

EFFECTOS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES DE LA EXPOSICIÓN A VIOLENCIA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA

María Clara Cuevas¹ y Leonidas Castro²

¹Pontificia Universidad Javeriana Cali; ²Universidad de los Andes (Colombia)

Resumen

En este estudio se estableció la relación entre niveles de exposición a violencia directa e indirecta y victimización y los efectos emocionales (ansiedad y depresión) y conductuales (agresión y delincuencia) en 1.362 niños (56,8% hombres y 43,2% mujeres) entre los 7 y 8 años (14,53%), de 9-10 años (64,96%), de 11-12 años (38,10%) y de 13-14 (7,19%), estudiantes de 2° a 5° grado de primaria y primer año de secundaria y pertenecientes a tres estratos socioeconómicos (38% alto, 26,1% medio, 36% bajo) de Cali, Colombia. Se encontraron diferencias significativas entre niveles de exposición y victimización y los grados de ansiedad, depresión, estrés postraumático, agresión y delincuencia. Estos efectos fueron mayores en estrato bajo que en medio o alto. A diferencia de la exposición general a la violencia, la exposición directa parece estar relacionada con mayores índices de delincuencia, según los informes de las madres. Se analizan las limitaciones del estudio así como las implicaciones de estos resultados para futura investigación y para el desarrollo de programas de prevención.

PALABRAS CLAVE: violencia, exposición, niños, ansiedad, depresión, agresión, delincuencia.

Abstract

This study aimed at determining the relationship between various levels of direct and indirect exposure to violence, and victimization, emotional (anxiety and depression), and behavioral (aggression and delinquency) effects in 1362 children and youngsters (56,8% males, 43,2% females), aged 7-8 (14,53%), 9-10 (64,96%), 11-12 (38,10%) and 13-14 (7,19%), studying 2nd - 5th primary grade and 1st year of secondary, and from three socioeconomic levels (38% high, 26,1% medium and 36% low) from Cali, Colombia. Significant differences were found between levels of total exposure to violence, direct exposure to violence and

higher scores en anxiety, depression, PTSD, aggression and delinquency. These effects were significantly higher in low than in medium or high socioeconomic strata. Unlike general exposure, direct exposure to violence showed a greater relation to delinquency, according to reports by mothers. Limitations and caveats of the present study are discussed, as well as implications for future research and for designing prevention programs.

KEY WORDS: *violence, exposure, children, anxiety, depression, aggression, delinquency.*

Introducción

La violencia constituye una de las principales causas de mortalidad alrededor del mundo. Cada año más de un millón de personas pierden la vida y muchos más sufren lesiones no mortales (World Health Organization [WHO], 2002). Los contextos de violencia son diversos: el ambiente familiar (*United Nations Children's Fund* [UNICEF], 2004; WHO, 2002), escolar (Olweus, 1993; Oñate y Piñuel, 2005), comunitario (Guerra, Huesmann y Spindler, 2003; Osofsky, Wewers, Hann y Fick, 1993; Overstreet, 2000) y social, así como las condiciones de violencia política (Allwood, Bell-Dolan y Husain, 2002). Los efectos de la violencia cubren un amplio rango de consecuencias a nivel político, económico, social e individual con los correspondientes desajustes psicológicos como depresión, adicciones y alcoholismo, ansiedad, estrés postraumático, entre otros (Gorman-Smith y Tolan, 1998; Kliewer, Murrelle, Mejia, Torres y Angold, 2001; Margolin y Gordis, 2000).

La violencia en Colombia representa uno de los índices más altos a nivel mundial. De acuerdo con datos oficiales, en el año 2006 se realizaron 16.274 autopsias por causas de violencia, lo que equivale a una tasa de homicidios de 30 por cada 100.000 habitantes, es decir, 1.354 homicidios por mes, 45 por día y 2 cada hora (Forensis, 2006). También se informa de 119.099 casos de lesiones por violencia atendidas en el sistema de la salud. De ese número total de lesiones, 14.238 fueron cometidos contra menores de 17 años.

La investigación sobre violencia desde distintas disciplinas ha aumentado considerablemente en los últimos años y se ha concentrado en la identificación de causas individuales, familiares, escolares, sociales y políticas. Dentro de estos estudios la exposición a la violencia se ha identificado como uno de los factores que tiene mayor influencia en desajustes emocionales y conductuales (Gorman-Smith y Tolan, 2004; Osofsky, 1995; Surgeon's General Report on Youth Violence, 2001; WHO, 2002).

La exposición a la violencia se refiere a ser receptor de acciones de violencia en calidad de víctima (exposición directa) u observador (exposición indirecta), o a vivir en medio de situaciones de violencia (Garbarino, Dubrow, Kostelny y Pardo, 1992; Osofsky, 1995). La exposición directa incluye el ser víctima de actos violentos de cualquier índole, que producen efectos físicos (heridas, lesiones o daño) y psicológicos (ansiedad o temor, depresión, trastorno de estrés agudo o postraumático, etc.). Se puede presentar en el contexto familiar (maltrato y abuso en todas sus formas), escolar (intimidación por los iguales), o violencia comunitaria (robo, asaltos físicos,

asesinatos, violaciones, o peleas y riñas callejeras). La exposición indirecta se refiere a situaciones en las que la persona presencia, es testigo, o es informada de actos violentos cometidos contra otras personas. Esta exposición indirecta puede incluir la observación a través de las imágenes que se presentan en los medios masivos de comunicación, los videos musicales y los videojuegos de entretenimiento (Gentile y Walsh, 2002; Huesmann, Moise-Titus, Podolsky y Eron, 2003).

En relación con la incidencia de exposición a violencia, los estudios han mostrado resultados variables. Por ejemplo, Shakoor y Chalmers (1991) al estudiar a un grupo de estudiantes afro-americanos encontraron que el 46% había sido víctima de acciones violentas y Schwab-Stone, Ayers, Kaspro, Voyce, Barone, Shriver y Weissberg (1995) hallaron resultados semejantes superiores al 40% en una investigación a nivel nacional. Sin embargo, en su estudio Richters y Martínez (1993) encontraron que el 19% de los niños de 1° y 2° grado de primaria había sido víctima de exposición directa a violencia. Estas diferencias se pueden atribuir a diferencias en las edades de los grupos estudiados. Respecto de los efectos de la exposición indirecta a la violencia, como es de esperar, las cifras son muy superiores. Se han encontrado índices de exposición indirecta que fluctúan entre el 40% (Marans y Cohen, 1993), 61% (Richters y Martínez, 1993), 70% (Shakoor y Chalmers, 1991), 85% (Fitzpatrick y Boldizar, 1993); 93% (Berman, Kurtines, Silverman, y Serafini; Mazza y Reynolds, 1999) y 96% (Miller y Wasserman, 1999). Esta variabilidad se puede atribuir tanto a los diferentes criterios de exposición como a diferencias en las poblaciones estudiadas.

Además de los estudios sobre incidencia de exposición a violencia en diferentes poblaciones y los diferentes tipos de exposición, directa e indirecta, existe una gran cantidad de literatura que busca determinar los efectos de la exposición a violencia en diferentes tipos de desajuste psicológico. Los investigadores se han centrado no solamente en la determinación de los efectos de la exposición a la violencia sino también la relación paramétrica entre los diferentes niveles de exposición, los factores protectores y la magnitud y procesos implicados. En general, se ha encontrado que la exposición directa o indirecta a distintas formas de violencia tiene efectos particularmente en los procesos emocionales, como altos niveles de ansiedad y depresión, así como en conducta exteriorizada, aumento en los niveles de agresión, violencia y delincuencia (Allwood *et al.*, 2002; Buckner, Beardslee y Bassuk, 2004; Ceballo, Dahl, Aretakis y Ramírez, 2001; DuRant, Cadenhead, Pendergast, Slavens y Linder, 1994; Foster, Kuperminc y Price, 2004; Fitzpatrick y Boldizar, 1993; Garnezy y Rutter, 1985; Gorman-Smith y Tolan, 1998, 2004; Guerra, Huesmann y Spindler, 2003; Kliewer, Lepore, Oskin, y Johnson, 1998; Miller y Wasserman, 1999).

En cuanto a los factores emocionales, se ha encontrado una clara relación entre diferentes formas de exposición a violencia y síntomas de depresión y ansiedad, como se muestra en la revisión de estudios de la influencia de situaciones de guerra en niños y adolescentes (Garnezy y Rutter, 1985). La relación se ha replicado en múltiples investigaciones en las que se tienen en cuenta informes de los padres (Richter y Martínez, 1993), síntomas de trastorno de estrés postraumático (Fitzpatrick y Boldizar, 1993) y altos grados de puntuaciones en medidas de ansiedad de estado (Hill y Madhere, 1995). Además del estudio de la relación entre los

tipos de exposición a violencia y ansiedad/depresión, varios estudios se han permitido establecer una clara relación entre los grados de exposición y la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión (Allwood *et al.*, 2002; Buckner *et al.*, 2004; Ceballo *et al.*, 2001; Foster *et al.*, 2004; Kliewer *et al.*, 1998). Por otra parte, se ha encontrado una relación positiva entre exposición a violencia y aumentos posteriores en conducta agresiva (DuRant *et al.*, 1994; Gorman-Smith y Tolan, 1998), desadaptación social con grupo de iguales (Schwartz y Proctor, 2000), conducta antisocial y delincuente (Miller y Wasserman, 1999), fallos en el procesamiento de información social y violencia y agresión (Gorman-Smith y Tolan, 2004; Guerra *et al.*, 2003).

A pesar de la amplia documentación sobre los efectos de la exposición a la violencia en diferentes ámbitos, la investigación en Colombia ha sido insuficiente, lo cual es particularmente intrigante teniendo en cuenta las características de altos niveles de violencia propios del país. Kliewer *et al.* (2001) realizaron una encuesta con 5.775 adolescentes colombianos para determinar los factores protectores del ambiente familiar ante situaciones de violencia contra un miembro de la familia. Estos investigadores encontraron que el apoyo familiar amortiguaba los efectos de la exposición a la violencia más en mujeres y en adolescentes jóvenes. Igualmente, la posibilidad de hablar con amigos mostró ser un factor protector. En forma similar, Ramírez y Pinzón (2002) realizaron un estudio epidemiológico multimétodo para establecer la prevalencia del maltrato infantil y sus factores asociados, a través de 1.800 encuestas en seis regiones de Colombia. Estas investigadoras encontraron niveles de exposición a violencia superiores al 50% en las distintas regiones del país.

Con base en los anteriores estudios y teniendo en cuenta tanto la importancia de los efectos de la exposición a la violencia y la alta incidencia de problemas de violencia en Colombia, así como la insuficiencia de investigación sobre este tema en población colombiana, en este artículo se pretende mostrar la relación entre diferentes grados de exposición a violencia y efectos emocionales como ansiedad, depresión, estrés postraumático e implicaciones conductuales como agresión y delincuencia en una muestra de niños y jóvenes.

Método

Participantes

La muestra se formó con 1.362 niños y adolescentes de ambos sexos (hombres= 774 y mujeres= 588) entre los 7 y los 14 años de edad, estudiantes de 2° a 5° grado de escolarización primaria y primer año de escolarización secundaria, y por 834 madres, localizados en la ciudad de Cali, Colombia. Todos pertenecían a colegios de los diferentes estratos socioeconómicos que aceptaron la invitación para participar. El resumen de las características demográficas de la muestra se puede apreciar en la tabla 1.

Tabla 1
Características sociodemográficas de la muestra

<i>Características</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Media</i>
<i>Sexo</i>			
Hombre	774	56,80	55,83
Mujer	588	43,2	43,17
<i>Edad (años)</i>			
7 a 8	198	15,32	14,53
9 a 10	477	36,91	64,96
11 a 12	519	40,17	38,10
13 a 14	98	7,58	7,19
<i>Estrato socioeconómico</i>			
Alto	517	38,0	37,95
Medio	355	26,1	26,06
Bajo	490	36,0	35,97
<i>Tipo de condición</i>			
En riesgo	130	9,54	9,54
Escolar normal	1232	90,45	90,45

En la investigación participaron 13 colegios privados, 5 instituciones gubernamentales de protección al menor, en las cuales los niños estaban viviendo fuera de sus hogares en instituciones especiales y una organización no gubernamental para niños víctimas de violencia política. Estos dos últimos grupos eran considerados como niños de alto riesgo, dadas sus condiciones, puesto que eran niños que no vivían con sus familias y se encontraban bajo la protección del estado por condiciones familiares desfavorables o por condiciones de desplazamiento por situación de violencia. A partir de la información sobre ingresos de hogares del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE), Seccional Valle del Cauca (2004) y la de la Secretaría de Educación Municipal (2004) sobre costes de matrículas, se estableció el estrato socioeconómico que representa a cada uno de los colegios e instituciones participantes, en el cual los estratos socioeconómicos 1 y 2 corresponden al bajo, el 3 y el 4 al medio, y el 5 y 6 al alto. Consistente con la composición socioeconómica, el 36% de las instituciones educativas pertenece al estrato socioeconómico alto, el 26% al estrato medio y el 38% al estrato bajo. Todos los niños y adolescentes cumplieron el requisito del consentimiento informado de padres o adultos responsables, de la autorización de la institución y de la participación voluntaria.

Instrumentos

1. "Cuestionario exposición a violencia" (CEV; Cuevas, 2004). Es una medida de autoinforme para niños y adolescentes entre los 7 y los 18 años, diseñada y validada para la presente investigación. Fue generada a partir del

- “Cuestionario sobre violencia en Colombia” (CEVC; Peña, Varela y Cuevas, 2004) que evalúa exposición a violencia socio-política. Para esta versión se consideraron formas de violencia socio-política y comunitaria, excluyendo la violencia intrafamiliar. El cuestionario se desarrolló tomando como base instrumentos para evaluar exposición a violencia informados en investigaciones sobre el tema (Attar, Guerra y Tolan, 1994; Fitzpatrick y Boldizar, 1993; Martínez y Richter, 1993). El CEV está compuesto por 13 áreas temáticas correspondientes a fenómenos de la violencia socio-política como: acciones violentas de la guerrilla, de los paramilitares, secuestro, desplazamiento por la violencia, atentados terroristas, amenazas, atracos, asaltos con armas, personas heridas con cuchillos o balas, personas asesinadas, masacres, robos, insultos. A partir de las 13 áreas temáticas, se evalúan cuatro categorías: 1) Identificación del fenómeno de violencia, 2) Fuentes de procedencia de la información (medios de comunicación, comentarios de la familia, de personas conocidas o amigos, observación directa, etc.) 3) Identificación de personas que hayan sido víctimas de los fenómenos de violencia investigados, y 4) Proximidad relacional con la víctima. El CEV arroja dos tipos de puntuaciones: una puntuación general de exposición a violencia y una para la escala de exposición directa o victimización. La escala de victimización indica la frecuencia de haber sido expuesto de manera directa a las formas de violencia consideradas. Las puntuaciones se estandarizaron a partir de la población evaluada para los rangos de edad (7 a 9 años, 10 a 13 años y 14 años) y la condición socioeconómica. Se construyeron puntuaciones T con media 50 y desviación 10 y se determinaron 4 categorías de exposición a violencia: baja (< 40), media (41-60), moderada (61-70) y grave (>71). También se establecieron categorías para la exposición directa o victimización: baja (ser víctima de entre 1 y 3 eventos de violencia), media (ser víctima de entre 4 y 5 eventos de violencia) y alta (ser víctima de más de 5 eventos). Una vez realizado el estudio piloto del instrumento se estableció el índice de fiabilidad ($\alpha = 0,69$). La prueba permite identificar diferencias de puntuación en la población en condición de riesgo y la población escolarizada, como una evidencia de su validez, puesto que permite discriminar los niveles de exposición a violencia. Se puede administrar de manera individual o grupal y el tiempo para responderlo toma un máximo de 30 minutos en los niños de menor edad.
2. “Escala de ansiedad manifiesta en niños versión revisada” (*Children Manifest Anxiety Scale-R*, CMAS-R; Reynolds y Richmonds, 1978). Es un cuestionario de autoinforme de 37-ítems, 28 de los cuales evalúan ansiedad y nueve que conforman “la escala de mentiras” para niños y adolescentes entre 6 y 19 años. Puede administrarse de manera individual o colectiva. Incluye respuestas de dos opciones, sí o no. En la puntuación de Ansiedad Total se consideran una T= 60 como representativa de niveles normales de ansiedad y por encima de ésta, con significación clínica. En cuanto a sus propiedades psicométricas, cabe señalar que los autores informan de coeficientes de consistencia interna (KR_{20}) de 0,83. Los estudios confirman su validez de constructo, concurrente, divergente y predictiva (Reynolds y Richmonds, 1978).

En esta investigación, la validez se determinó mediante análisis factoriales. Se halló una solución de cinco factores tal como se plantea en la prueba original. Al observar las puntuaciones originales de la prueba frente a las obtenidas por esta población, se encontraron diferencias significativas debidas a la edad pero no al sexo, por lo que se construyeron las normas basadas en la edad. La clasificación de ansiedad se obtuvo de acuerdo a lo propuesto por los autores una vez obtenidos las puntuaciones T. La fiabilidad según el α de Cronbach fue de 0,82.

3. "Inventario de depresión infantil" (*Child Depression Inventory*, CDI, Kovacs, 1992). El CDI es una medida de autoinforme de 27 ítems con tres enunciados de respuesta para cada uno, que evalúa presencia y gravedad de los síntomas depresivos. Está diseñada para niños y adolescentes entre los 7 y los 17 años. Puede ser aplicada de manera individual o colectiva y toma un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. El punto de corte de más amplia utilización es el 19, tanto para población clínica como no clínica. Una puntuación a partir del percentil 90 se asume como indicativa de sintomatología depresiva. Se considera como nivel de sintomatología depresiva grave a partir del percentil 96. Posee una alta consistencia determinada a partir de numerosas investigaciones en varios países y poblaciones. El alfa más bajo fue de 0,73 y el más alto de 0,89 (Del Barrio y Carrasco, 2004). Para la presente investigación, se utilizó la traducción y adaptación española (Del Barrio y Carrasco, 2004). La validación se realizó mediante análisis factorial con el método de componentes principales y rotación oblicua promax. El comportamiento de la prueba fue similar al propuesto por los autores, al obtener una solución de tres factores de los que se asumieron los dos de mayor peso factorial (Del Barrio y Carrasco, 2004). Dichos factores estaban correlacionados entre sí por lo cual se pudo trabajar una puntuación total de depresión. La fiabilidad obtenida con el α de Cronbach fue de 0,81.
4. "Listado de síntomas de trauma para niños forma A" (*Trauma Symptoms Checklist for Children- A*, TSCC-A; Briere, 1996). Es un cuestionario de autoinforme de 44 ítems que incluye pensamientos, emociones y conductas relacionadas con los cuadros clínicos y la sintomatología psicológica resultante de la exposición a eventos traumáticos. Se utiliza en niños y adolescentes entre 8 y 16 años. Existen dos formas de la prueba: El TSCC que incluye preocupaciones sexuales y el TSCC-A, que las excluye. El TSCC-A consta de seis escalas clínicas que evalúan Ansiedad (A), Depresión (D), Estrés post-traumático (EPT), Ira (I) y Disociación (DIS), y, dos escalas de validez, la de Hipo-respuesta (UND) y la de Sobre-respuesta (HYP), que miden la tendencia a negar o sobre-estimar los síntomas. Los ítems se responden en una escala tipo Likert de 4 puntos (0= nunca, 1= algunas veces, 2= muchas veces y 3= casi siempre). La respuesta al total de los ítems toma un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Puede ser administrado de manera individual o colectiva. Se califica utilizando puntuaciones T con baremos basados en la edad y el sexo. En las escalas clínicas, a partir de T= 65 las puntuaciones son consideradas clínicamente significativas. Puntuaciones T entre 60 y 65

sugieren dificultades y a pesar de que poseen carácter sub-clínico son asumidas como sintomatología significativa. Los puntos de corte de las escalas de validez, son $T= 70$ para Hipo-respuesta y $T= 90$ para Sobre-respuesta. Puntuaciones superiores a estos puntos de corte invalidan el resultado de la prueba (Briere, 1996). En la presente investigación la validez se demostró mediante análisis factoriales. Como en la prueba original, se extrajeron dos factores para la población general evaluada. Se encontraron diferencias debidas solamente al sexo. Por tal motivo se construyeron las puntuaciones T a partir de esta variable asumiendo el punto de corte propuesto por el autor. Para la fiabilidad se utilizó el alfa de Cronbach y se obtuvieron valores para cada una de las escalas ($A= 0,73$; $D= 0,74$; $I= 0,76$; $EPT= 0,74$; $DIS= 0,73$). De esta prueba solamente se utilizó la escala de Estrés postraumático.

5. "Listado de comportamientos infantiles" (*Child Behavior Check List*, CBCL; Achenbach y Eldebrock, 1979, 1983) y el "Autoinforme de los jóvenes" (*Youth Self Report*, YSR; Achenbach y Eldebrock, 1979, 1983). La lista está formada por 118 ítems que contienen descripciones conductuales de problemas y 20 ítems sobre competencias sociales. Está diseñada para evaluar conductas adaptativas y conductas problema de niños y adolescentes en un rango entre los 2 y los 16 años. Puede ser administrada de manera individual o grupal. Así mismo existen tres formatos diferentes: a) el de los padres (*Child Behavior Check List*, CBCL), respondido por los padres de niños entre 2 y 16 años; b) el del profesor (*Teacher's Report Form*, TRF), que incluye edades entre 6 y 16 años, y, c) el de los jóvenes (*Youth Self Report*, YSR), respondido por niños y adolescentes desde los 11 años en adelante. La escala de problemas abarca dos dimensiones amplias: interiorizados y exteriorizados. Contiene las subescalas de Aislamiento, Síntomas Somáticos, Depresión/Ansiedad, Problemas sociales, Problemas de pensamiento, Problemas de atención, Conducta agresiva, Conducta delincuente e Hiperactividad. En la dimensión "Interiorizados" se incluyen: las agrupaciones sindrómicas de aislamiento, somática, compulsiva, ansiedad y depresiva. Los segundos, "exteriorizados", contienen las escalas agresiva, delincuente e hiperactividad; en la de "Otros problemas" están las escalas restantes. Las escalas de competencia incluyen las áreas de actividades y de funcionamiento escolar y social. El formato de respuestas de los problemas conductuales es una escala tipo Likert de 3-puntos (0= no ocurre, 1= algunas veces, 2= muy frecuente). Las respuestas son puntuadas sobre un perfil cuyos puntajes han sido estandarizados separadamente por sexo y rango de edad. Los puntos de corte permiten establecer la diferencia entre rangos normales de problemas y competencias y rangos con significación clínica. Las propiedades psicométricas del instrumento en sus diversas formas han sido demostradas a través de numerosas investigaciones. Los autores optan por hallar la fiabilidad test-retest, acuerdo entre calificadores y estabilidad a largo plazo cuyas correlaciones estuvieron entre 0,46 y 0,97. También hallaron la validez de contenido, constructo y criterio. En esta investigación, se tomaron las escalas de Agresión y Delincuencia. Se adoptaron tanto la clasificación como las normas propuestas por los autores

puesto que se obtuvieron resultados similares. Las puntuaciones T se adaptaron a la población estudiada. La fiabilidad se realizó a través de correlaciones intra-clase. En la subescala de Agresión del CBCL, la fiabilidad para niños de 7 a 11 años fue de 0,79 y para las niñas fue de 0,77. La fiabilidad obtenida en la subescala de Delincuencia del CBCL para los niños de 7 a 11 años fue de 0,57 y para las niñas de 0,47. En el YSR para adolescentes de 12 a 14 años, la fiabilidad en la subescala de Agresión para los hombres fue de 0,73 y para las mujeres de 0,76. En la subescala de Delincuencia para los hombres, la fiabilidad fue de 0,80 y para las mujeres, de 0,79.

Procedimiento

Se realizó la traducción y adaptación de los instrumentos de medición en inglés al español. Esto se llevó a cabo a través de traductores certificados bilingües (Español/Inglés) y jueces expertos. Se hicieron los cambios sugeridos con acuerdos entre los expertos de 100%. Se evaluó la comprensión de los cuestionarios con 300 niños y adolescentes a quienes se les aplicaron las medidas y se realizaron las modificaciones pertinentes asumiendo como criterio de cambio un porcentaje de acuerdos inferior al 85%.

Se contactaron 25 colegios estatales y privados, de estratos socioeconómicos alto, medio y bajo y, a las instituciones gubernamentales de protección de niños en condición de riesgo, del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Cali, con los cuales había convenios de práctica en Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana, de esta misma ciudad. Se procedió luego a obtener la autorización de las instituciones y el consentimiento voluntario de los padres y de los participantes. Posteriormente, se administraron todas las medidas de autoinforme por la investigadora principal y por tres estudiantes de último año de Psicología, quienes fueron previamente capacitados para el manejo de los instrumentos. En casi todos los casos se realizó una aplicación colectiva, durante la cual se les permitía hacer preguntas para aclarar cualquier duda. Para los grupos de niños de 7 y 8 años, se leyó en voz alta cada uno de los ítems y se usaron cuestionarios tamaño cartel, en los que se indicaba la forma de marcar las respuestas. La aplicación de los instrumentos para cada grupo se hizo en dos sesiones, en días consecutivos, cada una con un promedio de 2 horas y 30 minutos de duración. Al finalizar la primera sesión, se entregó a cada participante un sobre que contenía los instrumentos para ser completados por sus madres, los cuales debían entregarse al inicio de la siguiente sesión. Cada instrumento tenía un código para garantizar la confidencialidad.

Resultados

Teniendo en cuenta las características del estudio, los resultados se analizaron en dos fases. En la primera, se realizó un análisis descriptivo en el cual se compararon las variables sociodemográficas, es decir, sexo, edad, estrato, y tipo de condición

de riesgo con nivel de exposición a violencia, victimización y las manifestaciones emocionales y conductuales, ansiedad, depresión, estrés postraumático, agresión y delincuencia. En la segunda fase, se analizan las relaciones entre nivel de exposición a violencia y victimización y las manifestaciones emocionales y conductuales.

Variables sociodemográficas y la exposición a violencia, victimización y las manifestaciones emocionales y conductuales de los niños

NIVELES DE EXPOSICIÓN A VIOLENCIA. En la tabla 2 se describe la distribución de la muestra de acuerdo a los resultados del "Cuestionario de exposición a violencia" en cuatro niveles de exposición indirecta: baja, media, moderada y grave. Se observa que la mayoría de los participantes tuvieron niveles medios y bajos de exposición a violencia indirecta. En forma similar, la mayoría de los participantes tuvieron bajos niveles de exposición directa a la violencia.

Tabla 2
Niveles de exposición directa e indirecta a violencia

<i>Niveles de exposición</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<i>Exposición indirecta</i>				
Baja (< 40)	217	15,9	26,20	18,16
Media (41-60)	973	71,4	48,21	5,29
Moderada (61-70)	111	8,1	64,87	2,64
Grave (>71)	61	4,5	78,85	7,08
Total	1362	100	47,43	14,71
<i>Exposición directa (victimización)</i>				
Baja*	1111	81,6	46,72	4,601
Moderada**	140	10,3	64,50	3,000
Alta***	46	3,4	85,15	12,122
Total	1297	95,2	50,00	10,00

Nota: *ser víctima de entre uno y tres eventos de violencia; **ser víctima de entre cuatro y cinco eventos de violencia; ***ser víctima de más de cinco eventos de violencia.

NIVELES DE MANIFESTACIONES EMOCIONALES Y CONDUCTUALES. Puesto que uno de los objetivos principales de este estudio era determinar los efectos emocionales de la exposición a la violencia, en esta primera etapa se determinó la frecuencia de manifestaciones emocionales y conductuales en la muestra total. Como se observa en la tabla 3, con respecto a los efectos emocionales, la mayoría de los participantes presentan síntomas leves de ansiedad. En cuanto a depresión y estrés postraumático, se observa que la mayoría de los participantes no mostraba síntomas de depresión ni de estrés postraumático. En relación con los efectos conductuales, en los niveles

Tabla 3
Efectos emocionales y conductuales en la muestra total

<i>Efectos emocionales</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<i>Niveles de ansiedad</i>				
Sin síntomas	211	16,4	35,22	4,51
Leve	882	68,5	50,13	5,44
Moderada	172	13,4	64,52	2,68
Grave	22	1,7	73,50	2,46
Total	1287	100	35,22	4,51
<i>Niveles de depresión</i>				
Sin síntomas	1079	85,2	46,47	6,23
Leve	136	10,7	64,58	2,47
Grave	51	4,0	76,94	5,34
Total	1266	100	49,64	9,88
<i>Trastorno de estrés postraumático (TEP)</i>				
Sin síntomas	1075	85,9	47,43	7,34
Moderado	75	6,0	63,25	1,34
Grave	101	8,1	69,86	3,83
Total	1251	97,0	50,19	9,78
<i>Efectos conductuales</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
<i>Agresión 7 a 10 años: Informe madres</i>				
Sin problemas	436	96,9	49,19	8,51
Con problemas	14	3,1	76,36	3,73
Total	450	100	50,4	9,63
<i>Agresión 11 a 14 años: Autoinforme</i>				
Sin problemas	600	97,2	49,38	8,98
Con problemas	17	2,8	79,87	12,31
Total	617	100	50,0	10,0
<i>Delincuencia 7 a 10 años: Informe madres</i>				
Sin problemas	440	97,8	49,03	7,74
Con problemas	10	2,2	83,30	11,63
Total	450	100	49,79	9,32
<i>Delincuencia 11 a 14 años: Autoinforme</i>				
Sin problemas	595	96,4	48,72	7,81
Con problemas	22	3,6	77,34	12,76
Total	617	100	50,0	10,0

de agresión se tomaron medidas tanto de las madres para los participantes entre 7 y 10 años así como autoinforme para los mayores de 11 años. En cuanto a los informes de las madres, se encontró que el la mayoría de los participantes no presentaban problemas de agresión. Se encontraron resultados semejantes al tener en cuenta el autoinforme. Con respecto a los niveles de delincuencia, de acuerdo al informe de las madres, el 97,8% no mostraban problemas de delincuencia y los resultados del autoinforme produjeron datos similares.

RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EXPOSICIÓN A VIOLENCIA Y MANIFESTACIONES EMOCIONALES Y CONDUCTUALES. Los resultados de comparaciones por sexo y exposición a violencia arrojaron diferencias significativas ($t = -3,67$; $p < 0,001$) en las que se muestra que las mujeres tienen mayores niveles de exposición a violencia que los hombres. Las diferencias por sexo solamente fueron significativas en relación con ansiedad ($t = -2,69$ $p < 0,007$). Los restantes análisis de diferencias por sexo no arrojaron diferencias significativas en ninguna de las otras variables. En cuanto a la variable edad, solamente se encontraron diferencias significativas en la variable victimización ($\chi^2 = 13,46$; $p < 0,004$). Las comparaciones por estratos socioeconómicos mostraron diferencias significativas en depresión ($\chi^2 = 53,71$; $p < 0,001$), estrés postraumático ($\chi^2 = 9,47$; $p < 0,001$), agresión según el informe de las madres ($F[2,$

Tabla 4

Diferencia de medias en medidas emocionales y conductuales según tipo de condición de riesgo

<i>Manifestación emocional</i>	<i>Condición</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedad	Riesgo	130	54,38	9,50	5,51	0,009
	Normal	1.157	49,52	9,84		
Depresión	Riesgo	128	57,57	11,22	8,15	0,000
	Normal	1.174	49,17	9,50		
Estrés PT	Riesgo	119	53,28	9,89	3,59	0,000
	Normal	1.132	49,87	9,71		
Agresión (Informe madres)*	Riesgo	12	52,67	8,26	11,84	0,29
	Normal	438	49,97	9,67		
Agresión (Autoinforme)	Riesgo	67	13,30	5,21	78,11	0,002
	Normal	550	10,98	4,67		
Delincuencia (Informe madres)*	Riesgo	12	60,17	14,20	2,59	0,025
	Normal	438	49,51	9,01		
Delincuencia (Autoinforme)	Riesgo	67	57,27	12,04	5,35	0,000
	Normal	550	49,11	9,33		

Nota: *El informe de las madres solamente se aplicaba a los grupos de edad correspondientes al rango entre 7 y 10 años.

446]= 12,02; $p < 0,001$) y delincuencia según el informe de las madres ($F[2, 446]= 5,47$; $p < 0,004$) y autoinforme ($F[2, 614]= 5,17$; $p < 0,006$), todas mayores en el estrato bajo. Finalmente, como se ilustra en la tabla 4, uno de los análisis que proporcionó más información relaciona la condición de alto riesgo en comparación con los grupos escolares normales, en términos de las medidas emocionales y conductuales en los que se encuentran diferencias significativas en todas las variables, con excepción del informe materno sobre agresión.

Tabla 5

Análisis de varianza de exposición a violencia y manifestaciones emocionales y conductuales

		<i>Suma de cuadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Ansiedad	Inter-grupos	913,167	3	304,389	3,115	0,025
	Intra-grupos	125369,739	1283	97,716		
	Total	126282,906	1286			
Depresión	Inter-grupos	855,030	3	285,010	2,862	0,036
	Intra-grupos	129244,970	1298	99,572		
	Total	130100,000	1301			
Estrés postraumático	Inter-grupos	1221,849	3	407,283	4,294	0,005
	Intra-grupos	118263,490	1247	94,838		
	Total	119485,340	1250			
Agresión (Informe madres)	Inter-grupos	812,654	3	270,885	2,956	0,032
	Intra-grupos	40864,626	446	91,625		
	Total	41677,280	449			
Agresión (Autoinforme)	Inter-grupos	1086,554	3	362,185	3,686	0,012
	Intra-grupos	60237,284	613	98,266		
	Total	61323,838	616			
Delincuencia (Informe madres)	Inter-grupos	311,716	3	103,905	1,198	0,310
	Intra-grupos	38680,064	446	86,727		
	Total	38991,780	449			
Delincuencia (Autoinforme)	Inter-grupos	692,077	3	230,692	2,333	0,073
	Intra-grupos	60625,923	613	98,900		
	Total	61318,000	616			

Análisis de la relación entre niveles de exposición a violencia y manifestaciones emocionales y conductuales

EXPOSICIÓN A VIOLENCIA Y NIVELES DE ANSIEDAD. Como se aprecia en la tabla 5, se encontró una relación significativa entre los niveles de exposición a violencia y las manifestaciones de ansiedad. Estos resultados indican que a mayores niveles de exposición a violencia mayor probabilidad de alteraciones en estados de ansiedad.

EXPOSICIÓN A VIOLENCIA Y NIVELES DE DEPRESIÓN. Al igual que en el anterior análisis, y como se observa en la misma tabla 5, se encontró una relación significativa entre niveles de exposición a violencia y presencia de sintomatología depresiva. Estos datos parecen indicar que los niveles de exposición a violencia tienden a estar asociados con estados depresivos, lo cual, como se discutirá más adelante, está claramente relacionado con la literatura disponible sobre los factores estresantes asociados con la presencia de depresión.

EXPOSICIÓN A VIOLENCIA Y ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. El ANOVA indicó que hay una clara asociación entre niveles de exposición a violencia y síntomas de estrés posttraumático ($F[3, 1247]= 4,29; p < 0,005$) lo cual muestra una diferencia altamente significativa.

EXPOSICIÓN A VIOLENCIA Y AGRESIÓN. Como se observa en la tabla 5, se encontró una relación significativa entre niveles de exposición a violencia y agresión tanto a través del informe de madres, como del autoinforme. Estos resultados confirman la relación entre niveles de exposición a violencia y agresión. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas con los índices de delincuencia, lo cual es consistente con la literatura sobre los mayores niveles de progresión de conducta delincuente y la presencia de múltiples variables causales.

Análisis de la relación entre victimización o exposición directa a la violencia y presencia de alteraciones emocionales y conductuales

De forma similar a los anteriores resultados y como se aprecia en la tabla 6, los niveles de victimización están claramente relacionados con la presencia de alteraciones emocionales. Al igual que en la relación entre la exposición a la violencia y presencia de alteraciones emocionales y conductuales, se encuentra una clara asociación entre victimización y diferentes niveles de alteración. Sin embargo, hay una diferencia de gran importancia entre los efectos de exposición y de victimización. Mientras que en los primeros no se encontraron relaciones con delincuencia, los efectos de victimización mostraron una relación significativa entre la victimización y la presencia de delincuencia posterior de acuerdo con los informes de las madres. Estos resultados indican la necesidad de realizar investigación más detallada sobre los efectos de la exposición directa a violencia y la probabilidad de violencia posterior.

Tabla 6

Análisis de varianza de victimización y manifestaciones emocionales y conductuales

		<i>Suma de cuadrados</i>	<i>gl</i>	<i>Media cuadrática</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>
Ansiedad	Inter-grupos	1868,07	2	493,409	5,082	0,006
	Intra-grupos	120871,68	1245	97,086		
	Total	121858,50	1247			
Depresión	Inter-grupos	1868,07	2	934,035	9,487	0,000
	Intra-grupos	122280,52	1242	98,455		
	Total	124148,59	1244			
Estrés posttraumático	Inter-grupos	813,61	2	406,807	4,259	0,014
	Intra-grupos	115954,78	1214	95,515		
	Total	116768,39	1216			
Agresión (Informe madres)	Inter-grupos	364,54	2	182,270	1,977	0,140
	Intra-grupos	40103,42	435	92,192		
	Total	40467,96	437			
Agresión (Autoinforme)	Inter-grupos	361,631	2	180,816	1,802	0,166
	Intra-grupos	58713,285	585	100,365		
	Total	59074,917	587			
Delincuencia (Informe madres)	Inter-grupos	722,01	2	361,007	4,170	0,016
	Intra-grupos	37655,24	435	86,564		
	Total	38377,25	437			
Delincuencia (Autoinforme)	Inter-grupos	538,057	2	269,029	2,684	0,069
	Intra-grupos	58644,859	585	100,248		
	Total	59182,917	587			

Discusión

La importancia de los resultados de este estudio radica en los factores paramétricos de diferentes grados de exposición a violencia total y directa y sus efectos en diversas alteraciones de comportamiento. Igualmente, la comparación entre diferentes variables sociodemográficas puede señalar poblaciones en riesgo sobre las que sería necesario intervenir a nivel preventivo. Con respecto de las manifestaciones emocionales, se observaron conductas y cogniciones relacionadas con la ansiedad. Los resultados de sintomatología de ansiedad son consistentes con las condiciones de alta incidencia de hechos de violencia que ocurren de manera impredecible e incontrolable. Sin embargo, es necesario notar la presencia de síntomas clínica-

mente significativos en frecuencias tan altas y en edades tan tempranas que superan muchos de los estudios realizados en contextos violentos (Aber, Gershoff, Wore y Kotter, 2004; Garmezy y Rutter, 1985; Hill y Madhere, 1995; Kliewer *et al.*, 1998; Richters y Martínez, 1993; Terr, 1983). Los niveles de sintomatología de ansiedad se relacionaron significativamente con la exposición a violencia y la victimización.

El grupo de niños y adolescentes participantes presentó adicionalmente síntomas de estrés postraumático, hallazgo que también coincide con estudios previos en poblaciones expuestas a violencia (Allwood *et al.*, 2002; Fitzpatrick y Boldizar, 1993; Foster *et al.*, 2004; Overstreet y Dempsey, 1999; Pynoos *et al.*, 1987; Thabet, Abed y Vostanis, 2004). En este estudio, los análisis mostraron presencia de síntomas en un 12,9% y en nivel grave en un 7,4% de los participantes. Esto pone de manifiesto que en condiciones de violencia, los niños y adolescentes experimentan una serie de situaciones traumáticas capaces de producir dicha sintomatología e incluso son consistentes con las hipótesis respecto a que la cualidad de testigo de violencia puede producir traumatización vicaria. Los síntomas de estrés postraumático encontrados están directamente asociados con los niveles de exposición y victimización establecidos.

Al comparar los resultados de los hallazgos en ansiedad, depresión y estrés postraumático, es interesante destacar que aunque los síntomas en depresión y estrés postraumático son más bajos al compararlos con los de ansiedad, se observan frecuencias importantes y con significaciones clínicas. Las frecuencias en ansiedad, depresión y estrés postraumático están interrelacionadas debido a los altos índices de comorbilidad entre las categorías y que sugieren factores causales comunes (Barlow, 2002).

La interpretación de los datos referentes a las manifestaciones conductuales, agresión y delincuencia, mostró que el 3,5% de los participantes presenta niveles de agresión problemáticos, resultado esperado según otros estudios (DuRant *et al.*, 1994; Garbarino, 1995; Gorman-Smith y Tolan, 1998; Miller y Wasserman, 1999; Osofsky *et al.*, 1993; Schwab-Stone *et al.*, 1995), que explican dichos efectos de acuerdo a los planteamientos sobre el desarrollo de la conducta antisocial y delictiva, que establecen la exposición a violencia como uno de los factores de riesgo más claros (Farrington, 1998; Gorman-Smith y Tolan, 2004; Guerra *et al.*, 2003; Schwartz y Proctor, 2000). Aunque los porcentajes encontrados son menores en comparación con los obtenidos en las manifestaciones emocionales, hay un grupo de niños y adolescentes en los cuales son evidentes los síntomas de problemas conductuales en este nivel. Esto hace que se deban considerar como grupo de riesgo para la violencia y delincuencia en el futuro, ya que uno de los predictores de mayor potencial para dicho resultado, es la presencia de agresión temprana. De acuerdo con estos resultados, es importante determinar factores protectores en niños expuestos a violencia, así como signos tempranos de agresión, con el fin de desarrollar programas de prevención que permitan interrumpir la trayectoria de riesgo para reducir la posibilidad de cometer acciones violentas posteriores (Ángel, Gaviria y Restrepo, 1995; Cuevas, 1995a, 1995b, 2003; Farrington, 1998; WHO, 2002).

En cuanto a los resultados sobre delincuencia, a pesar de que se encontraron índices aparentemente bajos en niños (2,2% en el grupo de 7-10 años), la conducta delincuente a tan temprana edad se considera un predictor importante de manifestaciones delictivas en edades posteriores (Farrington, 1990; Loeber y Dishion, 1983; Loeber y Farrington, 1998). Por otro lado, el 3,6% de los adolescentes de 11-14 años presentan conducta delincuente a nivel problemático. Este resultado debe ser considerado de manera especial, ya que dicha conducta en este rango de edad implica una trayectoria de riesgo que se ha ido consolidando en el repertorio conductual y que es predictora, como se señaló, del trastorno antisocial de la personalidad en la edad adulta.

La condición de victimización produjo diferencias significativas en los niveles de delincuencia, pero no en los de agresión. La relación victimización - conducta delictiva se puede fundamentar, como lo confirman algunos estudios, en que constituye un marcador de alta potencia en la conducta delictiva (Litrownik, Newton, Hunter, English y Everson, 2003; Loeber y Dishon, 1983; Loeber y Hay, 1997). Es importante determinar el mecanismo explicativo de dicho efecto que no opera en el caso de la conducta agresiva, lo cual debe incluirse entre investigaciones posteriores sobre el tema.

Teniendo en cuenta que hay pocos estudios en los que se comparan diferentes estratos socioeconómicos, un resultado importante en esta investigación se refiere al mayor grado de efectos encontrados en el estrato bajo. Así mismo, los participantes en la condición de riesgo presentaron diferencias significativas en la mayoría de los problemas emocionales y conductuales, hecho que se puede entender desde los modelos de acumulación de riesgos que explican las mayores condiciones de vulnerabilidad dentro de estos grupos (Garbarino *et al.*, 1992).

Una de las ventajas del estudio radica en el tamaño de la muestra que permite predicciones y conclusiones más aproximadas que en los estudios con muestras limitadas por su tamaño. Otra de las ventajas se deriva del contraste de información obtenida por doble vía, tanto de madres como de hijos, lo que refuerza considerablemente el valor de los resultados.

A pesar de que los resultados encontrados en el presente estudio son consistentes con investigaciones anteriores, es pertinente tener en cuenta las limitaciones en su alcance y la necesidad de realizar más investigación en el área. En primer lugar, la conformación de la muestra, aunque incluyó un número amplio de participantes, no se puede considerar representativa de las características de la población general, por lo cual es necesario realizar estudios adicionales con muestras representativas obtenidas por métodos de muestreo pertinentes. Igualmente, hay que tener cuidado en la generalización de estos resultados mientras no haya estudios adicionales que permitan aumentar su validez externa. En segundo lugar, el tipo de estudio para la clase de variables analizadas muestra la necesidad de realizar estudios longitudinales versus transversales, que darían cuenta de manera más precisa de las relaciones y la trayectoria de los efectos observados, así como su persistencia en distintos momentos y en etapas de desarrollo diferentes.

Referencias

- Aber, J. L., Gershoff, E. T., Ware, A. y Kotler, J. A. (2004). Estimating the effects of September 11th and other forms of violence on the mental health and social development of New York city's youth: a matter of context. *Applied Developmental Science* 8, 111-129.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1979). The child behavior profile: II: boys aged 12-16 and girls aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 223- 233.
- Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont.
- Angel, E., Gaviria P. y Restrepo, S. (1995). Conducta antisocial: contexto teórico, factores de desarrollo y formulación. Tesis de Maestría. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia.
- Allwood, M. A., Bell-Dolan, D. y Husain, S. A. (2002). Children's trauma and adjustment reactions to violent and nonviolent war experiences. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 450-457.
- Attar, B. K., Guerra, N. G. y Tolan, P. H. (1994). Neighborhood disadvantage, stressful life events, and adjustment in urban elementary school children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 391-400.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and Its disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Berman, S. L., Kurtines, W. M., Silverman, W. K. y Serafini, L. T. (1996). The impact of exposure to crime and violence on urban youth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 329-336.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Buckner, J. C., Beardslee, W. R. y Bassuk, E. L. (2004). Exposure to violence and low-income children's mental health: direct, moderated, and mediated relations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 413-423.
- Ceballos, R., Dahl, T. A., Aretakis, M. T. y Ramirez, C. (2001). Inner-city children's exposure to community violence: How much do parents know? *Journal of Marriage and the Family*, 63, 927-941.
- Cuevas, M. C. (1995a). Prevención de la conducta antisocial. Tesis de Maestría. Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia.
- Cuevas, M. C. (1995b). Prevención de la conducta antisocial. *Suma Psicológica*, 2, 113-166.
- Cuevas, M. C. (2003). Los factores de riesgo y la prevención de la conducta antisocial. En A. Silva (dir.), *Conducta Antisocial: un enfoque psicológico* (pp. 25-64). México, DF: Editorial Pax.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (2004). Encuesta nacional de Hogares. Dane
- Del Barrio, V., Carrasco, M. A. (2004). *Inventario de depresión Infantil. Manual de aplicación*. Madrid: TEA.
- DuRant, R. H., Cadenhead, C., Pendergast, R. A., Slavens, G. y Linder, C. W. (1994). Factors associated with the use of violence among urban Black adolescents. *American Journal of Public Health*, 84, 612-617.
- Farrington, D. P. (1998). Predictors, causes, and correlates of male youth violence. En M. Tonry y M. H. Moore (dirs.) *Youth violence* (421-475). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Fitzpatrick, K. y Boldizar, J. (1993). The prevalence and consequences of exposure to violence among African-American youth. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 424-430.

- Forensis (2006). Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Recuperado el 6 de Octubre de 2007, desde <http://www.medicinalegal.gov.co>
- Foster, J. D., Kuperminc, G. P. y Price, A. W. (2004). Gender differences in posttraumatic stress and related symptoms among inner-city minority youth exposed to community violence. *Journal of Youth and Adolescence*, 33. Recuperado el 20 de Febrero de 2006 en [http://www.findarticles.com/search?+b=art&qt="](http://www.findarticles.com/search?+b=art&qt=)
- Garbarino, J. (1995). The American war zone: What children can tell us about living with violence. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 16, 431-435.
- Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K. y Pardo, C. (1992). *Children in Danger: coping with the consequences of community violence*. San Francisco: Josey-Bass.
- Garmez, N. y Rutter, M. (1985). Acute reactions to stress. En M. Rutter y L. Hersov (dirs.), *Child and adolescent psychiatry: modern approaches* (2ª ed., pp. 152- 176). Oxford: Blackwell Scientific.
- Gentile, D. A. y Walsh, D. A. (2002). A normative study of family media habits. *Applied Developmental Psychology*, 23, 257-178.
- Gorman-Smith, D. y Tolan, P. H. (1998). The role of exposure to community violence and developmental problems among inner-city youth. *Development and Psychopathology*, 10, 101-116.
- Gorman-Smith, D., Henry, D. B. y Tolan, P. H. (2004). Exposure to community violence perpetration: the protective effects of family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 439-449.
- Guerra, N. G., Huesmann, L. R. y Spindler, A. (2003). Community violence exposure, social cognition, and aggression among urban elementary-school children. *Child Development*, 74, 1507-1522.
- Hill, H. M. y Madhere, S. (1995). Exposure to community violence and African American children: a multi-dimensional model. Unpublished manuscript, Howard University, Washington, DC.
- Huesmann, L. R., Moise-Titus, J., Podolsky, C. A. y Eron, L. D. (2003). Longitudinal relations between children's exposure to TV violence and their aggressive and violent behavior in young adulthood: 1977-1992. *Developmental Psychology*, 39, 201-22.
- Kliwer, W., Lepore, S. J., Oskin, D. y Johnson, P. D. (1998). The role of social and cognitive processes in children's adjustment to community violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 199-209.
- Kliwer, W., Murrelle, L., Mejia, R., Torres de G., Y. y Angold, A. (2001). Exposure to violence against a family member and internalizing symptoms in Colombian adolescents. The protective effects of family support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 971-982.
- Kovacs, M. (1992). *The Children's Depression Inventory, CDI. Manual*. Toronto: Multi-Heath Systems Inc.
- Litrownik, A. J., Newton, R, Hunter, W. M., English, D. y Everson, M. D. (2003). Exposure to family violence in young at-risk children: a longitudinal look at the effects of victimization and witnessed physical and psychological aggression. *Journal of Family Violence*, 18, 59-73.
- Loeber, R. y Dishion, T. J. (1983). Early predictors of male delinquency: a review. *Psychological Bulletin*, 94, 68-99.
- Loeber, R. y Hay, D. (1997). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual Review Psychology*, 48, 341-410.
- Marans, S. y Cohen, A. (1993). Children and inner-city violence: strategies for intervention. En L. Leavitt y N. Fox (dirs.), *Psychological effects of war and violence on children* (pp. 281-302). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

- Margolin, G. y Gordis, E. G. (2000). The effects of family and community violence on children. *Annual Review of Psychology*, 51, 445-479.
- Martínez, P. y Richters, J. (1993). The NIMH community violence project: II. Children's distress symptoms associated with violence exposure. *Psychiatry*, 56, 22-36.
- Mazza, J. J. y Reynolds, W. M. (1999). Exposure to violence in young inner-city adolescents: relationships with suicidal ideation, depression, and PTSD symptomatology - posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 203-214.
- Miller, L. S. y Wasserman, G. A. (1999). Witnessed community violence and antisocial behavior in high-risk, urban boys. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 2-12.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do?* Oxford: Blackwell.
- Oñate, A. y Piñuel, I. (2005). Informe Cisneros VII. Violencia y acoso escolar en alumnos de primaria, ESO y bachiller. Madrid: Instituto de Innovación Educativa y Desarrollo Directivo.
- Osofsky, J. D. (1995). The effect of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, 50, 782-788.
- Osofsky, J. D., Wewers, S., Hann, D. M. y Fick, A. C. (1993). Chronic community violence: What is happening to our children? *Psychiatry*, 56, 36-45.
- Overstreet, S. (2000). Exposure to community violence: defining the problem and understanding the consequences. *Journal of Child and Family Studies*, 9, 7-25.
- Overstreet, S. y Dempsey, M. (1999). Availability of family support as a moderator of exposure to community violence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 151-160.
- Peña, G. A., Varela, M. T., y Cuevas, M. C. (2004). Impacto psicológico de la exposición indirecta a la violencia socio-política en niños escolarizados de la ciudad de Cali. Trabajo de grado. Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia.
- Pynoos, R. S., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., Nunez, F. y Fairbanks, L. (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- Ramírez, C. y Pinzón, A. (2002) Prevalencia y factores asociados del maltrato infantil en la Costa Atlántica y el Litoral Pacífico Colombiano. Plan Internacional- Asociación Afecto. *Informe Técnico*. Bogotá
- Richters, J. E. y Martínez, P. (1993). The NIMH community violence project: I. Children as victims of and witnesses to violence. *Psychiatry*, 56, 7-2
- Reynolds, C. R. y Richmonds, B. O. (1978). What I think I feel: a revised measure of children's manifest anxiety. *Journal Abnormal Child Psychology*, 6, 271-280.
- Schwab-Stone, M. E., Ayers, T. S., Kasrow, W., Voyce, C., Barone, C., Shriver, T. y Weissberg, R. (1995). No safe haven: a study of violence exposure in an urban community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1343-1352.
- Schwartz, D. y Proctor, L. J. (2000). Community violence exposure and children's social adjustment in the school peer group: the mediating roles of emotion regulation and social cognition. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 670-683.
- Secretaría de Educación Municipal (2004). Matrícula final oficial y no oficial 2002-2003. Secretaría de Educación Municipal. Alcaldía de Santiago de Cali.
- Shakoor, B. H. y Chalmers, D. (1991). Co-victimization of African American children who witness violence and the theoretical implications of its effects on their cognitive, emotional, and behavioral development. *Journal of the American Medical Association*, 83, 233-238.
- Surgeon's General Report on Youth Violence (2001). Youth violence: a report of the Surgeon General. Recuperado el 8 de agosto de 2007, desde www.surgeongeneral.gov/library/youthviolence.

- Terr, L. C. (1983). Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping. *American Journal of Psychiatry*, 140, 1543-1550.
- Thabet, A. A. M., Abed, Y. y Vostanis, P. (2004). Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45, 533-542.
- United Nations Children's Found (2004). Estado mundial de la infancia. Recuperado el 5 de Marzo de 2006 en <http://www.unicef.org/spanish>
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. En E. G. Drug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi y R. Lozano (dirs.), Ginebra: Autor.

