Trastornos del sueño - por ejemplo, dificultad para quedarse o permanecer dormido. <p>* Los síntomas necesarios para el cumplimiento de este criterio serán contrastados con datos a nivel empírico.</p>
<p>F El trastorno causa una molestia clínicamente significativo o un deterioro social, escolar, etc.</p>	<p>F La duración de estos síntomas de los criterios B, C y D se alargan más de un mes.</p> <p>G Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>H Los problemas no se deben a efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una condición médica general.</p>

1.5.2. Prevalencia

La prevalencia de TEPT alguna vez en la vida en la población mundial es de 1 a 4% (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, y Nelson, 2005). De acuerdo a Baker et al. (2005) la prevalencia en México de TEPT es del 11.5%.

1.5.3. Factores de riesgo

Existen diversos factores por los cuales el TEPT tiene más probabilidades de presentarse: la gravedad del trauma; la falta de formación, la edad; (los de menor edad son más vulnerables); género; (las mujeres son más propensas); la raza;(las minorías étnicas tiene mayor probabilidad de sufrirlo); la historia psiquiátrica personal; la historia psiquiátrica familiar; el bajo nivel socioeconómico; la falta de apoyo social; el maltrato o abuso infantil; la exposición a experiencias traumáticas previas, el estrés cotidiano; problemas psicológicos y la mala dinámica familiar (Brewin, Andrews, y Valentin, 2000; Trickey, Siddaway, Meiser-Stedman, Serpell, y Field, 2011).

El TEPT es un trastorno que por su amplia gama de síntomas, afecta gravemente a las áreas emocionales, físicas y sociales del niño.

1.6. Depresión

La depresión se manifiesta por la exhibición de síntomas de un estado de ánimo negativo seguido de ciertas dificultades somáticas, cognitivas, y de conducta. En los niños y adolescentes se puede ver que el placer ha desaparecido, muestran aislamiento social, baja autoestima, problemas para concentrarse, bajo rendimiento académico, alteraciones en el sueño, en la manera de comer y en la eliminación y suelen presentar síntomas somáticos (Wicks-Nelson, y Israel,1997). La depresión se define como un “Sentimiento penetrante de tristeza que puede comenzar después de alguna pérdida o algún suceso estresante, pero que continúa mucho tiempo después. Son característicos los patrones de pensamientos inapropiados que generalizan todos los eventos como una

calamidad” (Sarason y Sarason, 1996, p.287). A continuación pasamos a describir los criterios para el diagnóstico de la depresión de acuerdo a la *American Psychiatric Association*, (2002) en el DSM-IV-TR.

1.6.1. Criterios diagnósticos

Tabla 4

Criterios diagnósticos de la depresión y diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5.

DSM-IV-TR	DSM-5
<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p>	<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.</p>
<p>B Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.</p>	<p>B Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.</p>
<p>C Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.</p>	<p>C Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).</p>
<p>D Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).</p>	<p>D La aparición del episodio depresivo mayor no es mejor explicada por trastorno esquizoafectivo , esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, o a otro espectro, incluso los no especificados esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p>
<p>E Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.</p>	<p>E Nunca se ha presentado un episodio maníaco o un episodio hipomaniaco.</p>

1.6.2. Prevalencia

Se calcula que en el mundo 350 millones de personas están afectadas por la depresión. En la encuesta de World Federation for Mental Health, (2012) se descubrió que en promedio 1 de cada 20 personas mencionó haber tenido un episodio depresivo en el año anterior al estudio. La depresión infantil en México es del 34%, en el Hospital del Niño Desarrollo Integral para la Familia (DIF) se llevó a cabo una investigación con el 15% de la población total que acudió por vez primera al departamento de psicología se diagnosticó con depresión infantil (Rodríguez y Ortiz, 2008).

Los niños muestran la depresión de una manera diferente a los adultos, los menores exhiben más quejas somáticas, rechazo social, pérdida del interés y de la capacidad de vivir el placer, desequilibrio en las pautas de alimentación, en el sueño, el peso, actividad, energía, autoestima, motivación y por lo general presentan menos enlentecimiento en comparación con adolescentes y adultos (Ramírez y Avila, 2013).

1.6.3. Factores de riesgo

El primero es el sexo: Las mujeres muestran una frecuencia de depresión del doble que los varones.

La historia familiar: Si existen antecedentes de que algún miembro de la familia sufrió depresión, el riesgo de que otro miembro de la familia la presente aumenta.

La presencia de trastornos físicos o mentales. Algún cambio importante en la vida como trabajo, escuela, etc. Otros factores de riesgo son: haber sufrido la pérdida de un ser querido; la falta de apoyo social; el tener un bajo nivel socioeconómico; factores psicológicos, por ejemplo autoestima baja con niveles de estrés alto y con una actitud negativa y problemas de sueño como el insomnio (Sarason y Sarason, 1996).

1.7. Ansiedad

La ansiedad se puede definir como “un complejo patrón de tres tipos de reacciones ante la percepción de una amenaza: respuestas motoras (por ejemplo salir corriendo, voz temblorosa, cerrar los ojos), respuestas fisiológicas (por ejemplo cambio en la frecuencia cardíaca, tensión muscular, molestias de estómago), y respuestas subjetivas (por ejemplo pensamientos de peligro, pensamientos de falta de capacidad, imágenes de daños corporales)” (Wicks-Nelson y Israel, 1997). Seguidamente exponemos los criterios para el diagnóstico de este trastorno de acuerdo con lo postulado por la *American Psychiatric Association*, (2002) en el DSM-IV-TR

1.7.1. Criterios de diagnóstico

Tabla 5

Diferencias entre el DSM-IV-TR y el DSM 5 de los criterios diagnósticos de ansiedad.

DSM-IV-TR	DSM-5
<p>A Ansiedad y preocupación excesiva, que la mayoría de los días están presentes, durante un tiempo de 6 meses, por encima de ciertos eventos o acciones (como el desempeño académico o laboral.</p>	<p>A Ansiedad y preocupación excesiva, que la mayoría de los días están presentes, durante un tiempo de 6 meses, por encima de ciertos eventos o acciones (como el desempeño académico o laboral.</p>
<p>B A la persona le cuesta trabajo el dirigir el estado de constante preocupación.</p>	<p>B A la persona le cuesta trabajo el dirigir el estado de constante preocupación.</p>
<p>C La ansiedad y la preocupación se relacionan con tres o más síntomas que a continuación se muestran, estando presentes la mayoría de los días y durante un tiempo de 6 meses, los niños solo necesitan mostrar un síntoma.</p>	<p>C La ansiedad y la preocupación se relacionan con tres o más síntomas que a continuación se muestran, estando presentes la mayoría de los días y durante un tiempo de 6 meses, los niños solo necesitan mostrar un síntoma.</p>
<p>D Los síntomas de ansiedad y preocupación no se refieren a los de otro trastorno del Eje I y no aparecen solamente en el proceso de un trastorno por estrés postraumático.</p>	<p>D La ansiedad, la preocupación y los síntomas físicos generar una molestia clínicamente significativa o disminución social, laboral o de otras esferas significativas de la vida de la persona.</p>
<p>E La ansiedad, la preocupación y la sintomatología física generar una molestia clínicamente significativa o disminución social, laboral o de otras esferas significativas de la vida de la persona.</p>	<p>E La alteración no es a causa de los efectos de una sustancia como alguna droga o de alguna enfermedad y no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico generalizado del desarrollo.</p>
<p>F La alteración no es a causa de los efectos de una sustancia como alguna droga o de alguna enfermedad y no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico generalizado del desarrollo.</p>	<p>F La perturbación no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocuparse de tener ataques de pánico o trastorno de pánico, una negativa evaluación en el trastorno de ansiedad social contaminación en el trastorno obsesivo compulsivo y otras obsesiones, separación de figuras por el trastorno de ansiedad.</p>

1.7.2. Prevalencia

Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población en general es del 10.6% al 16.6% (Somers, Goldner y Waraich, 2006). En México es del 14:3% (Medina-Mora, Borges, Muñiz, Benjet y Jaimes, 2003). En los niños y adolescentes en el mundo son del 9-21% (Mardomingo, 2005).

1.7.3. Factores de riesgo

Existen algunas causas por las cuales las personas pueden ser más propensas a presentar ansiedad.

- El tener un nivel socioeconómico bajo: Los problemas de dinero generar tensión y altos niveles de estrés.
- El nivel de agresividad
- Problemas de violencia familiar
- Desenvolverse en un ambiente social violento
- El uso de drogas o alcohol

En los niños

- Inhibición conductual y social.
- Características temperamentales
- Antecedentes de depresión en la familia.
- Actitud excesivamente permisiva de los padres o actitud excesivamente autoritaria

- Expectativas y responsabilidades que se imponen sobre el niño fuera del alcance del niño

Todos los temas que se han explorado en la parte de la introducción de esta investigación muestran cifras, características y repercusiones a nivel individual, familiar y social que nos confirman la importancia sobre el tema de la violencia y los niños testigos de esta.

Es por esto que en nuestro estudio se va analizar el TEPT, la depresión y la ansiedad en un grupo de niños testigos de violencia en la calle y violencia familiar, que viven en Ciudad Juárez, Chihuahua, México.

Objetivos e Hipótesis

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

El objetivo general de esta investigación es estudiar a los niños testigos de violencia en la calle y violencia familiar que viven en Ciudad Juárez y medir los trastornos de TEPT, ansiedad y depresión.

2.2. Objetivos específicos

Estudio I

Estudiar la sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la ansiedad y la depresión en un grupo de niños testigos de violencia en la calle y compararlo con un grupo control.

Estudio II

Comparar la sintomatología de depresión y ansiedad en cuatro grupos diferentes. El primer grupo de niños testigos de violencia en la calle, el segundo grupo de niños testigos de violencia familiar, el tercer grupo de niños testigos tanto de violencia familiar como de violencia en la calle y el cuarto el grupo control.

3. Hipótesis

A continuación se muestran las hipótesis para cada uno de los estudio.

Estudio I

1. Los niños testigos de violencia en la calle obtendrán mayores puntuaciones en las escalas de depresión y ansiedad que el grupo control.
2. Se espera encontrar un porcentaje elevado de niños testigos de violencia en la calle con puntuaciones superiores al punto de corte en la escala de TEPT.

Estudio II

1. Los niños testigos de violencia en la calle presentarán mayores puntuaciones en la escala de ansiedad que los niños testigos de violencia familiar y el grupo control.
2. Los niños testigos de violencia familiar presentarán mayores puntuaciones en la escala de depresión que los niños testigos de violencia en la calle y el grupo control.
3. Los niños del grupo de los dos tipos de violencia (familiar y en la calle) presentarán mayores puntuaciones en la escala de depresión y en la escala de ansiedad que el grupo testigos de violencia familiar, el grupo testigos de violencia en la calle y el grupo control.

Estudio I

Estudio I

Sintomatología del Trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión en niños y niñas que han sido testigos de violencia en la calle que viven en Ciudad Juárez.

Resumen

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar la sintomatología del trastorno de estrés postraumático (TEPT), así como la depresión y la ansiedad en niños y niñas que han presenciado episodios de violencia en la calle que actualmente viven en Ciudad Juárez.

La primera hipótesis postula que esperamos que los niños testigos de violencia en la calle obtengan mayores puntuaciones en las escalas de depresión y ansiedad que el grupo control, el cual no presenció ningún tipo de violencia.

Como segunda hipótesis se espera encontrar un porcentaje elevado de niños testigos de violencia en la calle con puntuaciones superiores al punto de corte de la escala que mide TEPT, este porcentaje esperamos que sea más elevado que en el grupo control.

Para ello se ha realizado un estudio ex post facto donde comparamos el riesgo de padecer sintomatología de TEPT, ansiedad y depresión en niños testigos de violencia en la calle con respecto a un grupo control.

Se escogió una muestra de 59 niños/as entre los 7 y los 12 años. Veintinueve de ellos habían presenciado algún acontecimiento violento extremo en la calle (asaltos, tiroteos, gente herida de bala y/o riñas). Los 30 restantes formaron parte del grupo control.

Se aplicaron los siguientes instrumentos: Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED) en sus dos versiones padres e hijos, Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), Escala de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (CEP), Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV), Entrevista a padres ad hoc, Cuestionario ad hoc de Episodio Traumático(ET), Cuestionario ad hoc de Estado de Ánimo (EA) y el Four Factor Index of Social Status. Los resultados muestran que el 45% de los niños testigos de violencia en la calle presentan puntuaciones superiores al punto de corte (superior a 23 puntos) en la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y las escalas de depresión (CDI) y ansiedad (SCARED) fueron más altas en el grupo a estudiar que en el grupo control.

Palabras claves: Estrés postraumático/violencia en la calle/ depresión/ansiedad/niños.

Study I

Post-traumatic stress disorder symptoms, anxiety and depression in children who have witness's violence in the street living in Ciudad Juarez.

Abstract

The aim of this work consisted in studying to analyze the symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) and depression and anxiety in children who have witnessed violence in the street currently living in Ciudad Juarez.

As a first hypothesis we expect children witnessed violence on the streets get higher scores on scales of depression and anxiety than the control group, which did not witness any violence.

As a second hypothesis we expect to find a high percentage of child witnesses of violence in the street with scores above the cutoff scale measuring PTSD, we expect this percentage is higher than in the control group.

This has been made by an ex post facto study where we compare the risk of developing symptoms of PTSD, anxiety and depression in children witnesses of violence in the street with respect to a control group.

The sample consisted of 59 children of boys / girls aged 7 and 12 years old. Twenty-nine of them had witnessed some extreme violent event on the streets (assaults, shootings, people gunshot wound and / or arguments). The remaining 30 were part of the control group.

The following instruments were applied: *Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED)*, in two versions parents and children *questionnaire of child depression (CDI)*, *Scale of Disorder Symptoms of Post-traumatic stress (CEP)*, *questionnaire of exposure to violence (CEV)*, *Interview parents ad hoc*, *Ad hoc questionnaire Traumatic Episode (ET)*, *ad hoc Questionnaire Mood (EA)* and the *Four Factor Index of Social Status*. The results found that 45% of children witnesses' violence in the street scored higher than the cut-off ≥ 24 point in *Childhood disorder symptoms of PTSD Scale*, and the scores of the depression scale (CDI) and anxiety

(SCARED), were also higher in the group to study than in the control group, and depression scales (CDI) and anxiety (SCARED) were higher in the study group than in the control group.

Key words: posttraumatic stress disorder symptomatology / violence in the street/depression/anxiety/children.

Introducción

Durante los últimos años México se ha enfrentado a un considerable incremento de la violencia relacionada con el crimen organizado. De acuerdo con los datos oficiales, de 2006 a 2010 han muerto 30196 personas debido a estas circunstancias en todo el país. Entre ellas 913 niños menores de 18 años edad (Unicef, 2010). Ciudad Juárez es una localidad con altos índices de violencia, entre el 2006 al 2010 los asesinatos se incrementaron en un 20%. En ese mismo año trágico el balance se cerró con 2861 asesinatos.

Algunos factores clave favorecen la presencia de violencia en Ciudad Juárez. Uno de ellos es la ubicación de la ciudad, ya que es una población fronteriza con Estados Unidos y muchas personas transitan por la ciudad para tratar de emigrar. Otros factores son, los altos índices de pobreza, la baja calidad de vida, la la presencia abrumadora de grupos de narcotraficantes y las pandillas juveniles (Guerrero, 2010).

De acuerdo a Cruz (2011) en un estudio realizado por el Colegio de la Frontera Norte, la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez y el Instituto Tecnológico de

Monterrey, se estima que cerca de 25 mil menores que viven en Ciudad Juárez se encuentran en una situación vulnerables a los efectos del narcotráfico.

Ser testigo de este tipo de violencia se define por el hecho de haber estado expuesto frecuente y continuamente al uso de armas de fuego, drogas y violencia al azar (Osofsky, 1995). Se han analizado en diferentes estudios las consecuencias que sufren los niños que han sido testigos de violencia en la calle. (Williams, 2006; Foster y Brooks-Gunn, 2009; Kelly, 2010; Sternthal, Jun, Earls y Wright, 2010; Sharkey, Tirado-Strayer, Papachristos y Raver, 2012;)

El primer trastorno que se presenta en la mayoría de los niños es el TEPT, por lo tanto, este problema es uno de los más comunes. Algunos otros como la agresión, el decremento de las habilidades escolares y los niveles bajos de satisfacción también forman parte habitualmente de los efectos producidos por la exposición a situaciones de violencia extrema (Fowler, et al., 2009; Young, 2010).

En el estado de Chihuahua se llevó a cabo una investigación con 125 niños diagnosticados de TEPT. Todos ellos eran pacientes del área de psicología infantil del Hospital Infantil del estado de Chihuahua. Se encontró que en el 41,6% de los pacientes el evento desencadenante había sido la violencia experimentada o presenciada (Hinojos et al., 2011).

Según la definición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV TR, American Psychiatric Association, 2002), el TEPT se presenta cuando el individuo ha estado expuesto a un acontecimiento traumático en el que:

- 1) Ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (por ejemplo guerras, atentados o catástrofes).
- 2) Ha respondido con temor, desesperanza o un horror intenso.
- 3) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente, muestra evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, así como síntomas persistentes de aumento del estado de alerta.
- 4) Estas alteraciones duran más de un mes y provocan un malestar significativo o deterioro de las relaciones sociales, la actividad laboral o de otras áreas importantes de la vida de la persona.

Entre las consecuencias negativas del TEPT se encuentra frecuentemente la asociación con otros trastornos como puede ser el caso de la ansiedad y la depresión (Neumann, Houskamp, Pollock, 1996; Boney-McCoy y Finkelhor, 1996; De Arellano et al., 2009; Holtzman y Roberts, 2012).

Por lo que se refiere a los síntomas depresivos, para un niño puede resultar difícil expresar la disminución del interés por las actividades importantes y el embotamiento de sus sentimientos y afectos. Estos síntomas deben ser objeto de una cuidadosa valoración mediante el testimonio de los padres, profesores y otros observadores adultos. En los niños la sensación de un futuro desolador puede traducirse

en la creencia de que su vida no durará tanto como para llegar a la edad adulta. También puede producirse la "elaboración de profecías". Es decir, la creencia en una especial capacidad para pronosticar acontecimientos futuros desagradables. Adicionalmente los niños también pueden presentar varios síntomas físicos asociados a la ansiedad, como dolores de estómago y de cabeza (Kaplan y Sadock, 2003).

Aunque existen estudios en México sobre niños testigos de violencia como los de (Bolaños, Loredó, Trejo y Huerta, 2010; Girard, 2010; Williams, 2010; Ramos, Saltijeral, y Caballero, 2013) no hay ninguno que se refiera específicamente a niños testigos de violencia en la calle y que además explore la sintomatología de TEPT, la ansiedad y la depresión.

Los argumentos anteriores muestran que es crucial que se realicen estudios más minuciosos acerca del TEPT en los niños provocado por eventos violentos, así como su relación con otros trastornos.

Esta investigación se centra en el estudio de la relación que hay entre el TEPT, la ansiedad y la depresión en niños testigos de violencia en la calle y su comparación con un grupo control.

Método

Participantes

La selección del grupo expuesto se llevó a cabo en los Centros Municipales de la Coordinación de Bienestar Infantil de Ciudad Juárez. Se buscó que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: Niños y niñas entre los 7 y los 12 años ($\bar{x}=9,58$ años;

$s = 1,84$ años) que han sido testigos de un acontecimiento violento en la calle en Ciudad Juárez, y que dicho acontecimiento se hubiera presentado en el último año. El porcentaje de participantes por género fue el 38% niñas y el 62% niños.

El grupo control fue seleccionado entre los alumnos de la Escuela Primaria Alianza por la Educación. Se buscó que tuvieran características socioeconómicas similares al grupo a estudiar y que no hubieran presenciado ningún acontecimiento violento en la calle. El 50% fueron niñas y el 50% niños. ($\bar{x} = 10,13$ años; $s = 0,90$ años). El nivel socioeconómico de la muestra total estuvo constituido por el 88% de nivel bajo y nivel medio bajo y el 12% de nivel medio, el nivel socioeconómico de los dos grupos fue evaluado mediante la escala *Four Factor Index of Social Status* (Hollingshead 1975; Canals 2002). En la tabla 6 podemos hallar una descripción de la muestra.

Instrumentos

Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático *Child PTSD Symptom Scale CPSS* (Foa, Johnson, Feeny y Treadwell 2001; Bustos, Rincón y Aedo 2009). Es un instrumento desarrollado para evaluar la presencia de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático en niños/as y adolescentes de 8 a 18 años de edad con una historia conocida de trauma. La Escala está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV –TR y se compone de 17 ítems con respuesta tipo Likert referidos a la frecuencia de manifestación de síntomas de este trastorno. Es aplicado a los niños.

La escala cuenta con un índice total (CEP) y se compone de 3 subescalas: cinco ítems de Reexperimentación (CEP_RE), siete ítems de Evitación (CEP_E) y cinco ítems de Aumento de la Activación (CEP_A).

La puntuación se obtiene mediante el sumatorio de las puntuaciones de los ítems y el punto de corte se sitúa en 24 puntos. La fiabilidad de consistencia interna se ha evaluado mediante alfa de Cronbach siendo éste de = 0,84 con los datos recogidos en el presente estudio.

Depression Inventory. (Kovacs, 1992). **Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)** adaptado por Del Barrio, Moreno y López (2002). Consta de 27 ítems a los que responden los propios niños con tres alternativas de respuesta 0, 1 y 2 en función del grado de depresión que indique la respuesta de cada niño: 0= (normalidad, nada deprimido), 1= (cierta intensidad) y 2=(presencia inequívoca de un síntoma depresivo). La puntuación del sujeto se obtiene sumando cada uno de los valores de cada ítem, por lo que a mayor puntuación, mayor intensidad de la sintomatología depresiva. La puntuación máxima es de 54 en donde el punto de corte es 19 puntos.

El cuestionario presentó una fiabilidad de consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.82 con nuestros datos.

Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED, Birmaher, Khetarpal y Cully 1997; Vigil-Colet et al., 2009) en sus dos versiones para padres y para hijos, constan de las mismas propiedades. Es un cuestionario de 41 ítems que evalúa la frecuencia de síntomas ansiosos utilizando una con tres opciones de respuesta

(0= nunca o casi nunca, 1= algunas veces, 2= frecuentemente o casi siempre). La puntuación total se deriva de la suma de las respuestas, por lo que puede variar entre 0 y 82. El cuestionario indica el total de las puntuaciones de ansiedad reportado por los niños (SCAN) y el total de las puntuaciones de ansiedad reportado por los padres (SCAP). Se divide en 5 escalas: Ataques de pánico recurrentes o síntomas somáticos, trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad social y evitación escolar significativa. El cuestionario tiene unas consistencias internas de alfa de Cronbach entre .74 a .93.

Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV), creado por Orue y Calvete (2010). Consiste en 21 ítems, 9 de exposición directa o victimización y 12 de exposición indirecta para las situaciones en las que los niños y adolescentes han sido testigos de violencia. Los ítems son respondidos por los niños y hacen referencia a tres tipos de violencia (física, verbal y amenazas) en cuatro contextos: colegio, vecindario, casa y TV. Cada ítem debe ser contestado en una escala tipo Likert de 5 puntos de 0 (*nunca*) a 4 (*todos los días*). Se obtuvo una consistencia interna de alfa de Cronbach de = 0,81 con los datos recogidos en nuestro estudio.

Entrevista Padres *ad hoc*. Se realizó una entrevista semiestructurada para conocer los datos sociodemográficos de la familia.

Cuestionario *ad hoc* de Episodio Traumático (ET). Se construyó un cuestionario con preguntas acerca de la sintomatología del estrés postraumático que figuran en los criterios especificados en el DSM -IV -TR, American Psychiatric

Association, (2002) que consta de 17 ítems. Las respuestas se recogieron utilizando una escala tipo Likert en donde (0=nunca, 1=algunas veces, 2=frecuentemente, 3=casi siempre, y 4=siempre). El alfa de Cronbach fue de 0,85. Este instrumento fue respondido por los padres en relación a los síntomas de sus hijos.

Cuestionario *ad hoc* de Estado de Ánimo (EA). Se construyó un cuestionario con preguntas acerca de la sintomatología de la depresión que figuran en los criterios especificados en el DSM -IV –TR American Psychiatric Association, (2002) que consta de 8 ítems y las respuestas también se hicieron con una escala tipo Likert en donde (0=nunca, 1=algunas veces, 2=frecuentemente, 3=casi siempre, y 4=siempre). El alfa de Cronbach fue de 0,71. Este instrumento fue respondido por los padres en relación a los síntomas de sus hijos.

Four Factor Index of Social Status (Hollingshead 1975; Canals 2002). Este instrumento proporciona un índice del nivel socioeconómico a partir de cuatro factores: estado civil, ocupación, educación y jubilación. El nivel de estatus socioeconómico para una unidad familiar se calcula multiplicando los valores de las escalas de ocupación y educación por unos factores de corrección que tienen su origen en el análisis de regresión múltiple realizado por el propio autor. Los valores obtenidos se pueden agrupar en cinco categorías: alto (66-55), medio-alto (54-40), medio (39-30), medio-bajo (29-20) y bajo (19-8). Este cuestionario fue contestado por los padres.

Procedimiento

Se contactó con las instituciones. Primero se habló con los directores de éstas, explicándoles los objetivos de la investigación y las pruebas que se iban a realizar. Se

hizo un *screening* para encontrar a los niños de estos centros que cumplieran con las características requeridas (edad, testigo de violencia en la calle). A continuación se pidió un consentimiento firmado a los padres y se llevó a cabo la entrevista a los mismos para detectar si sus hijos habían presenciado algún acontecimiento violento y se les aplicaron las pruebas EA, ET y SCARED.

Se obtuvo una muestra total de 50 participantes, de los cuales 21 niños quedaron fuera del estudio por los siguientes motivos: 15 de ellos sus padres no consideraron prudente que se les hicieran preguntas acerca del episodio violento, 6 niños mostraron llanto o negación al momento de contestar el instrumento. Finalmente la muestra definitiva quedó formada por 29 niños y niñas.

La aplicación de los instrumentos para los niños se realizó en grupos de 10, en donde dos psicólogos explicaron las instrucciones y después supervisaron individualmente por si se encontraba alguna dificultad. Los padres contestaron las pruebas y la entrevista de manera individual.

Para el grupo control, se habló con el director de la escuela primaria y se prosiguió con el consentimiento firmado por los padres. En este caso la aplicación de los instrumentos se realizó de la misma manera que se había hecho con el grupo expuesto.

Análisis Estadístico

Se utilizó el programa estadística SPSS 20.0. Se llevaron a cabo los análisis descriptivos para todas las variables. Con el fin de estudiar la relación entre las variables

cuantitativas, se realizaron correlaciones de Pearson y modelos de regresión lineal. Para verificar la fiabilidad de consistencia interna de las escalas se calcularon las alfas de Cronbach.

Para observar si existían diferencias significativas en las puntuaciones de cada una de las escalas de acuerdo a si los participantes tuvieron o no el diagnóstico del TEPT, se llevaron a cabo pruebas ANOVA factoriales 2x2 (TEPT si/no y género). Dado que las interacciones no son significativas ni la variable género tampoco lo fue, se realizaron pruebas de T de Student para muestras independientes, estableciendo un punto de corte igual o superiores a 24 puntos en el total de la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. Finalmente, se compararon las medias del grupo de niños testigos de violencia en la calle con las medias obtenidas en el grupo control.

Resultados

A continuación se muestran los datos sociodemográficos de la muestra.

Tabla 6. Medidas de edad por sexo y grupo

Variable	Grupo	n	Media	Desviación estándar	t	p
Sexo	Femenino	26	9,54	1,33	1,46	0,15
	Masculino	33	10,06	1,39		
Grupo	No testigos	30	10,13	0,90	1,75	0,09
	Testigos	29	9,52	1,70		

Tabla 7. Frecuencia de sexo por grupos.

Grupo	Femenino		Masculino		χ^2	p
	n	%	n	%		
No testigos	15	50	15	50	0,87	0,35
Testigos	11	37,9	18	62,1		

Primero se analizaron las correlaciones de Pearson entre las puntuaciones obtenidas por los niños testigos de violencia en la calle y las proporcionadas por sus padres (véase en tabla 8). El Episodio Traumático según los padres (ET) se asoció significativamente con la Estado de Ánimo de Depresión según los padres (EA) ($r =$

0,771; $p < 0,001$) y con la escala de ansiedad según los padres (SCAP) ($r = 0,410$; $p = 0,034$). El Estado de Ánimo de Depresión según los padres (EA) se asoció de forma significativa a la escala de ansiedad según los padres (SCAP) ($r = 0,521$; $p = 0,004$). Finalmente, el Cuestionario de estrés Postraumático para niños (CEP) se asoció significativamente con la escala de ansiedad para niños (SCAN) ($r = 0,448$; $p = 0,015$).

Es destacable señalar que no se observaron correlaciones significativas entre los puntuaciones de las escalas aplicadas a los padres con las puntuaciones de las escalas de los niños: SCAP con SCAN ($r = 0,275$; $p = 0,156$), EA con CDI ($r = 0,004$; $p = 0,982$), ni ET con CEP ($r = -0,044$; $p = 0,825$).

Tabla 8: Correlaciones de Pearson entre las puntuaciones en las pruebas proporcionadas por los niños y los padres del grupo de niños testigos de violencia en la calle.

	1	2	3	4	5	6	7
1. Tiempo	1						
2. ET	-,266	1					
3. EA	-,391*	,771**	1				
4. SCAP	-,339	,410*	,521*	1			
5. CDI	,063	-,213	-,004	,103	1		
6. SCAN	-,038	-,115	,056	,275	,224	1	
7. CEP	-,048	-,044	,004	,096	,117	,448**	1

Tiempo: Tiempo transcurrido del evento traumático a la fecha de aplicación; ET: Episodio traumático según lo padres; EA: Estado de ánimo según los padres; SCAP: SCARED según los padres; CDI: Depresión infantil; SCAN: SCARED niños; CEP: Cuestionario de Estrés Postraumático.

* Significativa al 0.05 ** Significativa al 0.01

Diferencias entre niños que presentan TEPT y los que no lo presentan

El grupo de niños testigos de violencia se dividió en función de su puntuación en la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. En la presente escala, se hace un diagnóstico de TEPT si el niño reporta una puntuación igual o mayor a 24 puntos. Así el primer grupo es de niños con diagnóstico de TEPT (n = 10) y el segundo grupo es de niños sin diagnóstico de TEPT (n = 19). Se analizaron diferencias

entre estos dos grupos con pruebas t de Student en las escalas aplicadas a los niños: ansiedad (SCAN), estrés postraumático (CEP_RE, CEP_E, CEP_A) y depresión (CDI). En la tabla 9 se pueden apreciar los estadísticos descriptivos (media y desviación) de cada grupo, el resultado de la prueba t de Student, las significaciones y los intervalos de confianza de 95%. Al analizar la diferencia entre los grupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos a excepción de la escala de depresión (CDI) en donde no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,409$).

Tabla 9: Prueba t de Student para muestras independientes a partir de los grupos formados por el punto de corte de ≤ 24 puntos la escala de estrés postraumático.

		Medi a	Desviación tip.	Diferenci a de Medias	T	Sig.	Intervalos de confianza (95%)		D
SCAN	no	28,89	2,94	-8,51	-2,05	0,049	-17,01	-,001	2,79
	si	37,40	3,26						
CEP_RE	no	4,94	3,21	-4,17	-2,88	0,008	-7,15	-1,18	1,19
	Sí	9,11	4,17						
CEP_E	no	3,89	2,60	-9,81	-8,53	<0,001	-12,16	-7,45	3,37
	Sí	13,70	3,53						
CEP_A	no	3,94	2,39	-6,46	-5,51	<0,001	-8,86	-4,05	2,23
	Sí	10,40	3,84						
CDI	no	54,00	12,27	-1,00	-0,838	0,409	-3,44	1,44	No Aplica
	Sí	55,00	6,05						

SCAN: SCARED niños; CEP_RE: Subescala de reexperimentación; CEP_E: Subescala de evitación; CEP_A: subescala de activación; CDI: Depresión infantil.

Comparación entre testigos de violencia y no testigos

Se llevaron a cabo dos análisis de varianza 2x2. Uno con la variable dependiente depresión infantil (CDI) y el otro con la variable dependiente ansiedad infantil (SCAN).

En los dos análisis los niveles de una de las variables independientes fue si el niño había sido víctima o no de violencia. La segunda variable fue el sexo.

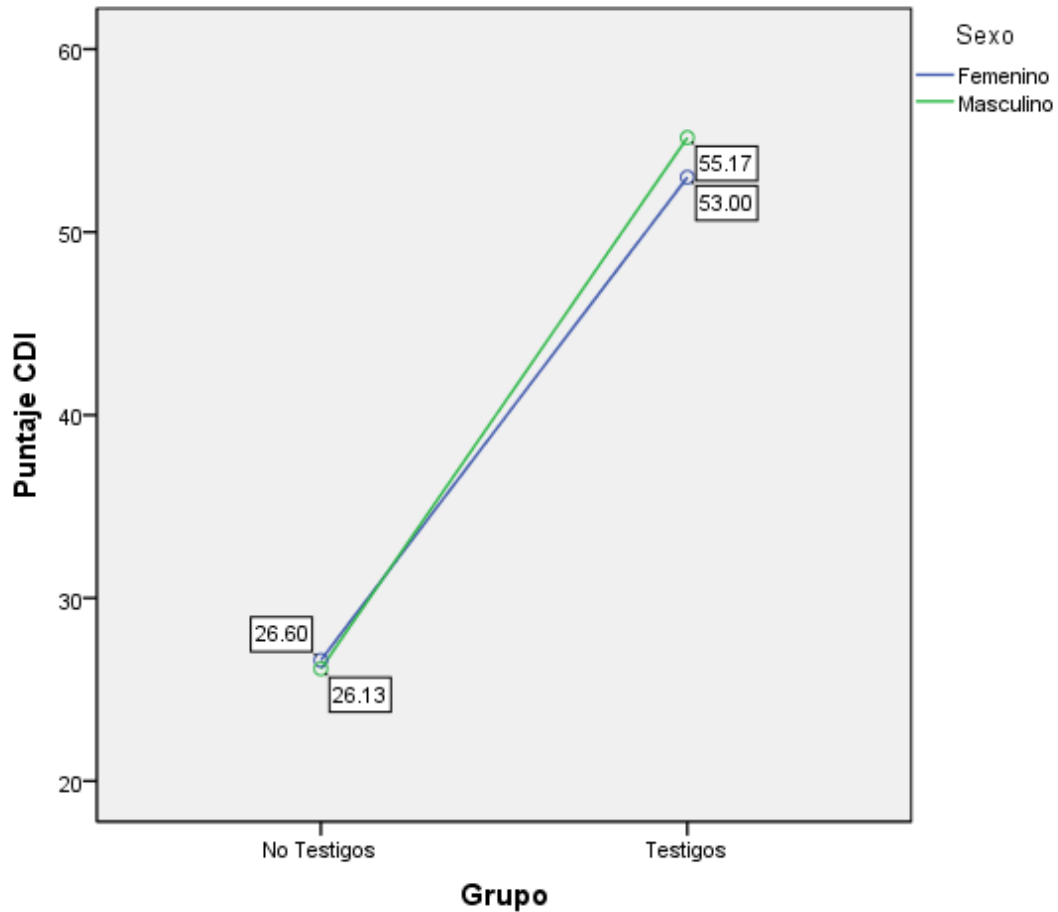
En el análisis de la depresión infantil se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los niños testigos de violencia y los niños no testigos de violencia, $F_{(1, 55)} = 1607,18$, $p < 0,001$, en donde los niños testigos de violencia reportaron una media más alta (véase tabla 10). El intervalo de confianza de 95% para el grupo de niños no testigos fue de 25,55 – 27,19 y para el grupo de niños testigos de violencia fue de 53,25 – 55,43. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre niños y niñas ($F_{(1, 55)} = 1,51$, $p = 0,22$) y la interacción fue estadísticamente significativa ($F_{(1, 55)} = 3,63$, $p = 0,06$). En la figura 1, se muestran las diferencias de medias de las puntuaciones de la escala de depresión (CDI), en el grupo de niños y niñas testigos de violencia en la calle y el grupo control.

Tabla 10. Medias y desviaciones estándar de los niños divididos por grupos.

Grupo	Media	Desviación Estándar	n
Puntaje del CDI			
No testigos	26,37	2,28	30
Femenino	26,60	2,41	15
Masculino	26,13	2,20	15
Testigos de violencia	54,34	3,04	30
Femenino	53,00	3,55	11
Masculino	55,17	2,43	18
Femenino	37,77	13,61	26
Masculino	41,97	14,86	33
Puntaje del SCAN			
No testigos	22,30	6,82	30
Femenino	23,20	5,52	15
Masculino	21,40	8,01	15
Testigos de violencia	31,83	11,20	29
Femenino	29,82	13,36	11
Masculino	33,06	9,88	18
Femenino	26,00	9,98	26
Masculino	27,76	10,71	33

CDI: Depresión infantil; SCAN: SCARED niños.

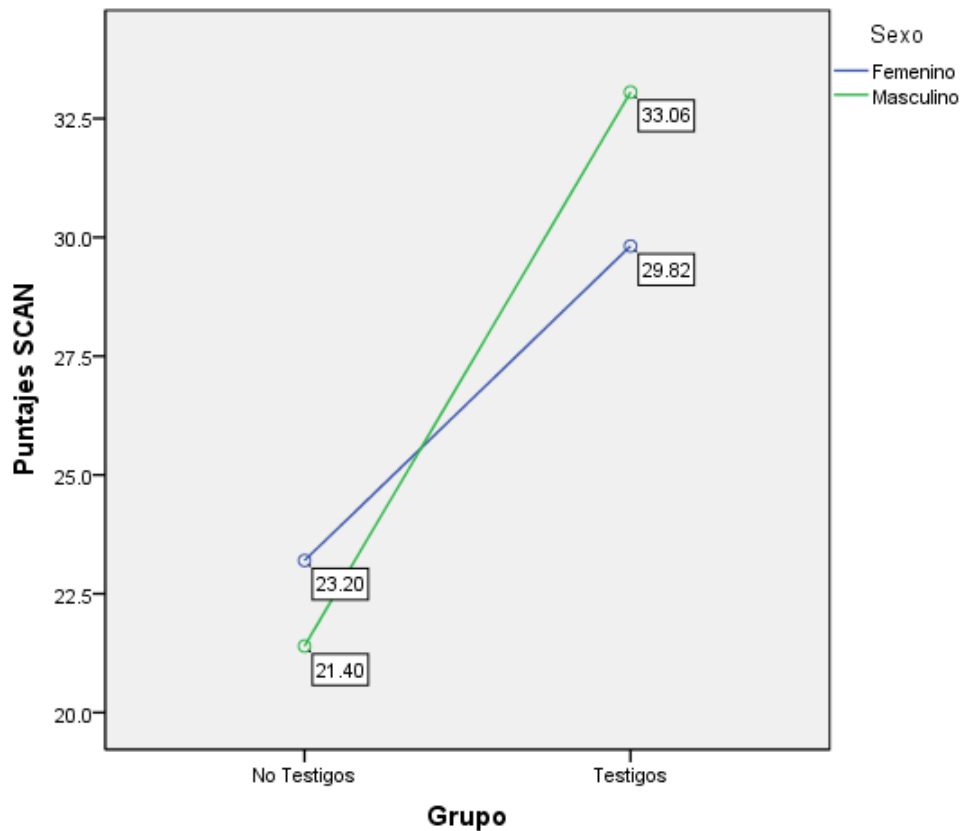
Figura 1: Puntuaciones de depresión en niños separados por sexo y haber sido o no testigos de violencia en la calle



El segundo análisis de varianza se realizó con la variable ansiedad de los niños medida con el SCAN como variable dependiente. Las variables independientes fueron las mismas que en el análisis anterior. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los niños testigos de violencia y los niños no testigos de violencia, $F_{(1, 55)}=13,77$, $p < 0,001$, en donde los niños testigos de violencia reportaron una media más alta (véase tabla 10). El intervalo de confianza de 95% para el grupo de niños no testigos fue de 19,86 – 24,74 y para el grupo de niños testigos de violencia fue de 27,75

– 35,91. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre niños y niñas ($F_{(1, 55)} = 0,09$, $p = 0,77$) y tampoco se encontró que la interacción fuese estadísticamente significativa ($F_{(1, 55)} = 1,05$, $p = 0,31$). En la figura 1, se muestran las diferencias de medias de las puntuaciones de la escala de depresión (CDI), en el grupo de niños y niñas testigos de violencia en la calle y el grupo control. En la figura 2, se observan las puntuaciones de la escala de ansiedad (SCAN) entre el grupo de niños y niñas testigos de violencia en la calle y el grupo control.

Figura 2: Puntajes de ansiedad en niños separados por sexo y haber sido testigos de violencia



Regresión Lineal Múltiple

Por último se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple, en los niños testigos de violencia en la calle, en donde se utilizó como variable dependiente la puntuación en los síntomas de TEPT teniendo como variables predictoras las variables de ansiedad (SCAN) y depresión (CDI). En el primer nivel se introdujo solamente la variable de ansiedad como variable predictora y en el segundo nivel se añadió la variable de depresión. En el primer nivel, con la variable de ansiedad, se obtuvo una regresión estadísticamente significativa, $R^2 = 0,20$, $p = 0,02$. Esto indica que con el presente modelo se predice el 20% de la variabilidad del TEPT. Al introducir la variable de depresión en el segundo nivel se obtuvo el mismo resultado, $R^2 = 0,20$, $p = 0,05$, lo cual indica que el cambio en R^2 no fue estadísticamente significativo, $\Delta R^2 < 0,001$, $p = 0,93$. Sólo la variable de ansiedad obtuvo valores de beta estadísticamente significativos (véase tabla 11). Esta beta estandarizada indica una relación moderada entre la ansiedad y el TEPT.

Tabla 11. Valores de betas y betas estandarizadas de las variables predictoras sobre síntomas de TEPT.

Variable predictora	Beta	Beta Estandarizada	p
Constante	1,63	No Aplica	0,97
SCAN	0,46	0,44	0,02
CDI	0,07	0,02	0,93

CDI: Depresión infantil; SCAN: SCARED niños.

Discusión

Dentro de los principales hallazgos que arrojó esta investigación, destaca el hecho de encontrarnos ante una muestra de infantes sumamente traumatizados. Los resultados del presente estudio, nos indican que el 34% del grupo de niños testigos de violencia en la calle, presenta puntuaciones superiores al punto de corte que marca la Escala Infantil de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático. Estas cifras se sitúan en un nivel similar a las encontradas en el estudio realizado por el Hospital Infantil de Chihuahua, cuyos resultados muestran que un 41, 6% de los niños, que habían presenciado actos violentos en las calles de aquella ciudad, manifestaron síntomas del estrés postraumático (Hinojos et al., 2011). Habrá que acotar que Chihuahua es el Estado, donde se encuentra Ciudad Juárez, y es de esperar que la incidencia de violencia en las calles, se registre de manera muy similar en ambas poblaciones.

Según datos recientes emitidos por la cadena internacional de televisión CNN, el Estado de Chihuahua y sobre todo Ciudad Juárez han sido señaladas entre las entidades con mayores índices de violencia del mundo. Según los datos de esta cadena de televisión internacional, estas dos ciudades siguen registrando altos índices de violencia en sus calles (Montalvo, 2012).

Otro estudio que aunque esté realizado en un contexto geográfico muy diferente, se puede equiparar con nuestros resultados acerca de la prevalencia del TEPT, es la investigación realizada en niños que vivieron experiencias derivadas de conflictos

bélicos como la de Kabul, Afganistán (Catani et al., 2009). En dicho trabajo los porcentajes del TEPT, alcanzaron el 40% en los niños evaluados.

De lo anteriormente expuesto se puede inferir, que las situaciones de las consecuencias surgidas, tanto por las guerras y los conflictos políticos como el de los niños afganos, las generadas por el narcotráfico en el caso de los niños mexicanos, producen las mismas secuelas en la salud mental de los menores que la experimentan, ya sea de manera directa o indirecta.

En este sentido cabe recordar que según puntualiza el DSM-IV (APA, 2002) el que los niños perciban directa o indirectamente la violencia a su alrededor, ya sea experimentándola o escuchando relatos de agresión, basta para generar en ellos síntomas de reexperimentación, hiperactivación y evitación que son los que conforman el TEPT.

No obstante, a pesar de los factores de violencia que pueden suscitar el TEPT pueden ser iguales para cualquier población, podemos mencionar las diferencias entre los resultados de esta investigación y la realizada en estudios en otros países, como el llevado a cabo con niños afroamericanos cuya prevalencia fue del 16% en niños que experimentaron violencia en la calle y violencia familiar (Hunt, Martens y Belcher, 2011). Debemos resaltar que estos autores atribuyen los resultados de su estudio a factores socioculturales como la dinámica familiar en estos niños, la cual a su vez les hace desarrollar una alta resiliencia que funciona como factor de protección ante las experiencias traumáticas.

Por otra parte, en cuanto a los síntomas de depresión y ansiedad que se observaron en el grupo que fue expuesto a la violencia en la calle, presentaron puntuaciones más elevadas que el grupo control. La elevada proporción de sintomatología depresiva y ansiosa de estos infantes puede relacionarse con los índices hallados en la investigación llevada a cabo por Leiner et al. (2012). Estos autores realizaron un estudio binacional donde la muestra estuvo compuesta por niños mexicanos de Ciudad Juárez y niños americanos de la ciudad de El Paso, Texas. Encontraron que en todas las escalas utilizadas, el tamaño del efecto fue superior en los infantes de la muestra de México.

En este mismo sentido, es importante mencionar el estudio longitudinal realizado por Slopen, Garret, Williams y Gilman (2011) con una muestra constituida por 2,345 adolescentes, en el cual concluyeron que la exposición a niveles elevados de violencia conlleva riesgos significativos de desarrollar depresión mayor y ansiedad generalizada, las cuales incrementan el riesgo cuando la exposición ha sido través de múltiples clases de violencia.

En cuanto a los hallazgos de esta investigación, cabe señalar uno que no teníamos contemplado originalmente como objeto de estudio. Se trata del hecho que no encontramos ninguna correlación estadísticamente significativa entre las escalas que miden el TEPT, depresión y ansiedad en las respuestas proporcionadas por padres e hijos. Aunque no encontramos argumentos teóricos específicos que expliquen estos resultados, podemos inferir que el hecho de que la mayoría de los padres que integran la

muestra de este estudio, se vean en la necesidad de pasar gran parte de sus días fuera de su hogar trabajando, trae como consecuencia una pobre relación parental. Esta pobre relación padres-hijos puede explicar de alguna manera, la escasa percepción de problemas escolares, físicos y emocionales que pudiesen estar experimentando los menores en las familias estudiadas.

Estudio II

Estudio II

Sintomatología del Trastorno de Ansiedad y Depresión en una muestra de niños testigos de violencia en la calle y violencia familiar que viven en Ciudad Juárez.

Resumen

El siguiente estudio tuvo como objetivo comparar la sintomatología de depresión y ansiedad en cuatro grupos de niños que viven en Ciudad Juárez. Los grupos fueron organizados a partir de los diferentes tipos de violencia a la cual habían estado expuestos. El primer grupo estaba compuesto por niños testigos de violencia en la calle, el segundo grupo por niños testigos de violencia familiar, el tercer grupo estaba formado por niños testigos tanto de violencia familiar como de violencia en la calle y el cuarto fue el grupo control, compuesto por niños que no habían presenciado ningún tipo de violencia grave. Las hipótesis fueron las siguientes:

Los niños testigos de violencia en la calle presentarán mayores puntuaciones en la escala de ansiedad que los niños testigos de violencia familiar y el grupo control. Los niños testigos de violencia familiar presentarán mayores puntuaciones en la escala de depresión que los niños testigos de violencia en la calle y el grupo control.

Los niños testigos de los dos tipos de violencia (familiar y en la calle) presentarán puntuaciones más elevadas en la escala de depresión y en la escala de ansiedad que el grupo de niños testigos de violencia familiar, el grupo testigos de violencia en la calle y el grupo control.

La muestra total estuvo constituida por 177 niños de Ciudad Juárez, 95 niñas y 82 niños con edades comprendidas entre los 8 a 12 años. Se aplicaron los siguientes instrumentos. *Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED)*, *Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)* y *Cuestionario de Exposición a la Violencia (CEV)*, *Entrevista Padres ad hoc* y *El Inventario de Síntomas Infantiles-4y el Four Factor Index of Social Status*.

Los resultados con respecto a la ansiedad nos muestran que los niños testigos de ambos tipos de violencia fueron los que obtuvieron puntuaciones más elevadas seguidas por el grupo de niños testigos de violencia en la calle y por último los dos grupos restantes. En cuanto a la depresión los niños testigos de ambos tipos de violencia también fueron los que obtuvieron puntuaciones más elevadas seguidas por el grupo de niños testigos de violencia familiar y por último los dos grupos restantes.

Palabras claves: violencia en la calle/violencia familiar/depresión/ansiedad/niños.

Study II

Symptomatology of Anxiety and Depression disorder in a sample on children witness of Street violence and domestic violence that live in Ciudad Juarez.

Abstract

The following study aimed to compare the symptoms of depression and anxiety in four groups of children living in Ciudad Juarez. The groups were organized based on the different types of violence to which they had been exposed. The first group consisted of

children who witness violence in the street , the second group for child witnesses of family violence, the third group was made up of child witnesses both family violence and violence in the streets and the fourth was the control group, composed of children who had not witnessed any serious violence. The hypotheses were:

Child witnesses of the two types of violence (family and on the street) presented higher scores on the depression scale and the anxiety scale than the group of children who witness domestic violence, the group witnessed violence in the street and the control group.

The sample was formed by 177 children (95 girls and 82 boys) from Ciudad Juarez age between 8 and 12 years old. The instrument used on this study were: *Screen for Child Anxiety- Related Emotional Disorders (SCARED)*, *Infant Depression Questionnaire (CDI by its acronym in Spanish)*, *Violence Exposure Questionnaire (CEV by its acronym in Spanish)*, *Parent Interview ad hoc*, *Children's Symptom Inventory-4*, and *the Four Factor Index of Social Status*.

The results show us that the children that witness both type of violence were the ones that obtained higher scores in anxiety, followed by the children that witness violence on the streets and after that the other two groups. On depression the children that experience both type of violence got the higher scores, followed by the at home violence group and after that the other two groups.

Key words: violence on the streets/domestic violence/depression/anxiety/children.

Introducción

La violencia se puede presentar en diferentes contextos. La violencia en la calle es uno de ellos. Aunque no existe una conceptualización en sí de este tipo de violencia, esta forma parte de la violencia en la comunidad. La violencia en la comunidad se refiere a los actos violentos que se dan fuera de la esfera familiar (Young, 2010).

Otra forma de violencia es la violencia familiar que se desarrolla dentro de un hogar y es ejercida por uno o varios miembros de la familia. La violencia familiar consiste en la presencia de malos tratos, ya se trate de agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de cualquier índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos (OMS, 2002).

En un estudio llevado a cabo por Finkelhor et al. (2009) se encontró que en una muestra nacional de los Estados Unidos compuesta por 4549 niños y jóvenes, el 60,6% habían experimentado violencia en la comunidad directa o había sido testigos de la misma durante el año anterior al estudio. O'Donnell et al. (2011) en su investigación sobre la violencia en la comunidad en en la republica de Gambia al Este de África llevada a cabo con 653 estudiantes de secundaria. Encontraron altos niveles de exposición a la violencia. Más de la mitad de los alumnos informaron haber presenciado alguna situación donde alguien era amenazado, golpeado, asaltado o apuñalado con un cuchillo y herido gravemente y casi la mitad de los estudiantes denunciaron haber sido

golpeados o asaltados durante el pasado año, y casi una cuarta parte reportó haber sido herido de gravedad.

En cuanto a las investigaciones sobre niños testigos de violencia familiar en la mitad de las ocasiones los agresores son los hombres y la otra mitad son las mujeres u otro miembro de la familia. Las expresiones más comunes de maltrato psicológico son los gritos y los enfados. En el 86% de los hogares donde existen agresiones psicológica sufrieron gritos y el 41% enfados mayores (dejar de hablarle a la persona, negar dinero o alimento, humillar verbalmente). Dentro de la violencia física, los golpes con el puño se presentaron en un 42%, las bofetadas 40% y los golpes con objetos 23%. Las personas más afectadas son los hijos e hijas 44.9% (INEGI, 2003) y los niños que son testigos de violencia doméstica oscila entre el 40 y el 78% (Viola, 2010).

Entre las principales consecuencias a nivel psicológico que sufren los niños testigos de violencia se encuentran la depresión y la ansiedad (Neumann et al., 1996; Boney-McCoy y Finkelhor, 1996; De Arellano et al., 2009).

Slopen et al. (2011), realizaron un estudio con una muestra de 2345 adolescentes de diferentes zonas de Estados Unidos. Se plantearon estudiar si la depresión y la ansiedad es mayor cuando los jóvenes son expuestos a diferentes tipos de violencia y encontraron que cuando los adolescentes están viviendo más de un tipo de violencia presentan un mayor riesgo de que la depresión y la ansiedad sea más severa.

De acuerdo a la American Psychiatric Association, (2002) en el DSM-IV-TR, los síntomas principales de la depresión son

1. Estado de ánimo irritable o deprimido (disforia).

2. Depreciación del interés o del placer en las actividades (anhedonia).
3. Disminución del apetito y no lograr el aumento en el peso deseado.
4. Desequilibrio en el sueño.
5. Alteraciones psicomotoras.
6. Falta de energía, agotamiento y fatiga.
7. Sentimientos de ineptitud o de culpa excesiva.
8. Depreciación de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones.
9. Pensamientos sobre la muerte, ideas acerca de quitarse la vida o intentos de suicidios.

Aunque se han realizado diversos estudios acerca de las repercusiones de la violencia en los niños, en este estudio se van a tener en cuenta los dos tipos de violencia: en la calle y en la familia y cómo esto influye en la sintomatología de depresión y ansiedad, en una muestra de niños que viven en Ciudad Juárez.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 177 niños de Ciudad Juárez, 95 niñas y 82 niños de edades comprendidas entre los 8 y 12 años, y repartidos en cuatro grupos: Grupo 1: 47 niños testigos de violencia en la calle (27 niños y 20 niñas), Grupo 2: 30 niños testigos de violencia familiar (11 niños y 19 niñas), Grupo 3: 44 niños testigos de violencia tanto familiar como en la calle (22 niños y 22 niñas) y Grupo 4: 56 niños del grupo control (22 niños y 34 niñas), cuya característica fue que no hubiesen presenciado ningún acontecimiento violento en la familia o en la calle.

En la tabla 12 podemos hallar una descripción de la edad de los participantes en función del grupo y del género.

Para reclutar a la muestra se acudió a dos escuelas primarias ubicadas en Ciudad Juárez, (Estado de Chihuahua, México). En primer lugar se explicó a los directivos de las escuelas la investigación y después se pidió a los padres consentimiento para que sus hijos participaran en el estudio. Se aplicó el Cuestionario de Exposición a la Violencia en la Infancia y en la Adolescencia a los niños de las dos escuelas, se corrigió la prueba y de acuerdo a los resultados obtenidos se formaron los tres grupos de los diferentes tipos de violencia, y el grupo control.

El porcentaje total de los participantes fue el 49% niños y el 51% niñas entre edades de 8 a 12 años ($\bar{x}=10.18$; $s=1.24$). El grupo control el cual no presencio ningún tipo de violencia fue del 60% niñas y 40% niños ($\bar{x}=10.66$; $s=1.04$). El nivel socioeconómico de la muestra total estaba repartida del siguiente modo: 87% de nivel bajo y medio bajo, el 10% de nivel medio y el 3% restante de nivel medio alto. El tipo de diseño fue selectivo transversal ex post facto con tres grupos expuesto a diferente tipos de violencia y un grupo de control no equivalente.

Instrumentos de evaluación.

Dado algunos de los instrumentos de evaluación empleado son los mismos que en el estudio anterior, en caso de coincidencia, aquí solo mencionaremos la prueba. El lector puede encontrar la descripción más completa en el estudio I.

Cuestionario de depresión Infantil (CDI)

Screen for Child Anxiety-Related Emotional Disorders (SCARED)

Entrevista Padres *ad hoc*

Escala de valoración del nivel socioeconómico

Cuestionario para medir la exposición a la violencia en la Infancia y en la Adolescencia

Inventario de Síntomas Infantiles-4 (Gadow y Sprafkin, 2002; Canals 2002).

Instrumento de cribado basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV que identifica trastornos emocionales y de conducta en niños de 5 a 12 años de edad. Presenta una versión para padres (97 ítems) y otra para maestros (77 ítems). La respuesta a cada ítem está comprendida entre 0 y 3 (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = a menudo, 3 = muy a menudo) y la corrección de cada escala se puede realizar de forma dimensional sumando cada ítem o de forma categórica presencia o no de síntomas.

Procedimiento

Primero se habló con los directores de las dos escuelas primarias explicándoles los objetivos e importancia de la investigación, así como los instrumentos de evaluación que se utilizarían.

A continuación se prosiguió a solicitar el consentimiento de los padres para la aplicación de la prueba CEV con el fin de detectar si los niños habían sido testigos de algún tipo de violencia. Se realizó la aplicación del cuestionario para medir la exposición a la violencia en la infancia y en la adolescencia en los grados de tercero, cuarto, quinto y sexto. 250 niños entre las dos escuelas fueron encuestados y cumplieron los criterios de inclusión (haber sido testigos de violencia familiar y/o en la calle o no haber presenciado ningún tipo de violencia).

Por tanto, a partir de dicha información, se formaron los 4 grupos a estudiar: Niños testigos de violencia familiar, niños testigos de violencia en la calle, niños testigos de violencia tanto familiar como en la calle y el grupo control. S

Seguidamente se les aplicó a los padres la entrevista *ad hoc*, inventario de síntomas infantiles y la escala de valoración del nivel socioeconómico y, se les pidió su colaboración para aplicar a sus hijos las pruebas que miden ansiedad y depresión. Algunos padres no acudieron a las entrevistas aunque se intentó citarlos en tres ocasiones. Por este motivo la muestra quedó compuesta finalmente por 177 niños y niñas

Se administró a los niños el Cuestionario de depresión Infantil (CDI) y el Screen for child anxiety-related emotional disorders (SCAN). La aplicación fue realizada colectivamente grupos de 15 niños que contaron con la asistencia de dos psicólogas que daban las instrucciones y después, de manera individualizada, asesoraban a cada niño por si había alguna duda sobre el procedimiento de cumplimentación de las pruebas.

Para finalizar se prosiguió con la corrección de los instrumentos y de acuerdo a los resultados se dieron recomendaciones a las dos escuelas para el seguimiento de aquellos casos en que los niños obtuvieron puntuaciones elevadas de haber sido testigos de violencia o en los trastornos de ansiedad y depresión

Análisis Estadístico

Se utilizó el programa estadística SPSS 20.0. Se llevaron a cabo los análisis descriptivos para todas las variables. Con el fin de estudiar la relación entre las variables cuantitativas, se realizaron correlaciones de Pearson.

Para observar si existían diferencias significativas en las puntuaciones de cada una de las escalas de depresión y ansiedad en función del grupo y del género se llevaron a cabo pruebas ANOVA factoriales intersujetos 2x4.

Resultados

En primer lugar se presentan los datos sociodemográficos de la muestra en las siguientes tablas:

Tabla 12. Medias de edad por sexo y grupo

Variable	Grupo	n	Media	Desviación estándar	t	F	p
Sexo	Femenino	95	10,19	1,15	1.72	N/A	0,09
	Masculino	82	10,50	1,25			
Grupo	Control	56	10,66	1,05	N/A	4.14	0,01 ^a
	TVC	47	10,47	1,25			
	TVC y TVF	44	10,14	1,27			
	TVF	30	9.80	1.13			

^a = Se hizo una analisis post hoc Bonferroni y la única diferencia estadísticamente significativa es entre el grupo control y el grupo de TVF.

TVF: Testigos de violencia familiar; TVC: Testigo de violencia en la calle.

N/A= No aplica

Tabla 13. Frecuencia de sexo por grupos

Grupo	Femenino		Masculino		χ^2	p
	n	%	n	%		
Control	34	60,7	22	39,3	4,82	0,19
TVC	20	42,5	27	57,5		
TVC y TVF	22	50	22	50		
TVF	19	63,3	11	36,7		

TVF: Testigos de violencia familiar; TVC: Testigo de violencia en la calle.

A continuación se llevó a cabo un ANOVA 4 x 2, en que la variable dependiente fue la puntuación de la escala de depresión y como variables independientes el grupo y sexo. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de grupo y sexo, además la interacción tampoco fue significativa (véase tabla 14).

Tabla 14. Resultados de Análisis de varianza de grupo x sexo sobre depresión infantil

Origen	gl	F	Sig.
Modelo corregido	7	0,912	0,498
Intersección	1	9394,609	0<,001
Grupo	3	1,061	,367
Sexo	1	,979	,324
Grupo x Sexo	3	0,513	0,674

En la figura 3 y en la tabla 1 se pueden observar las medias y desviaciones típicas en la escala de depresión para los cuatro grupos separados por el género.

Figura 3. Puntuaciones medias y desviaciones de los cuatro grupos separados por el género de la escala CDI (depresión)

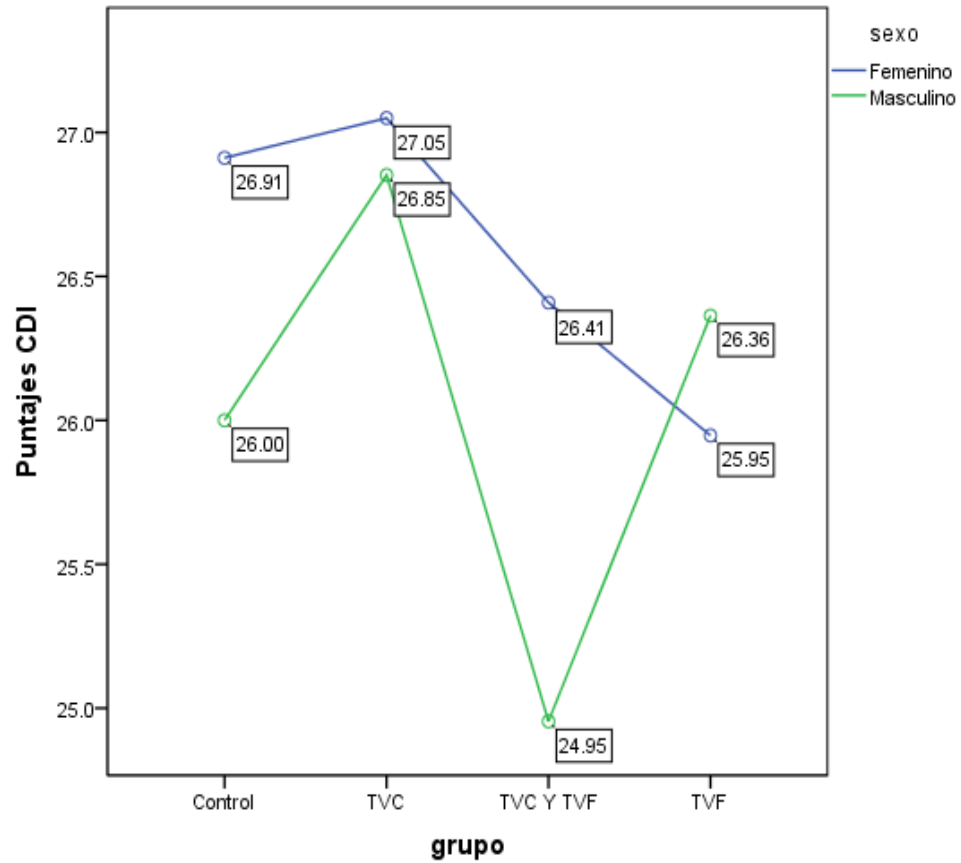


Tabla 15. Medias y desviaciones estándar de la escala de depresión (CDI) en los niños divididos por grupos.

Grupo	Media	Desviación Estándar	n
Control	26,55	2,434	56
Femenino	26,91	2,479	34
Masculino	26,00	2,309	22
TVC	26,94	3,246	47
Femenino	27,05	3,120	20
Masculino	26,85	3,393	27
TVC y TVF	25,68	4,429	44
Femenino	26,41	1,894	22
Masculino	24,95	5,956	22
TVF	26,10	3,680	30
Femenino	25,95	4,075	19
Masculino	26,36	3,042	11
Femenino	26,63	2,877	95
Masculino	26,05	3,997	82

TVF: Testigos de violencia familiar; TVC: Testigo de violencia en la calle.

En el segundo análisis también se llevó a cabo un ANOVA 4 x 2, teniendo como variable dependiente la puntuación de la escala de ansiedad y como variables independientes el grupo y sexo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables de grupo y sexo, sin embargo la interacción no fue significativa (véase tabla 16).

Tabla 16. Resultados de Análisis de varianza de grupo x sexo sobre ansiedad infantil

Origen	gl	F	Sig.
Modelo corregido	7	5,241	<0,001
Intersección	1	1417,137	<0,001
Grupo	3	6,096	0,001
Sexo	1	18,341	<0,001
Grupo x Sexo	3	0,416	0,742

En la figura 4 y en la tabla 17 se pueden observar la comparaciones de medias y desviaciones típicas en la escala de ansiedad para los cuatro grupos separados por el género.

Figura 4: Puntuaciones de los cuatro grupos separados por el género de la escala SCARED que mide ansiedad

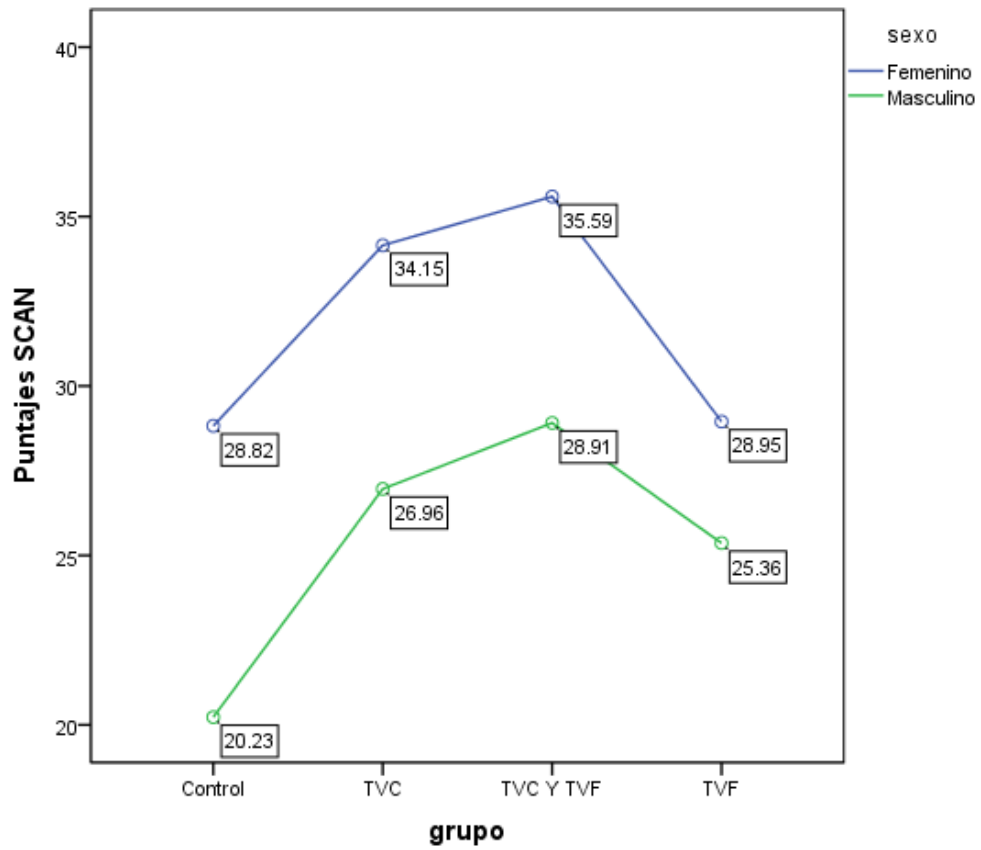


Tabla 17. Medias y desviaciones estándar de la escala SCARED que mide ansiedad en los niños divididos por grupos.

Grupo	Media	Desviación Estándar	n	Intervalos de confianza (95%)	
Control	25,45	9,489	56	21,92	27,14
Femenino	28,82	9,311	34	25,55	32,09
Masculino	20,23	7,250	22	16,16	24,29
TVC	30,02	11,410	47	27,74	33,37
Femenino	34,15	11,766	20	29,89	38,42
Masculino	26,96	10,312	27	23,29	30,63
TVC y TVF	32,25	11,073	44	29,38	35,13
Femenino	35,59	11,022	22	31,53	39,66
Masculino	28,91	10,304	22	24,84	32,98
TVF	27,63	7,708	30	23,54	30,77
Femenino	28,95	8,155	19	24,57	33,32
Masculino	25,36	6,607	11	19,61	31,11
Femenino	31,54	10,374	95	29,87	33,89
Masculino	25,46	9,597	82	23,14	27,60

TVF: Testigos de violencia familiar; TVC: Testigo de violencia en la calle.

Dado que la diferencia entre los grupos fue estadísticamente significativa, ($F_{(3, 169)} = 6,096$; $p = 0,001$), se analizaron las diferencias entre los cuatro grupos con contrastes de Bonferroni y se encontró sólo una diferencia significativa entre el grupo control y el grupo TVC y TVF ($-6,80$; $p = 0,004$). El grupo control reportó una media de 4.57 puntos de ansiedad menor, (véase tabla 17). El tamaño de efecto de esta diferencia fue moderado ($d = ,67$). La diferencia entre hombres y mujeres también fue estadísticamente significativa, $F_{(1, 169)} = 18,341$; $p < 0,001$ en donde las mujeres reportaron una media de 6 puntos más alta de ansiedad (véase tabla 17).

Discusión

En este estudio, se estableció como objetivo llevar a cabo la comparación de la sintomatología de depresión y ansiedad en niños de Ciudad Juárez que hubiesen sido testigos de diferentes tipos de violencia. Cabe destacar que se obtuvieron resultados más significativos en la ansiedad del grupo de niños que experimentó ambos tipos de violencia (familia y en la calle) con respecto al grupo control. El 79% de los niños de este grupo presentaron sintomatología ansiosa, lo cual nos proporciona indicadores claros de la alta prevalencia de estos síntomas en los menores estudiados.

Este resultado da soporte a los estudios que señalan que la exposición a la violencia produce rupturas en la trayectoria típica del desarrollo de los niños y adolescentes (Ellonen, Piispa, Peltonen y Oranen, 2013; Ho et al., 2013; Lambert, Boyd, Cammack y Lalongo, 2012). La preocupación y el temor ante eventos futuros suscitados en los infantes juarenses ante este tipo de experiencias, se asocia positivamente con los síntomas de depresión y ansiedad mencionados por los autores antes citados. Los altos índices de sintomatología de ansiedad mostrados por los niños hallados en este estudio, coinciden con las aseveraciones hechas por Slopen et al. (2011) en cuanto a que la exposición a un alto nivel de violencia en una o varias de sus formas, aumenta el riesgo de desarrollar sintomatología asociada a la depresión y la ansiedad. En definitiva la exposición generalizada a la violencia de los niños de esta

investigación, está asociada con un mayor riesgo para el desarrollo de la psicopatología antes mencionada.

Por otra parte, es importante mencionar que las niñas que conformaron la muestra total de este estudio y a diferencia de los niños, arrojaron índices elevados en cuanto a la sintomatología de ansiedad. El 58% de las menores de este estudio resultaron estar más ansiosas que los niños de la muestra (41%) al momento de efectuar esta investigación. Estos resultados nos indican que estamos ante una muestra de niñas con una alta prevalencia de síntomas de ansiedad, más aun cuando se comparan estos resultados con los encontrados en el estudio de Acosta et al. (2010), donde el 52% de las menores resultaron con síntomas ansiosos en comparación del 41% de los niños que presentaron la misma sintomatología ansiosa.

En cuanto a la sintomatología depresiva, cabe hacer una mención específica. Si bien los niveles de depresión en la muestra que conformó este estudio alcanzaron una alta prevalencia en todos los grupos (99.7%) resulta significativo que también los niños que formaron parte del grupo control, y que por lo tanto no habían estado expuestos a ninguno de los tipos de violencia estudiada, alcanzaron índices de hasta el 100% en la escala utilizada para medir la depresión. Podría determinarse que el hecho de haber estado estos sujetos un tanto exentos de la experiencia directa de violencia podría dar como resultado un grupo control sin indicadores de depresión. Sin embargo aun cuando los niños no hayan sido testigos directos de los eventos violentos, la exposición indirecta también influye psicológicamente en los menores. En Ciudad Juárez escuchan

frecuentemente sobre los efectos de la violencia a través de las descripciones realizadas por los medios de comunicación (Wexler et al., citado en Papalia, Feldman y Martorell, 2012).

Según el estudio de Walma van der Moler (citado en Papalia, Feldman y Martorell, 2012), los relatos de ataques como el terrorista o de guerra que en el caso de este estudio podría equipararse en cierta manera a la guerra contra el narcotráfico en los años que se llevó a cabo esta investigación producen un estrés profundo en los niños, incluso cuando no hayan sido afectados de manera directa. Es decir, los factores psicosociales que dan paso a la depresión, estarían proporcionados por una situación de violencia comunitaria como la que desafortunadamente han experimentado estos niños juarenses.

Conclusiones

Conclusiones Generales

1. Respecto a la muestra del estudio I y en relación al TEPT, podemos concluir que los niños de Ciudad Juárez, presentan puntuaciones más elevadas en comparación con los resultados de otros estudios similares a éste.
2. El TEPT es el trastorno más frecuente entre los niños de Ciudad Juárez que han sido testigos de violencia en las calles y que formaron parte de este estudio.
3. En cuanto a la sintomatología depresiva, se concluye que es la que arrojó indicadores más altos, ya que los niños de este estudio presentaron puntuaciones muy elevadas, independientemente del grupo asignado.
4. La prevalencia de la sintomatología de ansiedad fue más alta en el grupo de niños que fueron testigos tanto de violencia en la calle como de violencia familiar.
5. Cabe señalar que la ansiedad también arrojó altos índices en los niños que formaron parte del grupo que habían sido testigos de violencia en la familia y del grupo testigo de violencia en la calle. Además ha mostrado un porcentaje elevado en el grupo control.
6. La muestra total de niñas que conformaron este estudio, han tenido mayores índices de sintomatología de ansiedad que los niños.
7. En cuanto a los estudios que hay respecto a los niños como testigos de violencia en México, no existe suficiente información respecto a la prevalencia, nivel de afectación ni de la sintomatología de los trastornos

derivados del TEPT, ansiedad y depresión. Este hecho ha dificultado encontrar datos importantes que se pudieran mencionar en este estudio. Esta situación suscitó en que en algunos aspectos no se contara con la suficiente información para sustentar teóricamente todas las aseveraciones realizadas en esta investigación.

8. Cabe destacar que esta es la primera investigación que se realiza con niños de Ciudad Juárez que han sido testigos de violencia en la calle y violencia familia. Debido a este hecho, este trabajo cobra especial importancia, pues proporciona datos empíricos sobre el TEPT, depresión y ansiedad en esta población.

Limitaciones

A pesar de que los resultados de esta investigación han sido satisfactorios y dan soporte empírico a las hipótesis formuladas, es importante mencionar algunas de las limitaciones de este estudio.

Entre las dificultades que encontramos para recabar la muestra podemos mencionar varias. Tal vez la más importante fue la escasa cooperación de los ciudadanos para colaborar con este estudio. El terror implantado a través de años continuos de estar viviendo en un ambiente de intensa violencia, como el que se ha vivido en Ciudad Juárez, genera temor en los padres de revivir estas emociones en sus hijos a través de las preguntas formuladas en los cuestionarios dirigidos a los niños.

Ante esta posibilidad, algunos de los padres se negaban rotundamente a que sus hijos respondieran al cuestionario de de estrés postraumático, debido a los posibles síntomas de reexperimentación, hiperactivación y evitación que se suscitaban en los niños durante el desarrollo de las preguntas. Inclusive, aun cuando hubo padres que consintieron en que sus hijos respondieran a los cuestionamientos del instrumento, ante la respuesta emocional de los infantes, se decidió no continuar con la evaluación de la sintomatología postraumática. Debe destacarse que esta decisión se tomó ante el cuestionamiento ético surgido a través de esta experiencia. Si dentro de los objetivos del estudio no se contemplaba la intervención terapéutica para la sintomatología del estrés postraumático, entonces no se justificaba el hecho de colocar a los niños bajo situaciones de sufrimiento emocional que después no hubieran podido ser atendidas adecuadamente. Esta situación afectó de manera directa en la reducción del tamaño de la muestra.

El encontrar un grupo control también fue otra de las dificultades ya que fue difícil encontrar niños que no fueran testigos de violencia familiar y en la calle.

Además de las situaciones antes mencionadas, debemos hacer énfasis en la escasez de artículos relacionados a esta problemática en lo que se refiere a niños mexicanos y principalmente a los niños de Ciudad Juárez, situación que brindó un panorama impreciso relacionado al tema de esta investigación.

Directrices futuras.

- La gravedad de la prevalencia de los trastornos de estrés postraumático, depresión y ansiedad en niños que sufren de violencia en todos los tipos que se reportan en este estudio, marca como prioridad la investigación profunda sobre este tema
- Ante los resultados de esta investigación, se hace urgente la implementación, sistematización y evaluación de intervenciones psicológicas para dar atención y solución a este grave problema.
- Los resultados antes mencionados, puntualizan la necesidad de la creación de instrumentos que otorguen resultados más precisos en cuanto a los efectos de la violencia en los niños.
- Se hace recomendable implementar mecanismos de detección temprana, así como el llevar a cabo campañas de prevención a nivel de salud pública de los síntomas del TEPT, ansiedad y depresión en los niños que son expuestos a la violencia.

Referencias Bibliográficas

Referencias Bibliográficas

- Acosta, K. R., Canals, J., Hernández-Martínez, C., Balladriga, M. C. J., Viñas, F., & Domènech-Llaberia, E. (2010). Comorbilidad entre los factores de ansiedad del SCARED y la sintomatología depresiva en niños de 8-12 años. *Psicothema*, 22(4).
- Adams, C. (2006). The consequence of witnessing family violence on children and implications for family counsellors. *The FamilyJournal*, 14, 334-341.
- Ahmed, B. M. (2007). Effects of Terrorism on Children: Psychosocial Biological Understanding. *JIMA*, 39, 65-72.
- Alvarez, A., & Bachman, R. (2008). *Violence The Enduring Problem*. California: Sage Publications.
- Aisenberg, E., Trickett, P. K., Mennen, F. E., Saltzman, W., & Zayas, L. H. (2007). Maternal Depression and Adolescent Behavior Problems An Examination of Mediation Among Immigrant Latino Mothers and Their Adolescent Children Exposed to Community Violence. *Journal of interpersonal violence*, 22(10), 1227-1249.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. (4ª.ed. revisada). España.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association.

- Bacchini, D., Miranda, M. C., & Affuso, G. (2011). Effects of parental monitoring and exposure to community violence on antisocial behavior and anxiety/depression among adolescents. *Journal of interpersonal violence*, 26(2), 269-292.
- Baker, C.K., Norris, F.H., Diaz, D.M., Perilla, J.L., Murphy, A.D., & Hill, E.G. (2005). Violence and PTSD in Mexico Gender and Regional Differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 519–528.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., y Cully, M. (1997). The Screen for child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545-553.
- Bolaños-Rodríguez, M., Loredó-Abdalá, A., Trejo-Hernández, J., & Huerta-López, J. (2010). Violencia familiar como factor asociado a la frecuencia de crisis asmáticas en niños. Estudio preliminar. *Acta Pediátrica de México*, 31(5).
- Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1406-1416.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentin, J.D.(2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 68(5), 748-766.
- Buvinic, M., Morrison., & Shifter. (2010). La violencia en América Latina y el Caribe: Un marco de referencia para la acción. *Banco Interamericano de Desarrollo*.

- Busby, D. R., Lambert, S. F., & Ialongo, N. S. (2013). Psychological symptoms linking exposure to community violence and academic functioning in African American adolescents. *Journal of youth and adolescence, 42*(2), 250-262.
- Bustos, P., Rincón, P., Aedo, J. (2009). Validación preliminar de la escala Infantil de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual. *Psyche, 18*(2), 113-126.
- Catani, C., Schauer, E., Elbert, T., Missmahl, I., Bette, J., & Neuner, F. (2009). War Trauma, Child Labor, and Family Violence: Life Adversities and PTSD in a Sample of School Children in Kabul. *Journal of Traumatic Stress, 22*(3), 163-171.
- Canals, J. (2002). Estudi de fiabilitat i validesa del CSI-4. *Manuscrit no publicat*. Tarragona, España: Universitat Rovira i Virgili.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *Understanding intimate partner violence*. Recuperado 13 de mayo del 2013, de http://www.cdc.gov/ncipc/dvp/ipv_factsheet.pdf
- Conde, S. (2011). *Entre el espanto y la ternura. Formar ciudadanos en contextos violentos*. México: Cal y arena.
- Cruz, J. (2011). *25 mil menores vulnerables al narco*. Recuperado de 06 de mayo del 2012 <http://www.eluniversal.com.mx/estados/80306.html>.

- De Arellano, M., Bridges, A., Hernández, M., Kenneth, R., Vásquez, D., Acierno, R., & Danielson, C. (2009). Trastorno por estrés postraumático en niños: una revisión. *Behavioral Psychology, 17*(1), 11-39.
- Del Barrio, V., Moreno, C, López, R. (2000). Children's Depression Inventory (CDI, Kovacs, 1992), su aplicación en población española. *Clínica y Salud, 10*, 393-416.
- Duncan, A. T. (2005). Significance of family risk factors in development of childhood animal cruelty in adolescent boys with conduct problems. *Journal of Family Violence, 20*, 235–239.
- Dyb, G., Jensen, T.K., Nygaard, E., Ekeberg, O., Diseth T.H., Wentzel-Larsen, T., & Thoresen S. (2013). Post-traumatic stress reactions in survivors of the 2011 massacre on Utoya Island, Norway. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 1–7.
- Ellonen, N., Piispa, M., Peltonen, K., & Oranen, M. (2013). Exposure to parental violence and outcomes of child psychosocial adjustment. *Violence and victims, 28*(1), 3-15.
- Fernández, A. M., Herrero V. S., Buitrago R. F., Ciurana M. R., Chocron. L., García C. J., & Tizón G. J. L. (2003). *Violencia Domestica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández, E. B., Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., & Domènech, J. M. (2011). Degree of exposure to domestic violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents. *Journal of interpersonal violence, 26*(6), 1215-1231.

- Finkelhor, D., Turner, H., Ormod, R., & Hamby, S.L. (2009). Violence, Abuse, and Crime Exposure in a National Sample of Children and Youth. *Pediatrics*, *124*(5), 1411-1423.
- Flury, M., Nyberg, E., & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women: definitions, epidemiology, risk factors and consequences. *Swiss Med Wkly*.
- Foa, E., Johnson, K., Feeny, N. & Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, *30*, 376-384.
- Foster, H., & Brooks-Gunn, J. (2009). Toward a stress process model of children's exposure to physical family and community violence. *Clinical child and family psychology review*, *12*(2), 71-94.
- Fowler, P.J., Tompsett, C.J., Braciszewski, J.M., Jacques-tiura, A.J., & Baltes, B.B. (2009). Community violence: A meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Development and Psychopathology*, *21*, 227-259.
- Gadow, K.D., y Sprafkin, J. (2002). *Child Symptom Inventory 4: Screening and Norms Manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus.
- Girard, M. P. (2010). Niñez y violencia: experiencias y voces de pequeños actores sociales de la colonia Morelos, DF (México). In *Anales de Antropología*, *41*(2).
- Graham-Bermann, S. A., & Levendosky, A. A. (1997). The social functioning of preschool-age children whose mothers are emotionally and physically abused. *Journal of Emotional Abuse*, *1*(1), 59-84.

- Guerrero, E. (2010, 03 Noviembre). Como reducir la violencia en México, 18 *Nexos en línea*. Recuperado el 10 de diciembre del 2010. www.nexos.com.mx/?P=leerarticulo&Article=1197808
- Harpaz-Rotem, I., Berkowitz, S., Marans, S., Murphy, R. A., & Rosenheck, R. A. (2008). Out-of-Home Placement of Children Exposed to Violence. *Children & Society*, 22(1), 29-40.
- Hernández-Guzmán., L., & Sánchez Encalada, L. (2008). Psicopatología y tratamiento del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo, & M. Á. Simón, *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (págs. 121-134). Madrid: Pirámide.
- Hinojos, L.C., Ruiz, L., Cisneros, M., Mireles, E., Pando, G.A., & Bejarano, J.M. (2011). Estrés Postraumático en la población pediátrica atendida en el Hospital Infantil del estado de Chihuahua, México. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 68(4), 290-295.
- Ho, M. Y., Cheung, F. M., You, J., Kam, C., Zhang, X., & Kliwer, W. (2013). The moderating role of emotional stability in the relationship between exposure to violence and anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*.
- Holtzman, R. J., & Roberts, M. C. (2012). The role of family conflict in the relation between exposure to community violence and depressive symptoms. *Journal of community psychology*, 40(2), 264-275.
- Hollingshead, A.B. (1975). *Four Factor Index of Social Status*. New Haven, CT: Unpublished manuscript, Yale University.

- Hunt, K.L., Martens, P.M., & Belcher, H.M. (2011). Risky business: Trauma exposure and rate of posttraumatic stress disorder in African American children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 24*(3), 365-369.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2003). Estadística a propósito del día Internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres, datos nacionales. México. INEGI. Recuperado: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/aPropositom.asp?s=inegi&c=2895&ep=145>
- Kaplan, H.L., & Sadock, (2003). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. (9^a.ed.). Lippincott Williams & Wilkins Press.
- Kessler, RC., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, CB. (2005). Posttraumatic Stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Kelly, S. (2010). The psychological consequences to adolescents of exposure to gang violence in the community: an integrated review of the literature. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing, 23*(2), 61-73.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory CDI Manual*. New York: Multi-Health Systems.
- Lambert, S. F., Boyd, R. C., Cammack, N. L., & Ialongo, N. S. (2012). Relationship proximity to victims of witnessed community violence: Associations with adolescent internalizing and externalizing behaviors. *American journal of orthopsychiatry, 82*(1), 1-9.

- Lammoglia, E. (2009). *Violencia Emocional*. Mexico: Grijalbo.
- Latzman, R.D., & Swisher, R.R. (2005). The interactive relationship among adolescent violence, street violence, and depression. *Journal of community psychology*, 33(3), 355–371.
- Leiner, M., Puertas, H., Caratachea, R., Avila, C., Atluru, A., Briones, D., & Vargas, C. D. (2012). Children's mental health and collective violence: a binational study on the United States-Mexico border. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(5), 411-416.
- Mardomingo, M.J. (2005). Trastornos de ansiedad en el adolescente. *Pediatr Integral*, IX(2). 125-134.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Muñiz, C. L., Benjet, C., & Jaimes, J. B. (2003). Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud mental*, 26(4), 1.
- Montalvo, T. L. (11 de enero del 2012). Re: El 43% de las muertes del crimen organizado se concentran en 17 municipios [Comentario en un noticiero en línea]. Recuperado de <http://mexico.cnn.com/nacional/2012/01/11/el-43-de-las-muertes-del-crimen-organizado-se-concentran-en-17-municipios>.
- Morrison, A., M. Buvinic and M. Shifter. (2003). “The Violent Americas: Risk Factors, Consequences, and Policy Implications of Social and Domestic Violence.” In: H.34 Fruhling, editor. *Crime and Violence in Latin America: Citizen Security, Democracy, and the State*. Washington DC, United States: Woodrow Wilson Center Press.

- Murray, J., Cerqueira, D. R. D. C., & Kahn, T. (2013). Crime and violence in Brazil: Systematic review of time trends, prevalence rates and risk factors. *Aggression and violent behavior, 18*(5), 471-483.
- Neumann, D. A., Houskamp, B. M., & Pollock, V. E. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. *Child Maltreatment, 1*(1), 6-16.
- O'Donnell, D. A., Roberts, W. C., & Schwab-Stone, M. E. (2011). Community violence exposure and post-traumatic stress reactions among Gambian youth: the moderating role of positive school climate. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 46*(1), 59-67.
- Organización mundial de la salud. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la salud.
- Orue, I., & Calvete, E. (2010). Elaboración y validación de un cuestionario para medir la exposición a la violencia en infancia y adolescencia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 10*(2), 279-292.
- Osofsky, J.D. (1995). The effects of exposure to violence on young children. *American Psychologist, 50*, 782-788.
- Overstreet, S. (2000). Exposure to Community Violence: Defining the Problem and Understanding the Consequences. *Journal of Child and Family Studies, 9*(1), 7-25.

- Owen, D. W. (2008). When violence, terror, and death visit youth. *When violence, terror and death visit youth. Political Violence, Organized Crimes, Terrorism and Youth, 46*, 52-63.
- Papalia, D.E., Feldman, R.D., & Martorell, G. (2012). Desarrollo físico y cognoscitivo en la niñez media. Mares, J. *Desarrollo Humano*.(pp. 348). México: McGrawHill.
- Perrin, M., Vandeleur, C. L., Castela, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2013). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 1-11.
- Ramírez, M. O., & Ávila, J. R. (2013). Depresión infantil. *Revista Científico Electrónica de Psicología*, (6).
- Ramos Lira, L., Saltijeral, M. T., & Caballero, M. A. (2013). Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas.
- Richters, J. E., & Saltzman, W. (1990). Survey of children's exposure to community violence: Parent report and self report version. Bethesda, MD: National Institute of Mental Health.
- Richters, J. E., & Martinez, P. (1993). Violent communities, family choices, and children's chances: An algorithm for improving the odds. *Development and Psychopathology*, 5, 609-627.
- Rivett, M., Howarth, E., & Harold, G. (2006). Watching from the stairs: towards an evidence-based practice in work with children witness of domestic violence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 103-124.
- Rodríguez, J., & Ortiz, M.I. (2008). Depresión Infantil. *Revista científica electrónica de psicología*, 6. Recuperado de Rummel RJ. Death by government: genocide

and mass murder since 1900. (1997). New Brunswick, New Jersey y Londres, Transaction Publishers.

Rummel, R. J. (1999). Power kills, absolute power kills absolutely. *The Encyclopedia of Genocide, 1*, 23-34.

Sarason, I.G., & Sarason, B. R. (1996). *Psicología Anormal. El problema de la conducta inadaptada*. México: Prentice Hall.

Shehu, A. (2010). Organized Crime and Legislation against crime. *Academicus International Scientific Journal*, (2), 101-108.

Sloven, N., Garrett, F., Williams, D., & Gilman, S. (2011). Common patterns of violence experiences and depression and anxiety among adolescents. *The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 52(6), 1-18.

Sharkey, P. T., Tirado-Strayer, N., Papachristos, A. V., & Raver, C. C. (2012). The effect of local violence on children's attention and impulse control. *American journal of public health*, 102(12), 2287-2293.

Somers, J. M., Goldner, E. M., Waraich, P., & Hsu, L. (2006). Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: a systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 100.

Sternthal, M. J., Jun, H. J., Earls, F., & Wright, R. J. (2010). Community violence and urban childhood asthma: a multilevel analysis. *European Respiratory Journal*, 36(6), 1400-1409.

Trickey, D., Siddaway, AP., Meiser-Stedman, R., Serpell, L., & Field AP. (2011). A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin. Psychol. Rev.* 32(2), 122-138.

Unicef. (2010). *Informe Anual Unicef Mexico*. Mexico: Unicef.

- United Nations. (2002). *United Nations. Office on Drugs and Crime. Results of a Pilot Survey of Forty Selected Organized Criminal Groups in Sixteen Countries.* Global Program Against Transnational Organized Crime.
- Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosí, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P.J., Hernandez-Matínez, C., Claustra, J., Viñas, F., y Domènech-Llaberia, E. (2009). The factorial structure of the 41-items version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a Spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(2), 313-327.
- Viola, L. (2010). Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil. Valoración del daño psíquico. *Rev Psiquiatr Urug*, 74(1), 73-83.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A.C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente.* España. Prentice Hall.
- Williams, R. (2006). The psychosocial consequences for children and young people who are exposed to terrorism, war, conflict and natural disasters. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 337-349.
- Williams, P. (2010). El Crimen Organizada y la Violencia en México: Una Perspectiva Comparativa. *Revista de Historia International*, 11, 15-40.
- World Federation for Mental Health. (2012). *Depression una crisis global.* Estados Unidos. Word Federation for Mental Health.
- Young, S. (2010). Concept Analysis of Community Violence: Using Adolescent Exposure to Community Violence as an Exemplar. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 4-7.

Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático, Ansiedad y Depresión en una muestra de niños

Testigos de Violencia en la Calle y Violencia Familiar que viven en Ciudad Juárez

Anexos

Anexo I

ENTREVISTA PARA PADRES

Fecha _____

PADRE

Nombre _____

Edad __

Estado civil Soltero __ Casado __ Unión Libre __ Divorciado __ Viudo __

Escolaridad Primaria __ Secundaria __ Preparatoria __

Licenciatura __ Maestría __ Doctorado __

Ocupación _____

Nivel socioeconómico _____

MADRE

Nombre _____

Edad __

Estado civil Soltera __ Casada __ Unión Libre __ Divorciada __ Viuda __

Escolaridad Primaria __ Secundaria __ Preparatoria __

Licenciatura __ Maestría __ Doctorado __

Ocupación _____

INFANTE

Nombre _____

Fecha de nacimiento _____

Escolaridad Primaria _____ Secundaria _____

Con quien vive Padres ___ Madre ___ Padre ___ Otro familiar (especificar)

Numero de Hermanos(as) 1 2 3 4 5 o mas

Lugar que ocupa en la familia 1 2 3 4 5 o mas

Salud

Por favor mencione si su hijo(a) ha padecido alguna enfermedad u operaci3n de importancia>

Alguna vez su hijo(a) ¿ha presentado alg3n problema emocional relevante? Si _____
No _____

Estuvo en tratamiento terap3utico Si _____ No _____ Por cu3nto tiempo 0 a 3 meses _____
6 meses a 1 a±o _____ m3s de un a±o _____

Tomo alg3n tipo de medicamento Si _____ No _____ ¿Cu3l? _____

¿Hace cuanto tiempo paso el acontecimiento traum3tico? _____

Anexo II

Valoración del nivel socioeconómico (Hollingshead, 1975)

NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PADRES O TUTORES

Marcar con una X donde corresponda.

	MADRE	PADRE
1. Sin estudios, primer grado o EGB sin terminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estudios de primaria terminados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bachillerato Superior incompleto o FP de 2on grado incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Batxillerato Superior/FP de 2on grado terminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Formación de tipo universitario incompleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Título grado medio (diplomaturas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Título grado superior terminado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PROFESION DE LOS PADRES O TUTORES

Marcar con una X donde corresponda.

	MADRE	PADRE
1 En paro, ama de casa, trabajadores de servicios eventuales no cualificados, trabajadores temporales (canguros..)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Trabajadores no cualificados (camarero, ascensorista, empleado de gasolinera, vendedor ambulante, jornalero ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Operadores de maquinaria, trabajadores semicualificados (operarios, repartidores, peluqueros no propietarios, conductores de autobús)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Propietarios de pequeños negocios (máximo 5 trabajadores), agricultor de pequeña explotación (máximo 1 trabajador), trabajadores manuales cualificados (carpintero, albañil, detective, electricista, cartero, dependiente, propietario de pequeñas granjas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Trabajadores fuera de la oficina, comerciales, vendedores, representantes, propietarios de negocios medianos y agricultores de explotaciones medianas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Técnicos semi-profesionales, trabajadores de oficinas (empleados de banca, administrativos, agentes de publicidad, delineantes, fotógrafos, sobrestantes , maestros, empleados de la administración pública)
7. Cargos intermedios, profesional asalariado, propietarios de grandes negocios y agricultores de grandes explotaciones (actores, publicistas, agentes de compras, artistas, managers, profesores de instituto y universidad)
8. Miembro de dirección, altos ejecutivos, propietarios de grandes empresas (ingenieros de caminos, canales y puertos, abogados, jueces, directores, altos cargos de la administración pública)

ESPECIFIQUE SU PROFESIÓN

PADRE: _____

MADRE: _____

Anexo III

CUESTIONARIO CDI

Nombre _____

Edad _____

Sexo _____

Contesta las siguientes preguntas de acuerdo a las frases que describan tus sentimientos o tus ideas.

1. Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste siempre.
2. Nunca me saldrá nada bien
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien
 Las cosas me saldrán bien
3. Hago bien la mayoría de las cosas
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
4. Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
5. Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces
6. A veces pienso que me pueden Ocurrir cosas malas
 Me preocupa que me ocurran cosas malas
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7. Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy
8. Todas las cosas malas son culpa mia
 Muchas cosas malas son culpa mia
 Generalmente no tengo la culpa De que ocurran cosas malas
9. No pienso en matarme
 Pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme.
10. Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
 Tengo ganas de llorar de vez en cuando
11. Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces
 Las cosas me preocupan de vez en cuando
12. Me gusta estar con la gente
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 No quiero en absoluto estar con la gente

13. No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme
 Me decido fácilmente
14. Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
 Soy feo
15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. Todas las noches me cuesta dormirme
 Muchas noches me cuesta dormirme
 Duermo muy bien
17. Estoy cansado de vez en cuando
 Estoy cansado muchos días
 Estoy cansado siempre
18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Muchos días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20. Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
21. Nunca me divierto en la escuela
 Me divierto en la escuela sólo de vez en cuando
 Me divierto en la escuela Muchas veces
22. Tengo muchos amigos
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener mas
 No tengo amigos
23. Mi trabajo en la escuela es bueno
 Mi trabajo en la escuela no es tan bueno como antes
 Llevo muy mal las materias que antes llevaba bien
24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
 Soy tan bueno como otros niños
25. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere
26. Generalmente hago lo que me dicen
 Muchas veces no hago lo que me dicen
 Nunca hago lo que me dicen
27. Me llevo bien con la gente
 Me peleó muchas veces.
 Me peleó siempre

Anexo IV

SCARED versión niños

Nombre _____

Edad _____

Sexo _____

Lee atentamente cada una de las siguientes preguntas y contesta con una X la opción que más se acerca a lo que tú sientes.

		NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	Cuando estoy asustado me cuesta respirar			
2	Me duele la cabeza cuando estoy en la escuela			
3	No me gusta estar con personas que no conozco mucho			
4	Tengo miedo si duermo fuera de casa			
5	Me preocupa no ser aceptado o aceptada por otra gente			
6	Cuando me asusto siento como si me desmayara			
7	Soy nervioso o nerviosa			
8	Sigo a mi madre o a mi padre a todas partes			
9	La gente dice que parezco nervioso o nerviosa			
10	Me siento nervioso o nerviosa cuando estoy con gente que no conozco			
11	Me duele la panza cuando estoy en la escuela			
12	Cuando me asusto siento como si me estuviera volviendo loco o loca			
13	Me preocupa dormir solo o sola			
14	Me preocupo por no ser tan bueno o buena como los otros niños y niñas			
15	Cuando me asusto siento como si las cosas no fueran reales			
16	Tengo pesadillas sobre desgracias que les puedan pasar a mis padres			
17	Ir a la escuela me preocupa			
18	Cuando me asusto mi corazón palpita de prisa			
19	Me siento tembloroso o temblorosa			
20	Tengo pesadillas sobre desgracias que me pueden pasar			
21	Me preocupo por que las cosas me salgan bien			
22	Cuando estoy asustado o asustada sudo mucho			
23	Me preocupo por todo			

Anexos

24	Me asusto sin motivo			
25	Tengo miedo de quedarme solo o sola en casa			
26	Me cuesta hablar con personas que no conozco bien			
27	Cuando estoy asustado o asustada tengo la sensación de ahogarme			
28	La gente dice que me preocupo mucho			
29	No me gusta estar lejos de mi familia			
30	Tengo miedo de tener ataques de ansiedad o pánico			
31	Me preocupa que les pueda pasar una desgracia a mis padres			
32	Soy tímido o tímida con las personas que no conozco			
33	Me preocupo por lo que pasa en el futuro			
34	Cuando me asusto siento que vomitare			
35	Me preocupo por hacer bien las cosas			

		NUNCA	A VECES	SIEMPRE
36	Me asusta ir a la escuela			
37	Me preocupo por las cosas que ya han pasado			
38	Cuando estoy asustado o asustada me siento mareado o mareada			
39	Me siento nervioso o nerviosa cuando estoy con otros niños o niñas o personas mayores y tengo que hacer algo mientras ellos o ellas me miran (por ejemplo leer en voz alta, hablar, jugar, practicar algún deporte)			
40	Me pone nervioso o nerviosa ir a fiestas, bailes, o cualquier otro lugar en el que habrá gente que no conozco			
41	Soy tímido o tímida			

Anexo V

CUESTIONARIO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

Nombre _____

Edad _____ Sexo _____



0

1

2

3

4

Nunca

Solo una vez

Entre 2 y 3 veces

Entre 4 y 8 veces

9 veces o mas

	0	1	2	3	4
1. ¿Has tenido pensamientos o imágenes molestas acerca de lo que te pasó y que vienen a tu mente aunque tú no hayas querido recordarlas	0	1	2	3	4
2. ¿Has tenido sueños malos o pesadillas?	0	1	2	3	4
3. ¿Has tenido la sensación como si lo que te pasó estuviera ocurriendo de nuevo, como si estuvieras ahí otra vez? (por ejemplo, al escuchar o ver algo que te recuerde lo que a ti te pasó).	0	1	2	3	4
4. ¿Te has sentido mal cuando piensas acerca de lo que te pasó o cuando escuchas hablar acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, sintiéndote asustado, enojado, triste, culpable, con miedo, etc.).	0	1	2	3	4
5. ¿Has tenido sensaciones en tu cuerpo cuando piensas o escuchas acerca de lo que te pasó? (por ejemplo, transpirando repentinamente o latiéndote muy rápido el corazón).	0	1	2	3	4
6. ¿Haces esfuerzos para no pensar, no hablar o de no tener sentimientos acerca de lo que te pasó?	0	1	2	3	4
7. ¿Has tratado de evitar actividades, personas o lugares que te recuerden lo que te pasó?	0	1	2	3	4

8. ¿Has olvidado una parte importante de lo que te pasó?	0	1	2	3	4
9. ¿Has tenido muy pocas ganas de hacer cosas que antes acostumbrabas hacer?	0	1	2	3	4
10. ¿Has tenido dificultades para sentirte cercano(a) a tus seres queridos?	0	1	2	3	4
11. ¿Te cuesta mucho tener sentimientos fuertes? (por ejemplo, te cuesta mucho llorar o sentirte feliz).	0	1	2	3	4
12. ¿Has sentido que tus planes futuros o tus esperanzas no se harán realidad? (por ejemplo, has sentido que no terminarás la escuela, que no te casarás o que no tendrás hijos).	0	1	2	3	4
13. ¿Has tenido problemas para quedarte dormido(a) o para permanecer dormido(a) en la noche?	0	1	2	3	4
14. ¿Te enojas más fácilmente que antes de vivir lo que te pasó?	0	1	2	3	4
15. ¿Has tenido dificultades para concentrarte? (por ejemplo, perdiendo el hilo de una historia en la televisión, olvidando lo que leías, no poniendo atención en clases).	0	1	2	3	4
16. ¿Has estado demasiado vigilante? (por ejemplo, estás muy atento(a) de que personas están a tu alrededor).	0	1	2	3	4
17. ¿Te asustas más fácilmente que antes? (por ejemplo, cuando alguien se acerca por detrás de ti).	0	1	2	3	4

Anexo VI

Cuestionario de Exposición a la Violencia.

Nombre de la Escuela _____ Grado ___ Edad del niño ____

Nombre del niño _____ Fecha de nac. _____

Las siguientes preguntas se refieren a cosas que han podido pasar en tu escuela, en la calle, en tu casa o que hayas visto en la televisión. Marca el número que elijas junto a la frase.

	0	1	2	3	4
	Nunca	Una vez	Algunas veces	Muchas veces	Todos los días
1. Con que frecuencia has visto como una persona pegaba o dañaba físicamente a otra persona en					
					la escuela 0 1 2 3 4
					calle 0 1 2 3 4
					casa 0 1 2 3 4
					la televisión 0 1 2 3 4
2. Con que frecuencia te han pegado o dañado físicamente a ti en					
					la escuela 0 1 2 3 4
					calle 0 1 2 3 4
					casa 0 1 2 3 4
					la televisión 0 1 2 3 4
3. Con que frecuencia has visto como una persona amenazaba con pegarle a otra en					
					la escuela 0 1 2 3 4
					calle 0 1 2 3 4
					casa 0 1 2 3 4
					la televisión 0 1 2 3 4
4. Con que frecuencia te han amenazado con pegarte a ti en					
					la escuela 0 1 2 3 4
					calle 0 1 2 3 4
					casa 0 1 2 3 4
					la televisión 0 1 2 3 4
5. Con que frecuencia has visto como una persona insultaba a otra en					
					la escuela 0 1 2 3 4
					calle 0 1 2 3 4
					casa 0 1 2 3 4
					la televisión 0 1 2 3 4

6. Con que frecuencia te han insultado a ti en	la escuela	0	1	2	3	4
	calle	0	1	2	3	4
	casa	0	1	2	3	4
	la televisión	0	1	2	3	4

Anexo VII

INVENTARIO DE SINTOMAS INFANTES-4: LISTAS PARA PADRES

NOMBRE DEL NINO(A)	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
NOMBRE DE LA PERSONA QUE RESPONDE EL CUESTIONARIO	RELACION CON EL NINO(A)	FECHA

INSTRUCCIONES: Elija la respuesta que describa mejor la conducta de su hijo(a).
Conteste cada pregunta lo mejor que pueda.

Categoría A

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO
1. No presta atención a detalles o comete errores por descuido				
2. Tiene dificultad en poner atención a tareas o juegos				
3. Parece no prestar atención cuando se le habla directamente				
4. Tiene dificultad en seguir instrucciones y no termina lo que empieza				
5. Tiene dificultad de organizar tareas y actividades				
6. Evita hacer trabajos que requieren concentración				
7. Pierde cosas necesarias para sus actividades				
8. Se distrae fácilmente por cosas que pasan a su alrededor				
9. Es olvidadizo(a) en actividades diarias				
10. Es muy inquieto(a), juega constantemente con las manos o mueve los pies o le cuesta quedarse sentado(a)				
11. Tiene dificultad en mantenerse sentado(a)				

cuando se le pide que lo haga				
12. Corretea o tiende a treparse en todo cuando se le dice que no lo haga				
13. Le es difícil jugar tranquilo(a)				
14. Se mueve constantemente como controlado(a) por un motor				
15. Habla demasiado (más de lo normal)				
16. Tiende a contestar preguntas antes de que usted termine de hacerlas				
17. Le es difícil esperar su turno en actividades de grupo				
18. Interrumpe conversaciones o se entromete en actividades de otros niños(as)				

Categoría B

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO
19. Se enoja fácilmente				
20. Discute con adultos				
21. Es insolente o desobediente				
22. Hace cosas deliberadamente para molestar a otros				
23. Acusa a los demás por su propio mal comportamiento o errores				
24. Se molesta fácilmente con los demás				
25. Tiene mal genio y es resentido(a)				
26. Descarga sus frustraciones en otros o se desquita con otros				

Categoría C

27. Se ausenta de la escuela o de clases sin autorización				
28. Se queda fuera de la casa de noche sin autorización				
29. Miente para conseguir lo que quiere o para evitar responsabilidades				
30. Amenaza o intimida a otros				
31. Inicia peleas físicas				
32. Se escapó de la casa durante la noche				
33. Robó cosas sin que otros se den cuenta				
34. Destruyó propiedades de otros deliberadamente				
35. Produjo fuego o incendios deliberadamente				
36. Robo cosas de otros haciendo uso de fuerza física				

37. Invadió ilegalmente la casa, propiedad o automóvil de otros				
38. Al pelear, tiende a usar armas (palos, piedras, botellas, etc)				
39. Maltrata físicamente a los animales				
40. Maltrata físicamente a otras personas				
41. Ha estado preocupado o envuelto en actividades físicas				

Categoría D

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO
42. Esta extremadamente preocupado en lo que concierne a sus habilidades académicas, actividades sociales o atletismo				
43. Tiene dificultad en controlar sus preocupaciones o angustias				
44. Es inquieto(a) o nervioso(a)				
45. Esta irritado la mayor parte del día				
46. Esta extremadamente tenso(a) o incapaz de relajarse				
47. Tiene dificultad en dormirse y mantenerse dormido(a)				
48. Se queja por problemas físicos (dolor de cabeza, dolor de estomago, etc) que no tiene una causa aparente				

Categoría E

49. Tiene miedo excesivo de ciertos objetos o situaciones específicas (animales, altura, tormentas, insectos, etc)				
50. No puede dejar de pensar en cosas angustiantes 9esta continuamente preocupado en gérmenes, es				

extremadamente perfeccionista, etc)				
51. Se siente obligado(a) a realizar repetidamente hábitos inusuales (lavarse continuamente las manos, revisar las cerraduras)				
52. Ha experimentado un evento que le afecto mucho y continua molestandole				
53. Repite movimientos inusuales sin ninguna razón aparente como pestañar, sacudir la cabeza, engocer los hombros				
54. Hace sonidos vocales sin razón alguna como, toser, aclarar, la garganta, olfatear, etc				

Categoría F

55. Tiene ideas raras o creencias que no son reales (su comida ha sido envenenada, lo persiguen, etc)				
56. Tiene alucinaciones auditivas, escucha voces que le hablan o le mandan a hacer cosas				
57. Tiene ideas o pensamientos extremadamente extraños o irreales				
58. Lloro o ríe inapropiadamente, o no muestra emoción en situaciones en la cual otros niños(as) de su edad reaccionarían				

59. Hace cosas extremadamente raras (preocupación excesiva con amigos imaginarios, habla consigo mismo en forma extraña , etc)				
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

Categoría G

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO
60. Esta deprimido(a) durante la mayor parte del día				
61. Muestra poco interés (o diversión) en actividades placenteras				
62. Ha estado pensando repetidamente en suicidio o muerte				
63. Se siente sin valor o culpable				
64. Tiene poca energía o se muestra muy cansado(a) sin ninguna razón aparente				
65. Tiene poca confianza en si mismo o se siente				

intimidado				
66. Piensa que las cosas nunca le salen bien				
(HAGA UN CIRCULO ALREDEDOR DE SI O NO)	SI		NO	
67. Ha experimentado un gran cambio en su apetito o peso				
68. Ha experimentado un gran cambio en el tiempo que duerme, no puede dormir o duerme mucho	SI		NO	
69. Ha experimentado un gran cambio en su nivel de actividad normal, overactivo o inactivo	SI		NO	
70. Ha experimentado un gran cambio en su nivel normal de concentración	SI		NO	

Categoría H

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO
71. Se relaciona con otros en forma extraña (evita contacto visual, usa extrañas expresiones faciales o gestos, etc)				
72. No juega no se relaciona bien con otros niños(as)				
73. No tiene interés en establecer amistades				
74. No es consciente ni le importan los sentimientos de otras personas				
75. Tiene dificultad para hablar				
76. Tiene dificultad en conversar con otros				
77. Habla en forma extraña (repite lo que dicen los demás; confunde pronombres como “usted” y “yo”; etc)				

	NUNCA	A VECES	A MENUDO	MUY A MENUDO
78. No sabe fingir o simular cuando juega				
79. Demuestra excesivo interés en un tópico o tema				
80. Le irrita el cambio de rutinas o si algo cambia a su alrededor				
81. Hace movimientos repetitivos o raros (aletear los brazos, etc)				
82. Tiene una extraña fascinación por ciertas partes de un objeto (como las ruedas de un carro de				

juguete)				
----------	--	--	--	--

Categoría I

83. Trata de evitar contacto con extraños, es muy tímido(a)				
84. Es excesivamente avergonzado(a) con sus compañeros				
85. Es generalmente cariñoso(a) con familiares y adultos conocidos				
86. Cuando el niño está en una situación social difícil, el/ella llora, se paraliza, o deja de conversar				

Categoría J

87. Se enoja al saber que lo van a separar del hogar o de sus padres				
88. Piensa angustiosamente que sus padres van a ser heridos o se van a ir del hogar y no van a regresar				
89. Piensa angustiosamente que algún desastre (perderse, secuestro, etc) lo va a separar de sus padres				
90. Evita ir a la escuela para quedarse en casa con sus padres				
91. Se angustia o es reacio a que lo dejen en casa (solo o con una niñera)				
92. Tiene miedo de dormir sin la compañía de sus padres				
93. Tiene pesadillas en que lo separan de sus padres				
94. Se queja de que esta enfermo(a) cuando sabe que lo van a separar de sus padres				
95. Se orina en la cama durante la noche				
96. Orina o defeca su ropa interior durante el día				

Anexo VIII

Cuestionario *ad hoc* de Episodio Traumático (ET)

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
Su hijo(a) tiene recuerdos del acontecimiento recurrentes, a veces lo puede representar en juegos repetitivos acerca del acontecimiento. y/o el trauma.					
Su hijo(a) presenta sueños recurrentes o pesadillas acerca del acontecimiento.					
Su hijo(a) actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia).					
Su hijo(a) presenta Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático					
Su hijo(a) presenta respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático					
Su hijo(a) se esfuerza para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático					
Su hijo(a) se esfuerza para evitar actividades, lugares o personas que traen recuerdos del trauma					
Su hijo(a) presenta Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma					
Su hijo(a) ha presentado reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas					
Su hijo(a) ha tenido sensación de desapego o enajenación frente a los demás					
Su hijo(a) ha tenido restricción de la					

Anexos

vida afectiva (p. ej., incapacidad para tener sentimientos de amor)					
Su hijo(a) ha tenido la sensación de un futuro desolador (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)					
Su hijo(a) presenta dificultades para conciliar o mantener el sueño					
Su hijo(a) presenta Irritabilidad o ataques de ira					
Su hijo(a) tiene dificultades para concentrarse					
Su hijo(a) se muestra Hipervigilancia					
Su hijo(a) tiene Respuestas exageradas de sobresalto					

Anexo IX

Cuestionario *ad hoc* de Estado de Ánimo (EA)

	Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
Su hijo se muestra con un estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Algunas veces esta irritable.					
Su hijo muestra una disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el niño u observan los demás)					
Su hijo(a) a tenido una pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.					
Su hijo(a) sufre de insomnio o hipersomnia casi cada día					
Su hijo(a) presenta agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)					
Su hijo(a) tiene sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)					
Su hijo(a) ha disminuido su capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)					
Su hijo(a) ha tenido pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse					

Anexo X

SCARED versión padres

Nombre _____

Edad _____

Sexo _____

Lee atentamente cada una de las siguientes preguntas y contesta con una X la opción que más se acerca de cómo se siente su hijo(a).

		NUNCA	A VECES	SIEMPRE
1	Cuando mi hijo(a) se asusta le cuesta respirar			
2	Le da dolor de cabeza cuando está en la escuela			
3	No le gusta estar con personas que no conoce mucho			
4	Le da miedo si duerme fuera de casa			
5	Le preocupa no ser aceptado o aceptada por otra gente			
6	Cuando se asusta siente como si se desmayara			
7	Es nervioso o nerviosa			
8	Sigue a la madre o al padre a todas partes			
9	La gente dice que parece nervioso o nerviosa			
10	Se siente nervioso o nerviosa cuando esta con gente que no conoce			
11	Le duele la panza cuando esta en la escuela			
12	Cuando se asusta siente como si se estuviera volviendo loco o loca			
13	Le preocupa dormir solo o sola			
14	Le preocupa no ser tan bueno o buena como los otros niños y niñas			
15	Cuando se asusta siente como si las cosas no fueran reales			
16	Tiene pesadillas sobre desgracias que les puedan pasar a sus padres			
17	Ir a la escuela le preocupa			
18	Cuando se asusta su corazón palpita de prisa			
19	Se siente tembloroso o temblorosa			
20	Tiene pesadillas sobre desgracias que le pueden ocurrir			
21	Se preocupa por que las cosas le salgan bien			
22	Cuando esta asustado o asustada suda mucho			
23	Se preocupa por todo			
24	Se asusta sin motivo			
25	Tengo miedo de quedarse solo o sola en casa			

26	Le cuesta hablar con personas que no conoce bien			
27	Cuando esta asustado o asustada tiene la sensación de ahogarse			
28	La gente dice que se preocupa mucho			
29	No le gusta estar lejos de la familia			
30	Tiene miedo de tener ataques de ansiedad o pánico			
31	Le preocupa que les pueda pasar una desgracia a sus padres			
32	Es tímido o tímida con las personas que no conoce			
33	Se preocupa por lo que va a suceder en el futuro			
34	Cuando se asusta siente que vomitara			
35	Se preocupa por hacer bien las cosas			
		NUNCA	A VECES	SIEMPRE
36	Le asusta ir a la escuela			
37	Se preocupa por las cosas que ya han pasado			
38	Cuando esta asustado o asustada se siente mareado o mareada			
39	Se siente nervioso o nerviosa cuando esta con otros niños o niñas o personas mayores y tiene que hacer algo mientras ellos o ellas lo/la miran (por ejemplo leer en voz alta, hablar, jugar, practicar algún deporte)			
40	Le pone nervioso o nerviosa ir a fiestas, bailes, o cualquier otro lugar en el que habrá gente que no conoce			
41	Es tímido o tímida			