

**VALIDACION DE LA PRUEBA ESCALA DE AREAS DE CONDUCTA
PROBLEMA – EACP-, QUE MIDE PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE
CONDUCTA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DESPLAZADA EN COLOMBIA.
(ESTUDIO PILOTO)**

Georgette Haddad Trigos

Universidad de la Sabana

Tabla de Contenido

Resumen	5
Antecedentes Teóricos	6
Introducción	6
Revisión conceptual sobre el desplazamiento infantil en Colombia	9
Dinámicas de la población desplazada.	9
Menores desplazados	13
Bienestar psicosocial del niño refugiado	14
Convención sobre los Derechos del Niño – CDN	15
Principios establecidos del CDN	16
Revisión conceptual sobre problemas emocionales	16
Desarrollo emocional del infante desplazado	16
Como influye en los niños la experiencia de ser refugiados	17
La salud mental en la población desplazada	.19
Manifestaciones emocionales ante las situaciones de adversidad	21
Trastorno de estrés postraumático y el traumatismo del desplazado.	24
El Desplazamiento y su Impacto sobre la Salud Mental de la Población	28
Migración y trauma	33
Revisión conceptual sobre evaluación de los problemas emocionales	35
Revisión conceptual sobre la prueba Escala de Conductas Problema EACP.	43
Antecedentes	44
Finalidad de las Escalas de Áreas Problema EACP	45
Descripción de la prueba	46

Revisión conceptual sobre construcción de pruebas	48
Confiabilidad y validez de pruebas psicológicas	50
Evidencias empíricas	57
Antecedentes Contextuales	66
Justificación	69
Problema	69
Objetivos	
Objetivos Generales	69
Objetivos Específicos	70
Categorías orientadoras	70
Método	71
Diseño	71
Participantes	72
Instrumento	72
Procedimiento	73
Resultados	75
Discusión	83
Referencias	86
Apéndice A: Protocolo del instrumento.	95

Tabla de Tablas

Tabla 1. <i>Distribución de la muestra por rango de edad y género.</i>	76
Tabla 2. <i>Ubicación familiar socioeconómica pre / post desplazamiento de la ciudad de origen.</i>	76
Tabla 3. <i>Características demográficas de la muestra de estudio.</i>	77
Tabla 4. <i>Coeficiente de consistencia interna de la prueba.</i>	79
Tabla 5. <i>Fiabilidad de la prueba EACP (55 ítems)</i>	79
Tabla 6 . <i>Coeficiente de correlación ítem -prueba e ítem subprueba</i>	81

Resumen

El propósito de la presente investigación fue establecer indicadores de validez y confiabilidad para la prueba: Escala de áreas de conducta problema (EACP), que mide problemas emocionales y de conducta en la población infantil, la cual fue aplicada en niños desplazados, provenientes de hogares desalojados por la violencia, hacia la ciudad de Bogotá; para determinar los posibles trastornos emocionales que les genera la migración involuntaria hacia otras partes del país, facilitando así el reconocimiento de las consecuencias que el desplazamiento les genera como evento traumático, como principal trastorno emocional en este tipo de población. Esta fue una investigación psicométrica, de diseño descriptivo en el cual se trabajó con una muestra de 30 niños y niñas entre los 6 y 12 años de edad, provenientes de estrato socioeconómico medio alto antes del desplazamiento y quienes se encuentran actualmente alojados en La Fundación CABI (Centro para el amparo y bienestar infantil). El procedimiento de validación comprendió: consecución del instrumento, validación por expertos y aplicación a la muestra (pilotaje). Los datos obtenidos se analizaron con base en el SPSS 601; hallándose índices de validez y confiabilidad, encontrándose un coeficiente de consistencia interna alto según el procedimiento Alpha de Cronbach con un índice para la prueba total de 0.84 demostrando validez en todas las subpruebas. A su vez el índice de correlación de Pearson ítem-prueba permite un rango desde 0.43 hasta 0.80. Lo anterior permite indicar que la prueba es adecuada para aplicar a la población infantil colombiana.

Validación de la prueba: Escala de Áreas de Conducta Problema, EACP; que mide problemas emocionales y de conducta en la población infantil desplazada en Colombia. (Estudio Piloto)

Colombia es un país afectado en gran medida por el fenómeno del desplazamiento o migración interna de personas, como consecuencia de los procesos del levantamiento armado o desastres naturales. Desde 1985 a la fecha, se estima que en Colombia se han desplazado alrededor de un millón quinientas mil personas como consecuencia del enfrentamiento entre la Fuerza Pública, los movimientos guerrilleros que persisten en la lucha armada, como forma de acción política y los grupos paramilitares o de autodefensas. Por tanto, el desplazamiento forzado debe considerarse como un fenómeno de importancia para el país, no solo porque involucra un número considerable de personas, sino además porque no se esperan soluciones cercanas al conflicto armado que genera una migración masiva de colombianos.

Esta situación, junto con la ausencia de datos sobre la morbilidad de la población desplazada, el desconocimiento del abordaje ideal de la problemática en la salud mental de esta población colombiana y la necesidad de mejorar y ampliar una metodología de estudio, análisis y caracterización de esta población, como premisa para la búsqueda de soluciones integrales y duraderas en la salud mental, justifican la realización de este estudio, como paso inicial para el desarrollo de un sistema de atención hacia las personas desplazadas, que permita aumentar la eficiencia, eficacia, acceso y oportunidad de la cuidado en la salud mental a la población desplazada, población que es altamente vulnerable y con tendencia al incremento en los años venideros.

De acuerdo con las estadísticas gubernamentales, en Colombia se dio el segundo mayor incremento en desplazados internos bajo el amparo de la ONG en el 2001, con un aumento de 190,500 para sumar 720,000; ocupando el séptimo lugar entre los grupos más numerosos de solicitantes de refugio en todo el mundo durante el 2001. (CODEES. 1997).

La violencia en Colombia data desde la época de la independencia; la misma se intensificó a partir de 1946 por la lucha bipartidista y la muerte de Jorge Eliécer Gaitán en 1948. No obstante, el fenómeno se ha agudizado durante la última década por la conjugación del narcotráfico, la subversión y los enfrentamientos entre militares y los grupos armados al margen de la ley. (Zuleta E.,1991). Esta situación ha llevado a que un número importante de familias e individuos se haya movilizado, desplazado, de sus lugares de orígenes, generalmente rural, a las cabeceras municipales por el fin central de proteger su integridad física. (CODEES. 1997).

El desplazamiento forzoso es un fenómeno mundial. El lugar de nacimiento y el de residencia tienen significados personales y sociales importantes para el individuo; estas consideraciones son vitales para la salud mental. Este lugar representa un núcleo en la historia biográfica del sujeto. La salida forzada del lugar de origen o de residencia habitual guarda relación con procesos psicológicos como el apego, la familiaridad y la identidad de lugar (sentido de pertenencia). El desplazamiento puede generar una sensación de desorientación, nostalgia y alineación; en consecuencia, las personas desplazadas tienen un riesgo mayor para presentar un trastorno mental.. Precisamente por tal motivo, en los desplazados se presenta un proceso de adaptación a su nueva condición, equivalente a un fenómeno de duelo; cuando las condiciones son desfavorables pueden precipitar en individuos vulnerables trastornos mentales de todo tipo. (Fullilove M T., (1996).

Revisión conceptual sobre el desplazamiento infantil en Colombia

La violencia en Colombia es un problema social y económico, no sólo por sus efectos en términos de vidas humanas, destrucción de la infraestructura y sobre costo de la actividad económica, sino por lo que representa como manifestación de rompimiento de la solidaridad, desarrollo de una cultura de desconfianza y daño continuo a las instituciones e infraestructuras que estas tienen. Se han postulado varias explicaciones sobre el origen de la violencia en Colombia; es así como la educación, pobreza e impunidad, pueden considerarse como factores contribuyentes a la situación actual del país. A partir de 1980, la guerra contra el narcotráfico potencializó y multiplicó la violencia criminal en todas sus formas. Además, el apoyo del narcotráfico a las finanzas de la guerrilla y autodefensas a través de los impuestos de tránsito de la droga, de seguridad de los cultivos y laboratorios, han agravado el problema. Estas circunstancias, unidas a las inequidades en la adquisición de bienes y servicios a los que la población tiene derecho y a fuentes de empleo que permitan tener los recursos económicos necesarios para una vida digna, desencadenaron en situaciones tales como las vividas por el país hace varios años y han llevado a una parte importante de la población al desplazamiento forzado desde el año 1985. (Castaño, B. L., 1993).

El desplazamiento forzado es una situación muy compleja; a nivel mundial no se tiene mucho conocimiento sobre este tipo de problemática que ha sido enmarcada bajo el título de "emergencias complejas", en las que se prevé un comportamiento de la problemática en salud similar al observado en otras situaciones de catástrofe como serían las producidas por terremotos, huracanes o circunstancias similares. Sin embargo, el contexto en nuestro país difiere un poco de las situaciones antes mencionadas, especialmente en dos características

fundamentales: la cronicidad del problema y la dificultad para identificar a la población objeto de las intervenciones, debido a que la población afectada se "camufla" dentro de la población general como una medida de protección ante las amenazas recibidas por los diferentes actores armados, por temor a ser rechazados por la sociedad o a que les sea negado su asentamiento en un territorio determinado por parte de las autoridades locales, lo que dificulta el apoyo social y económico necesario para disminuir el impacto sobre esta población. (Levav, 1993).

La mayoría de los desplazados por la violencia en Colombia son menores de 18 años, es decir, niños y jóvenes inmersos en la prolongada tragedia del desarraigo forzado por decisión de los señores de la guerra y de la muerte. Pequeños seres humanos que acumulan desde muy temprano la experiencia del dolor compartido, de la tierra abandonada, del sufrimiento urbano, del hambre que se vuelve costumbre, de culturas desconocidas, de nostalgias reprimidas, de los seres queridos ultimados, de recuerdos que vibran en silencio. Niños en la mira de los ejércitos de hombres que quieren perpetuar la guerra para sumar más combatientes a los enfrentamientos del absurdo. Esperanzas de la patria, con la violencia del recuerdo en sus frágiles conciencias y con la realidad del sufrimiento en medio de su supervivencia. (Zuleta,1991).

Es importante comprender que la persona desplazada por razones de violencia generadas por el conflicto armado del país se define como toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, a abandonar su localidad de residencia y las actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o

libertad personal han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazados. (Alvarez. 1999).

Dependiendo del número de personas involucradas en la movilización, los desplazamientos pueden ser masivos, familiares o individuales. De igual forma, a la población desplazada se le reconocen las siguientes etapas o fases:

Urgencia: Son las primeras 72 horas luego del desplazamiento;

Emergencia: luego de las 72 horas y mientras se define un asentamiento temporal para la población desplazada;

Transición: que va desde la ubicación de la población en un asentamiento temporal y mientras se logra su reubicación definitiva o retorno al lugar de procedencia.

Si bien el problema del desplazamiento forzado involucra casi la totalidad de los departamentos de nuestro país, se reconocen en los municipios de estos departamentos comportamientos diferentes; los estimativos del Ministerio del Interior para noviembre de 1999 eran de 139 municipios del país afectados por este problema, los cuales se clasifican y están distribuidos de la siguiente forma: 80 expulsores (aquellos que exclusivamente expulsan población por causa del conflicto armado); 40 expulsores y receptores; y 19 receptores exclusivamente. (MDI. 1999) Otras entidades estiman que este problema afectaba a 284 municipios del país en el año 1995 y que para el presente año, esta cifra puede estar próxima a 400 municipios. No se conoce el número real de personas desplazadas por la violencia en Colombia; el cálculo estimado es de 1'485.000 personas entre 1.985 y 1.998, discriminados de la siguiente forma: 650.000 para los años 1.985 a 1.994; 89.000 para el año 1.995; 181.000 para el año 1.996; 257.000 para el año 1.997 y 308.000 para el año 1.998. (UNICEF, 1999)

Si bien se espera que el desplazamiento forzado produzca un impacto importante sobre la economía del país, este mismo fenómeno se debe reflejar en el núcleo familiar de las personas desplazadas, toda vez que en su mayoría proceden de las regiones más pobres del país, especialmente las ubicadas en áreas rurales y quienes derivan su sustento de actividades que requieren poca calificación profesional como la agricultura.

Una vez son forzadas a migrar de una forma precipitada, apenas con unas pocas pertenencias, ingresan a los cinturones de miseria de grandes y medianas ciudades, donde sus actividades laborales usuales no tienen demanda y por lo tanto, deben competir con gran desventaja, en un mercado laboral afectado por la situación económica del país y en un buen porcentaje, se convertirán en desempleados o realizarán actividades como las ventas ambulantes, donde tiene más chance de desenvolverse. (Alvarez. 1999). Estos factores pueden generar en la población asentada hacinamiento, escasas condiciones de salubridad, carencia de educación, alimentación inadecuada, baja cobertura de los programas de salud manifestando una alta frecuencia de algunas enfermedades infecciosas o crónicas, por no mencionar todos aquellos trastornos de la salud mental a los cuales se ven expuestas las personas que día a día incrementan la larga lista de desplazados en nuestro país. A este efecto se le deben sumar los cambios en la composición de la familia y la discriminación de que puede ser objeto la población desplazada. Se ha observado un aumento en la proporción de familias con mujeres cabezas de hogar (MDI. 1999), factor que se puede traducir en desventaja para la obtención de empleo por diversas razones, como menos oportunidad por discriminación de género, dificultad para cumplir con horarios de trabajo debido a responsabilidad sobre los menores de edad dependientes en la familia, falta de capacitación y en algunas ocasiones, discriminación étnica. (UNICEF. 1999)

Con este panorama en mente (la poca capacitación técnica o profesional, la discriminación de géneros, racial y por ser desplazados, la movilización súbita a sitios con diferente cultura y mercado laboral, el reasentamiento en los cinturones de miseria de las grandes ciudades, el cambio en la composición familiar y los escasos recursos económicos), es de esperarse que las condiciones básicas de saneamiento sean inadecuadas y contribuyan como un factor de riesgo para la salud mental de la población desplazada, independiente de la fase en que ella se encuentre.

Un aspecto importante cuando se habla de salud en una población, es el acceso a servicios de salud y la calidad de los mismos. Es de esperarse que como consecuencia del deseo de las personas desplazadas de no ser identificadas, los escasos recursos económicos para pagar por la atención en salud y la falta de afiliación a seguridad social, haya una baja oportunidad de acceder a los servicios de salud y como consecuencia de esto, un incremento en la mortalidad y morbilidad por ausencia de acciones de promoción, prevención e intervención adecuada y oportuna en salud. (Franco, 1997).

Otra característica importante en la población desplazada, propuesta por Franco (1997) es su tendencia a la movilización frecuente entre la misma ciudad o pueblo y entre otras ciudades; como se ha observado en los diversos estudios y literatura revisada, gran parte del apoyo (ya sea social, económico, de alimentos o salud), procede de Organizaciones no Gubernamentales (ONG's). Al estar la población desplazada en movilización frecuente, dificulta el mantenimiento del apoyo que puedan brindar estas organizaciones y aún el mismo estado.

Hasta noviembre de 1995 la población desplazada por violencia en Colombia se estima en 750.000 personas. Es decir uno de cada 50 colombianos se encuentra en situación de

desplazamiento, el 55% del total de la población desplazada por violencia en Colombia es menor de 18 años, es decir, aproximadamente 412.500 niños que huyeron con sus familias por presiones de diversos actores armados. (CODEES, 1995).

Una vez desplazados por la violencia y como consecuencia del deterioro de la calidad de vida se advierte un alto índice de deserción escolar. No asisten a clase 4 de cada 10 menores en edad escolar primaria o secundaria (entre 6 y 18 años), hecho significativo en el impacto del desplazamiento en la infancia al que se suman los traumas y dificultades de adaptación al proceso educativo por parte de los niños desplazados que logran ingresar al sistema escolar. En el desplazamiento de la población infantil y de la población en general tienen responsabilidad los actores que protagonizan el conflicto armado interno y que violan los derechos humanos e infringen las normas del derecho internacional humanitario. También son responsables los integrantes de una sociedad que tiende con preocupante frecuencia a resolver en forma violenta los conflictos Ordinarios a ejercer la justicia privada y a intimidar para imponer sus criterios. (Richman, N. (1998).

Los asesinatos selectivos, las masacres, las amenazas, el miedo y la zozobra, motivan el desplazamiento o generan factores que alimentan la migración forzada. Estas formas de violencia constituyen referentes negativos para el normal desarrollo y crecimiento de los niños que perdieron sus padres, familiares o amigos o aquellos que huyeron con las imágenes de terror en sus memorias.

El bienestar psicosocial de los niños refugiados es tan importante como su salud física; la expresión “bienestar psicosocial” refleja la íntima relación que hay entre los factores sociales y los psicológicos. Por tanto, proteger y promover el bienestar psicosocial de los niños refugiados tiene dos aspectos básicos. En primer lugar, como medida preventiva, impulsar todos los factores que promuevan el bienestar de los niños. En segundo lugar,

proporcionar la asistencia sanitaria necesaria para asegurar que los niños que han sido heridos o necesitan cuidados especiales reciban la ayuda que asegure su total recuperación.

De acuerdo con Mc Callin. M. (1993), los niños poseen una característica psicológica exclusiva: están desarrollándose. Su personalidad se está formando, y casi todos los días aprenden nuevas habilidades. La transición desde la dependencia total del nacimiento a la independencia de la madurez es un proceso evolutivo. Este proceso no admite interrupciones: sus necesidades evolutivas no esperan a que la fase de emergencia de una situación de refugiados termine. Además, los niños no evolucionan por sí solos: la familia es esencial para que desarrollen el sentimiento de autoestima, la seguridad y la identidad necesarias para que aprendan de la sociedad y se integren en ella de manera satisfactoria.

El desarraigo, las perturbaciones y la inseguridad inherentes a las situaciones de refugiados pueden perjudicar el desarrollo físico, intelectual, psicológico, cultural y social de los niños. Estos factores se agravan notablemente cuando, por añadidura, los niños deben sufrir o presenciar violencias, abusos, torturas o la muerte de familiares. Los niños no acompañados se ven particularmente amenazados en una situación de refugiados.

En primer lugar y, sobre todo, en el bienestar emocional del niño influye la protección y los cuidados que recibe de su familia y de su comunidad. Los adultos, a menudo, sufren mucho en la situación de refugiados; esto puede afectar su capacidad para cuidar a sus hijos. A veces, los problemas de los padres provocan el abuso y abandono del niño, conflictos familiares y otras formas de desintegración familiar. (Mc Callin. 1993),

Durante una situación de refugiados, los niños se enfrentan con conflictos demasiado graves para su desarrollo psicológico. En esas circunstancias, las dificultades son constantes. Los niños pueden vivir en una situación de miedo y ansiedad continuas; los

padres pueden estar demasiado preocupados o traumatizados para proporcionarles el cuidado adecuado; y los niños pueden padecer enfermedades y malnutrición. A los niños les afecta no sólo lo que les ocurra a ellos, sino también aquello de lo que se ven privados, como, por ejemplo, el no poder disfrutar de cosas tan esenciales para su crecimiento como la escuela y el juego. (Jareg. 1987).

Según OMS / ACNUR. (1992), la innovación más importante de la CDN es la concesión de derechos a los niños. Estamos habituados a considerar a los niños como sujetos con necesidades que deben satisfacerse, más que como detectores de derechos legales. Gracias a la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), los niños poseen por fin derechos humanos internacionalmente reconocidos. Aunque los derechos de la CDN abarcan casi todos los aspectos de la vida de un niño, existen tres derechos tan importantes que pueden ser considerados como la base de la CDN: la norma del interés superior, la no discriminación y la participación. Estos tres derechos son tan importantes y están tan interrelacionados que es conveniente considerarlos como un triángulo de derechos. Los tres derechos se potencian entre sí para alcanzar su objetivo: la supervivencia y el desarrollo del niño (artículo 6).

De acuerdo a los principios establecidos del CDN todos los niños tienen derecho a la “protección y al cuidado que sean necesarios para su bienestar” (art. 32).

Cualquier niño que fuera víctima de “cualquier tipo” de abuso o abandono tiene derecho a “su rehabilitación física y psicológica y a su reintegración social” (art. 39).

Revisión conceptual sobre problemas emocionales

El desarrollo emocional de los niños puede verse perjudicado por una estancia prolongada en el medio artificial de un campamento de refugiados, donde es imposible llevar a cabo una vida normal. En tales circunstancias, los niños refugiados ven restringida su libertad de movimiento, crecen dependientes en cuanto a su cuidado y a su manutención, y a menudo, viven en condiciones muy pobres y tienen pocas cosas que hacer. La situación y las tareas cotidianas de los padres y de la comunidad de refugiados han cambiado, y los niños se sienten perdidos y aislados y sin los modelos de comportamiento tradicionales. Los niños se ven afectados por los efectos negativos que dichas estancias prolongadas tienen en la salud mental y el equilibrio emocional de los miembros adultos de sus familias y por sus efectos destructores de la unidad familiar. (Jareg. 1987).

La permanencia durante mucho tiempo en un campo de refugiados puede provocar comportamientos extremos en los niños, que pueden volverse pasivos y sumisos o agresivos y violentos. Los efectos en los adolescentes, en particular los que no están acompañados por miembros de su familia, varían de la depresión, la apatía y actos de delincuencia o agresión a las perturbaciones mentales, la adicción a las drogas y el suicidio. En muchos casos, el suicidio no sólo obedece a un estado de depresión personal sino que es también reflejo del alto nivel de angustia y desesperación que existe en la comunidad de refugiados en general. Los niños refugiados, cuando por fin abandonan el campamento, a menudo, se enfrentan con graves problemas de adaptación. Esto es especialmente dramático para aquellos que han nacido y han pasado toda su vida en el campamento. (Anderson, Howarth, Overholt. 1992).

Las consecuencias de esta ruptura violenta pueden ser, especialmente para los niños, de extrema gravedad. Cuando desaparecen los mecanismos que guían y regulan una sociedad,

los individuos se ven privados de su medio ambiente social, económico y cultural. Como consecuencia de ello, las relaciones humanas suelen padecer las consecuencias. La angustia y la ansiedad de los padres puede perturbar gravemente el normal desarrollo emocional de sus hijos. Aun más, en situación de refugiados, los niños, a menudo, carecen de modelos que puedan imitar. En condiciones normales, los padres son el modelo primario para sus hijos, y ello es de suma importancia en el desarrollo de su identidad, en la adquisición de habilidades y valores. La separación del niño de uno de sus padres, a menudo del padre, en casos de huida, puede privar al niño de un modelo importante. Incluso, aunque ambos padres estén presentes, su capacidad para continuar siendo un modelo para sus hijos se verá verdaderamente limitada por la pérdida de sus condiciones y modos de vida normales. (Jareg. 1987).

Anderson. y cols (1992), proponen que los papeles que desempeñan los niños varían también en las situaciones de refugio. Si falta uno de los padres, el niño tal vez deba hacerse cargo de las responsabilidades del adulto. Cuando la madre debe dedicarse a tareas productivas fuera del hogar, para reemplazar al padre ausente, por ejemplo, la hija mayor tiene que sustituir a la madre en el cuidado de sus hermanos menores. Como resultado de ello, es probable que no se satisfagan las necesidades de desarrollo de la joven debido al exceso de trabajo, o a la falta de posibilidades de salir a jugar o de asistir a la escuela.

Anderson hace hincapié en la continuidad en su aprendizaje, necesaria para un desarrollo normal, puede verse interrumpida, en el caso de los niños refugiados, cuando entran en relación con culturas diferentes. Además, argumenta que es probable que, en las situaciones de refugio, el idioma, la religión y las costumbres de la población local del país de asilo, así como las de los funcionarios y trabajadores sociales, sean muy distintas de las de la

comunidad de refugiados. En estas situaciones de choque de culturas, en especial en los reasentamientos, los niños, a menudo, pierden su cultura más rápidamente que los adultos.

Existe una tendencia natural en los niños que los lleva a intentar adaptarse a una nueva situación. Lo primero que suelen perder es la lengua materna, y con ella una parte fundamental de su identidad. En esta situación, sin embargo, es probable que se produzca un grave y creciente alejamiento entre el niño y sus padres, especialmente en los casos en que los padres encuentran dificultades para adaptarse a las nuevas condiciones y no desarrollan ninguna actividad productiva.

Se puede lograr más eficazmente el bienestar social y mental de los refugiados, en especial de los niños refugiados, por medio del rápido restablecimiento de la vida normal de la comunidad. El regreso voluntario al país de origen es seguramente la forma más fácil de conseguirlo. En muchas situaciones de refugio, sin embargo, tanto los niños como los adultos deben permanecer por largos períodos en países de asilo temporales y, para otros, la única solución es el reasentamiento en un tercer país. El alcance que puede tener el restablecimiento de los hábitos culturales dependerá principalmente del grado de fragmentación de la población de refugiados y de la buena voluntad del gobierno del país de acogida en el sentido de permitir que los refugiados decidan sus propias actividades. (Anderson, Howarth, Overholt. 1992).

El enfoque de salud mental que subyace tras esta investigación acerca de las condiciones de salud de la población desplazada, se apoya en las siguientes deducciones fundamentales:.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como «*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades*». De acuerdo con la misma organización, la *salud mental* es «un estado

sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales, en que el individuo se encuentra en condiciones de seguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y sostener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en el medio ambiente físico y social». (Castaño, 1994).

Así, desde una visión holística del Hombre y la Mujer, es claro que la salud mental de las personas no está desligada de las demás dimensiones del ser humano y sus relaciones vitales con el entorno. Existe una interacción permanente e inseparable entre el bienestar emocional, la salud física y las condiciones materiales, sociales, culturales y espirituales de vida de las personas, las familias y las comunidades. En otras palabras, es imposible aproximarse de manera realista a la salud mental de los individuos (las familias o las comunidades) si no se consideran en forma simultánea sus condiciones de salud o enfermedad física, su situación socioeconómica, sus circunstancias materiales de vida y sus fuentes familiares y sociales de identidad, reconocimiento y autoestima.

Existen en la literatura científica mundial abundantes investigaciones que documentan esta estrecha relación entre salud mental y otros aspectos de la vida de las personas. Se sabe, por ejemplo, que en condiciones de hacinamiento y falta de espacio suficiente, así como de servicios domiciliarios adecuados, existe una mayor tendencia a la falta de armonía conyugal, a problemas de salud mental en los padres y el maltrato infantil. Este hallazgo cobra gran importancia desde el punto de vista epidemiológico si se tiene en cuenta que en el contexto de la situación del desplazamiento forzado en Colombia, muchas familias se ven obligadas a vivir en el hacinamiento que caracteriza los inquilinatos en los barrios pobres o en construcciones improvisadas en terrenos de invasión y predios ilegales,

en los que el suministro de servicios públicos básicos es deficiente o inexistente. (Graham, 1998).

Vivir con el temor de estar siempre en deuda, de ser desalojados, o de quedarse sin los servicios públicos básicos, son factores estresantes que los padres pueden tratar de aliviar por medio del tabaquismo o el alcoholismo, y que también aumentan las posibilidades de depresión, rompen la armonía marital y provocan los consecuentes problemas en el comportamiento infantil. Estos últimos también pueden surgir porque las mujeres pobres, en especial quienes no tienen pareja, se ven obligadas por la necesidad económica a aceptar trabajos mal remunerados, sin tener la opción de coordinar un cuidado sustituto para sus hijos ni mucho menos pagarlo.

Todas las personas desplazadas han sufrido, en mayor o menor grado, pérdidas humanas o materiales, han tenido que separarse de sus seres queridos y se han quedado sin sus fuentes habituales de reconocimiento, identidad y autoestima individual, familiar y social. Muchas de ellas han presenciado hechos violentos y han sido víctimas directas o indirectas de los mismos. La respuesta humana «normal» frente a estas situaciones anormales se caracteriza por una amplia gama de manifestaciones emocionales que pueden incluir, entre otras cosas, tristeza, ansiedad, irritabilidad y diversos síntomas somáticos. No obstante, como señala la doctora Anica Mikus Kos, psiquiatra infantil en Eslovenia, “estar triste no es lo mismo que estar enfermo”. (Beristan, 1999).

Lo anterior no significa negar los problemas, sino que subraya la importancia de no reducir la experiencia de las personas a un simple conjunto de síntomas. Por desgracia, como afirma Summerfield, D. en (1998), existe la tendencia a asumir que “las experiencias de la guerra y la atrocidad son tan extremas que no sólo causan sufrimiento en gran escala sino traumatismo”. De esta manera, la comprensión de los posibles efectos de la violencia

sociopolítica o el desplazamiento forzado en la salud mental de las personas se ha reducido a la búsqueda clínica de signos y síntomas de enfermedad mental, y las intervenciones psicosociales con las poblaciones afectadas tienden a convertirse en tratamientos psicológicos o psiquiátricos exclusivos.

Estas nociones tienen sus orígenes en las suposiciones occidentales de que hechos muy adversos dejan a las personas con lesiones psicológicas. No existe una base empírica que sustente esta estrecha generalización patologizante, siendo una generalización que puede llegar a afectar el debate sobre los costos humanos de la guerra, incluidos aquellos costos que de manera legítima se relacionan con la enfermedad y otros servicios de salud. El sufrimiento o la ansiedad observada y atribuida es objetivizada, convirtiéndola así en un problema técnico (traumatismo), para el que la aplicación de soluciones técnicas es vista como posible. Pero, para la gran mayoría de los sobrevivientes, el traumatismo es una pseudocondición; la ansiedad o el sufrimiento de por sí, no son trastornos psicológicos. (Castaño y Jaramillo. 1998).

De este modo, la mayoría de las víctimas de actos de violencia manifiestan algún tipo de efectos negativos, pero muchas otras personas no. El impacto depende del individuo en sí y de la intensidad de la situación. Dicho de otro modo, la presencia de determinados efectos psicológicos o emocionales (síntomas) no significa siempre la existencia de un *trastorno* o *enfermedad*, y en el caso de existir éste eso no significa la necesidad de *tratamiento*. Muchas personas presentan síntomas, algunos trastornos de cierta intensidad y una minoría requiere atención psiquiátrica específica. (Beristan. 1999).

Estas diferencias en el significado y la expresión de los síntomas emocionales cobran gran importancia si se tiene en cuenta que en Colombia la mayoría de desplazados son de

origen campesino, dado que la presencia de síntomas de malestar emocional, incluso más de uno en la misma persona, *no siempre indica la existencia de trastornos o enfermedades mentales*. Los trastornos o problemas de salud mental ocurren cuando las personas no pueden funcionar en su vida cotidiana por la frecuencia e intensidad de la constelación de síntomas. Aunque existan personas que ya tenían previamente problemas de salud mental, las situaciones de catástrofe colectiva o guerra pueden ser la causa de otros muchos o agravar aquellos. (Levav. 1993).

Además del juicio clínico, el diagnóstico de los problemas de salud mental debe guiarse por los criterios establecidos en cualquiera de los grandes sistemas internacionales de clasificación vigentes, lo que también facilitaría la comparación de los resultados provenientes de distintas experiencias. La salud mental de los desplazados depende también y en ocasiones mucho más, de las circunstancias actuales de vida. El deterioro en la calidad de vida, la dificultad o imposibilidad para satisfacer necesidades básicas, la ausencia de redes familiares o sociales de apoyo, la impunidad, la continua violación de derechos humanos y la persistencia de problemas de seguridad que amenazan la vida, son algunos de los factores que también tienen una importancia fundamental en el bienestar emocional de las personas en situación de desplazamiento. (Richman. 1998).

En el núcleo de la presente recapitulación sobre las repercusiones psicológicas de la guerra y otras experiencias violentas se encuentran algunas nociones como las de *traumatismo y trastorno de estrés postraumático*. Se habla de traumatismo como el choque emocional producido por una experiencia violenta y que deja una impresión duradera. Se caracteriza porque:

Existe uno o varios hechos impactantes que representan un estrés negativo extremo.

Produce un gran sentimiento de desamparo, de impotencia, de estar a merced de otros.

Supone una ruptura en la propia existencia, una pérdida de seguridad. (Levav. 1993).

El diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT) se reconoció por primera vez en 1980 en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-III) de la Academia Americana de Psiquiatría. El médico antropólogo Allan Young, en su libro publicado en 1995 «La Armonía de las Ilusiones y La Invención del Trastorno de Estrés Postraumático», explora la creación del TEPT. En este trabajo, él rastrea la aparición del TEPT como categoría diagnóstica y centro de interés psiquiátrico. Localiza los orígenes del discurso sobre el traumatismo a finales del siglo XIX, cuando esta palabra, que se comprendía previamente en términos de daño corporal, se amplió para incluir las secuelas psicológicas de las experiencias angustiantes. De aquí surgió la noción de memoria traumática como algo fijo en la mente y una causa continua de angustia. Young afirma que los informes recientes relacionados con el traumatismo psicológico han heredado este concepto pero también han sido modelados de manera sustancial por una serie de desarrollos teóricos dentro de la psiquiatría americana, los cuales se encuentran en la publicación de 1980 del DSM-III. (Jones. 1999).

Los criterios diagnósticos actuales del DSM-IV para el TEPT incluyen una combinación de síntomas clasificados en tres grupos: (APA. 1993)

Síntomas de *intrusión*, por ejemplo, pensamientos recurrentes sobre la experiencia traumática, pesadillas, escenas retrospectivas y reacciones exageradas ante situaciones externas que le recuerdan a la persona lo ocurrido.

Síntomas de *evitación* de estímulos relacionados con la experiencia traumática y embotamiento afectivo, por ejemplo, esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas con el traumatismo; esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que evoquen recuerdos del traumatismo; y disminución del interés y la participación en actividades importantes, sensación de aislamiento de los demás y dificultad para expresar emociones y sentimientos.

Síntomas de *aumento en el estado de alerta*, por ejemplo, irritabilidad, insomnio, falta de concentración e hipervigilancia.

Estos grupos de síntomas se presentan ahora como el conjunto que define los elementos esenciales de las reacciones humanas al traumatismo, se consideran universales y se afirma que pueden observarse en niños y adultos.

Por otro lado, el concepto de *duelo cultural*, que supone la experiencia de la persona o grupo que pierde sus raíces como resultado de la pérdida de las estructuras sociales, los valores culturales y la identidad propia; permite entender algunos de los problemas que pueden presentar los refugiados como expresión de ese duelo cultural y se puede minimizar la probabilidad de que sean etiquetados equivocadamente de tener trastornos psiquiátricos, cuando sus síntomas reflejan un sufrimiento comunitario profundo cuyo significado y expresión son determinados culturalmente. Desde un enfoque del duelo cultural las áreas a explorar con la gente serían entonces los recuerdos de los familiares, la comunicación con los ancestros, incluyendo los sueños, los sentimientos de culpa, la vivencia en el país receptor de la experiencia de separación y la huida, las experiencias de muerte y duelos alterados, y los recuerdos para enfrentar la situación como las creencias y prácticas religiosas y culturales. (Beristan, 1999).

Así pues, en el análisis de las repercusiones de la guerra o el desplazamiento forzado sobre la salud mental de las personas o las comunidades, siempre debe tenerse en cuenta que la manera en que éstas experimentan y enfrentan el sufrimiento depende de los factores sociales, culturales y políticos de su situación, y no sólo de variables individuales.

Como se ha reiterado en varias oportunidades a lo largo de esta presentación teórica, no existe una respuesta humana universal ante las situaciones de crisis o adversidad. El hallazgo constante es que, incluso cuando se someten a idénticas condiciones estresantes, las personas responden de manera distinta y por lo general la mayoría logra conservar un estado de equilibrio de su salud mental. Conviene, entonces, detenerse en esta sección en el análisis de los distintos factores condicionantes de la respuesta individual.

Las reacciones frente a los eventos estresantes dependen de las características de los sucesos, los recursos del individuo, la tarea requerida y las características del ambiente social. El resultado puede ser el crecimiento, una dificultad temporal o un trastorno mental, y depende de la ubicuidad y persistencia del factor estresante. Concretamente, las reacciones de un individuo frente al estrés varían según:

La situación.

La fuerza del factor estresante.

El estado de salud del individuo.

Los tipos de sistemas de apoyo en la comunidad.

La red de apoyo familiar.

Los modos habituales de interacción humana de la persona.

Además, el resultado de un evento estresante puede exacerbarse por muchos acontecimientos de la vida tales como:

Etapa de la vida.

Recursos para reaccionar.

Sistemas de apoyo.

Oportunidad o capacidad para influir en el ambiente.

Significado o simbolismo concedido a la vivencia.

Interpretación de la situación. (Cohen. 1999)

En términos generales, como ya se ha afirmado, a mayor intensidad de los hechos, mayor presencia de síntomas psicológicos. Además de esta relación entre la intensidad y la fuerza del impacto se ha confirmado que las siguientes características provocan mayor impacto psicológico: el daño físico, la muerte de la pareja, la participación en atrocidades, el haber sido testigo de muertes y la violación y la tortura. En lo referente a las características del hecho traumático se ha confirmado que si el suceso es intenso, severo, implica oscuridad o ruido, es rápido, no previsible, incontrolable e implica pérdidas personales va a producir, en general, un mayor impacto. Por tanto, los hechos traumáticos colectivos tienen también un mayor impacto social y psicológico. (Levav, 1993).

A diferencia de los desastres naturales, experiencias adversas como el desplazamiento forzado, que se producen en el contexto del conflicto armado interno y la violencia organizada, con frecuencia están asociadas con hechos que pueden tener una repercusión particular sobre el bienestar emocional de las víctimas. Entre los más importantes, Beristan, (1999), menciona la violación de los derechos humanos como estrategia de control social, lo que puede incluso llevar a niveles inconcebibles de deshumanización de la guerra y actos de atrocidad; la degradación de la dignidad, que adquiere su máxima expresión mediante la

violación y la tortura; las distintas formas de agresión y las tácticas de guerra diseñadas para inducir terror en la población urbana.

Ni la violencia política ni el desplazamiento forzado de la población civil son fenómenos nuevos en Colombia. Sin embargo, en las últimas tres décadas han alcanzado tales proporciones y características que finalmente ha comenzado a reconocerse que constituyen problemas prioritarios para la sociedad y el Estado Colombiano; por tanto, las distintas formas de violencia son actualmente el principal problema de salud pública de los colombianos.

El nuestro es el único país en el hemisferio occidental en el que un gran número de personas siguen muriendo o siendo secuestradas como resultado de un conflicto interno. A principios de 1998, por lo menos un millón de colombianos (uno de cada 40) se había convertido en un desplazado interno. Casi la mitad de los desplazados son mujeres y casi la mitad también son niños y jóvenes de este país. (Franco, 1997). Violencia sociopolítica y desplazamiento están íntimamente relacionados y se retroalimentan, ya que el conflicto armado interno despoja cada día a cientos de colombianos de todo lo que poseen y les es familiar, incluso su identidad, obligándolos al anonimato y convirtiéndolos en poblaciones vulnerables y en alto riesgo en las zonas urbano-marginales de las ciudades grandes e intermedias.(Castaño. 1998).

El destino de los desplazados es el de los vencidos en la guerra. Sus propiedades, sus animales y sus derechos son botín del vencedor. Sus fuentes de ingreso desaparecen, igual que sus redes familiares y vecinales de apoyo. Llevan el duelo y el miedo adentro, y encuentran el rechazo indiferente de los ciudadanos y la impotencia burocrática para atender la emergencia social. Son los testigos mudos de la guerra, que la sociedad y el Estado prefieren ignorar, como una estratagema para no reconocer la profundidad de la crisis

humanitaria en la que se encuentra el país. Por tanto la negociación de paz no sólo debe atender las causas, sino también las consecuencias de la guerra, y ninguna es más importante que el destino de los casi dos millones de refugiados internos por esta causa. (Franco,1997).

De acuerdo con Castaño. (1993) el desplazamiento forzado de una población representa siempre una violación flagrante de los derechos humanos con consecuencias individuales, familiares y sociales a corto, mediano y largo plazo. Desde un punto de vista individual, se asocia con interrupción o destrucción de los proyectos de vida y pérdida de seres queridos, bienes materiales y las fuentes habituales de reconocimiento familiar y social, sentido de pertenencia, identidad y autoestima. Muchas personas desplazadas, incluidos niños, niñas y jóvenes, han sido víctimas directas de hechos violentos como amenazas, torturas, secuestros y lesiones personales, o han sido testigos de actos violentos como asesinatos, masacres, secuestros y combates. En mayor o menor grado, todos los desplazados son víctimas de estrategias militares diseñadas para inducir miedo o terror en la población civil y en consecuencia se ven obligados a guardar silencio, a mentir y a desconfiar como mecanismos básicos de protección y supervivencia.

La población infantil y juvenil desplazada proviene de escenarios bélicos en los que la violencia y la barbarie del conflicto armado hacen parte de la cotidianidad, y en donde lamentablemente niños, niñas y jóvenes han aprendido que la guerra, el asesinato, la violencia intrafamiliar, el narcotráfico, la mentira y la crueldad son expresiones legítimas de lo que significa ser Hombre o Mujer en este país. La honestidad, la resolución no violenta de los conflictos, la tolerancia, o la ternura, parecerían valores un tanto alejados de su realidad y el imperativo de sobrevivir. (Alvarez. 1999).

El desplazamiento forzado ocasiona fragmentación o destrucción de las redes familiares y sociales de apoyo, ruptura del tejido social y menoscabo de los valores y las formas tradicionales de creación, apropiación y transmisión de la cultura. Se sabe, por ejemplo, que existe una fuerte asociación entre pobreza extrema, desnutrición, migración del campo a los tugurios y áreas marginales de las grandes ciudades y el deterioro de los valores humanos y del cuidado infantil. El desarraigo de las culturas y sociedades locales hace que hasta cierto punto se pierdan los valores tradicionales, incluidos aquellos relacionados con la crianza de los niños. En estas circunstancias, éstos pueden ser víctimas del rechazo, el maltrato o la explotación al servicio de la economía familiar, sin ninguna consideración por sus necesidades emocionales, cognitivas o educativas. (Bello. 2000).

Con frecuencia, la situación de desplazamiento origina cambios importantes en la estructura o en la dinámica familiar, que en ocasiones se convierten en un factor de riesgo para el desarrollo de nuevos problemas individuales o familiares. En el escenario laboral de las ciudades o los barrios pobres, por ejemplo, muchas veces las adolescentes y mujeres adultas desplazadas tienen mayores oportunidades que los hombres de encontrar empleo en oficios no calificados como el servicio doméstico o el cuidado infantil. El hecho de que la mujer se convierta en el principal o único proveedor implica un cambio en las relaciones de poder en la pareja, el cual puede ser percibido en forma amenazante por muchos hombres acostumbrados a un papel más pasivo y dependiente en sus esposas. El conflicto puede convertirse en una nueva fuente de discordia o violencia intrafamiliar, o contribuir a empeorar relaciones conyugales ya deterioradas.

El desplazamiento invariablemente está asociado con deterioro en la calidad de vida de las familias y múltiples carencias. La desnutrición, las enfermedades infecciosas, el hacinamiento, las condiciones deficientes de saneamiento ambiental, la violencia

intrafamiliar, el desempleo y la falta de oportunidades de educación y recreación, por ejemplo, son muy frecuentes entre la población desplazada que vive, temporal o definitivamente, en los barrios pobres de las grandes ciudades. Ahora es habitual que los desplazados se conviertan en nómadas en las grandes ciudades, en búsqueda de oportunidades de subsistencia o vivienda al alcance de sus posibilidades, o simplemente porque las causas que los obligaron a abandonar sus hogares también se han desplazado con ellos, o porque existen nuevas razones para temer por la vida y continuar huyendo.

Resulta claro, entonces, que la situación de desplazamiento, con su compleja gama de factores asociados, efectos y posibles consecuencias, puede precipitar lo que algunos investigadores han denominado una reacción en cadena de adversidad creciente ,que aumenta la vulnerabilidad de los individuos y las familias desplazadas y origina nuevos problemas.(Richman, 1998).

Por otra parte, también es necesario tener en cuenta el impacto del desplazamiento sobre las comunidades receptoras. Es frecuente que el asentamiento transitorio o definitivo de familias desplazadas origine tensiones y conflictos entre éstas y la comunidad receptora. Como es poco lo que se ha avanzado en Colombia en cuanto a estrategias de prevención del desplazamiento, prácticamente ningún municipio está preparado para enfrentar, con mecanismos que le permitan disminuir el posible impacto negativo, la migración masiva o crónica de individuos y familias. El equipaje abrumador de necesidades y problemas de los desplazados impone cargas excesivas en los servicios sociales disponibles localmente, y en el frágil equilibrio socioeconómico y cultural de los municipios pobres y los barrios urbano-marginales de las grandes ciudades. (Franco, 1997).

Así pues, cualquier modelo que aspire a comprender los efectos que el desplazamiento forzado tiene en la salud mental de las personas afectadas, incluido su bienestar emocional,

debe tener en cuenta las múltiples consecuencias de la violencia política y el conflicto armado interno, algunas de las cuales se han esbozado en los párrafos anteriores.

Desafortunadamente, en todo el mundo ha existido una fuerte tendencia a analizar los efectos de la guerra y los conflictos armados internos desde una perspectiva individual y eminentemente psicológica o psiquiátrica, enfoque que también se ha aplicado a las consecuencias del desplazamiento forzado.

Al alejarse de los planteamientos habituales centrados en una lectura clínica de la guerra y sus efectos, en ningún momento el enfoque que se presenta en esta sección pretende desconocer o subvalorar las consecuencias que la violencia política y el desplazamiento pueden tener en la salud mental de las personas. Por el contrario, es importante destacar otros aspectos del contexto total en que se producen estas experiencias y que también ocasionan sufrimiento, e insistir en que conceptos como el de trastorno de estrés postraumático o traumatismo no abarcan la amplia gama de experiencias y necesidades psicosociales de estas personas. (Richman, 1998).

La migración como puerta de entrada no solo a una cultura sino a la patología ha sido abundantemente citada en la literatura, lo que permite trabajar sobre un aspecto particular de la misma que como productora de un cuadro particular que son los trastornos por estrés traumático, pudiendo definir este como resultado del desplazamiento, en este caso en particular. Se abordará entonces al trauma como unas de las posibilidades de reacción a la migración. Algunas líneas de estudio, serán abordadas en cuanto a la sicopatología de las migraciones y su abordaje, como la del tratamiento de los cuadros por trauma.

Las migraciones humanas son portadoras de progresos y como tal ha sido notada históricamente y aún por las sociedades actuales. Los países que se permiten y fomentan el ingreso de extranjeros han demostrado que esto actúa como fuerza transformadora para la sociedad. Al mismo tiempo esto es generador de no pocos procesos de reacomodamiento de la sociedad de recepción o cultura anfitriona. Sin embargo estos procesos sociales y culturales, se ven acompañados por un devenir, un proceso de transformación, también en lo individual.(González, 1998).

Para Fullilove, (1996) en algunos casos este devenir conduce a la psicopatología: ya que la nosología psiquiátrica sufre constantes readaptaciones, y hace algunos años cuando se ocupaban de pacientes, o personas provenientes de poblaciones migrantes, lo mismo era una especie de rareza en la cual el único factor destacable podía ser el del manejo de un abordaje terapéutico en otra lengua que la propia. Hoy la idea de una psiquiatría transcultural o etnopsiquiatría, ha empezado a aparecer como algo más tangible al clínico.

Algo similar ha ocurrido en la esfera del trauma y es por ello que se ha intentado presentar ambos temas en forma conjunta. Hasta hace algunos años el trauma era conocido solo por un cuadro, el PTSD, o síndrome de estrés postraumático, tan lejano que no tenía en nuestra lengua ni siglas (ahora en los países hispano parlantes se utiliza frecuentemente las de TPET). Previamente era una idea vaga de “las personas que habían quedado enfermas (locas) por la guerra”. Es decir el trauma, era el cuadro posterior a un conflicto grave y agudo y este era casi necesariamente el de la guerra. En los últimos años y este año parece ser particular al respecto, se vive un auge del concepto de trauma, y lo que hace unos años no existía hoy lleva a la creación de múltiples sociedades profesionales. (González, M. 1998).

En el origen de los cuadros traumáticos se cita frecuentemente el hallazgo dentro de las milicias romanas en la Britania de la “melancolía”. Muchos siglos más tarde se identifica al mal del soldado, a la “homesickness”, en las tropas que luchan en la guerra civil americana. En ambos casos los relatos clínicos, nos devuelven efectivamente elementos de la serie melancólica, pero primordialmente síntomas de ansiedad, con ideación melancólica. Es decir se empieza a ver el trauma de la guerra, en la población militar primero y civil también, después, pero asimismo los conflictos relativos al desplazamiento. Es interesante encontrar en la literatura clásica, no médica, los relatos sobre lo ocurrido a las tropas napoleónicas en Rusia, donde mucho se hablaba de los factores climáticos, así como de otros factores aparentemente más trascendentales como la lejanía del hogar. (González, M. 1998).

Algunas variables en la presentación del cuadro traumático pueden ser:

Personales (identidad cultural) : Personalidad de base y Expectativas (anticipaciones)

Ligadas a la procedencia y cultura (lengua): creencias sobre salud dentro de su cultura

nivel socioeconómico e integración a su cultura de procedencia.

Característica de la migración: Forzada, deseada, temporaria, etc.

Estructura en el huésped, cultura anfitriona: Propias y Con respecto al que llega.

Según Fullilove, M. T. (1996) en el cuadro de estrés postraumático, los elementos sintomáticos sobre los que nos referiremos tangencialmente ya que son motivo de otras presentaciones en este congreso, a las cuales nos remitimos, son los siguientes:

Reexperiencia del hecho traumático

Evitación (real o imaginaria) del mismo

Activación fisiológica

1 Reexperimetación:

Pensamientos, sentimientos o imágenes relacionados con el hecho traumático.

Sueños y pesadillas recurrentes que producen malestar.

La sensación de estar viviendo nuevamente el hecho traumático, que puede darse bajo la forma de flashbacks, episodios disociativos, ilusiones o alucinaciones.

Reacciones fisiológicas o psicológicas intensas de malestar.

2 Evitación:

De pensamientos, sensaciones, personas, lugares, actividades, hechos etc. que recuerden el hecho traumático.

Disociativa.

a. incapacidad para recordar aspectos significativos del hecho traumático

b. reducción del interés o de la participación en actividades que le resultaban significativas

c. sensación de desapego o enajenación o extrañamiento

d. reducción significativa de la vida afectiva, con incapacidad de experimentar sentimientos positivos

e. sensación de futuro desolador y desesperanza

3 Hiperactivación - Hyperarousal

Trastornos del sueño.

Trastornos en la concentración.

Irritación.

Hipervigilancia.

La migración actúa como real e importante factor de trauma. Quizás sea bueno recordar que en realidad son trastornos por estrés, y que la respuesta encontrada en poblaciones de este tipo va a llegar a producir cuadros de profunda desestructuración, ya que en estas personas muy frecuentemente se van a encontrar elementos ligados a la evitación y la hipervigilancia. Dentro de la evitación las respuestas son variables, pero predominan las respuestas disociativas, las cuales son muchas veces evaluadas como cuadro de ansiedad o de depresión y con una respuesta terapéutica acorde.(Fullilove, M. T. 1996).

Revisión conceptual sobre evaluación de los problemas conductuales y emocionales

El trastorno de conducta es una alteración del comportamiento, que a veces es diagnosticada en la infancia, caracterizada por un comportamiento antisocial que viola los derechos de otras personas, y las normas y reglas adecuadas para la edad. Entre los comportamientos antisociales podemos citar la irresponsabilidad, el comportamiento trasgresor (como las ausencias escolares o el escaparse), la violación de los derechos ajenos (robo, por ejemplo) y, o la agresión física hacia otros (asalto o violación). Estos comportamientos a veces se presentan juntos, pero puede suceder que aparezca uno o varios de ellos sin estar acompañados por ninguno de los demás. (Achenbach, 1978).

Son muchos los factores que contribuyen al desarrollo del trastorno de conducta. Los exámenes neuropsicológicos indican que los niños y adolescentes que tienen trastornos de

conducta parecen tener afectado el lóbulo frontal del cerebro, lo cual interfiere con su capacidad de planificar, evitar los riesgos y aprender de sus experiencias negativas. Se considera que el temperamento de los niños tiene origen genético. Los niños y adolescentes de "carácter difícil" tienen mayor probabilidad de desarrollar trastornos del comportamiento. Los niños o adolescentes que provienen de hogares en desventaja, disfuncionales o desorganizados tienen mayor probabilidad de desarrollar este tipo de trastornos. Se sabe que los problemas sociales y el rechazo por parte de sus compañeros contribuyen a la delincuencia. Existe también una relación entre el bajo nivel socioeconómico y los trastornos de conducta, los niños y adolescentes que manifiestan un comportamiento delictivo y agresivo tienen un perfil cognitivo y psicológico que los caracteriza cuando se los compara con niños que tienen otros problemas mentales y con los pertenecientes a grupos de control. Todos los factores posibles influyen en la interacción de los niños y adolescentes con los demás. (Pedreira, Sardinero, 1.996).

Aproximadamente el 6 por ciento de los niños padecen alguna forma de trastorno de conducta. Este tipo de trastorno es más frecuente en los niños que en las niñas, siendo la proporción de 4:1; se cree también que afecta más a las zonas urbanas que a las rurales. Los niños y adolescentes que padecen trastornos de conducta también tienen a menudo otros problemas psiquiátricos que pueden contribuir al desarrollo de este trastorno. En las últimas décadas, los trastornos de conducta han aumentado considerablemente, el comportamiento agresivo es la causa de un tercio o la mitad de las remisiones a los servicios de salud mental para niños y adolescentes. (Achenbach, 1978).

La mayor parte de los síntomas que se observan en niños que tienen un trastorno de conducta, algunas veces se presentan también en niños que no tienen este trastorno. Sin

embargo, en los niños que tienen ADHD, estos síntomas ocurren de forma más frecuente e interfieren con el aprendizaje, el ajuste a la escuela y, algunas veces, con las relaciones del niño con los demás. (Pedreira, Sardinero, 1.996).

Pedreira y Sardinero, (1.996). enumeran los síntomas más comunes de los trastornos de conducta. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente. Existen cuatro grupos principales de comportamientos que pueden incluirse en esta clasificación:

Conducta agresiva

La conducta agresiva causa o amenaza un daño físico a otras personas y puede incluir:

Conducta intimidante.

Amedrentar.

Peleas físicas.

Crueldad con otras personas o animales.

Uso de armas.

Acciones que obligan a otra persona a tener relaciones sexuales; violación o acoso sexual.

Conducta destructora

Podemos citar los siguientes tipos de conducta destructora:

Vandalismo; destrucción intencional de la propiedad.

Incendios intencionales.

Falsedad, engaño

Existen distintos tipos de engaño:

Mentira.

Robo.

Hurto en tiendas.

Delincuencia.

Violación de reglas

Entre las violaciones de las reglas habituales de conducta o de las normas adecuadas para la edad, podemos citar las siguientes:

No asistir a la escuela.

Escaparse.

Bromas pesadas.

Travesuras.

Actividad sexual a muy corta edad.

Por lo general, los trastornos de conducta son diagnosticados por psiquiatras especializados en niños u otros profesionales de la salud mental. Una historia detallada del

comportamiento del niño por parte de los padres y maestros, observaciones clínicas del comportamiento del niño y, algunas veces, un examen psicológico contribuyen a realizar el diagnóstico. Los padres que observen síntomas de ODD en sus niños o hijos adolescentes pueden ayudar buscando una evaluación y tratamiento temprano. El tratamiento temprano puede prevenir a menudo problemas futuros, además, el trastorno de conducta a menudo se manifiesta junto con otros trastornos de la salud mental, incluyendo trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de estrés postraumático, abuso de drogas, trastorno hiperactivo de déficit de atención y trastornos del aprendizaje, aumentando la necesidad de un diagnóstico y un tratamiento tempranos. (Rutter, Graham, 1968).

En la mayoría de las veces el trastorno de conducta se ve directamente asociado a problemas emocionales, siendo bidireccional su aparición y desarrollo, en el caso de los niños desplazados por la violencia, es el problema de la adaptación a un nuevo medio el que permite la génesis de tan importante sintomatología.

Un trastorno de la adaptación es una reacción emocional o del comportamiento ante una situación identificable que provoca estrés o un cambio en la vida al cual la persona, en este caso el niño no se ha ajustado adecuadamente, o que de alguna forma constituye una respuesta no saludable ante esa situación o al cambio. La reacción debe producirse en un lapso de tres meses posteriores al suceso o al cambio que provoca el estrés. En el caso de niños o adolescentes, este suceso puede ser una mudanza, el divorcio o la separación de los padres, la pérdida de una mascota o el nacimiento de un hermano, por mencionar algunos: siendo aun mas grave la situación de desplazamiento de su territorio habitual por la fuerza a un lugar desconocido. (Pedreira, Sardinero, 1.996).

Los trastornos de la adaptación son una respuesta al estrés. No hay un solo vínculo directo entre el suceso estresante y la reacción a éste. Los niños y los adolescentes tienen diversos temperamentos, experiencias distintas, un diferente grado de vulnerabilidad y diferentes formas de confrontar los eventos difíciles. Su etapa de desarrollo y la capacidad de su sistema de apoyo de satisfacer sus necesidades específicas relacionadas con el estrés son factores que pueden contribuir a las reacciones que tengan ante una situación estresante determinada. Los factores que causan estrés pueden también variar en su duración, intensidad y efectos. No hay evidencia de que un determinado factor biológico cause los trastornos de la adaptación. Los trastornos de la adaptación son bastante frecuentes en los niños y adolescentes. Afectan por igual a los varones como a las hembras. Si bien hay trastornos de la adaptación en todas las culturas, los factores que provocan estrés y las señales que se manifiestan varían según la cultura. Los trastornos de la adaptación pueden producirse en cualquier edad; sin embargo, se cree que sus características difieren en los niños y adolescentes respecto de los adultos. Las diferencias se manifiestan en la naturaleza de los síntomas, en su gravedad y duración y en los resultados, así, los síntomas de los adolescentes se manifiestan más en el comportamiento, como expresar impulsos reprimidos, mientras que los adultos tienen más síntomas depresivos. (Pedreira, Sardinero, 1.996).

En todos los trastornos de la adaptación, la reacción ante el factor que provoca estrés parece ser una intensificación de la reacción normal o una reacción que interfiere significativamente con el transcurso normal de las actividades sociales o las ocupaciones (educativas). Los trastornos de la adaptación se dividen en seis tipos según los síntomas más importantes que se experimentan. A continuación, se enumeran los síntomas más

comunes de cada uno de estos seis tipos. (Rutter, Graham, 1968). Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

Trastorno de la adaptación con estado de ánimo deprimido

- Un estado de ánimo deprimido.
- Tendencia al llanto.
- Sentimientos de desesperanza.

Trastorno de la adaptación con ansiedad

- Nerviosismo.
- Preocupación.
- Inquietud.
- Temor a la separación de personas importantes en su vida.

Trastorno de la adaptación con ansiedad y estado depresivo

Es una combinación de los síntomas anteriores (estado depresivo y ansiedad).

Trastorno de la adaptación con perturbaciones del comportamiento

- Violación de los derechos de los demás.
- Violación de las normas y reglas sociales (faltar a la escuela, destrucción de la propiedad, manejar sin precaución, peleas).

Trastorno de la adaptación con perturbación de las emociones y del comportamiento
Es una combinación de los síntomas de todos los tipos anteriores (estado depresivo, ansiedad y comportamiento).

Trastorno de la adaptación no específico

Reacciones ante sucesos que provocan estrés que no pueden clasificarse en ninguno de los tipos descritos anteriormente. Puede tratarse de comportamientos tales como aislamiento social o inhibiciones ante actividades normales (por ejemplo, la escuela o el trabajo). (Rutter, Graham, 1968).

Los síntomas característicos de los trastornos de la adaptación pueden parecerse a los de otros problemas médicos o psiquiátricos. Consulte siempre al médico del niño (o del adolescente) para el diagnóstico. Los psiquiatras especializados en niños y adolescentes y los profesionales de la salud mental diagnostican habitualmente un trastorno de la adaptación después de una evaluación psiquiátrica completa y una entrevista con el niño o adolescente y sus padres. Durante esa entrevista, se hace una historia detallada del desarrollo, los sucesos vitales, las emociones y comportamientos del paciente, así como del suceso que provocó el estrés. (Rutter, Graham, 1968).

Según Rutter y Graham, (1968) existen instrumentos específicos para medir los anteriores trastornos tales como los siguientes:

Brief Symptom Inventory (BSI)

Child behavior Checklist (Crijnen)

Cornell Medical Index-Health Questionnaire

Langner 22-item Screening Scale of Psychopathology

Midtown Psychiatric Impairment Index

Psych. Epid. Res. Interview: Demoralization Scale

Social Readjustment Rating Questionnaire

Talbieh Brief Distress Inventory

Entrevista para síndromes psiquiátricos para niños y adolescentes (ChIPS)

Escala de Conductas Problema (EACP)

Revisión conceptual sobre la prueba Escala de Conductas Problema EACP.

En el marco de la evaluación conductual son muchos los instrumentos elaborados para describir y clasificar los comportamientos infantiles; todos ellos, procedentes de ámbitos socioculturales ajenos a España y países Iberoamericanos. No obstante, en ese medio son escasos los instrumentos diseñados para llevar a cabo una exploración general del desarrollo infantil.

Entre los instrumentos más conocidos, que se puedan relacionar con las EACP, se destacan tres: El CBCL de Achenbach, Escalas para padres y profesores de Connors y el Inventario de problemas en la escuela; instrumentos que a pesar de aparecer en múltiples investigaciones sobre problemas de conducta infantiles, no se han consolidado como instrumentos suficientemente válidos, ni fiables para su empleo por profesionales en el ejercicio de la evaluación conductual. Por otro lado el uso individual de estos instrumentos permite analizar cualitativamente las respuestas, en cuyo caso, no sirve para nada la

baremación de las puntuaciones obtenidas. Sin embargo, en el caso de las evaluaciones colectivas, para identificar alumnos con problemas, no es posible el análisis cualitativo de cada cuestionario, pudiendo quedar inválida la evaluación por este sistema de medida de las respuestas. (García y Megaz, 2000).

Es por tanto que las Escalas de Áreas Problema EACP, se han diseñado con la finalidad de identificar niños con problemas en alguna de las cuatro áreas: adaptación social (agresividad o retraimiento), rendimiento escolar, atención – hiperkinesia y ansiedad.

En el ámbito de un centro educativo de educación infantil, primaria, permitirá a los tutores y orientadores identificar a los alumnos con problemas en alguna de estas áreas, por los resultados cuantitativos de cada escala. De forma concreta, tras el análisis cualitativo de las respuestas a cada elemento permitirá conocer los problemas de los alumnos con puntuaciones elevadas en cada escala. Por otra parte como instrumento de exploración general, facilitará la toma de decisiones al evaluador, respecto a la continuación del proceso evaluador, encaminándolo hacia problemas de ansiedad y estrés, hiperactividad, problemas de rendimiento escolar, déficit en habilidades sociales, retraso generalizado del desarrollo, etc. (García y Megaz, 2000).

La prueba está constituida de la siguiente manera:

Las escalas EACP están constituidas por un conjunto de elementos, agrupados en forma de escalas independientes. Los distintos elementos que constituyen cada escala están seleccionados de forma que se ajusten a las siguientes definiciones operativas:

Agresividad

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un acto de molestia, daño o perjuicio a otras personas de su entorno.

Rendimiento Escolar

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un indicador de retraso en la adquisición de destrezas hábitos curriculares o precurriculares.

Atención – Hiperkinesia

Manifestaciones comportamentales del sujeto más características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Ansiedad

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen la expresión de un estado emocional de ansiedad, estrés o tensión.

Retraimiento Social

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un acto de inhibición o evitación social.

Como el comportamiento es contextual; es decir, se manifiesta siempre en un contexto físico y social, para valorar estos comportamientos en los dos ámbitos de interacción principales en la infancia: la escuela, el hogar familiar, se ha elaborado este instrumento cuyas escalas presenta el siguiente contenido:

Agresividad 21 elementos

Rendimiento escolar 10 elementos

Atención 8 elementos

Ansiedad 6 elementos

Retraimiento social 10 elementos

Dentro de las instrucciones, se solicita a padres y maestros que informen, respecto al niño, la frecuencia con que, a su juicio, muestra los comportamientos indicados en cada una de las escalas. Se ofrecen cuatro opciones de respuesta: Nunca, Casi nunca, A veces (ocasionalmente), A menudo (con frecuencia) y Siempre o casi siempre. Estas opciones de

respuesta hacen más cómodo el hecho de informar sobre estos comportamientos, teniendo en cuenta que no siempre resulta fácil evaluar la frecuencia del comportamiento infantil, de manera que para aquellos comportamientos muy habituales o muy escasos, este sistema, no ofrece dudas.

Lo que permite la prueba, desde el punto de vista de evaluación conductual exploratoria, (Sin olvidar que con estas escalas no se pretende diagnosticar) es conocer la presencia o ausencia de hábitos de comportamientos inadecuados, tratando de identificar áreas de problemas sin informar la intensidad o gravedad de la manifestación conductual. Así, un predominio de respuestas afirmativas en cada escala puede interpretarse como presencia de problemas en el área evaluada, lo cual sugiere la necesidad e proceder a una evaluación más específica con los instrumentos adecuados para la misma. (García y Megaz, 2000).

Revisión conceptual sobre construcción de pruebas

En las ciencias sociales y humanas tales como la Sociología, Psicología o la Educación se utilizan como instrumentos de medida tests, escalas, encuestas, cuestionarios y/o auto informes, con la finalidad de obtener información acerca de opiniones, intereses, actitudes, habilidades, etc. La comprobación de las características métricas de dichos instrumentos se constituye como la cuestión básica para decidir el uso o no de los mismos en un contexto aplicado. En este sentido es importante exigir a los cuestionarios y tests que sean fiables (precisos) y válidos. La segunda de las características métricas comentadas, la validez, resulta una temática de máxima importancia en el proceso de construcción de un test o un cuestionario y, genéricamente hablando, requiere comprobar la utilidad de la medida realizada, es decir, el significado de las puntuaciones obtenidas. Es precisamente la validez

la que permitirá realizar las inferencias e interpretaciones correctas de las puntuaciones que se obtengan al aplicar un test y establecer la relación con el constructo/variable que se trata de medir.

El concepto de validez ha ido modificándose a lo largo del tiempo, en las siguientes líneas se profundiza en ese recorrido histórico de la misma. En un principio la validez de un test psicológico, educativo o sociológico, era evaluada por una diversidad de procedimientos. El tipo de evidencia utilizado para demostrar la validez del test variaba con el propósito del test, la orientación teórica del test y el tipo de datos disponibles (Anastasi, 1986). Se hablaba de validez aparente, validez intrínseca, por definición, validez lógica, validez factorial, etc. Esta multitud de denominaciones llevó a la American Psychological Association (APA) a publicar a mediados de los años cincuenta (1954) un manual con recomendaciones técnicas para el uso y diagnóstico con tests psicológicos. En esta primera publicación de lo que más tarde constituirían los Standards se pretendía establecer algún orden en la práctica de la construcción de tests. Las consecuencias que tuvo para la validez fueron inmediatas ya que se delimitaron y denominaron los distintos tipos de validez que un test debe incluir, refiriéndose a la validez de contenido, predictiva, concurrente y de constructo. En general, la validez se define como el grado en el que el test mide lo que pretende medir o sirve para el propósito por el que ha sido construido.

A finales de estos años cincuenta el concepto clásico-estático de validez se modifica, como bien queda recogido en las ediciones de las recomendaciones técnicas del uso de los tests (Standards) de esta época (APA, 1954) y mediados de los sesenta (APA, 1966). En los estándares de 1974, que la APA publica en colaboración con la American Educational Research Association (AERA) y el National Council on Measurement in

Education (NCME), la validez predictiva y concurrente se subsumen en de *criterio*. Queda así configurada la estructura tripartita de la validez (contenido, criterio y constructo), que Guion (1980) en un tono de humor definió como la visión trinitaria de la validez, y que aún hoy en día domina el campo aplicado de validación de los tests. Sin embargo, esta concepción acerca de la validez ha supuesto dos peligros para el constructor del test: pensar que se trata de tres tipos de validez distintos y pensar que en un estudio de validez es imprescindible recoger evidencia sobre los tres aspectos de la misma.

En todo este camino recorrido por la validez, es la de constructo la que va cobrando mayor importancia. Hacia mediados de los años cincuenta, Cronbach y Meehl (1955) publican un trabajo sobre este tema, entendiendo que es uno de los aspectos más importantes, donde la comprobación de la validez de constructo implica la recogida de distintas evidencias, no todas de ellas cuantitativas, y la integración de la información recogida. La idea que se empieza a fraguar es que el proceso de validación no difiere del proceso de construcción de teorías científicas y algunas de las estrategias para investigar la validez de constructo tienen el mismo fin. La validez es la consideración más importante en la evaluación de un test. El concepto se refiere a la adecuación, significado y utilidad de las inferencias específicas hechas con las puntuaciones de los tests. La validación de un test es el proceso de acumular evidencia para apoyar tales inferencias. Una variedad de evidencias pueden obtenerse de las puntuaciones producidas por un test dado, y hay muchas formas de acumular evidencia para apoyar una inferencia específica. La validez, sin embargo, es un proceso unitario. Aunque la evidencia puede ser acumulada de muchas formas, la validez se refiere siempre al grado en que esa evidencia apoya las inferencias que se hacen a partir de las puntuaciones (Cronbach y Meehl 1955)

Ahora bien, es de vital importancia trabajar sobre los conceptos básicos de la confiabilidad en las técnicas de evaluación psicológica, si revisamos el concepto de medición, se puede decir que es el procedimiento por el cual se asignan valores numéricos a objetos o eventos de acuerdo a ciertas reglas. Luego de ello debemos enfrentarnos a dos problemas importantes en la medición: ¿cuál es la confiabilidad del instrumento de medición? y ¿cuál es su validez?.

Si no se conoce la confiabilidad y la validez de los datos que se tienen, se tendrá poca fe en los resultados obtenidos y a las conclusiones derivadas de ellos. La preocupación por la fiabilidad de las técnicas proviene de la necesidad de confiar en las mediciones que arrojan. La gente es confiable cuando por ejemplo tiene un comportamiento consistente, seguro, predecible. En otros términos, son personas estables. Por el contrario alguien no es confiable en la medida en que muestra un comportamiento mucho más variable. Carecen de estabilidad, se dice que son inconsistentes. Así sucede con las mediciones psicológicas y educativas: son más o menos variables de ocasión a ocasión; son estables y más o menos predecibles, o son inestables y relativamente impredecibles; consistentes o inconsistentes. (Sampieri, Fernández y Baptista. 1998).

A continuación se pueden considerar diversos enfoques a fin de precisar la noción de confiabilidad:

Los resultados obtenidos con un instrumento de medición en una determinada ocasión, bajo ciertas condiciones, deben ser reproducibles. Se espera que sean similares si se vuelve a medir el mismo rasgo en condiciones idénticas. Este aspecto de la exactitud de un instrumento de medida es su confiabilidad. De éste modo la confiabilidad es la exactitud de la medición, independientemente de que uno esté realmente midiendo lo que ha querido medir.

Otro camino para pensar la confiabilidad es investigar qué cantidad de error existe en un instrumento; en otras palabras la confiabilidad puede definirse como la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento.

Cabe destacar además que el procedimiento estadístico por el cuál se establece la confiabilidad es el método de correlación, el cuál puede ser definido como el grado de relación o concomitancia entre dos o más variables, cuyo promedio que se obtiene se denomina coeficiente de confiabilidad, que al ser interpretado nos dará una pauta del grado de confianza a tener en la prueba psicológica.

Por último está probado que la confiabilidad de los puntajes de un test es una función del número de ítems que componen el test. A medida que agreguemos más ítems a la técnica gradualmente nos iremos acercando al puntaje verdadero. Este concepto se fundamenta en la noción de varianza, la cuál es una medida de variabilidad que sintetiza el grado de homogeneidad o heterogeneidad de las diferencias individuales. (Campbell y Stanley, 1970)

La teoría de la confiabilidad se basa en una suposición presentada por Spearman (1990) quien propone que el puntaje obtenido por un individuo puede considerarse que está formado por dos componentes: un puntaje verdadero (porción constante) y un puntaje error (error típico de medida, que representa el grado o magnitud de la sensibilidad a las influencias). Esta descomposición nos lleva a plantear a la confiabilidad como la proporción entre la varianza verdadera y la varianza total.

Algunos métodos para obtener la confiabilidad de una prueba psicológica pueden ser:

"Test-retest": consiste en realizar una segunda administración de la misma técnica a los mismos sujetos habiendo transcurrido un cierto tiempo de intervalo prudente (se sugiere no más de un mes en niños y seis meses en adultos). Estas dos administraciones conforman dos

conjuntos de puntajes independientes que a continuación serán correlacionados entre sí, esperando que exista un mínimo de error entre los dos grupos. Llamaremos a ello, coeficiente de estabilidad "temporal".

"Formas Paralelas o Alternativas": en éste método se preparan dos formas similares del instrumento, se las administra y se calcula la correlación entre los puntajes obtenidos por las mismas personas al responder a las dos formas. Debe prestarse especial cuidado al equilibrio y equivalencia entre estas dos formas, por ejemplo, en relación al nivel de complejidad del contenido; cantidad de ítems; consignas. El coeficiente de confiabilidad obtenido es llamado comúnmente coeficiente de "equivalencia".

"División en Mitades": se procede a dividir la técnica psicométrica en mitades comparables.(En este caso sólo se requiere una sesión para la administración).Este tipo de coeficiente de confiabilidad se denomina a veces, indicador de la "consistencia interna" de la técnica. (Sampieri, Fernández y Baptista. 1998)

Al trabajar el tema de validez, se debe comprender primariamente que este representa el grado en que el instrumento mide lo que se propone. La validez depende inversamente de los errores sistemáticos o sesgos. Aquí, como en el caso de la fiabilidad, las tres causas principales de error de medición son el observador, el individuo y el instrumento. El sesgo debido al observador es una distorsión constante en la forma de percibir la medición por parte del observador que puede ser debido a diferencias sistemáticas en la forma de administrar el instrumento o prejuicios en la interpretación de las respuestas. El sesgo debido al individuo, que es una distorsión constante de la medición producida por el individuo que se está estudiando, como por ejemplo la tendencia a responder afirmativamente a las preguntas de un cuestionario, independientemente de su significado.

El sesgo debido al instrumento, por ejemplo un cuestionario de "screening" de casos al ser muy selectivo y dar falsos negativos.(Campbell y Stanley, 1970)

Según Sampieri, Fernández y Baptista. (1998), existen varias formas de estimar la validez:

Validez patente, lógica o aparente. También llamada credibilidad. Valora si los ítems o procedimientos de una prueba tienen sentido. Es como si alguien no experto en el tema, al leerlo, dijese si los ítems hacen referencia o tienen sentido para su problema.

Validez de contenido. Es la valoración emitida por expertos de que los ítems de una prueba cubren de forma adecuada y relevante los propósitos de ésta.

Validez predictiva. Se refiere a la posibilidad de predecir un acontecimiento futuro conociendo la puntuación de la prueba, por ejemplo la prueba del lactato para predecir crisis de pánico.

Validez de constructo. Es la concordancia entre los resultados que se obtienen con un instrumento y una determinada teoría en la que se sustenta.

Validez de criterio. Es el grado en que la prueba que se está validando obtiene resultados similares a los de otra prueba patrón de validez reconocida, por ejemplo se compara un cuestionario de detección de casos psiquiátricos con una prueba estandarizada como el SCAN.

Validez diagnóstica. Es una variante de la validez de criterio aplicada al diagnóstico. Para definirla se utilizan los parámetros que a continuación vamos a describir:

Sensibilidad (S). Se define como la capacidad de detectar a los enfermos.

$S = (\text{Personas con trastorno identificado} / \text{Verdadero n.º de personas con trastorno}) \times 100$

Especificidad (E): Se define como la capacidad de detectar correctamente a los sanos.

$$E = (\text{Personas sanas} / \text{Verdadero n}^\circ \text{ de personas sanas}) \times 100.$$

Valor Predictivo Positivo (VPP). Es la probabilidad de que una persona con un resultado positivo tenga en realidad la enfermedad.

$$\text{VPP} = \text{Probabilidad de un resultado positivo verdadero} / \text{Probabilidad de un resultado positivo verdadero} + \text{probabilidad de un resultado positivo falso}.$$

Valor Predictivo Negativo (VPN). Es la probabilidad de que una persona con un resultado negativo no tenga en realidad la enfermedad.

$$\text{VPN} = \text{Probabilidad de un resultado negativo verdadero} / \text{Probabilidad de un resultado negativo verdadero} + \text{probabilidad de un resultado negativo falso}.$$

Durante el último siglo la Teoría Clásica de los Test (TCT), aproximación que ha ocupado un papel muy importante en el terreno de la medición psicológica a través de pruebas; plantea que el objetivo central de cualquier proceso de medición psicológica a través de una prueba, es la estimación de la magnitud de un atributo o propiedad humana a partir de la única información empírica disponible: las respuestas de las personas evaluadas, ya que la TCT parte del supuesto de que la puntuación de un examinado obtenida en una prueba puede explicarse mediante un modelo lineal aditivo de dos componentes: la puntuación verdadera y el error de medida. (Medellín y cols. 2001).

La TCT centrada en el Test admite el problema del error de media como único para la prueba total. Supone que las diversas fuentes de error aleatorio se compensan para generar una cantidad de error típico de medida común para toda la muestra. En consecuencia y teniendo en cuenta que una prueba esta compuesta por unidades (los ítems) cada una de las cuales es manifestación del atributo que mide la prueba, las propiedades de un test en

términos de la consistencia y utilidad de los resultados que arroje, dependen en gran parte de la capacidad que tenga cada ítem para reportar información sobre el atributo que mide la prueba. (Medellín y cols. 2001)

El modelo de la TCT centra su atención en la información que se pueda obtener del test tomándolo como un todo. Desde el punto de vista psicometrico en el modo clásico los elementos del instrumento solo adquieren significado en relación con el conjunto total de la prueba a la que pertenecen; en consecuencia no supone formas de distribución específicas, es decir no prevé el tipo de función resultante del comportamiento del atributo con la probabilidad de responder correctamente el ítem. En este sentido, la TCT recoge empíricamente la información y luego de procesarla estadísticamente establece las relaciones entre las variables, pudiendo tomar cualquier forma su representación grafica. Los ítems en su conjunto tienden a medir el atributo que se estudia. La respuesta de un examinado a cada uno de los ítems que componen una prueba es una manifestación o efecto de la magnitud del atributo que esta mide. Partiendo de este punto, la TCT somete la medida del atributo a la conjugación de las puntuaciones de todos los ítems que componen el instrumento de medida. Puesto que un ítem individual ofrece una cantidad importante de error aleatorio de medición, derivado de una diversidad de factores que intervienen en la ejecución del mismo, la TCT se vale de la totalidad de los ítems de la prueba para establecer la puntuación medida, con el argumento de que lo errores de medida se promedian y en consecuencia, se anulan mutuamente.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente y teniendo en cuenta que la confiabilidad y la validez hacen parte de la consolidación de los test, se tiene en cuenta que estos conceptos se refieren a propiedades del instrumento de medida como fuente de información que

permite estimar la magnitud del atributo y arrojar resultados útiles en la práctica. (Medellín y cols. 2001). Además de evaluar la confiabilidad y la validez, Medellín y cols. (2001) plantean que la TCT considera importante estimar la proporción de varianza verdadera, la cual se establece mediante la correlación entre puntuaciones observadas en pruebas paralelas, en una misma prueba aplicada en momentos diferentes o entre mitades de una prueba. De aquí se derivan los procedimientos generalmente conocidos como equivalencia de formas paralelas, test-retest y dos mitades, respectivamente. Otros procedimientos muy populares para la estimación de la confiabilidad son el coeficiente alfa, propuesto por Cronbach (1951) y el Kuder Richardson (1937).

Siguiendo por esta misma línea, la TCT propone que las formas de validez más conocidas son: concurrente, predictiva, de contenido y de constructo. Las primeras, concurrente y predictiva, hacen referencia a la correlación entre los puntajes obtenidos en una prueba y algún criterio externo de interés; así, a partir de 1966 los estándares de la APA las reunieron en una única categoría denominada validez relacionada con el criterio. (Medellín y cols. 2001)

Luego de haber hecho la respectiva revisión teórica, relacionada con el área psicométrica de la medición de las pruebas psicológicas, continuamos ahondando en el desplazamiento y su impacto sobre la salud mental de la población infantil; explorando aquellos signos a reconocer que son primariamente de índole general y que sin embargo es de importancia no intentar cometer dos errores extremos: Uno, el de analizar e igualar la patología o sufrimiento al de la población huésped. El otro, el de considerar al extranjero ajeno a los mismos problemas o conflictos de base que nos aquejan. Con relación a estos

aspectos es fundamental entender que si bien la “barrera lingüística” es un factor preponderante no es el único, y que si bien el substrato común cultural incrementa las posibilidades de inserción, no aleja definitivamente a esa población de conflictos. Para Fullilove, M. T. (1996) un ejemplo es como lo puede revelar la sintomatología presentada por latinoamericanos en España. Signos a reconocer: Caída del desempeño escolar, Incremento del ausentismo, Cambio de hábitos sociales, Comportamientos antisociales, violentos, Oposición a la autoridad, Aislamiento, Cambios en la presentación, Alteraciones en hábitos alimenticios, de sueño y actividad física, Quejas físicas difusas, Preocupaciones inusuales en la imagen corporal, peso, apariencia, miedos, Dificultad en la concentración, Expresiones inusuales, entre otras.

Es así como el desplazamiento forzado en Colombia, se ha convertido en un grave problema de derechos humanos agudizado dramáticamente en la última década. Constituye una gran violación a los derechos humanos y se inserta en la categoría de los crímenes de lesa humanidad, que en acciones consecutivas expresa los gritos de la guerra, el cansancio de la gente impotente y vulnerada, como también el fantasma de la impunidad a través del silencio como ley; ese mismo por el que mueren ancianos, niños, hombres y mujeres perpetuándose en el tiempo como acción constante de la indiferencia.

Es innegable que la guerra y uno de sus resultados más frecuentes (la migración forzada de la población civil, dentro o fuera de las fronteras de los propios países involucrados) ocasionan sufrimiento emocional y en ocasiones pueden agravar o desencadenar verdaderos trastornos de la salud mental. Sería bastante útil conocer la incidencia y prevalencia real de tales afecciones y saber más sobre las características de las personas que los desarrollan y los factores asociados. Sin embargo, en este sentido la revisión de la literatura (evidencias

empíricas) es bastante difícil y establecer comparaciones resulta prácticamente imposible, dado que los investigadores parten de premisas y poblaciones distintas, tienen enfoques diferentes sobre la relación entre violencia sociopolítica y salud mental, y no utilizan los mismos instrumentos, métodos de evaluación o criterios diagnósticos. Es bastante probable, sin embargo, que siempre que se analice el problema de la guerra y sus posibles efectos sobre la salud mental de las personas a partir de un enfoque puramente clínico e individualista de la salud, los resultados (en palabras de enfermedades y trastornos mentales) tiendan a confirmar tales suposiciones.

No obstante, el argumento anterior sigue siendo asunto de debate y estudio, cada vez parece haber más evidencia que indica que dadas ciertas características personales y factores relacionados con el contexto global en que se producen la guerra y otras experiencias psicosociales traumáticas, la mayoría de personas no desarrolla problemas mentales persistentes que necesiten tratamiento especializado. Este fenómeno puede ser más fácilmente entendido si se consideran situaciones puntuales de desplazamiento, especialmente en fase de emergencia, donde en recintos que albergan un gran número de individuos, el hacinamiento, la escasez de alimentos y los problemas de saneamiento básico, son factores que claramente juegan un papel importante en las condiciones de salud de la población desplazada y han sido demostrados con anterioridad en el estudio de Morales M. y Torres L, realizado en Medellín en el año 1998. (Morales.1998).

En un estudio realizado por la Corporación Avre en 1991, (Levav, I.1993) por ejemplo, los investigadores informaron que de un total de 83 personas, entre 7 y 70 años de edad, que habían estado expuestas a la violencia sociopolítica en siete zonas distintas de Colombia (Bogotá, Bucaramanga, Barrancabermeja, Chiquinquirá, Villavicencio, Montería y Pueblo Bello en el Urabá Antioqueño), 98% presentó sintomatología emocional, aunque

en 23% de los casos no se consideró que existiera un trastorno psiquiátrico como tal, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-III-R.

Todos los pacientes estudiados habían sido víctimas de actos violentos como bombardeos militares a zonas de influencia de la guerrilla, terrorismo urbano (explosión de carro bomba), masacres, asesinatos y desaparición de seres queridos, amenazas contra la vida y desplazamiento de las tierras de cultivo. Sólo 4% (3 pacientes) fue víctima indirecta y 24% había sufrido más de un acto violento. De las 83 personas incluidas en la muestra, 46 (56%) eran mujeres, 11 (13%) hombres y 26 (31%) menores de edad. La presencia de trastorno psiquiátrico fue más frecuente en las mujeres atendidas (76%) que en los hombres (55%). En las primeras, el diagnóstico principal fue el de depresión mayor y en los últimos el de trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. En el grupo de los menores de edad, 85% presentó trastorno psiquiátrico, siendo éste más común entre los varones (74%) que en las mujeres (26%). En este grupo de población, el diagnóstico más frecuente fue el de trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, y los demás correspondieron a otros síndromes característicos de la niñez y la adolescencia (fobias, trastornos del desarrollo, trastornos del aprendizaje, de la conducta y de las emociones, y trastornos por ansiedad de separación).

Es importante destacar que en esta investigación, 41% de la muestra (26 pacientes) presentó trastorno psiquiátrico asociado con psicopatología de base previa, y 6% de la población estudiada tenía psicopatología previa sin que ésta se asociara a trastorno psiquiátrico en el momento del estudio.

Por lo que puede inferirse a partir del informe de esta intervención, la valoración en salud mental de las 83 personas incluidas en la muestra estuvo a cargo de especialistas en psiquiatría. La publicación no menciona, entre otras cosas, el método de selección de la

muestra ni el procedimiento para el examen de las condiciones de salud mental de los niños y adolescentes.

En un ejemplo de experiencias recientes en el país *específicamente* con población desplazada, el proyecto piloto de adaptación psicosocial desarrollado en el Municipio de Soacha, Cundinamarca, por la Fundación Educativa Amor y asesorado por el Ministerio de Salud, incluyó la valoración del estado de salud mental de un total de 191 personas entre los 15 y los 65 años, y 217 niños, niñas y adolescentes menores de 15 años. (González, M. 1998).

En este caso, para la valoración de la salud mental de los mayores de 15 años se utilizó un procedimiento en dos etapas. En la primera, se aplicó la *Escala de Sintomatología Psiquiátrica*** validada en 1976 por el Instituto Colombiano del Sistema Nervioso- Clínica Montserrat de Bogotá, al 82% de las personas mayores de 15 años y menores de 65 inscritas en el proyecto. De las 191 personas en quienes se aplicó esta prueba, 69 casos, que correspondieron al 36% de la muestra total, obtuvieron un puntaje positivo. Por sexo y edad, la mayor frecuencia de sintomatología se encontró en las mujeres (40%, en comparación con 32% de los hombres) y en los mayores de 26 años. En relación con la distribución de los resultados positivos según estado civil y nivel de escolaridad, la mayor frecuencia de posibles casos de alteración mental se encontró en los viudos (50%), los hombres y mujeres en unión libre (36%) y los casados (21%), sin ninguna escolaridad (42%) o primaria (36%) y secundaria (40%) incompletas.

Los diez síntomas de mayor ocurrencia en hombres y mujeres fueron: preocupación constante (87%), debilidad (79%), sensación de que nada resulta como lo desea (64%), intranquilidad (54%), sentimiento de soledad (51%), agrieras (46%), dificultad para dormir (45%), oleadas de calor (45%), nerviosismo e irritabilidad (43%), y dolores de cabeza

(43%). En cuanto a la distribución de las respuestas positivas según sexo, es interesante observar que en el caso de algunos síntomas (preocupación por enfermedad repentina, duda sobre la utilidad de las cosas, debilidad, preocupación constante, dolores de cabeza y nerviosismo) se presentaron diferencias bastante considerables entre ambos sexos, mientras que otras manifestaciones de posible malestar emocional como sensación de embotamiento en la cabeza, palpitaciones, sudores fríos, falta de apetito, falta de ánimo para trabajar, temblor en las manos, y dificultad para dormir fueron informadas con una frecuencia similar en hombres y mujeres.

De las 69 personas con un puntaje positivo, 22% fueron testigos de la muerte violenta de personas cercanas o combates (36%); 14% había sufrido heridas, torturas o muertes; y 25% había matado o visto asesinar. De igual forma, sólo una minoría (7%) de estas personas tenía antecedentes personales o familiares de enfermedad mental. Este hallazgo parece relevante porque destaca la posible contribución de muchos otros factores asociados con la situación de desplazamiento en la génesis del malestar emocional de las personas desplazadas, más allá de los hechos violentos característicos de la guerra.

En este grupo de personas consideradas como (sospechosas) de sufrir alguna alteración en su salud mental, no hubo diferencias importantes en relación con los responsables del desplazamiento o los hechos que lo motivaron, en comparación con la población total inscrita en el proyecto. En ambos casos, la guerrilla y los paramilitares fueron identificados como los principales responsables, y las amenazas como la primera causa del desplazamiento. La aplicación de la prueba de tamizaje estuvo a cargo de profesionales de la psicología, y aunque es un instrumento diseñado para que las personas lo respondan por sí mismas, en el caso de esta intervención se utilizó siempre en el contexto de entrevistas semiestructuradas, con el fin de garantizar al máximo la comprensión de las preguntas.

Durante la segunda etapa del procedimiento de evaluación, la totalidad de las 69 personas con cinco o más respuestas positivas en la prueba de tamizaje asistieron a una o más entrevistas psicológicas en profundidad, con el fin de descartar definitivamente la presencia de alteraciones mentales. Sólo dos de estas personas necesitaron una valoración psiquiátrica formal.

En la inmensa mayoría de los casos considerados “sospechosos”, la valoración psicológica corroboró la presencia de uno o más síntomas de malestar emocional, especialmente sintomatología depresiva (65%), ansiosa (12%) y somática (6%), alteraciones del sueño (6%), y reacciones normales de duelo (6%), sin que llegaran a configurar verdaderos cuadros nosológicos de trastornos mentales. Los cuadros clínicos en los que pudo establecerse el diagnóstico de un trastorno como tal, con base en los criterios diagnósticos del DSM-IV, correspondieron a una minoría (trastorno de estrés postraumático, depresión mayor, duelo patológico y adicción a sustancias psicoactivas).

En cuanto a la valoración de la salud mental de la población infantil y juvenil menor de quince años, ésta también estuvo a cargo de los profesionales de psicología, con base en el siguiente protocolo:

Evaluación del *desarrollo* infantil, de acuerdo con la información suministrada por los padres y registrada en un formato especial, y la observación directa de los niños y niñas realizada por los profesionales.

Evaluación del comportamiento infantil, con base en la información suministrada por los padres y registrada en un formato especial, y la observación directa de los niños y niñas realizada por los profesionales.

El protocolo de evaluación se aplicó a 85% de los niños, niñas y adolescentes menores de 15 años participantes en el proyecto. De las 217 personas valoradas, una cuarta parte de los casos (55) presentó alteraciones en el desarrollo, el comportamiento o ambos. Por edad, la mayor frecuencia de hallazgos positivos se encontró en los grupos de 6 a 10 años (44%) y de 11 a 15 (29%). Al contrario de los adultos, en el caso de la población infantil no se registraron diferencias importantes en la proporción de niños (49%) y niñas (51%) con alteraciones en el desarrollo, el comportamiento o ambos.

De los ocho niños con alteraciones en el desarrollo, la mayoría de ellos presentó retrasos en el desarrollo del lenguaje (37%) y en el desarrollo cognitivo (12%). En los demás se diagnosticó una combinación de retrasos en diversas áreas del desarrollo infantil. En cuanto al comportamiento infantil, los hallazgos más frecuentes fueron agresividad (45%), alteraciones en el patrón de sueño (28%) y nerviosismo (21%).

En relación con el nivel de escolaridad de los 55 niños y jóvenes con alteraciones en el desarrollo o el comportamiento, es importante destacar que casi una cuarta parte de ellos (22%) se encontraba desescolarizada. La mayoría (78%) de estos 55 niños pertenecía a familias nucleares intactas, 13% a hogares en los que el padre había muerto o desaparecido, y 9% a hogares con jefatura a cargo de una madre soltera. Sólo en 5% de los casos existía el antecedente de hechos violentos, y en 27% el de traumatismo o accidente con pérdida de la conciencia.

Con base en el estudio de poblaciones diferentes mediante métodos distintos, los resultados de estas dos experiencias de valoración de las condiciones de salud mental de personas que han sido víctimas de la violencia sociopolítica en Colombia, incluido el desplazamiento forzado, sirven para ilustrar algunos puntos de importancia:

La *presencia de uno o más síntomas de malestar emocional* es frecuente en la población desplazada por el conflicto armado interno, al igual que en las víctimas de otros actos violentos. Las investigaciones epidemiológicas confirman que las víctimas de catástrofes y violencias extremas manifiestan cuadros sintomáticos en alrededor de un 25-40% de los casos. También se da esa frecuencia entre quienes participaron en combates de guerra y masacres. Este porcentaje se incrementa en un 60% en el caso de las víctimas de violaciones... En general, a mayor intensidad de los hechos, mayor presencia de síntomas psicológicos.

Las *quejas somáticas* también son un hallazgo frecuente en las víctimas del desplazamiento forzado, como una expresión concomitante de sufrimiento emocional. Diversos autores han advertido sobre la importancia de considerar las diferencias culturales en el significado atribuido a los síntomas de sufrimiento emocional y la expresión de los mismos. Por ejemplo, en muchas culturas campesinas los síntomas de sufrimiento tienen una mayor expresión *somática*. Las personas pueden manifestar sentirse afectadas por las experiencias que han vivido presentando dolor de cabeza, de estómago o, en otros casos, dar a los síntomas corporales una expresión más global, por ejemplo, hablar de dolor de corazón como una forma de expresar la pena.

Como ya se ha mencionado, la evidencia empírica sugiere que en realidad sólo una minoría de las personas desplazadas desarrolla verdaderos problemas mentales, y de éstos sólo unos pocos necesitan tratamiento psicoterapéutico especializado. Se requiere más investigación epidemiológica para dilucidar las distintas variables individuales, sociales y aquéllas relacionadas con el contexto de los hechos violentos, asociadas con la incidencia de trastornos mentales como consecuencia directa del desplazamiento forzado, la respuesta

a diferentes modalidades de intervención y el pronóstico a corto, mediano y largo plazo. Esta dinámica de movilización de la población desplazada y cambio en su actividad laboral, ha sido observada en algunos estudios como los realizados por el Ministerio del Interior, CODHES y la Procuraduría. (CODHES 1995).

Por otro lado, no hay estudios sobre morbilidad en comunidad en la población desplazada. En el estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), sobre morbilidad y mortalidad en las personas desplazadas por la violencia, atendidas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud en los tres niveles de complejidad, en tres servicios de atención de pacientes (consulta externa, urgencias y hospitalización), entre julio de 1997 y agosto de 1998 en el departamento de Antioquia, se pudo observar que el mayor porcentaje de consultas se produjo por enfermedades infecto-contagiosas como la Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA), Enfermedades de la Piel y Parasitosis Intestinal, entre otras. (Ministerio De Salud De Colombia. 1999).

Estas enfermedades también jugaron un papel importante en la morbilidad atendida en servicio de consulta externa. Otras enfermedades como Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Tuberculosis, Dengue, Cólera, entre otras, se presentaron con bajos porcentajes.

En cuanto a la atención por el servicio de urgencias, son nuevamente las enfermedades infecciosas (IRA, EDA), las que ocasionan el mayor número de consultas, si bien a este nivel el trauma entra a jugar un papel importante, siendo los hombres los más afectados por este último evento. La atención del Parto, Neumonía y Trauma, se encontraron entre las primeras causas de hospitalización. Por último, la mortalidad fue producida en primer lugar por la Neumonía (25.2% de las muertes analizadas); el segundo lugar lo ocuparon las causas perinatales con 18,4%. (Ministerio De Salud De Colombia. (1999).

Algunos nuevos estudios han tratado de abordar el tema de la salud, pero los diseños realizados no permiten conocer con cierto nivel de certeza las condiciones de salud de la población desplazada. En el estudio realizado por la Procuraduría General de la Nación. 1999, por ejemplo, se preguntó acerca de la sintomatología presentada en las personas entrevistadas, encontrándose que la tos, diarrea y problemas de piel (identificados como brotes), se encuentran dentro de las sintomatologías más frecuentemente referidas. (Alvarez. y cols. 1999).

Otros efectos que sobre la salud produce el desplazamiento forzado, especialmente en aquellas personas que se encuentra en fase de transición y que por este motivo han estado sujetas durante un mayor tiempo a condiciones adversas del medio ambiente o a ausencia de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como la desnutrición, vacunación de niños y mujeres en embarazo, acceso a los servicios de salud, etc., se desconocen por completo. De igual forma, en el estudio de la Procuraduría General de la Nación el 51% de las personas entrevistadas fueron atendidas en un tiempo mayor a una semana y un 40% en un tiempo superior a 2 semanas, lo que muestra la dificultad de acceso a un servicio de vital importancia y la poca oportunidad para la atención en salud de una población altamente vulnerable. (Reyes, A. 1999).

En una experiencia piloto (financiada y asesorada técnicamente por el Ministerio de Salud. 1999) con un grupo de ciento veintidós familias desplazadas residentes en el Municipio de Soacha, Cundinamarca*, se encontró, por ejemplo, que 30% de éstas eran bastante numerosas (entre seis y más de diez personas por familia), y que 81% de las conformadas por seis a siete personas disponían de una sola habitación para vivienda; de las familias con ocho y nueve miembros, 56% disponía de una habitación, y de las integradas

por más de diez personas casi todas (83%) estaban viviendo en una sola pieza en el momento de registrar dicha información.

La literatura mundial, con más frecuencia referida a los problemas de los refugiados que al tema de los desplazados internos, predominan las nociones de traumatismo y trastorno de estrés postraumático y como afirma Cecilio Adorna de UNICEF, “históricamente, durante los conflictos se ha prestado mayor atención a la vulnerabilidad física de los niños pero se ha dado escasa atención a su miedo, a su dolor, a su angustia y cuando se les ha tratado se lo ha hecho dentro de un enfoque clínico psiquiátrico”. (UNICEF. 1999)

A continuación se presentaran una breve descripción del lugar en el que se llevara a cabo la presente investigación dando paso a los antecedentes contextuales del estudio: Este estudio se llevará a cabo en La casa hogar Monserrate - CABI (Centro para el Amparo y Bienestar Infantil.), entidad de carácter gubernamental en el cual se fomentan una formación integral, permitiendo la practica de diversas áreas profesionales en la comunidad desplazada. CABI (Centro para el amparo y bienestar Infantil.) es una institución sin ánimo de lucro, dedicada a proporcionar tratamientos terapéutico-educativos a niños desplazados. Durante sus años de existencia, la institución ocupa un lugar importante en la oferta de este tipo de servicios ya que no establece ninguna discriminación por edad o sexo, nivel sociocultural, ni cualquiera otra razón que tienda a limitar las de por sí escasas oportunidades que se le ofrecen a estos niños en el país.

La señora Gloria Raad propietaria, se dio a la tarea de establecer una institución dedicada a la atención terapéutica de niños desplazados y que en su mayoría han sido abandonados por su familia a lo largo de su estancia en la fundación, teniendo en

consideración que la oferta de este tipo de servicios era muy escasa y poco difundida. La institución se concibió inicialmente con criterios pedagógicos y caritativos. Estableció sus instalaciones en una casa hogar en el municipio del Zisga, aledaña a la ciudad de Bogotá.

CABI cuenta con un total de 32 niños desplazados, 17 hombres y 15 mujeres entre los 3 y los 15 años; son niños de diversos estratos sociales, marcándose el estrato medio; en su gran mayoría han estado en la institución desde temprana edad, el grupo se caracteriza por presentar abandono familiar que conlleva a problemas en su desarrollo emocional y físico, debido a lo cual requieren una atención especial para compensar sus ausencias afectivas, contando para ello con un selecto grupo de profesionales que conforman un equipo interdisciplinario. Aunque el trabajo se realiza en pequeños grupos, la atención es personalizada ya que se reconocen y respetan las características, capacidades y problemas de cada niño o joven.

La estructura física de las instalaciones consta de 2 plantas, en las que se encuentra muy bien distribuidos: la oficina de dirección, salones para reuniones y variadas actividades, jardín, patio de recreo, comedor cocina y baños. CABI cuenta con un grupo interdisciplinario (psicólogos, terapeutas y educadores sociales) encargados de la sensibilización, capacitación y formación, elaboración de los planes de trabajo, la asesoría y seguimiento permanente de los proyectos a efectuar.

Siendo la concepción del CABI brindar espacios en los que se pueda dar respuesta a las necesidades educativas de los alumnos con dificultades graves y permanentes en su desarrollo, genera las condiciones ecológicas que permitan diseñar entornos enriquecidos, cómodos y agradables, que le brinden al los niños un espacio de apertura y socialización. Por tanto, la preocupación del CABI por emprender caminos formativos para sus niños, obedece a la necesidad urgente de promover en ellos oportunidades de aprendizaje básicos

para la convivencia en torno al ejercicio cotidiano de prácticas de ciudadanía en el marco de una formación que valora la autonomía, la diferencia y el respeto.

Las causas de las dificultades de interacción en los niños, tienen un origen en el que converge lo emocional, lo cognitivo y lo social, es decir, no dependen sólo de una causa y, a menudo, varias están conectadas originando una particular e individual manera de adaptarse al medio. Además, son relativas, es decir, dependen tanto de las dificultades "propias" como de las deficiencias del entorno a las que a lo largo de su vida han estado expuestos.

Colombia es un país afectado en gran medida por el fenómeno del desplazamiento o migración interna de personas, como consecuencia de los procesos del levantamiento armado o desastres naturales. Desde 1985 a la fecha, se estima que en Colombia se han desplazado alrededor de un millón quinientas mil personas como consecuencia del enfrentamiento entre la Fuerza Pública, los movimientos guerrilleros que persisten en la lucha armada, como forma de acción política y los grupos paramilitares o de autodefensas. Por tanto, el desplazamiento forzado debe considerarse como un fenómeno de importancia para el país, no solo porque involucra un número considerable de personas, sino además porque no se esperan soluciones cercanas al conflicto armado que genera una migración masiva de colombianos.

Esta situación, junto con la ausencia de datos sobre la morbilidad -mortalidad de la población desplazada, el desconocimiento del abordaje ideal de la problemática en la salud mental de esta población colombiana y la necesidad de mejorar o ampliar una metodología de estudio, análisis y caracterización de esta población, como premisa para la búsqueda de

soluciones integrales y duraderas en la salud mental (encontrando día a día las herramientas adecuadas para el manejo de las mismas), justifican la realización de este estudio, como paso inicial para el desarrollo de un sistema de atención hacia las personas desplazadas, que permita aumentar la eficiencia, eficacia, acceso y oportunidad de cuidado en la salud mental sobre la población infantil desplazada, población que es altamente vulnerable y con tendencia al incremento en los años venideros.

Es de gran importancia establecer la prioridad del problema a resolver durante la presente investigación, el cual se establece de la siguiente manera:

¿Cómo medir de una manera valida y confiable el estado emocional y psicológico de un grupo de niños desplazados entre los 6 y 12 años de edad, con respecto al desarrollo de su salud mental al estar expuestos a eventos traumáticos de alto contenido emocional?

A continuación se presentan los objetivos a tener en cuenta durante la investigación:

Como objetivo general se propone:

Establecer indicadores de validez y confiabilidad para la prueba: Escala de áreas de conducta problema EACP, que mide problemas emocionales y de conducta en una población infantil de familias desplazadas a la ciudad de Bogota; a través de la aplicación de un estudio piloto.

Dentro de los objetivos específicos se tiene en cuenta:

Analizar la validez y confiabilidad de la versión de la Escala de áreas de conducta problema (EACP) para la detección de problemas emocionales y de conducta en una

población infantil colombiana; a través de un análisis factorial para estimar su confiabilidad.

Establecer las conductas problema de los niños desplazados y conocer la presencia o ausencia de hábitos de comportamientos inadecuados de la presencia de dificultades en el área evaluada a través de la aplicación de la prueba: Escala de áreas de conducta problema (EACP); para determinar las posibles alteraciones emocionales y conductuales que les genera sus vivencias diarias.

Por otro lado, las variables de interés a medir en la presente investigación son las áreas de conducta problema:

Agresividad

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un acto de molestia, daño o perjuicio a otras personas de su entorno.

Rendimiento Escolar

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un indicador de retraso en la adquisición de destrezas hábitos curriculares o precurriculares.

Atención – Hiperkinesia

Manifestaciones comportamentales del sujeto más características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Ansiedad

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen la expresión de un estado emocional de ansiedad, estrés o tensión.

Retraimiento Social

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un acto de inhibición o evitación social.

Método

Diseño

La presente es una investigación psicométrica orientada hacia el desarrollo y establecimiento de la validez de la Escala de áreas de conducta problema (EACP).

Participantes

La población de referencia estuvo conformada por 30 niños entre los 6 y 12 años de edad, sin considerar género ni escolaridad, pertenecientes todos (en la actualidad) a un estrato socioeconómico medio/bajo.

La muestra estuvo representada por los padres y maestros de aquellos niños procedentes de hogares desplazados de su ciudad de origen por la violencia en Colombia, a la capital del país, alojados actualmente en la Casa Hogar Monserrate: CABI cuya composición familiar pudo haberse desintegrado como consecuencia del trauma del desplazamiento.

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta criterios de exclusión hacia aquellos niños que presenten algún tipo de condición en cuanto a:

Padres de familia o maestros que se rehúsen a participar del estudio.

Niños que presenten abandono familiar o ausencia de padres.

Niños discapacitados mentalmente o que manifiesten un trastorno psiquiátrico.

Niños que tengan antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas.

Instrumento

La presente investigación hizo uso de la prueba psicológica:

Escala de Áreas de Conducta Problema (EACP), la cual es aplicada a niños entre los 4 y 12 años de edad y permite evaluar 4 áreas del desarrollo infantil, haciendo una detección temprana de problemas de bajo rendimiento académico, atención, adaptación social, y ansiedad. De las cuales la adaptación social y la ansiedad serán las variables a comparar en los dos grupos de la población.

La prueba esta constituida de la siguiente manera:

Las escalas EACP están constituidas por un conjunto de elementos, agrupados en forma de escalas independientes. Los distintos elementos que constituyen cada escala están seleccionados de forma que se ajusten a las siguientes definiciones operativas:

Agresividad

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un acto de molestia, daño o perjuicio a otras personas de su entorno.

Rendimiento Escolar

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un indicador de retraso en la adquisición de destrezas hábitos curriculares o precurriculares.

Atención – Hiperkinesia

Manifestaciones comportamentales del sujeto más características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Ansiedad

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen la expresión de un estado emocional de ansiedad, estrés o tensión.

Retraimiento Social

Manifestaciones comportamentales del sujeto que constituyen un acto de inhibición o evitación social.

Como el comportamiento es contextual; es decir, se manifiesta siempre en un contexto físico y social, para valorar estos comportamientos en los dos ámbitos de interacción principales en la infancia: la escuela, el hogar familiar, se ha elaborado este instrumento cuyas escalas presenta el siguiente contenido:

Agresividad	21 elementos
Rendimiento escolar	10 elementos
Atención	8 elementos
Ansiedad	6 elementos
Retraimiento social	10 elementos

Se solicitó a padres y maestros que informaran, respecto al niño, la frecuencia con que a su juicio se muestran los comportamientos indicados en cada una de las escalas.

Se ofrecen cuatro opciones de respuesta: Nunca, Casi nunca, A veces (ocasionalmente), A menudo (con frecuencia) y Siempre o casi siempre. Estas opciones de respuesta hacen más cómodo el hecho de informar sobre estos comportamientos, teniendo en cuenta que no siempre resulta fácil evaluar la frecuencia del comportamiento infantil, de manera que para aquellos comportamientos muy habituales o muy escasos, este sistema, no ofrece dudas.

Lo que permite la prueba, desde el punto de vista de evaluación conductual exploratoria, (Sin olvidar que con estas escalas no se pretende diagnosticar) es conocer la presencia o ausencia de hábitos de comportamientos inadecuados, tratando de identificar áreas de problemas sin informar la intensidad o gravedad de la manifestación conductual. Así, un predominio de respuestas afirmativas en cada escala puede interpretarse como presencia de

problemas en el área evaluada, lo cual sugiere la necesidad de proceder a una evaluación más específica con los instrumentos adecuados para la misma.

Procedimiento

En primer lugar se seleccionaron 30 niños desplazados que ingresaron en la casa hogar Monserrate - CABI a lo largo de los últimos 5 años, que se encontraban entre los 6 y 12 años de edad. Los padres de estos niños fueron contactados de manera individual, al igual que los maestros que trabajan actualmente con los niños en la casa hogar, así con previa autorización o consentimiento informado de la directora del plantel sobre el proceso de investigación, se les explicó el propósito del estudio a los participantes solicitándoles su colaboración voluntaria en el mismo. Una vez el padre de familia y maestro accedió a formar parte de la muestra, se realizó la aplicación del instrumento de manera individual.

Una vez terminada la aplicación del instrumento se procedió a introducir los resultados en una base de datos para corroborar su validez y para el análisis estadístico determinando la presencia de alteraciones emocionales en el niño después del desplazamiento como evento traumático.

Para realizar el análisis estadístico de los datos obtenidos, mediante la administración del instrumento anteriormente reseñado, se utilizó el paquete estadístico SPSS 6.0.1, el cual permitió sintetizar los datos recolectados, teniendo en cuenta el procedimiento cuantitativo desde una estadística descriptiva, así como el proceso cualitativo de la evaluación; mencionando todos aquellos resultados relevantes encontrados de manera individual y colectiva durante el proceso de evaluación, haciendo uso de tablas y figuras,

ilustrando a través de ellas las interacciones y comparaciones generales, suministrando una interpretación final de los datos lo más clara posible de la población manejada.

Resultados

Las Escalas de Áreas de Conductas-Problema: EACP, son el resultado final de un conjunto de investigaciones llevadas a cabo en distintas poblaciones de varias Comunidades Autónomas del Estado Español a lo largo de los años 1986 a 1999; así, en los distintos estudios, pilotos y experimentales, se dio como resultado el instrumento en su forma final, estableciendo los requisitos de fiabilidad bajo los procedimientos de test-retest y Kuder-Richardson, así como de validez de contenido y validez discriminante para dicha población.

Respondiendo a los objetivos planteados para la presente investigación, a continuación se analizó la validez de la escala en la población colombiana atendiendo a dos aspectos Confiabilidad y Validez, así durante el proceso se señala el hallazgo de tales indicadores para la prueba EACP; dicho proceso de validación tuvo inicio en la recolección de información proveniente de adultos mayores, tutores de niños institucionalizados que cumplieran con las características requeridas para la muestra; dando paso a la organización de los datos de acuerdo a su carácter variable ordinal.

Una vez organizada la información se procedió al análisis estadístico de los datos obtenidos, mediante la administración del instrumento Escala de áreas de conducta problema (EACP), haciendo uso del paquete estadístico SPSS 6.0.1, el cual permitió

sintetizar los datos recolectados, teniendo en cuenta el procedimiento cuantitativo desde una estadística descriptiva, así como el proceso cualitativo de la evaluación; mencionando inicialmente una descripción de las variables sociodemográficas, para posteriormente lograr indicadores de validez y confiabilidad entre los cuales se presentan: coeficiente de consistencia interna, tanto a nivel global como por categorías desde el método Alpha Cronbach siendo este el método indicado para escalas tipo Likert; para finalmente presentar el hallazgo de los índices de correlación ítem- prueba e ítem- subprueba. A continuación se hace una descripción de los resultados encontrados, expuestos de acuerdo a la secuencia mencionada.

En el presente estudio como se muestra en la tabla 1, participaron los padres y maestros de 30 niños y niñas entre los 6 y 12 años de edad, con una edad promedio de 9.9 años. El grupo estuvo distribuido por género, en 22 niños de sexo masculino (75 %) y 8 de sexo femenino (25%) quienes cursaban primaria básica en un aula única con orientación individual y trabajo personalizado.

Tabla 1.

Distribución de la muestra por rango de edad y género.

Rango de edad	Hombres	mujeres	total
6-8	9 (27%)	1 (3%)	10 (30%)
8-10	8 (24%)	4 (12%)	12 (46%)
10-12	5 (15%)	3 (9%)	8 (24%)
Total	22 (76%)	8 (24%)	30 (100%)

En la tabla 2 se evidencia la participación de padres de familia pertenecientes a un estrato socioeconómico medio- medio en un 68% frente a un 32% de adultos pertenecientes a un estrato medio - alto antes del evento del desplazamiento; condición que se contrapone a la situación actual generalizada que manifiestan todas las personas refugiadas en el hogar, al vivir un estado de absoluta pobreza. De igual manera se ve reflejado un cambio radical en cuanto a la estabilidad laboral y la oportunidad de continuar creciendo académicamente, siendo está nula ante las bajas posibilidades que tiene esta población de adecuarse a la capital.

Tabla 2.

Ubicación familiar socioeconómica pre / post desplazamiento de la ciudad de origen.

Variable	Pre desplazamiento	Post desplazamiento
Estrato socioeconómico	Medio / Alto	Bajo
Situación laboral	Estable	Nula
Escolaridad	Bachiller / Univ	Nula
Estado civil	Casados	Viudos / Huerfanos

La tabla 3 indica que del 100% de la población infantil desplazada que convive en el hogar Monserrate en su totalidad intentan recibir educación informal, accediendo al apoyo brindado por los profesionales de dicha institución quienes pretenden brindar una educación casi personalizada, dada las diferencias de edades y niveles de escolarización recibida antes de enfrentarse al desplazamiento.

Tabla 3.

Características demográficas de la muestra de estudio.

Escolaridad	Niños	Niñas	Total
Sin estudios	2	2	4
Estudios primarios	2	1	3
Estudios primarios incompletos	11	6	17
Estudios secundarios	0	0	0
Estudios secundarios incompletos	4	2	6
Totales	19	11	30

La tabla 4 enseña la confiabilidad de la prueba, como prueba total y subpruebas, mostrando así los coeficientes relacionados con la variable Adaptación social (agresividad y retraimiento) con un índice de 0.72, seguido de Rendimiento académico con un índice de 0.68 y Atención – hiperkinesia con un valor de 0.65, los que demuestran que el coeficiente de consistencia interna de estos factores es alto.

De igual forma en la tabla se observa que el factor Ansiedad denota un coeficiente de consistencia interna moderado demostrando un índice de correlación de 0.44, así como el factor de retraimiento que evidencia un índice de 0.52. Con relación al constructo global que mide la prueba EACP se encuentra un coeficiente de consistencia interna alto representado en 0.86.

Tabla 4.

Coefficiente de consistencia interna de la prueba.

Factor	Item	Coefficiente	Alpha
---------------	-------------	---------------------	--------------

Cronbach			
Adaptación social:			
Agresividad	1 al 21	0.72	0.01
Retraimiento	22 al 30	0.68	0.01
Ansiedad-depresión	31 al 38	0.65	0.01
Atención-Hiperkinesia	39 al 45	0.44	0.01
Rendimiento académico	46 al 55	0.52	0.01
Prueba total	1 a 155	0.86	0.01

La consistencia interna de la escala definitiva (con 55 ítems) obtenida fue de 0,86 y la correlación entre las dos mitades (par e impar) fue de 0,80, mientras que los coeficientes de Spearman y Guttman fueron ambos de 0,89 (ver tabla 5).

Tabla 5.

Fiabilidad de la prueba EACP (55 ítems)

Componente	%
Coefficiente ALFA	0,86
Correlación 2 mitades (Impar y par)	0,80
Correlación de Spearman-Brown	0,89
Coefficiente de Guttman (Rulon)	0,89
Coefficiente alfa – Items impares	0,77
Coefficiente alfa – Items pares	0,72
Correlación 2 mitades (+ y -)	0,57

Para hallar evidencia empírica en relación con validez de la prueba, se realizaron varios procedimientos, uno de validez de contenidos y otro de validez de constructo.

Para la validez de contenido, se procedió a conformar un panel de diez expertos colombianos (profesionales relacionados con las áreas en estudio), con amplios conocimientos en conductas agresivas, de ansiedad y depresión, rendimiento académico, atención-hiperkinesia y disfunción social en general. Todos estos profesionales habían trabajado en investigaciones o en docencia con actividades dirigidas a niños del nivel preescolar, escolar o estudiantes universitarios. A cada experto se le entregó la tabla de especificaciones de la prueba y las definiciones de términos de la misma, así como el instrumento con la finalidad de establecer si cada elemento que componía la evaluación en cada una de las escalas constituía una manifestación comportamental de un estado emocional correspondiente al estudiado en cada escala. Los especialistas coincidieron en que la prueba era válida para evaluar la variable propuesta en cada escala.

Como se puede observar en la tabla 6, (ver siguiente página) como evidencia de la validez de constructo que forma la prueba, la comparación de ítem prueba e ítem subprueba, permite hablar de un error mínimo en la prueba que brinda confiabilidad frente a las correlaciones encontradas, ya que todos los ítems son significativos en un nivel de discriminación de 0.01.

La descripción de la correlación ítem factor indica que hay una relación media alta entre los ítems y sus respectivos factores, teniendo en cuenta que los índices se ubican en un rango que va desde 0.48 a 0.80, estando en su mayoría ubicados sobre 0.55; así mismo, excluyendo los ítems 23, 24 y 34 se pueden observar correlaciones medias altas de los ítems con el test en general, sin embargo la mayoría de los ítems de la prueba, señalan una relación más significativa con el respectivo factor que con la prueba en general.

Tabla 6.

Coefficiente de correlación ítem –prueba e ítem -subprueba

Factor	Ítem	Correlación	Alpha	Correlación	Alpha
		Ítem -prueba	(I. D)	Ítem - Subprueba	(I. D)
Agresividad	1 a 4	0.72	0.01	0.80	0.01
	5	0.55	0.01	0.75	0.01
	6	0.69	0.01	0.71	0.01
	7	0.47	0.01	0.59	0.01
	8	0.70	0.01	0.80	0.01
	9	0.53	0.01	0.64	0.01
	10	0.46	0.01	0.58	0.01
	11	0.55	0.01	0.62	0.01
	12	0.46	0.01	0.55	0.01
	13	0.47	0.01	0.58	0.01
	14	0.50	0.01	0.63	0.01
	15	0.53	0.01	0.71	0.01
	16	0.67	0.01	0.80	0.01
	17	0.63	0.01	0.76	0.01
	18	0.59	0.01	0.64	0.01
	19	0.49	0.01	0.53	0.01
	20	0.50	0.01	0.63	0.01
	21	0.49	0.01	0.56	0.01
	22	0.68	0.01	0.76	0.01
	Retraimiento	23	0.26	0.01	0.36
24		0.53	0.01	0.46	0.01
25		0.49	0.01	0.59	0.01
26		0.67	0.01	0.71	0.01
27		0.59	0.01	0.65	0.01
28		0.42	0.01	0.53	0.01
29		0.35	0.01	0.47	0.01
30		0.65	0.01	0.74	0.01
31		0.49	0.01	0.57	0.01
32		0.46	0.01	0.54	0.01
Ansiedad-depresión	34	0.53	0.01	0.46	0.01
	35	0.61	0.01	0.73	0.01
	36	0.51	0.01	0.68	0.01
	37	0.58	0.01	0.64	0.01
	38	0.44	0.01	0.56	0.01
	39	0.65	0.01	0.72	0.01
	40	0.48	0.01	0.59	0.01
	41	0.46	0.01	0.53	0.01
Atención-Hiperkinesia	42	0.47	0.01	0.58	0.01
	43	0.59	0.01	0.71	0.01
	44	0.43	0.01	0.53	0.01
	45	0.49	0.01	0.57	0.01
	46 a 49	0.52	0.01	0.64	0.01
	50	0.47	0.01	0.58	0.01
	51	0.46	0.01	0.53	0.01
	52	0.58	0.01	0.63	0.01
	53	0.65	0.01	0.72	0.01

Rendimiento	54	0.69	0.01	0.78	0.01
académico	55	0.51	0.01	0.68	0.01

Discusión

El objetivo general de este estudio piloto fue establecer indicadores de Validez y Confiabilidad para la prueba: Escala de áreas de conducta problema EACP, que mide problemas emocionales y de conducta en una población infantil de familias desplazadas a la ciudad de Bogota; a través de la aplicación de un estudio piloto.

La escala diseñada con un estilo de pregunta tipo Likert, instrumento más utilizado por la mayoría de autores para medir actitudes, (Cronbach y Meehl, 1955) permite un método idóneo para su cuantificación. Además, la prueba EACP procuró redactar los ítems en un lenguaje claro y directo para que las personas no tuviesen problemas para comprender el significado de las frases.

En el estudio se hallaron indicadores de Confiabilidad y Validez. Como indicadores de *Confiabilidad* se calculó el coeficiente Alpha. Con respecto a la Confiabilidad la gran mayoría de autores consideran una correlación muy alta a partir de 0,80 (Sampieri y Fernández, 1998); aunque hay autores que la aceptan como buena a partir de 0,50 (Cronbach y Meehl, 1955). El coeficiente alfa de Cronbach obtenido en la prueba aplicada nos indica que la escala tiene consistencia interna y que es fiable y dicha fiabilidad viene corroborado por los coeficientes de Spearman y Guttman con valores por encima de 0,80.

Estos valores altos se mantienen en la escala definitiva, lo que permite afirmar que la escala produce una medida consistente.

En cuanto a la *Validez* de la prueba EACP en la población colombiana, los resultados permiten afirmar, de manera general que el instrumento identifica claramente las áreas en las que los niños presentan problemas de conducta, existiendo una concordancia alta (del 80%) entre el criterio del maestro y el de los padres. La escala diseñada con un estilo de pregunta tipo Likert, instrumento más utilizado por la mayoría de autores para medir actitudes, (Cronbach y Meehl, 1955) permite un método idóneo para su cuantificación. Además, la prueba EACP procuró redactar los ítems en un lenguaje claro y directo para que las personas no tuviesen problemas para comprender el significado de las frases.

Se hace importante destacar el ítem 23, el cual señala una correlación baja respecto a la prueba en general y su alineación con los ítems que conforman el factor no es muy fuerte ya que se indica una correlación de 0.36.

En lo referido a los ítems 24 y 34 se puede observar que estos expresan un coeficiente de 0.53 lo que señala una correlación más alta en relación con la prueba que con la subprueba, ya que con esta última hay una correlación de 0.46 lo cual traduce una correlación positiva débil.

En atención a los resultados obtenidos, los análisis de *Confiabilidad* y *Validez* son adecuados para la aplicación de la prueba en la población colombiana, tomando en cuenta el alto índice de acuerdo entre observadores (índice de confiabilidad), así como la aprobación por parte de los especialistas de la prueba presentada (validación de expertos).

En razón a que en este estudio la muestra era pequeña no se pudo realizar un análisis de componentes principales, por tal motivo se recomienda para un próximo estudio realizar un nuevo pilotaje con una muestra más amplia, como así mismo revisar los ítems 23, 24 y 34.

Referencias

Achenbach, T. (1978). Psychopathology of Childhood: Research problems and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 759-776.

ACNUR. (1991): *Directrices sobre la protección de las personas refugiadas*. Ginebra: Edit. International Catholic Child Bureau (ICCB).

Alvarez. C., Correa. M., Arias V. (1999). *Raíces Sin Tierra. Atención E Impacto Del Desplazamiento Forzoso*. Procuraduría General De La Nación, Ministerio De Salud. Santafé De Bogotá.

Anastasi, A. (1986). Evolving concepts for test validation. *Annual Review of Psychology*, 37, 1-15.

Anderson. M., Howarth. A., Overholt. C. (1992). *A Framework for People-Oriented Planning in Refugee Situations Taking Account of Women, Men an Children*. Ginebra: UNHCR.

American Psychological Association. (1954). Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques. *Psychological Bulletin*, 51 (2, Pt.2).

American Psychological Association, American Educational Research Association, and National Council on Measurement in Education (1974). *Standards for educational and psychological test*. Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychiatric Association. (1993). *DSM. IV. Draft Criteria*, Washington, DC: American Psychological

Bello. M., Mantilla. L. (2000). *Relatos de la violencia. Impactos del desplazamiento forzado en la niñez y la juventud*. Santa Fe De Bogotá. Edit. Unibiblos

Beristan, C. M. (1999). *Reconstruir El Tejido Social. Un Enfoque Crítico De La Ayuda Humanitaria*. Barcelona. Edit. Icara.

Campbell, D.T., Stanley, J. (1970), *Metodología de la investigación*. México. Edit. Mac Graw Hill.

Campo A, Rambal C, De La Rosa J.(2000). Perfil psiquiátrico de niños, niñas y adolescentes maltratados (de la calle). *Pediatría*, 35, 96-100.

Castaño, B. L. (1993). *Violencia sociopolítica en Colombia*. Santafé de Bogotá. Edit. Corporación Avre.

Castaño, B. L. (1994). *Violencia sociopolítica en colombia. Repercusión en la salud mental de las víctimas*. Santafé De Bogotá. Edit. Corporación Avre.

Castaño, B. L Y Jaramillo, L. E. (1998). *Violencia Política Y Trabajo Psicosocial*. Santafé De Bogotá. Edit. Corporación Avre.

Cohen, R. (1999) *Salud Mental Para Víctimas De Desastres*. México. Edit. Prentice Hall.

Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento CODHES (1995). *Desplazados: entre la violencia y el miedo*. Boletín 5. Santafé De Bogotá.

Cronbach, L.J. y Meehl, P.E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.

Domenech, E., Polaino, A. (1990). *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona. Ed. Espax.

Franco., S. (1997). *Violencia Y Salud En Colombia*, En Ministerio De Salud Y Corporación Salud Y Desarrollo; Memorias Del Foro Nacional El Sector Salud Frente A La Violencia En Colombia, Santafé De Bogotá.

Fullilove, M. T. (1996). Psychiatric implications of displacement: contributions from the psychology of place. *Journal Psychiatry* , 152: 1516-23.

García Perez, E. M., Megaz, A. (2000). EACP. Escala de Áreas de Conducta Problema. España. Edit. Consultores en Ciencias Humanas, S.L.

González, M. (1998). *Epidemiología de los trastornos mentales en Bogotá*, Instituto Colombiano Del Sistema Nervioso, Clínica Montserrat, Santafé De Bogotá.

Graham, Philip. (1998). Clases sociales, desventajas sociales y salud infantil, children and society, *A Multi-Disciplinary Journal From The National Children's Bureau Of The United Kingdom*, Volumen 2, Número 1, Londres.

Guion, R.M. (1980). On trinitarian doctrines of validity. *Professional Psychology*, 11, 385-389.

Jareg. E. (1987). *Psychosocial Factors in Relief Work During Famine and Rehabilitation*. Londres. Edit. Loescher.

Jones E.(1999). Violencia y estrés postraumático. *Rev Col Psiquiatría*; XXVIII: 139-45.

Levay, I. (1993). *Salud mental para todos en América latina y el caribe. Bases epidemiológicas para la acción*. En Ministerio De Salud, Estudio Nacional De Salud Mental Y Consumo De Sustancias Psicoativas, Santafé De Bogotá.

McCallin. M.(1993). *The Psychological Well-being of Refugee Children: Research, Practice an Policy Issues*. Ginebra. International Catholic Child Bureau (ICCB).

MDI. (Ministerio Del Interior, Red De Solidaridad Social, Departamento Nacional De Planeación.) Noviembre 10 De 1999. *Plan de acción para la prevención y atención del desplazamiento forzado*; Santa Fe De Bogotá. Edit. Aguilar.

Ministerio De Salud De Colombia. (1999). *Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas* – Primera Edición, Colombia. Edit. Aguilar.

Morales. C., Torres. T. (1998). *Principales problemas de salud en los desplazados por la violencia*. Medellín, Edit. UniAntioquia.

OMS/ACNUR. (1992). *La salud mental de los refugiados*. Ginebra: OMS, División de salud mental/ACNUR.

Pedreira, J.L., Rincon, F. (1989). La clasificación de los trastornos en Psiquiatría Infantil. Comparación de los sistemas más frecuentes. *Act. Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 17, 6, 407-416.

Pedreira, J.L., Sardinero, E. (1.996). Prevalencia de los trastornos mentales de la infancia de 6-11 años en atención primaria de salud. *Actas Luso-esp. Neurol. Psiquiatría*, 24, 4. 173-90.

Polit. D., Hungler.B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud*. Mexico.D.F., Edit. Mac Graw Hill.

Reyes, A. (1999). Geografía De La Guerra, En El Tiempo, Lecturas Dominicales, Santafé De Bogotá.

Richman, N. (1998). *Principios de la ayuda a niños y niñas víctimas de la violencia organizada*. Tegucigalpa, Honduras. Edit. Troquel.

Rosner, B. (1998). Percentils For Body Mass Index In U.S. Children 5 To 17 Years Age. *J Paedriatric*; 132: 211 – 222.

Rutter, M., Graham, P. (1968). The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child. I Interview with the child. *Br. J. Psychiat.*, 114, 563

Sampieri, H., Fernández, C., Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. Colombia. Edit. Panamericana formas e impresos S:A.

Summerfield, D. (1998). *The social experience of war and some issues for the humanitarian field*. Londres. Edit. Loescher.

UNICEF, (1999) *Un país que huye. desplazamiento y violencia en una nación fragmentada*. Santafé De Bogotá, D.C.

Zuleta, E. (1991). *Colombia: violencia, democracia y derechos humanos*. Segunda edición. Santafé de Bogotá, Altamir Ediciones.

Apéndice A:

Protocolo del instrumento.

Santa fe de Bogotá 2 de diciembre del 2004

Señores:

Universidad de la Sabana

Facultad de Psicología

Oficina de proyectos de investigación

Cordial saludo

Por medio de la presente se hace entrega del proyecto final de investigación: VALIDACION DE LA PRUEBA ESCALA DE AREAS DE CONDUCTA PROBLEMA – EACP-, QUE MIDE PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DESPLAZADA EN COLOMBIA. (ESTUDIO PILOTO), el cual fue asesorado, supervisado y verificado por el Dr. Gabriel Cadavid, con el fin de ser estudiado por el jurado y una vez aprobado, continuar con el proceso de graduación.

Agradeciendo la atención prestada,

GEORGETTE HADDAD

Código # 9812148

Facultad de Psicología

Santa fe de Bogotá 2 de diciembre del 2004

Señores:

Universidad de la Sabana

Facultad de Psicología

Oficina de proyectos de investigación

El presente trabajo de investigación: **VALIDACIÓN DE LA PRUEBA ESCALA DE AREAS DE CONDUCTA PROBLEMA – EACP-, EN EL ESTADO DE SALUD METAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL DESPLAZADA EN COLOMBIA**, el cual fue desarrollado por la estudiante Georgette Haddad Trigos, ha sido asesorado y supervisado por Gabriel Cadavid.

Atentamente,

Gabriel Cadavid