

JUAN D. AVILA C.
Médico Psiquiatra Universidad Nacional de Colombia.
Residente de II año Psiquiatría infantil y del Adolescente.
Universidad el Bosque.

ROBERTO E. CHASKEL H.
Médico Psiquiatra de Niños y Adolescentes. Docente
Universidad el Bosque – Universidad Militar
Hospital Militar Central

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS HIJOS
MENORES DE 18 AÑOS DE PADRES CON TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO (TEPT) EN UNA MUESTRA DE FAMILIAS DE MILITARES
DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C EN EL AÑO 2018.**

Investigador Principal

JUAN DAVID AVILA CADAVID.

**Médico Psiquiatra Universidad Nacional de Colombia.
Residente de II año Psiquiatría Infantil y del Adolescente.
Universidad el Bosque.**

Co - investigador

ROBERTO EDWARD CHASKEL HEILBRONNER

**Psiquiatra de Niños y Adolescentes.
Docente Universidad el Bosque – Universidad Militar
Hospital Militar Central**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA**

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS HIJOS
MENORES DE 18 AÑOS DE PADRES CON TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO (TEPT) EN UNA MUESTRA DE FAMILIAS DE MILITARES
DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C EN EL AÑO 2018.**

HOSPITAL MILITAR CENTRAL

Investigación de Postgrado

**Investigador Principal
JUAN DAVID AVILA CADAVID.**

**Asesor temático y Co-investigador
ROBERTO EDWARD CHASKEL HEILBRONNER.**

**Asesor Metodológico
LINA MARÍA PRIETO GARZON.**

**Asesor Estadístico
CARLOS EDUARDO GÓMEZ ZUNIGA.**

“La universidad el Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”

Agradecimientos:

Al Doctor José Daniel Toledo Arenas, Psiquiatra epidemiólogo, quien a pesar de estar al momento del desarrollo de esta investigación sin vínculo con la Universidad el Bosque, continuó su permanente asesoría en esta investigación.

A la Doctora Nohelia Hewitt Ramirez Ph.d, quien con su trabajo de validación del instrumento Achenbach para Colombia, hace posible su adecuada utilización cuando se requiera en investigación que involucre niños y adolescentes.

Dedicatoria:

A mis padres, que continúan apoyándome.

A Andrea, por su comprensión.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS Y GRAFICAS.....	12
RESUMEN	15
1. INTRODUCCIÓN	16
2. MARCO TEÓRICO.....	18
3. PROBLEMA	33
4. JUSTIFICACION.....	34
5. OBJETIVOS	35
5.1OBJETIVO GENERAL.....	35
5.2OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	35
6. PROPÓSITO.....	36
7. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	37
7.1 TIPO DE ESTUDIO	37
7.2 POBLACIÓN.....	37
7.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	37
7.3.1Criterios de inclusión.....	37
7.3.2Criterios de exclusión.....	38
8. MATRIZ DE VARIABLES.....	39
9. MATERIALES Y MÉTODOS	44
9.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	44
10. ASPECTOS ESTADÍSTICOS.....	46
10.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA	46
10.2 PLAN DE ANÁLISIS.....	46
11. ASPECTOS ÉTICOS	47
12. ORGANIGRAMA	49
13. CRONOGRAMA.....	50
14. PRESUPUESTO	51
15. RESULTADOS	52
16. DISCUSIÓN	77
17. FORTALEZAS Y LIMITACIONES.....	80
	10

18. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
19. REFERENCIAS	82
ANEXOS	86
CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEMOGRÁFICOS	89
LISTADO DE SÍNTOMAS DEL COMPORTAMIENTO DE ACHENBACH (CBCL).....	91

LISTA DE TABLAS Y GRAFICAS

	<u>Página</u>
GRÁFICO No. 1	
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO.....	53
GRÁFICO No. 2	
DISTRIBUCIÓN POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO.....	53
GRÁFICO No. 3	
ACCESO A SERVICIOS DOMICILIARIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS.....	54
GRÁFICO No. 4	
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE VIVIENDA.....	54
GRÁFICO No. 4.1	
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE VIVIENDA.....	55
GRÁFICO No. 4.2	
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE VIVIENDA.....	55
GRÁFICO No. 5	
DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE ESCOLARIZACIÓN.....	56
GRÁFICO No. 5.1	
DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIZACIÓN ACTUAL.....	56
GRÁFICO No. 5.2	
DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE INSTITUCIÓN ACADÉMICA.....	57
GRÁFICO No. 5.3	
DISTRIBUCIÓN POR ORIENTACIÓN RELIGIOSA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA.....	57
GRAFICO No. 6	
DISTRIBUCIÓN POR CREDO.....	58
GRÁFICO No. 7	
CALIDAD DE LAS RELACIONES FAMILIARES.....	58
GRÁFICO No. 8	
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES.....	59
GRÁFICO No. 9	
ESCOLARIDAD DE LAS MADRES.....	59
GRÁFICO No. 10	
TIEMPO EN MINUTOS ENTRE CASA / LUGAR ATENCIÓN PSIQUIATRIA.....	60
GRÁFICO No. 11	
SÍNTOMAS INTERNALIZANTES POR GÉNERO.....	60
GRÁFICO No. 12	
SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES POR GÉNERO.....	61
GRÁFICO No. 13	
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POR GÉNERO.....	61
GRÁFICO No. 14	
AISLAMIENTO Y DEPRESIÓN POR GÉNERO.....	62

GRÁFICO No. 15	
QUEJAS SOMÁTICAS POR GÉNERO.....	62
GRÁFICO No. 16	
PROBLEMAS SOCIALES POR GÉNERO.....	63
GRÁFICO No. 17	
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO POR GÉNERO.....	63
GRÁFICO No. 18	
PROBLEMAS DE ATENCIÓN POR GÉNERO.....	64
GRÁFICO No. 19	
ROMPIMIENTO DE NORMAS DE COMPORTAMIENTO POR GÉNERO.....	64
GRÁFICO No. 20	
COMPORTAMIENTO AGRESIVO POR GÉNERO.....	65
GRÁFICO No. 21	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES ESTRATO Y GÉNERO.....	65
GRÁFICO No. 22	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES PARTICIPACIÓN RELIGIOSA Y GÉNERO.....	66
GRÁFICO No. 23	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES BIENESTAR FAMILIAR Y GÉNERO.....	66
GRÁFICO No. 24	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES E. CIVIL PADRES Y GÉNERO.....	67
GRÁFICO No. 25	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES REGIÓN ORIGEN PADRE Y GÉNERO.....	67
GRÁFICO No. 26	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES REGIÓN ORIGEN MADRE Y GÉNERO.....	68
GRÁFICO No. 27	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES No. HERMANOS Y GÉNERO.....	68
GRÁFICO No. 28	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES ESCOLARIDAD PADRE Y GÉNERO.....	69
GRÁFICO No. 29	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES ESCOLARIDAD MADRE Y GÉNERO.....	69
GRÁFICO No. 30	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES TIEMPO CASA-C.EXT Y GÉNERO.....	70
GRÁFICO No. 31	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES ESTRATO Y GÉNERO.....	70

GRÁFICO No. 32	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES PARTICIPACIÓN RELIGIOSA Y GÉNERO.....	71
GRÁFICO No. 33	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES BIENESTAR FAMILIAR Y GÉNERO.....	71
GRÁFICO No. 34	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES E. CIVIL PADRES Y GÉNERO.....	72
GRÁFICO No. 35	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES REGIÓN ORIGEN PADRE Y GÉNERO.....	72
GRÁFICO No. 36	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES REGIÓN ORIGEN MADRE Y GÉNERO.....	73
GRÁFICO No. 37	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES No. HERMANOS Y GÉNERO.....	73
GRÁFICO No. 38	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES ESCOLARIDAD PADRE Y GÉNERO.	74
GRÁFICO No. 39	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES ESCOLARIDAD MADRE.....	74
GRÁFICO No. 40	
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES TIEMPO CASA -C.EXT Y GÉNERO.....	75
TABLA No. 1	
MATRIZ DE VARIABLES.....	39
TABLA No. 2	
CRONOGRAMA.....	50
TABLA No. 3	
PRESUPUESTO.....	51
TABLA No. 4	
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA.....	52

RESUMEN

Este es un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal cuya muestra, constituida por 53 hijos de hasta 18 años de edad, se obtuvo de entrevistar a 27 familias cuyos padres tenían diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático. Estas familias tuvieron un total de 62 hijos. De estos 62 menores, se tomaron a quienes cumplieron los criterios de inclusión. El objetivo fue caracterizar clínica y sociodemográficamente a los hijos menores de 18 años de padres con TEPT en una muestra de familias de militares de la ciudad de Bogotá D.C. 2018. Los hallazgos sociodemográficos fueron los esperados para el estrato social y el área urbana de donde se tomó la muestra con acceso total a servicios públicos básicos. En cuanto al estado clínico de los menores hijos de padres con TEPT, se encontró que el 64% de los niños estaban en riesgo / rango clínico de síntomas internalizantes, mientras el 45% de las niñas se encontraron en riesgo/rango clínico. A diferencia de los síntomas internalizantes, los hallazgos en cuanto a síntomas externalizantes mostraron una mayoría tanto de niños (61%) y niñas (60%) en rango de normalidad. Dicho hallazgo también ha sido reportado por algunos estudios. Los patrones rígidos y algunas veces agresivos que caracterizan los patrones de crianza de los padres que padece TEP pueden coartar la aparición de síntomas externalizantes asociado con la merma en la capacidad de comunicación de los menores, tal y como esta descrito en un estudio llevado a cabo en Oklahoma City, Oklahoma; Minneapolis, Minnesota y Phoenix, Arizona.

ABSTRACT

This is a cross-sectional descriptive observational study whose sample, consisting of 53 children up to 18 years of age, was obtained from interviewing 27 families whose parents were diagnosed with post-traumatic stress disorder. These families had a total of 62 children. Of these 62 children, those who fulfilled the inclusion criteria were taken. The objective was to characterize clinically and sociodemographically the children under 18 years of parents with PTSD in a sample of military families of the city of Bogotá D.C. 2018. The sociodemographic findings were those expected for the social stratum and the urban area from which the sample was taken with total access to basic public services. Regarding the clinical status of the children of parents with PTSD, it was found that 64% of the children were at risk / clinical range of internalizing symptoms, while 45% of the girls were at risk / clinical range. In contrast to the internalizing symptoms, the findings regarding externalizing symptoms showed a majority of both children (61%) and girls (60%) in the normal range. This finding has also been reported by some studies. The rigid and sometimes aggressive patterns that characterize the parenting patterns of parents who suffer from PE may limit the appearance of externalizing symptoms associated with the decrease in communication capacity of minors, as described in a study carried out in Oklahoma City, Oklahoma; Minneapolis, Minnesota and Phoenix, Arizona.

1. INTRODUCCIÓN

La psicopatología de los padres puede influir significativamente en el desarrollo del niño. Muchos estudios han indicado que la psicopatología de los padres tiene un impacto específico sobre la familia, las relaciones, la imagen de los padres, el estatus y el papel en la familia en la sociedad produciendo un efecto psicológico sobre los niños. Alteraciones en la dinámica familiar están asociadas a esta relación pero también se han propuesto factores neuroendocrinos que podrían ser heredables. La posibilidad de que los niveles bajos de cortisol en la descendencia fuese un factor de riesgo de transmisión fue respaldada por las observaciones de los niveles de cortisol salival bajas en lactantes años de edad nacidos de madres con trastorno de estrés postraumático en comparación con los bebés nacidos de madres sin trastorno de estrés postraumático

El hecho de que la sintomatología que padezca un padre dentro del marco del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) pueda afectar a su descendencia se le ha conocido con un variado número de términos entre ellos: traumatismo secundario, co-victimización, victimización indirecta, contra-transferencia traumática, victimización por contacto, "traumatismo vicario", en sentido estricto implica una transferencia de pesadillas, pensamientos intrusivos, flashbacks y otros síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, que son típicamente experimentados por personas que sufren de TEPT, en su entorno inmediato. En su sentido más amplio, el término se refiere a cualquier tipo de transferencia de angustia de una víctima de trauma a su entorno inmediato, e incluye un amplio espectro de manifestación de angustia que podría asemejarse al trastorno de estrés postraumático. Pero más allá de eso, múltiples investigaciones llevadas a cabo en los últimos años han demostrado que el TEPT de un miembro de la familia es potencialmente capaz de interferir

con el desarrollo psicológico de los niños produciendo problemas de desarrollo, conductuales y emocionales más frecuentes y graves. También se ha descrito una mayor incidencia de hiperactividad, ira, agresividad, dificultades de aprendizaje, problemas con la autoridad, las relaciones diádicas y la regulación emocional, así como también más frecuente uso de drogas y mayores tasas de abandono escolar.

Estos hallazgos son relativamente consistentes incluso cuando el contexto cultural es considerablemente diferente. Sin embargo, en nuestro medio, estudios sobre el tema no existen. Es relevante entonces atender este vacío e investigar como el TEPT en los veteranos de guerra de nuestro medio afectan las relaciones intrafamiliares, los patrones de crianza, y generan síntomas en la descendencia.

El objetivo de este estudio es describir la expresión de signos y síntomas entre los niños de padres con trastorno de estrés postraumático (TEPT) en una muestra de la población colombiana para así facilitar intervenciones tempranas que permitan prevenir la instauración de enfermedades psiquiátricas en la vida adulta de la segunda generación.

Se prevé que, dado que la población elegible para aplicar los instrumentos de la presente investigación está ubicada en la ciudad de Bogotá D.C, -población con características con marcadas diferencias comparadas con la del resto del país- los resultados no serán aplicables de manera generalizada al resto de la población colombiana. Además por el diseño del estudio no se podrá establecer asociación causal entre la presencia de TEPT en un miembro de la familia y los hallazgos clínicos en la descendencia. La heteroaplicación del instrumento a utilizar también permite prever limitaciones en los resultados obtenidos acerca de las alteraciones clínicas en los menores.

2. MARCO TEÓRICO

En el capítulo DSM V, -Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés-, aparece descrito de manera amplia el TEPT, capítulo nuevo con respecto del DSM IV. Este capítulo nuevo en el DSM incorpora ciertos diagnósticos que antes se distribuían entre los trastornos de ansiedad, del desarrollo o de adaptación. El elemento unificador en este caso es que al parecer algún fenómeno traumático o estresante en los antecedentes del paciente es en parte responsable de los síntomas que desarrolla. Esto es parte de una tendencia a la agrupación de los individuos de cualquier edad que cursan con una mezcla correcta de síntomas, más que a la separación de los pacientes con base en su etapa de desarrollo. (1)

Muchas personas que sobreviven a eventos en extremo traumáticos desarrollan TEPT. Los sobrevivientes del combate son las víctimas más frecuentes, pero también se identifica en individuos que enfrentaron otros desastres, tanto de origen natural como inducidos. Incluyen violación, inundaciones, secuestros y accidentes de aviación, así como las amenazas que pueden implicar el secuestro o la toma de rehenes. Los niños pueden cursar con TEPT como consecuencia de una experiencia sexual inapropiada, ya sea que sufran o no lesión. El TEPT puede diagnosticarse incluso en quienes sólo se enteraron de algún trauma intenso (o su amenaza) sufrido por alguien cercano—hijos, cónyuges, otros parientes cercanos. Uno o dos de cada 1000 pacientes que se someten a anestesia general refieren después, haber tenido conciencia de dolor, ansiedad, indefensión y temor de muerte inminente durante el procedimiento; hasta la mitad de ellos puede desarrollar de manera subsecuente síntomas de TEPT. Quedan excluidas de manera implícita de la definición las experiencias estresantes de la vida cotidiana, como el duelo, el divorcio y la enfermedad grave. El despertar de la anestesia mientras la cirugía aún continúa, sin embargo, se podría considerar un evento

traumático, así como enterarse de la muerte accidental súbita del cónyuge y de una enfermedad que amenaza la vida de un hijo. Ver las imágenes televisivas de una desgracia no sería un factor de estrés suficiente (excepto si lo visto tuviera relación con el empleo de la persona). Después de cierto periodo (los síntomas no suelen desarrollarse de inmediato tras el trauma), el individuo de alguna manera vuelve a evocar el evento traumático y trata de evitar pensar en él. También hay síntomas de hiperactivación fisiológica, como exageración de la respuesta de sobresalto. Los pacientes con TEPT también expresan sentimientos negativos, como culpa o responsabilidad personal (“yo debería haberlo evitado”). Además del evento traumático mismo, otros factores pudieran participar en el desarrollo del TEPT. Entre los factores individuales se encuentran la estructura de carácter innata de la persona y la herencia genética. El nivel bajo de inteligencia y la preparación educativa escasa muestran una asociación positiva con el TEPT. Entre los factores ambientales están el estado socioeconómico bajo y la pertenencia a un grupo minoritario racial o étnico. En general, a más terrible o más prolongado el trauma, mayor será la probabilidad de que se desarrolle TEPT. El riesgo se incrementa hasta alcanzar a una cuarta parte de los sobrevivientes de un combate intenso y a dos terceras partes de quienes fueron prisioneros de guerra. Los que enfrentaron desastres por fenómenos naturales, como incendios o inundaciones, por lo general tienden menos a desarrollar sintomatología (la prevalencia general del TEPT a lo largo de la vida se calcula en 9%, no obstante investigadores europeos suelen referir tasas menores). Los adultos mayores tienen menos probabilidad de desarrollar síntomas que los de menor edad, y las mujeres tienden a mostrar tasas un poco más altas que los varones. Cerca de la mitad de los enfermos se recupera en el transcurso de algunos meses; otros pueden experimentar incapacidad por años. En los niños, el perfil general es similar en cuanto a los cinco puntos mencionados en el listado de síntomas

típicos. Los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y por consumo de sustancia son con frecuencia concomitantes. Un especificador nuevo corresponde al hallazgo de que quizá en 12 a 14% de los pacientes la disociación es relevante en el desarrollo y el mantenimiento de los síntomas de TEPT. (1)

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) en un miembro de la familia puede influir negativamente en otros miembros de la familia y afectar la dinámica familiar. (2) Por muchas razones, los niños de estas familias son especialmente vulnerables. Muchos estudios han establecido que, en comparación con los hijos de los veteranos de combate sin TEPT, los hijos de los veteranos de guerra con TEPT tienen problemas más frecuentes y más graves en el desarrollo, la conducta y las emociones y algunos de ellos también tienen problemas psiquiátricos específicos. (3) Las entrevistas con los cónyuges y parejas de veteranos de guerra revelaron que los hijos de los veteranos con TEPT tienen más problemas de comportamiento y problemas más frecuentes con la autoridad, depresión, ira, hiperactividad, y con las relaciones personales que los hijos de los veteranos sin TEPT. También son más agresivos, usan drogas opiáceas con más frecuencia (4), y tiene más dificultades de aprendizaje y problemas con las relaciones diádicas y la regulación emocional. Sin embargo algunas investigaciones no han encontrado una asociación significativa entre la intensidad de los síntomas de TEPT en los padres y el comportamiento de los hijos de los veteranos. (5) Por otra parte, parece que los hijos de los veteranos de la Guerra de Vietnam tenían problemas de conducta y el trastorno de estrés postraumático en dichos veteranos, es un posible factor indirecto en esta asociación (6). Se supone que la experiencia de la guerra directa puede alterar la capacidad posterior de los veteranos de funcionar como padres, lo que lleva a dificultades en el desarrollo y el comportamiento de sus hijos. (5) (6)

En algunos estudios, por ejemplo los llevados a cabo con veteranos de la guerra de Bosnia y Herzegovina (BH), con respecto al grado de trauma individual y social causado por la guerra y la situación social de posguerra en Bosnia y Herzegovina (BH), se asumió que el TEPT relacionado con la guerra en veteranos, tendría efecto notable en el desarrollo de sus hijos y que los hijos de los veteranos con TEPT tendría más problemas psicológicos que los hijos de los veteranos sin TEPT. (7)

En nuestro medio, a pesar de los largos años de conflicto armado, la relación entre la presencia de TEPT en veteranos guerra y los efectos que esto pueda causar en la descendencia no ha sido estudiada.

El concepto de traumatización secundaria o llamado también estrés traumático sistémico, hace referencia al efecto que tendría el estrés traumático de un individuo sobre los miembros de la familia y sobre las personas en contacto directo.

La necesidad de estudiar y tratar sistemáticamente el trauma y sus consecuencias ha sido condicionada por muchos factores, incluyendo la creciente conciencia pública y profesional de las consecuencias a largo plazo de los eventos traumáticos.

Tradicionalmente, la investigación se ha centrado en el desarrollo de síntomas en supervivientes de trauma directo. Sin embargo, durante las últimas dos décadas los investigadores y los médicos han comenzado a explorar la forma individual de exposición al estrés traumático afecta a los cónyuges de víctimas de trauma, los niños y profesionales cuidadores.

En su sentido amplio, el término traumatismo secundario se refiere a cualquier tipo de transferencia de angustia de alguien que experimentó trauma a aquellos en su entorno, e

incluye un amplio espectro de manifestación de angustia junto con el trastorno de estrés postraumático.

Una variedad de términos para referirse al mismo fenómeno ha sido acuñado por diferentes autores en diversas investigaciones en este campo en general se denomina traumatismo secundario, co-victimización, victimización indirecta, contra-transferencia traumática y victimización por contacto (8)

El Estrés Traumático Secundario (STS) se define como la consecuencia natural del comportamiento y las emociones que resultan del conocimiento de un evento traumatizante experimentado por otro significativo, o el estrés resultante de ayudar o querer ayudar a una persona traumatizada o sufriente (8).

Los enfermos de trastorno de estrés postraumático pueden tener dificultades significativas en las relaciones con sus hijos debido a sus propias dificultades emocionales y patrones de comportamiento. (2) Aunque los veteranos del PTSD a menudo informan que sus hijos son su único vínculo y fuente de significado en sus vidas, carecen de la paciencia o la voluntad de tratar con ellos de una manera apropiada. Los veteranos pueden tener dificultades para reconocer el grado de agresión infantil que es apropiado para la edad del niño o para hacer frente a tal comportamiento. Esto puede resultar en evitar la interacción con los niños, reacciones exageradas o sobreprotección. Se ha determinado que los padres de los veteranos se caracterizan por controlar, sobreproteger y tener relaciones muy exigentes con sus hijos (5)

La investigación sobre las personas que sobreviven a traumatismos masivos como el Holocausto y la guerra de Vietnam, y el fenómeno del llamado "trauma selecto", ha

impulsado pensamientos sobre si y cómo una experiencia traumática puede ser transferida a las generaciones siguientes. (9) También se da por cierto que crecer en un ambiente traumático, que a menudo mantiene un secreto familiar, deja una huella, incluso si el trauma no causa psicopatología en los padres. La marca está impresa en los modelos de crianza de los hijos utilizados por los padres, pero también en las fantasías desarrolladas por un niño acerca de las causas de "algo importante y no dicho" dentro de la familia. (10) De hecho, cuando algo que es importante "no puede" ser dicho y explicado a los niños, puede tener un impacto de desarrollo aún más significativo (2) (11)

Características neuropsicoendocrinológicas heredables también han sido estudiadas. La posibilidad de que los niveles bajos de cortisol en la descendencia fuese un factor de riesgo transmisible, fue respaldada por las observaciones de los niveles de cortisol salival bajas en lactantes nacidos de madres con trastorno de estrés postraumático en comparación con los bebés nacidos de madres sin trastorno de estrés postraumático, después de su exposición directa al colapso del World Trade Center el 9/11 durante el embarazo. Estos niveles anormalmente bajos de cortisol han sido observados en descendencia de madre con TEPT, más no así, en descendencia de padre con TEPT. Sin embargo en descendientes de padres con TEPT ha sido demostrada una mayor incidencia de trastornos depresivos, de ansiedad y trastornos de la alimentación. Más aún los trastornos de ansiedad son más prevalentes cuando es el padre quien padece el TEPT. (12)

En relación a la importancia de cual padre es quien padece el TEPT para que se dé la transmisión de patología en la descendencia, hay contradicciones. Otros estudios han demostrado que es más relevante la presencia del TEPT en el padre para que se favorezca la transmisión de síntomas en la descendencia.

Se encontraron correlaciones fuertes entre los síntomas depresivos y de ansiedad en los niños y el estrés postraumático paterno en una muestra de familias kosovares después de la guerra. Esto a pesar y que es de destacar, que la guerra de 1998/1999 en Kosovo representa una de las pocas zonas de conflicto que fueron observadas más de cerca por los medios y la política occidentales y por lo tanto seguidas por un apoyo comparativamente rápido y extenso en términos de restauración del orden civil y de la infraestructura. Sin embargo, se han observado altas tasas de prevalencia de trastornos mentales a corto y mediano plazo después de la guerra. (13)

Dada la incoherente evidencia con respecto a la influencia de los síntomas maternos versus paternos en el bienestar de sus hijos, muchos estudios esperan correlaciones igualmente fuertes entre los síntomas psicopatológicos de los niños y los de sus madres y padres, respectivamente.

Teniendo en cuenta que investigaciones en ese campo ha sido llevadas a cabo en diferentes áreas geográficas con características culturales diferentes, y los hallazgos en los descendientes es la constante, es de suponer que las experiencias emocionales de los niños en situaciones familiares vulnerables trascienden la cultura y están asociados con el comportamiento particular de los adultos significativos en la vida del niño.

La preponderancia de la influencia de la madre tiene implicaciones para las intervenciones para mejorar el funcionamiento psicológico de los niños en estas familias. La educación en salud mental para estas familias tiene el potencial de ayudar a las personas en dificultad.

Los episodios bélicos más recientes en comparación con la guerra de Vietnam, como por ejemplo la primera Guerra del Golfo que resultó en la liberación de Kuwait de la ocupación

iraquí a principios de 1991, ha dado lugar a una impresionante literatura sobre el problema del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y las condiciones comórbidas entre los veteranos de esa guerra. Sin embargo, el foco ha estado en el TEPT entre veteranos de la guerra de los EE.UU y otras naciones occidentales. Hasta estos momentos el grueso de la literatura disponible sobre el impacto de la exposición traumática de los veteranos y el TEPT sobre sus hijos se ha referido a los veteranos de Vietnam. Se ha demostrado claramente que los veteranos con TEPT crónico sufren importantes dificultades intrapersonales e interpersonales, incluyendo problemas con la cohesión familiar, la autorrevelación, la intimidad sexual, expresión de afecto, hostilidad y agresión. (14) (15). Se cree que estos problemas tienen un efecto negativo en las esposas y los niños. (16) (17). Sin embargo, las características psicológicas, la autoestima pueden mitigar la expresión del impacto negativo en las familias. (18) (19) (20)

La presencia de trastorno de estrés postraumático y la violencia en los veteranos sobrevivientes se ha relacionado con la disfunción familiar y los síntomas en sus hijos. Estos incluyen menor autoestima, mayores tasas de trastornos mentales y síntomas parecidos a los del padre traumatizado. (21) Esto ha dado lugar a la sospecha de una transmisión transgeneracional de los efectos del trauma de guerra (22), que podría tener una base biológica. (23) De particular interés en la literatura es el impacto del TEPT en veteranos en el estado mental del niño, el ajuste familiar, y el malestar psicosocial materno. (16) (17) (24) (25) Estos factores se encuentran para interactuar de tal manera que comprometen el ajuste del niño. El valor de estos hallazgos es que identifican a los niños en riesgo en tales situaciones potencialmente dañinas y poder así tener la posibilidad de realizar intervención preventiva. (25)

Diversos autores han considerado importante estudiar el estado psicopatológico, los problemas de conducta y el ajuste familiar entre los hijos de los veteranos, es así como por ejemplo, esto ha sido estudiado en veteranos de guerra kuwaitíes, porque en primer lugar, contribuiría a la escasa literatura sobre cómo la interacción del estado de TEPT de los veteranos y la exposición al combate interfiere en el ajuste psicosocial de sus hijos. En segundo lugar, es una oportunidad para examinar si las características psicopatológicas y de ajuste familiar de estos niños de una sociedad diferente que se caracteriza por ser altamente conservadores (con predominio masculino pronunciado, entorno familiar extendido y totalmente musulmana), trascienden las barreras culturales al ser similares a las de los niños del mundo occidental. A este respecto, cabe señalar que la sociedad kuwaití es materialmente rica y tiene un sistema nacional eficaz de bienestar social. Un reciente estudio epidemiológico nacional mostró que los niños kuwaitíes proceden de hogares grandes, estables y extendidos (tamaño promedio de hermanos de 6,3), con padres que viven predominantemente en común (la cohabitación está prohibida por la ley) y los padres con un trabajo remunerado, mientras que la mayoría de madres son amas de casa. (26)

En un estudio llevado a cabo en los años 2003 y 2004 en Bosnia Herzegovina con una muestra de 100 niños seleccionados al azar en dos escuelas primarias del municipio de Tuzla con padre con TEPT y comparados con padre sin TEPT encontró que los hijos de padres con síntomas de TEPT muestran un mayor nivel de aislamiento, más problemas en el proceso de pensamiento, más problemas somáticos y más expresión de conducta delincuencia y agresiva, que los hijos de padres sin síntomas de TEPT. También expresan mayores dificultades para mantener la atención y la concentración, más ansiedad y depresión, y más dificultades en las relaciones sociales. Además, este estudio encontró que el nivel de

neuroticismo en todas las subescalas fue mayor entre los niños de padres con síntomas de TEPT en comparación con los hijos de padres sin TEPT. Los niños de padres con síntomas de TEPT mostraron más rasgos neuróticos. Los niños de padres traumatizados mostraron síntomas significativamente expresados de intrusión ($P < 0,01$) y evitación ($P < 0,001$) en comparación con los hijos de padres no traumatizados. (7)

Los resultados de este estudio están de acuerdo con las conclusiones del estudio Yehuda, Hollder & Bierer (2001) de que el TEPT de los padres puede ser un factor de riesgo para el desarrollo del TEPT en los niños. A saber, los niños que nacieron después de la guerra en Bosnia y Herzegovina se inscribieron en este estudio, por lo que no fueron directamente expuestos a los eventos traumáticos de la guerra. De cierta manera, la exposición de los padres a los eventos traumáticos y los síntomas de los padres de PTSD dentro de relaciones específicas, tales como las relaciones familiares actúan como eventos traumáticos responsables para la aparición de síntomas de las reacciones de estrés postraumático en niños. (27)

En un reporte de caso publicado en Hospital and Community Psychiatry los autores manifiestan que desde que iniciaron un pequeño programa de terapia infantil en el West Hayen Veterans Administration Medical Center tres años atrás, encontraron muchos niños problemáticos y sintomáticos cuyos padres veteranos de Vietnam estaban siendo tratados por TEPT. Llamaron a este proceso traumatización secundaria y lo definían como la relación entre las experiencias de guerra de los padres y el trastorno de estrés subsiguiente y los problemas de sus hijos.

Este reporte de caso – de un niño de 10 años-, demuestra el impacto que el estrés postraumático puede tener sobre los niños de Vietnam, tanto a través de la interrupción del

funcionamiento de la familia, como por la exposición -algunas veces repetidas- de los niños a experiencias traumáticas que están directamente conectados a la experiencia de los padres.

Muchos de los síntomas reportados en niños de sobrevivientes del Holocausto estaban presentes en el caso de este niño: intensa participación en la vida emocional de su padre; desarrollo deficiente de sus límites del ego; altos niveles de culpa, ansiedad y agresividad; y preocupación consciente e inconsciente con acontecimientos específicos que fueron traumáticos para su padre. (28)

En un estudio llevado a cabo en 115 menores -52 niños y 63 niñas - hijos de veteranos de Vietnam, encontraron evidencia consistente de que las familias de veteranos sufrieron efectos de traumatización secundaria. Sin embargo, estos efectos difieren marcadamente entre los hijos, las hijas y las compañeras de los veteranos. Los problemas de internalización y los problemas de conducta se asociaron con el TEPT actual en sus padres, incluso después del ajuste debido a los factores de riesgo ya establecidos: vulnerabilidad antes de la guerra, exposición al combate, daños a civiles o presos y alcoholismo. Para la niñas era bastante diferente, para quienes tanto los problemas de internalización como los de externalización se asociaban con el grado de desmoralización de la compañera del veterano. La desmoralización se asoció a su vez con el TEPT y el alcoholismo actual. Los resultados sugieren que el tratamiento para mejorar los problemas de traumatización secundaria, especialmente en las niñas, debe incluir la atención a la posibilidad de desmoralización en la madre, así como el TEPT del veterano. Los niños evaluados fueron descritos por los autores como aparentemente tan sanos como sus homólogos de la población general. (29)

Como anteriormente se ha dicho, estudios sobre este particular han sido llevados a cabo en diferentes culturas, esto desafortunadamente, debido al número elevado de conflictos

armados a gran escala generadores de situaciones estresantes, que se han presentado en regiones diversas del mundo. Así como también a que en los conflictos armados participan efectivos militares de nacionalidades diferentes a los países directamente involucrados en conflicto. Es así como en la guerra de Vietnam participaron efectivos australianos que luego de terminar su servicio han regresado a su país de origen.

No ha sido indiferente para los investigadores australianos el estudio de la influencia que el TEPT en los veteranos puede tener en el funcionamiento familiar y a la descendencia. En un estudio llevado a cabo en Australia en veteranos que participaron en la guerra de Vietnam, los autores se han planteado que la presencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) en los supervivientes de trauma pueda estar relacionada con la disfunción familiar y los síntomas de sus hijos, incluyendo menor autoestima, mayores tasas de trastornos y síntomas similares a los del padre traumatizado. Se propusieron examinar el fenómeno de la transferencia intergeneracional de trastorno de estrés postraumático en el contexto australiano. Participaron 50 veteranos y 50 de sus hijos, 33 civiles y 33 de sus hijos. Tanto los veteranos sin TEPT ($n = 20$) como los civiles ($n = 33$) tuvieron una autoestima significativamente más alta, y una sintomatología del estrés postraumático significativamente menor que Veteranos con TEPT, los pacientes con TEPT percibían a sus familias como significativamente menos saludables que los otros dos grupos, en la eficacia de la resolución de problemas dentro y fuera de la familia. Los veteranos con TEPT calificaron su comunicación familiar como significativamente más indirecta, vaga y menos saludable que los veteranos o civiles sin TEPT, los veteranos con TEPT también clasificaron a los miembros de su familia como significativamente menos interesados e involucrados en las actividades del otro que los veteranos o civiles sin TEPT. Los resultados confirman que

el grupo de veteranos de TEPT estaba peor ajustado que cualquiera de los grupos de control en medidas de autoestima, sintomatología de estrés y funcionamiento familiar. Como era de esperar, no hubo diferencias entre el grupo de veteranos no-TEPT y civiles en estos dominios. El TEPT en el padre veterano no hizo ninguna diferencia significativa en la puntuación de sus hijos en comparación con los otros dos grupos de niños en las medidas de la sintomatología de estrés postraumático. Sin embargo había relación con respecto a dos aspectos del funcionamiento de la familia, la respuesta afectiva y la resolución de problemas, y la medida del funcionamiento global. Para este último, los hijos de veteranos con TEPT calificaron el funcionamiento global de sus familias como disfuncional, y significativamente peor, que los hijos de civiles, que consideraban que el funcionamiento global de sus familias era limitado. No se encontró correlación entre los resultados en la autoestima de sus hijos y los resultados medidos de TEPT de los veteranos. Este estudio sugiere que no hay asociación entre los niveles generales de TEPT de los veteranos y la sintomatología o la autoestima y las de sus hijos. (30)

La Organización Mundial de la Salud enumera la violencia familiar como uno de los temas contemporáneos más importantes de salud pública. Define el abuso físico de los niños como "cualquier uso intencional de la acción física contra un niño que cause o pueda causar daño a la salud, supervivencia, desarrollo o dignidad del niño, incluyendo golpear, patear, sacudir, morder, estrangularle, el envenenamiento deliberado y la asfixia, o el fracaso para prevenir lesiones físicas (o sufrimiento)". (31) Los modelos teóricos contemporáneos explican el abuso infantil en la familia como un fenómeno complejo causado por una interacción de múltiples factores en diferentes niveles -individuales, relacionales, comunitarios y sociales-. Los factores de riesgo individuales incluyen circunstancias en la historia personal de los

padres que pueden aumentar los riesgos de abuso infantil. Investigaciones previas se han centrado en la historia del maltrato en la infancia de los padres, problemas de salud mental, falta de autocontrol cuando están trastornados o enojados, uso del alcohol o drogas, aislamiento social, habilidades parentales pobres, actitud positiva hacia el uso del castigo físico como medio de disciplina y dificultades financieras. Los factores de riesgo de relación más importantes, incluyen los problemas de salud mental de los miembros de la familia, el matrimonio o las dificultades de la relación íntima, la violencia de pareja en la familia, la falta de apoyo en situaciones estresantes o difíciles y la falta de apoyo en la crianza de los hijos. (32) (33)

En una investigación llevada a cabo en Croacia en 2007 se estudió el riesgo específico que tiene los niños descendientes de padres con TEPT de ser víctimas abuso físico. El estudio tuvo una muestra de conveniencia de dos grupos clínicos de pacientes: hombres ($n = 25$) y mujeres ($n = 25$) con un diagnóstico psiquiátrico de trastorno de ansiedad y depresión mixta, hombres ($n = 30$) con un diagnóstico psiquiátrico de TEPT debido a trauma de guerra. El grupo de comparación consistió de 100 padres (45 padres y 55 madres). Los resultados mostraron que padres con TEPT tenían un potencial significativamente mayor de abuso infantil que los padres con trastorno mixto de ansiedad depresión, lo que sugiere que su riesgo de abuso infantil es especialmente alto. (34)

Según lo anteriormente anotado, múltiples investigaciones que buscan establecer de qué manera el trauma de guerra en los padres afecta a la familia y en particular a los hijos, se han llevado a cabo en diferentes lugares del mundo. Parece existir acuerdo en que la sintomatología del padre afectado por TEPT influye de manera importante en el ajuste familiar y en la descendencia provocando entre otras condiciones, una mayor prevalencia de

síntomas depresivos, ansiedad, alteraciones de la conducta, agresividad, consumo de sustancias y tasas más altas de abandono escolar. Estos hallazgos son relativamente consistentes incluso cuando el contexto cultural es considerablemente diferente. Sin embargo, en nuestro medio, hasta donde conocemos, estudios sobre el tema no existen. Por las particulares circunstancias políticas, sociales y de reconciliación que vivimos en nuestro país en época del postconflicto, es relevante investigar como el TEPT en los veteranos de guerra de nuestro medio afectan las relaciones intrafamiliares, los patrones de crianza, y generan síntomas en la descendencia, de tal manera que se pueda implementar una atención integral del individuo expuesto directamente al trauma, involucrando a la familia para así hacer detección temprana de síntomas en la descendencia e intervenir tempranamente para prevenir la instauración de enfermedades psiquiátricas en la vida adulta de la segunda generación.

3. PROBLEMA

En Colombia, debido al conflicto armado que por años ha afectado a gran parte de la población, el TEPT constituye el diagnóstico más frecuente entre los militares que consultan los servicios de psiquiatría de sanidad militar. Los menores también son expuestos a eventos estresantes, es así como dentro de la muestra del último estudio nacional de salud mental llevado a cabo en el año 2015 se incluyeron niños de 7 a 11 años -2.727- y de 12 a 17 -1.754- cuyas familias reportaron violencia y/o movilización por conflicto armado en un 13,7 % para el grupo de 7 a 11 años y en un 18,3 % para el grupo de 12 a 17 años. Esto es población menor de 18 años expuesta directamente a eventos traumáticos. Sin embargo la manera como un padre con TEPT afecta a su descendencia no ha sido objeto de estudio en Colombia.

4. JUSTIFICACION

Múltiples investigaciones que buscan establecer de qué manera el trauma de guerra en los padres afecta a la familia y en particular a los hijos, se han llevado a cabo en diferentes lugares del mundo con hallazgos consistentes a pesar de las diferencias culturales. Parece existir acuerdo en que la sintomatología del padre afectado por TEPT influye de manera importante en el ajuste familiar y en la descendencia provocando entre otras condiciones, una mayor prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad, alteraciones de la conducta, agresividad, consumo de sustancias, tasas más altas de abandono escolar. Estos hallazgos son relativamente consistentes incluso cuando el contexto cultural es considerablemente diferente. Sin embargo, en nuestro medio, hasta donde sabemos, estudios sobre el tema no existen.

Teniendo en cuenta lo anterior y máxime en las circunstancias políticas, sociales y de reconciliación que vivimos en época del postconflicto, es relevante investigar como el TEPT en los veteranos de guerra de nuestro medio afecta las relaciones intrafamiliares, los patrones de crianza, y pudiesen generar síntomas en la descendencia, de tal manera que se pueda implementar una atención que no solo involucre a el individuo expuesto directamente al trauma, sino también de manera integral a la familia, para así hacer detección precoz de síntomas en la descendencia e intervenir tempranamente para prevenir la instauración de enfermedades psiquiátricas en la vida adulta de la segunda generación.

5. OBJETIVOS

5.1OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar clínica y sociodemográficamente a los hijos menores de 18 años de padres con TEPT en una muestra de familias de militares de la ciudad de Bogotá D.C. 2018.

5.2OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Estimar la frecuencia por género de los síntomas que se encuentran en hijos de padres con TEPT en una muestra de familias de militares de la ciudad de Bogotá D.C.
- Estimar la frecuencia por grupo de edades de los síntomas que se encuentran en hijos de padres con TEPT en una muestra de familias de militares de la ciudad de Bogotá D.C.
- Describir las características sociodemográficas de las familias con hijos descendientes de padres con TEPT en una muestra de familias de militares de la ciudad de Bogotá D.C.

6. PROPÓSITO

Describir las características clínicas y sociodemográficas de los hijos menores de 18 años descendientes de padres con trastorno de estrés postraumático, para así subsanar el vacío que hasta el momento existe en cuanto al conocimiento de las particularidades de este grupo poblacional de hijos menores de 18 años de militares con TEPT que consultan en el hospital Militar Central de la Ciudad de Bogotá D.C. Los resultados obtenidos permitirían proponer cambios en el modelo de atención que hasta el momento se le ofrece a esta población, lográndose así, incluir en la atención clínica a los menores como también a todo el núcleo familiar.

7. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

7.1 TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal, en donde se aplicara a padres y/o cuidadores el instrumento Lista de Chequeo de Alteraciones Comportamentales de Achenbach en la versión para niños de 6 a 18 años validada en Colombia.

7.2 POBLACIÓN

Los participantes serán elegidos entre los pacientes que utilizan el servicio de consulta externa de la Clínica la Inmaculada de la ciudad de Bogotá D.C, en una de cuyas alas, se presta el servicio a los usuarios del Hospital Militar Central. Los seleccionados deberán diligenciar el formato de consentimiento informado, completar un formato de recolección de información de datos demográficos diseñado específicamente para esta investigación, y el cuestionario de síntomas infantiles - Achenbach CBC-.

7.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

7.3.1 Criterios de inclusión.

- Pareja de paciente con TEPT con niños y/o niñas entre 6 y 18 años o cuidadores de niños y niñas entre 6 y 18 años cuyo padre tenga diagnóstico

de TEPT que asistan al servicio de consulta externa de la Clínica la Inmaculada de la ciudad de Bogotá D.C, entre los meses de febrero y abril de 2018.

- El diagnóstico de TEPT verificable en historia clínica debe ser estable por lo menos durante el último año de asistencia a controles a consulta externa de la clínica la Inmaculada.

7.3.2 Criterios de exclusión.

- Niños y niñas con discapacidad cognitiva.
- Niños y niñas con enfermedad mental grave.
- Niños y niñas con discapacidad física y del sensorio.
- Niños y niñas con trastornos generalizados del desarrollo.
- Diagnóstico concomitante en el padre y/o la madre de Esquizofrenia, Trastorno Afectivo Bipolar y/o trastorno por dependencia al alcohol.

8. MATRIZ DE VARIABLES

Tabla No. 1

NOMBRE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL ES DECIR INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Duración de la existencia de un individuo medida en unidad de tiempo.	Edad en años.	Cuantitativa de razón.
Estrato socioeconómico	Medida que identifica geográficamente sectores con distintas características socioeconómicas.	Estrato: 1) bajo-bajo. 2) bajo. 3) medio-bajo. 4) medio. 5) medio-alto. 6) alto.	Cualitativa Ordinal.
Tipo de vivienda	Característica de la unidad habitacional según su configuración arquitectónica y si cuenta con los derechos de propiedad sobre esta.	1. Apartamento propio 2. Apartamento alquilado 3. Casa propia 4. Casa alquilada	Cualitativa Nominal.
Acueducto	Infraestructura pública domiciliaria que permite disfrutar de agua potable y que reciben las personas en su vivienda para satisfacer parte de las necesidades básicas de bienestar y salubridad.	0. No. 1. Si.	Cualitativa Nominal.
Alcantarillado	Infraestructura pública domiciliaria que permite disfrutar de manejo de aguas negras y que reciben las personas en su vivienda para satisfacer parte de las necesidades básicas de bienestar y salubridad.	0. No. 1. Si.	Cualitativa Nominal.
Luz	Infraestructura pública domiciliaria que permite disfrutar de energía eléctrica y que reciben las personas en su vivienda para satisfacer parte de las necesidades básicas de bienestar y salubridad.	0. No. 1. Si.	Cualitativa Nominal.
Teléfono	Infraestructura pública domiciliaria que permite disfrutar de comunicación	0. No. 1. Si.	Cualitativa Nominal.

	y que reciben las personas en su vivienda para satisfacer parte de las necesidades básicas de bienestar y salubridad		
Zona	Tipo característico del área de asentamiento humano definido por el POT	1. Urbana. 2. Rural.	Cualitativa Nominal.
Religión	Sistema compartido de creencias y prácticas asociadas, que se articulan en torno a la naturaleza de las fuerzas que configuran el destino de los seres humanos	1. Católica. 2. Cristiana. 3. Otra.	Cualitativa Nominal.
Practicante	Autoconcepto que el individuo tiene acerca del grado de su participación en la religión que dice profesar	0.No 1.Si	Cualitativa Nominal
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil y/o anotación notarial en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	1.Soltero 2.Casado 3.Unión libre 4.Separado 5.Divorciado	Cualitativa Nominal
Condición de las relaciones familiares	Autoconcepto que el individuo tiene acerca de la calidad en la manera en que se vincula dentro su núcleo familiar primario	1. Buenas. 2. Regulares. 3. Malas.	Nominal
Región de origen del padre	Lugar de nacimiento del progenitor según la división geográfica establecida por el IGAC	1. Caribe. 2. Andina. 3. Pacífico. 4. Orinoquia. 5. Amazonas.	Cualitativa Nominal
Región de origen de la madre	Lugar de nacimiento de la progenitora según la división geográfica establecida por el IGAC	1. Caribe. 2. Andina. 3. Pacífico. 4. Orinoquia. 5. Amazonas.	Cualitativa Nominal
Número de hijos	Cantidad de descendientes biológicos o hijos adoptados de cada uno de los miembros de la pareja o de ambos.	1. 1 2. 2 3. 3 4. 4 5. 5 6. >5	Cuantitativa de razón

Edad de los hijos	Duración de la existencia de un individuo medida en unidades de tiempo.	Edad de años de los hijos	Cuantitativa de razón
Escolaridad de los hijos	Nivel de estudio máximo alcanzado por cada uno de los hijos.	0.Ninguna 1.Primaria completa. 2.Primaria incompleta. 3.Secundaria completa. 4.Secundaria incompleta. 5.Tecnico 6..Universitarios incompletos.	Cualitativa nominal
Escolarización actual	Asistencia actual a una institución educativa.	0.No 1.Si	Cualitativa Nominal.
Lugar del hijo sobre el que se diligenciara la encuesta	Posición cronológica dentro de todos los descendientes de la pareja.	1. Hijo mayor. 2. Segundo. 3. Tercero. 4. Cuarto. 5. Hijo menor.	Cualitativa Ordinal
Colegio	Tipo de institución educativa primaria media o vacacional a la que asisten los hijos según la fuente de financiación de la misma.	1. Público. 2. Privado.	Cualitativa Nominal.
Universidad	Tipo de institución educativa superior al que asisten los hijos según la fuente de financiación de la misma.	1. Pública. 2. Privada.	Cualitativa Nominal.
Tipo de colegio	Tipo de institución educativa primaria media o vacacional a la que asisten los hijos según la orientación religiosa de la misma o tipo de disciplina impartida.	1. Religioso. 2. Laico. 3. Militar.	Cualitativa Nominal.
Edad de los padres	Duración de la existencia de cada uno de los padres medida en unidad de tiempo.	Edad en años.	Cuantitativa de razón.
Escolaridad de los padres	Nivel de estudio máximo alcanzado por cada uno de los padres.	0.Ninguna 1.Primaria Incompleta. 2.Primaria Completa. 3.Secundaria Incompleta.	Cualitativa Nominal.

		4.Secundaria Completa 5.Tecnico 6.Universitarios Incompletos. 7.Universitarios Completos.	
Ocupación de los padres	Oficio en que cada uno de los padres emplea la mayor parte del tiempo obteniendo o no una remuneración por este.	Respuesta a una pregunta concreta dirigida a los pacientes.	Cualitativa Nominal.
Tiempo en minutos entre casa / lugar de atención servicio de psiquiatría	Periodo de tiempo que tarda en desplazarse desde el domicilio hasta el sitio donde recibe atención por consulta externa de psiquiatría	1. 0-15 minutos. 2. 16-30 minutos. 3. 31-45 minutos. 4. 46-60 minutos. 5. 61-75 minutos. 6. 76-90 minutos. 7. 91-105 minutos. 8. 106-120 minutos. 9. >120 minutos.	Cuantitativa (rango).
TEST DE ACHENBACH El Test ACBCL (Achenbach Child Behavior Checklist) o Listado de Conducta en Niños, de Achenbach y Edelbrock, es un instrumento de exploración de niños desde 6 años hasta adolescentes de 18, cuyo objetivo es evaluar problemas de conducta y competencia social. El número de preguntas que incluye el test varía ligeramente según la versión validada, al agrupar las preguntas de la versión validada para Colombia se obtienen los dominios: ansiedad/depresión – aislamiento/depresión - quejas somáticas - problemas sociales – alteraciones del pensamiento – problemas de atención - Desobediencia de las reglas de comportamiento – comportamiento agresivo - otros problemas.			
Ansiedad/depresión.	Resultado de la evaluación “T score” de las preguntas que configuran el dominio ansiedad/depresión: 14 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 -35 - 45- 50 - 52 - 71 - 91 -112.	0. $\leq$ 50-64 Normal 1. 65-69 Riesgo clínico. 2. 70-100 Clínico.	Nominal.
Aislamiento/depresión.	Resultado de la evaluación “T score” de las preguntas que configuran el dominio aislamiento/depresión: 5 - 42 - 65 - 69 - 75 - 102 - 103 - 111.	0. $\leq$ 50-64 Normal 1. 65-69 Riesgo clínico. 2. 70-100 Clínico.	Nominal.
Quejas somáticas.	Resultado de la evaluación “T score” de las preguntas que configuran el dominio quejas somáticas: 47 - 49 - 51 -54 - 56a - 56b - 56c - 56d - 56e - 56f - 56g.	0. $\leq$ 50-64 Normal 1. 65-69 Riesgo clínico. 2. 70-100 Clínico.	Nominal.
Problemas sociales.	Resultado de la evaluación “T score” de las preguntas que configuran el dominio	0. $\leq$ 50-64 Normal 1. 65-69 Riesgo clínico.	Nominal.

	problemas sociales: 11 - 12 - 25 - 27 - 34 - 36 - 38 - 48 - 62 - 64 - 79.	2. 70-100 Clínico.	
Alteraciones del pensamiento.	Resultado de la evaluación "T score" de las preguntas que configuran el dominio alteraciones del pensamiento: 9 - 18 - 40 - 46 - 58 - 59 - 60 - 66 - 70 - 76 - 83 - 84 - 85 - 92 - 100.	0. ≤ 50 -64 Normal 1. 65-69 Riesgo clínico. 2. 70-100 Clínico.	Nominal.
Problemas de atención.	Resultado de la evaluación "T score" de las preguntas que configuran el dominio problemas de atención: 1 - 4 - 8 - 10 - 13 - 17 - 41 - 61 - 78 - 80.	0. ≤ 50 -64 Normal 1. 65-69 Riesgo clínico. 2. 70-100 Clínico.	Nominal.
Desobediencia de las reglas de comportamiento.	Resultado de la evaluación "T score" de las preguntas que configuran el dominio desobediencia de las reglas de comportamiento: 2 - 26 - 28 - 39 - 43 - 63 - 67 - 72 - 73 - 81 - 82 - 90 - 96 - 99 - 101 - 105 - 106.	0. ≤ 50 -64 Normal 1. 65-69 Riesgo clínico. 2. 70-100 Clínico.	Nominal.
Comportamiento agresivo	Resultado de la evaluación "T score" de las preguntas que configuran el dominio Comportamiento agresivo: 3 - 16 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 37 - 57 - 68 - 86 - 87 - 88 - 89 - 94 - 95 - 97 - 104.	0. ≤ 50 -64 Normal 1. 65-69 Riesgo clínico. 2. 70-100 Clínico.	Nominal.
Otros problemas	Resultado de la evaluación "T score" de las preguntas que configuran el dominio otros problemas: 6 - 7 - 15 - 24 - 44 - 53 - 55 - 56h - 74 - 77 - 93 - 98 - 107 - 108 - 109 - 110 - 113.	0. ≤ 50 -64 Normal 1. 65-69 Riesgo clínico. 2. 70-100 Clínico.	Nominal.

9. MATERIALES Y MÉTODOS

La selección de la institución de donde se reclutarán los pacientes se realizó por ser este el centro principal donde consultan los pacientes militares con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático en la ciudad de Bogotá D.C.

La información se obtendrá a través de la aplicación del instrumento Listado de Síntomas del Comportamiento de Achenbach y de un instrumento diseñado por los investigadores para identificar las características sociodemográficas de los pacientes y sus familias.

9.1 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La obtención de los pacientes se llevará a cabo en la Clínica la Inmaculada, específicamente en el espacio que se encarga sirviendo al Hospital Militar Central como área de consulta externa del servicio de psiquiatría. El Hospital Militar Central es el centro de referencia de alta complejidad para la atención de personal militar tanto en servicio activo como retirados y sus familias.

La clínica Inmaculada es una unidad de salud mental que presta servicios en modalidad de internación y de consulta externa, así como en la modalidad de clínica diurna (hospitalización parcial) a diferentes administradores de servicios de salud, y que además tiene un área exclusiva para la atención de los pacientes militares.

El proceso de recolección de la información será llevado a cabo en un consultorio del área de consulta ambulatoria por el investigador principal en horas de la mañana - horario en el cual se presta el servicio de consulta externa para los pacientes con trastorno de estrés

postraumático. Los pacientes serán abordados una vez finalicen su atención de consulta de psiquiatría por médico especialista. Previa aceptación por parte de los individuos seleccionados y firma del consentimiento informado se diligenciará completamente el instrumento diseñado para la recolección de los datos sociodemográficos. Seguidamente se procederá al diligenciamiento de instrumento Listado de Síntomas del Comportamiento de Achenbach (CBCL). El CBCL hace parte del “Achenbach System of empirically Based Assesment (ASEBA)” como un método de tamización para la evaluación psicopatológica del paciente pediátrico con formularios diseñados para los rangos de edad 6-18 años. Es una herramienta que permite la evaluación a través de una serie de ítems (síntomas), en total 113, la cual está diseñada para ser diligenciada por los padres y/o cuidadores del paciente, con nivel educativo mínimo de básica primaria, aunque también puede ser administrado oralmente por el entrevistador registrando las respuestas obtenidas, en un tiempo no mayor de 25 a 30 minutos. El Instrumento tiene amplia aplicación a nivel mundial. La fiabilidad el test-retest realizado a través del Coeficiente de Correlación de Pearson para la escala total es de 0.84 y la consistencia interna evaluada a través del coeficiente alfa de Cronbach muestra una elevada consistencia para los ítems y escalas evaluadas. En cuanto a la validez es un instrumento que puede discriminar eficientemente a través de puntuación por Percentiles o T score entre población clínica y población general

10. ASPECTOS ESTADÍSTICOS

10.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Teniendo en cuenta que no hay literatura científica disponible que reporte el número de hijos afectados de militares colombianos, además dada la variabilidad en el número de hijos que tiene los militares con diagnóstico de TEPT que consultan a la Clínica la Inmaculada, se tomará una muestra por conveniencia dado por el total de los hijos de militares con diagnóstico de TEPT que consulten en un lapso de 6 meses, marzo a agosto de 2018. Conociendo que en ese mismo periodo del año 2016 consultaron 164 pacientes y en 2017 114, se espera un numero de padres entrevistados aproximado de 139 pacientes.

10.2 PLAN DE ANÁLISIS

La base de datos se llevará en Excel®, y el análisis estadístico se realizará en el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 20. Se realizaran estadísticas descriptivas para obtener medidas de tendencia central y dispersión, en el caso de las variables numéricas promedios, y para las variables categóricas se usarán porcentajes.

Se realizarán análisis estadísticos para obtener de variables numéricas promedios, y de las variables categóricas porcentajes. Para las variables cuantitativas se realizarán medias y desviaciones estándar, así como frecuencias y proporciones para las variables cualitativas.

11. ASPECTOS ÉTICOS

Teniendo en cuenta que el objetivo del presente estudio es crear nuevo conocimiento acerca de las características de un grupo poblacional, se tendrán en cuenta los principios éticos básicos para la investigación: veracidad, fidelidad, autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

A nivel normativo, este estudio se rige según la resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, según el cual y tiene un riesgo mínimo, donde los sujetos atendidos serán intervenidos con las mismas herramientas que se usan en la atención clínica habitual. El estudio se realizará bajo condiciones que protejan la integridad ética y moral de cada individuo. La participación de los pacientes y la información que se obtenga a partir de la entrevista, no tendrá influencia en el proceso terapéutico y no afectará de ninguna forma, la relación o prestación de los servicios de salud.

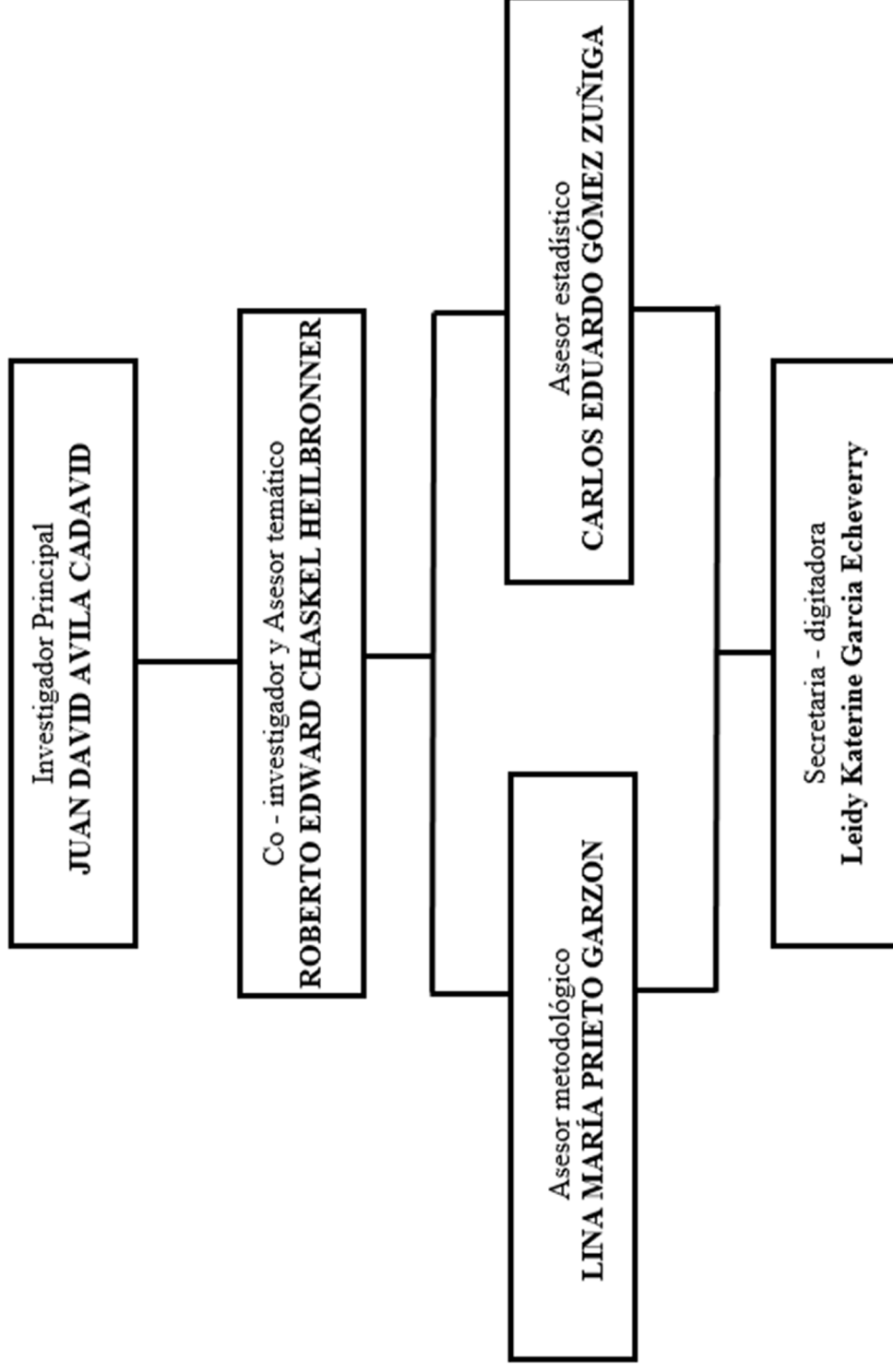
Los pacientes con TEPT, padres de los menores, serán invitados a participar en el estudio y si están de acuerdo, firmarán el consentimiento informado una vez sea resueltas todas las dudas acerca del presente estudio. Para el manejo de los datos se mantendrá en todo el momento la reserva de la identidad de los sujetos de investigación.

De la misma manera se tendrá en cuenta los principios éticos para la investigación médica en seres humanos según la más reciente revisión de la Declaración de Helsinki llevada a cabo en octubre de 2013 en Fortaleza - Brasil. Los datos de las historias clínicas serán tratados con confidencialidad, así como si se llegara a manejar cualquier otro dato que resultare sensible.

Este trabajo hace parte de las exigencias para optar por el título de segunda especialidad en psiquiatría de niños y adolescentes.

La fecha de finalización estimada del presente estudio es julio de 2018. Este protocolo será revisado por el Comité de investigación y Comité de Ética de la Universidad el Bosque, - cuenta con aprobación INVIMA- así como también por la Unidad de Investigación Científica del Hospital Militar Central y por el Comité de Ética la Clínica la Inmaculada.

12. ORGANIGRAMA



13. CRONOGRAMA

	MARZO/17				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Pregunta de investigación																																								
Elaboración protocolo investigación																																								

	ENERO / 18				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE			
ACTIVIDAD	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Comité de ética																																								
Recolección de la información																																								
Análisis de datos																																								
Presentación de resultados																																								

Tabla No. 2

14. PRESUPUESTO*

Tabla No. 3

Rubros / fuentes	Cantidad	Descripción	Valor individual	Valor total
Personal				
Investigador Principal	1		5'200.000	5'200.000
Coinvestigador 1	1		5'200.000	5'200.000
Coinvestigador 2	1		5'200.000	5'200.000
Bioestadístico	1		2'900.000	2'900.000
Secretaria	1		1'900.000	1'900.000
<i>Total personal</i>				20'400.000
Comité de Ética				
Aprobación por comité	1		1'200.000	1'200.000
Materiales				
<i>Papelería</i>				
Papel carta	1 resma		30.000	30.000
Lapiceros	5		8.100	40.500
Tinta impresora	2		130.000	260.000
Carpetas	1		50.000	50.000
Fotocopias	300		100	30.000
CD	5		5.000	25.000
Memoria flash	1		20.000	20.000
<i>Total Materiales</i>				455.500
Documentos				
Artículos	30		Usd 30	2'655.000
<i>Total Documentos</i>				2'655.000
Equipos				
Portátil	1		2'100.000	2'100.000
Impresora	1		500.000	500.000
<i>Total Equipos</i>				2'600.000
Imprevistos				
20%				5'462.100
<i>Total Imprevistos</i>				5'462.100
TOTAL				32'772.600

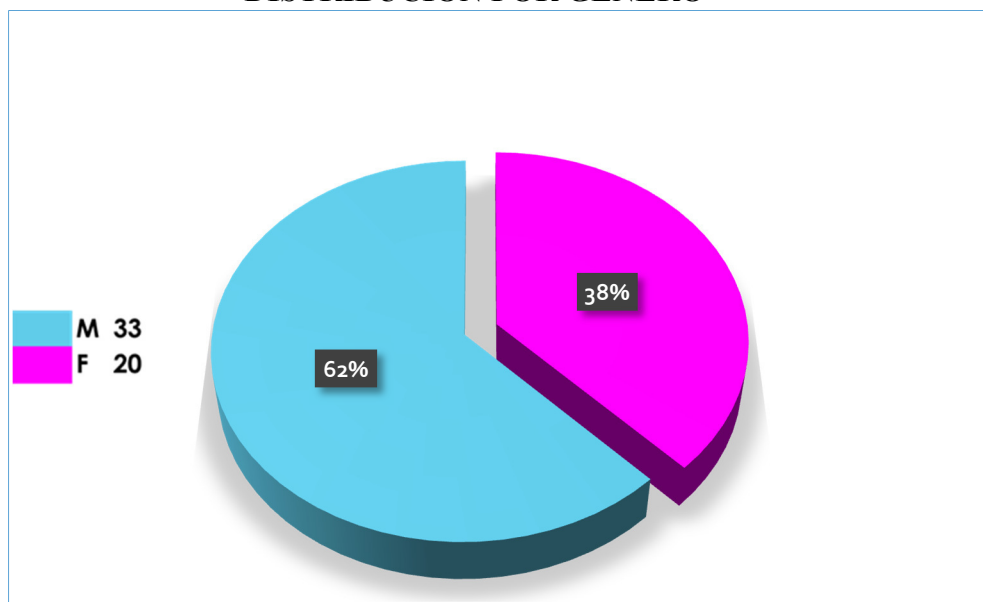
*Todos los rubros descritos estarán a cargo del investigador principal.

15. RESULTADOS

Tabla No. 4

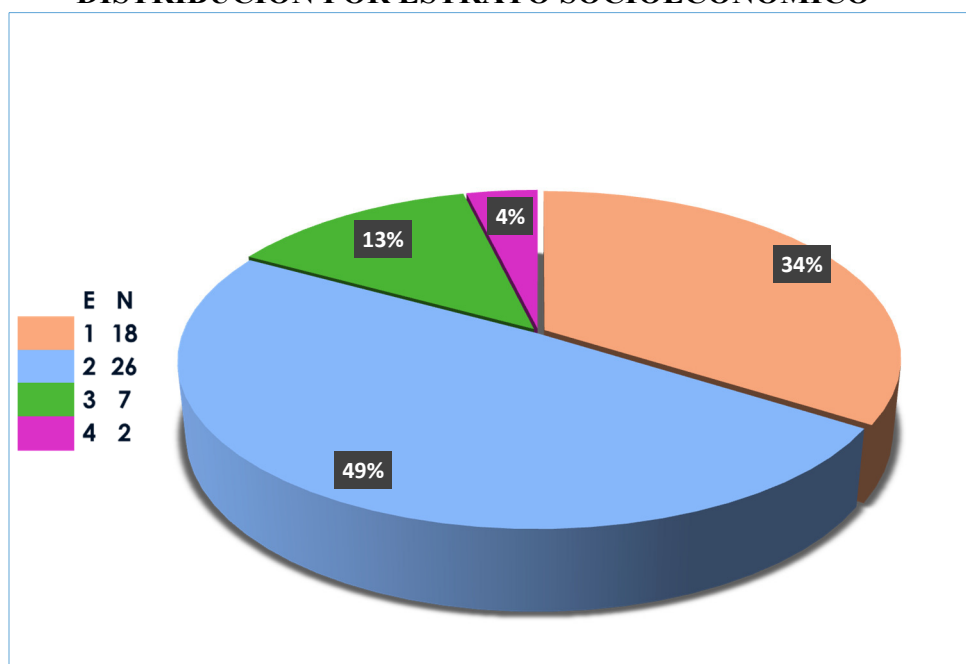
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA			
PRACTICA FAMILIAR DE LA RELIGION		%	
Si		70%	
No		30%	
ESTADO CIVIL DE LOS PADRES		N	%
Unión Libre		24	45%
Casados		19	36%
Separados		8	15%
Solteros		2	4%
REGION DE ORIGEN DE LOS PADRES			
<u>PADRE</u>	<u>MADRE</u>	%	
Andina	Andina	40%	
	Caribe	4%	
	Orinoquía	4%	
Caribe	Caribe	40%	
	Andina	6%	
	Orinoquía	6%	
Pacífica	Pacífica	2%	
RANGO DE EDAD	PADRES	MADRES	
	33-51 años	26-49 años	
Moda	43	32	
Desviación Estándar	4.2	5.8	
GÉNERO DE LOS MENORES	RANGOS DE EDAD		TOTAL
	6-11	12-18	GENERAL
Masculino	17	16	33
Femenino	8	12	20
Total general	25	28	53

GRÁFICO No. 1
DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO



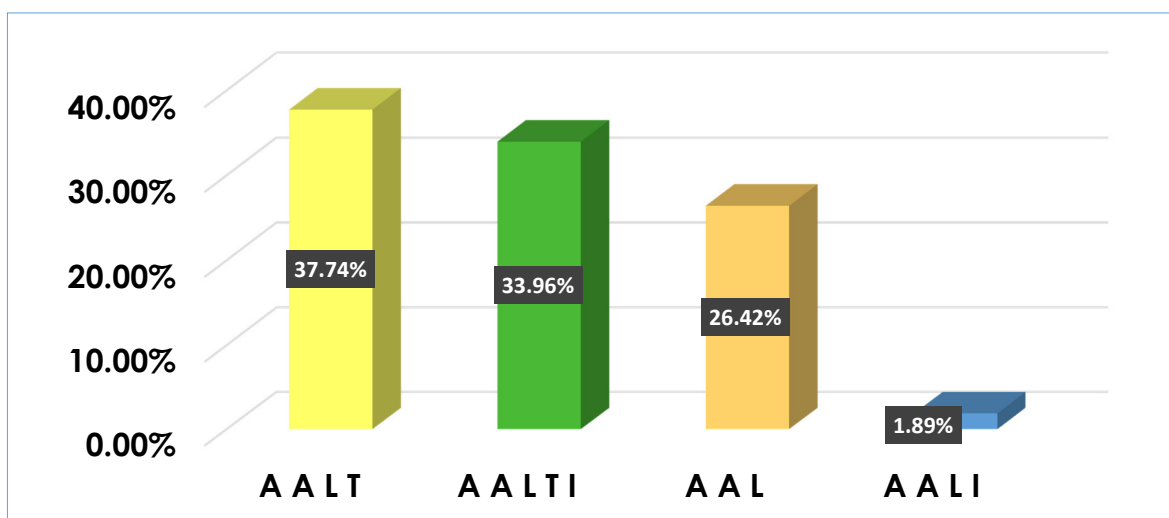
El género masculino constituyó la mayor parte de la muestra (33 niños Vs 20 niñas).

GRÁFICO No. 2
DISTRIBUCIÓN POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO



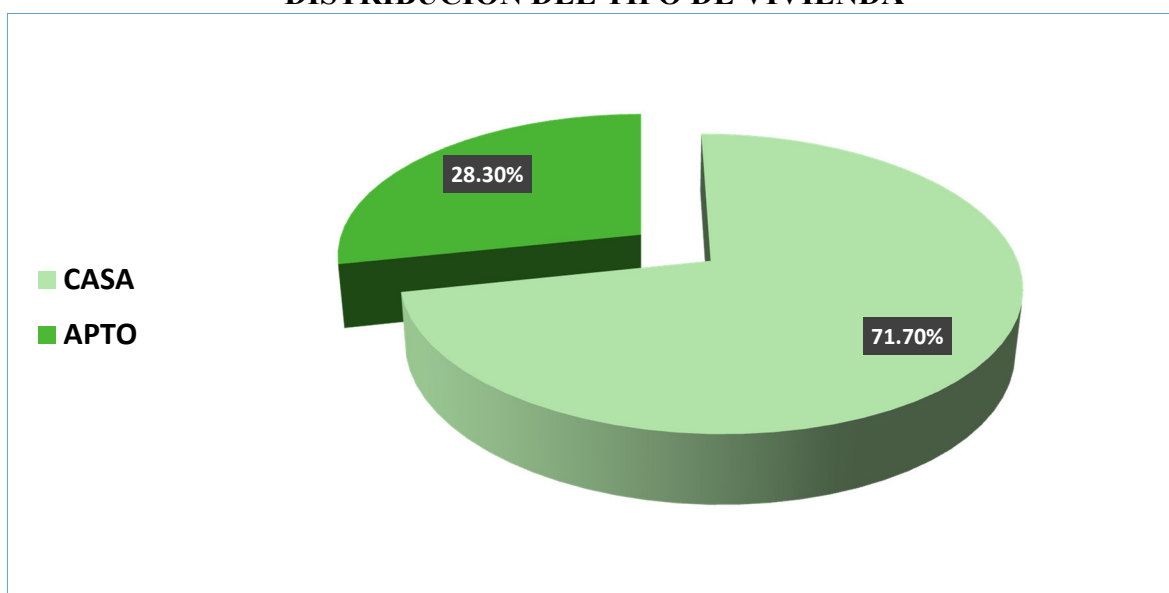
La mayor parte de la muestra se ubicó en estrato 2, seguido del estrato 1, 3 y 4. No hubo familias del estrato 5 y 6.

GRÁFICO No. 3
ACCESO A SERVICIOS DOMICILIARIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS



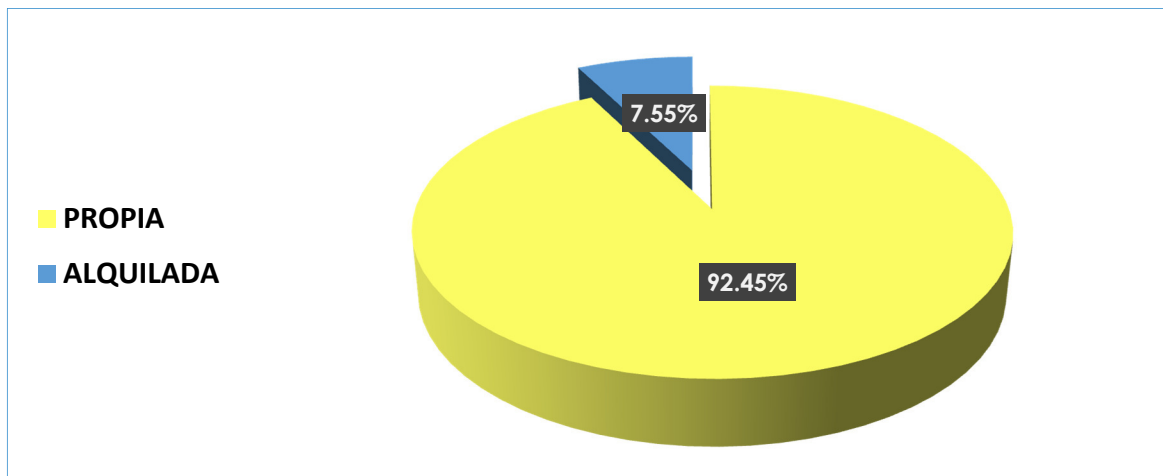
AA Acueducto y alcantarillado / L luz / T teléfono / I Internet
 La mayor parte de las familias de la muestra tenían acceso a los servicios públicos básicos.

GRÁFICO No. 4
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE VIVIENDA



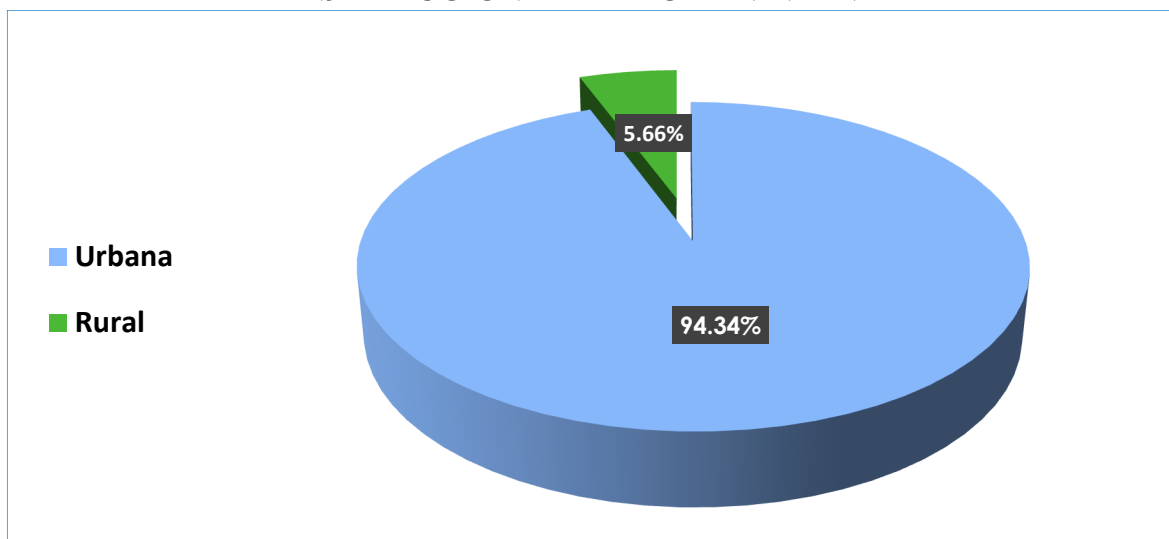
La mayor parte las familias habitaban en casa comparado con quienes habitaban en apartamentos.

GRÁFICO No. 4.1
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE VIVIENDA



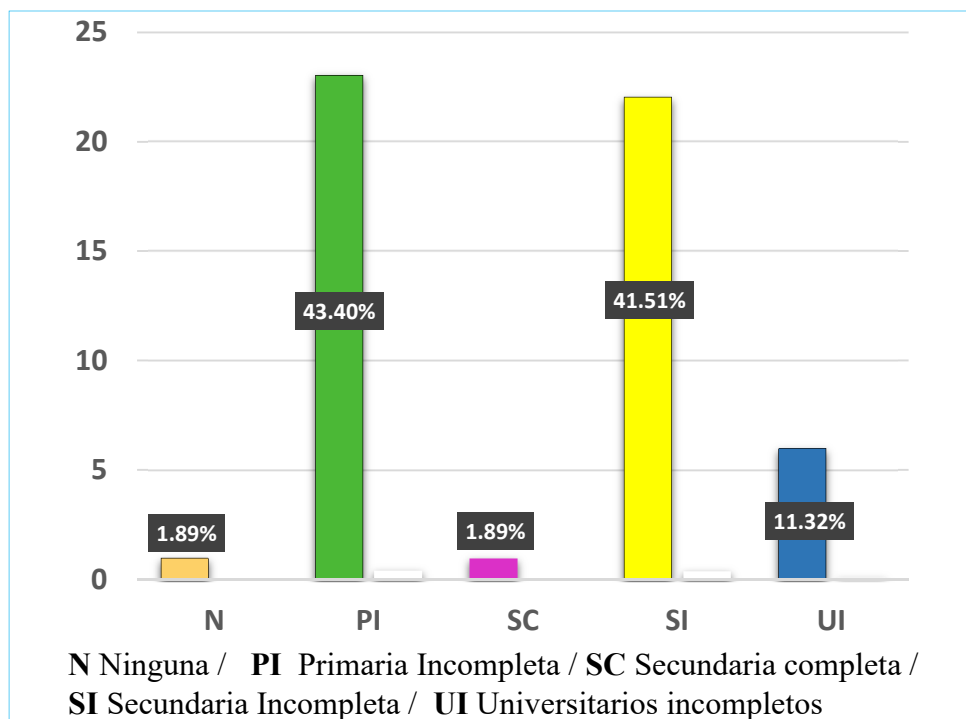
La mayor parte las familias habitaban en casa de su propiedad comparado con quienes vivían en alquiler.

GRÁFICO No. 4.2
DISTRIBUCIÓN DEL TIPO DE VIVIENDA



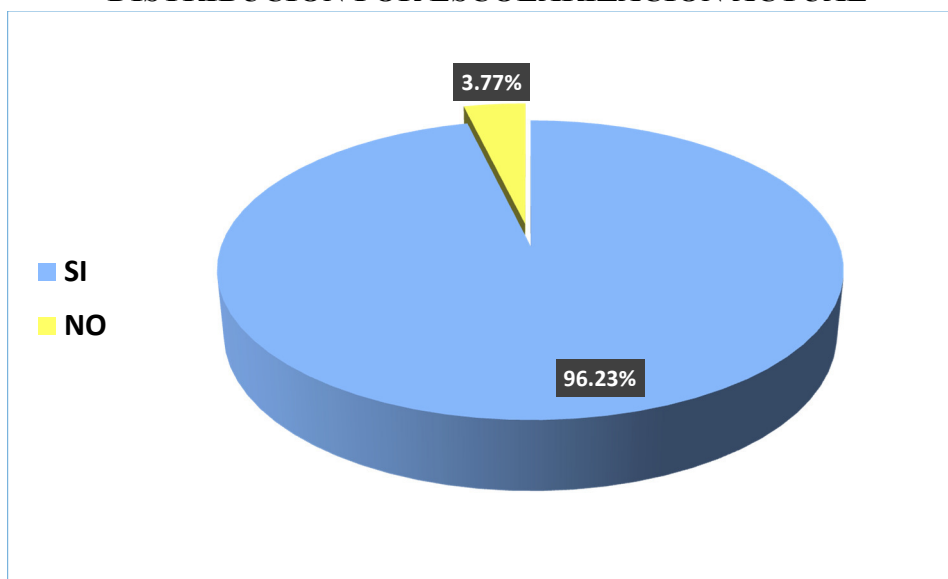
La mayor parte las familias habitaban en zona urbana comparado con quienes vivían en zona rural.

GRÁFICO No. 5
DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE ESCOLARIZACIÓN



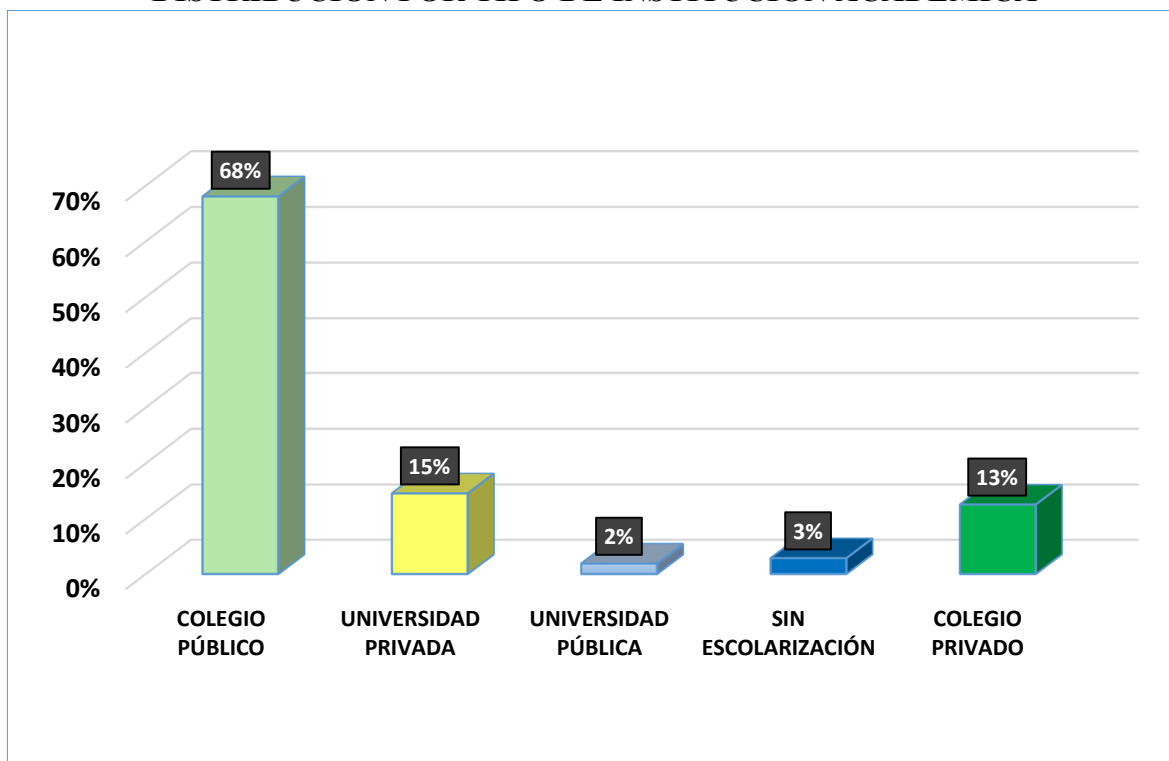
La mayor parte de los menores de la muestra contaban con una escolaridad de primaria incompleta, seguido de los que contaban con secundaria incompleta.

GRÁFICO No. 5.1
DISTRIBUCIÓN POR ESCOLARIZACIÓN ACTUAL



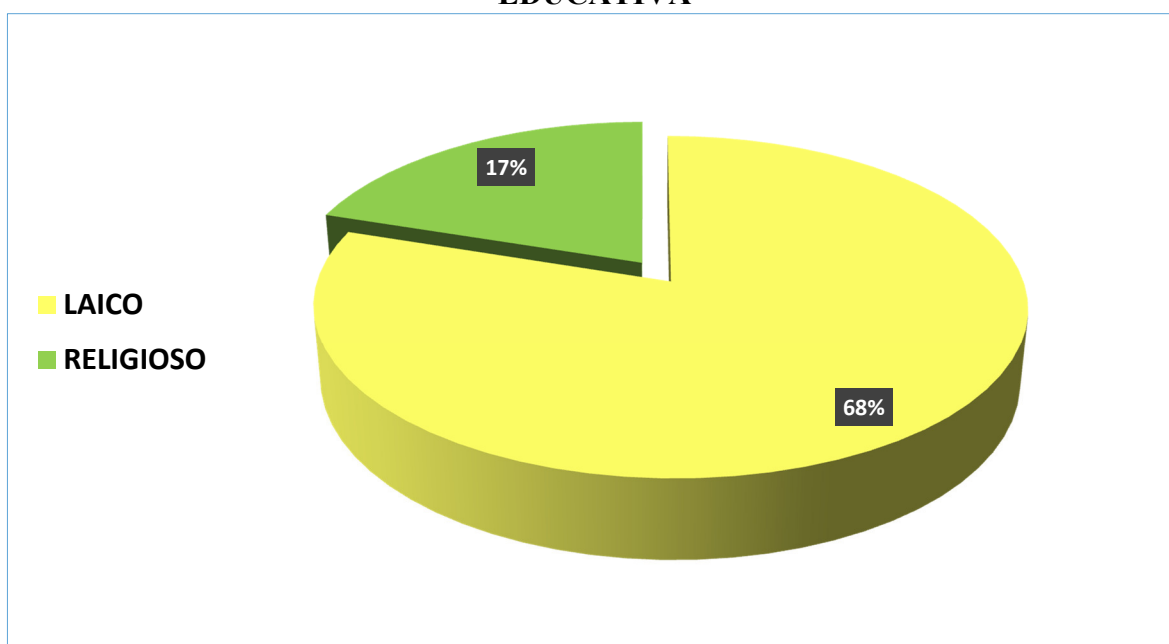
La mayor parte se encontraba escolarizados en el momento del estudio.

GRÁFICO No. 5.2
DISTRIBUCIÓN POR TIPO DE INSTITUCIÓN ACADÉMICA



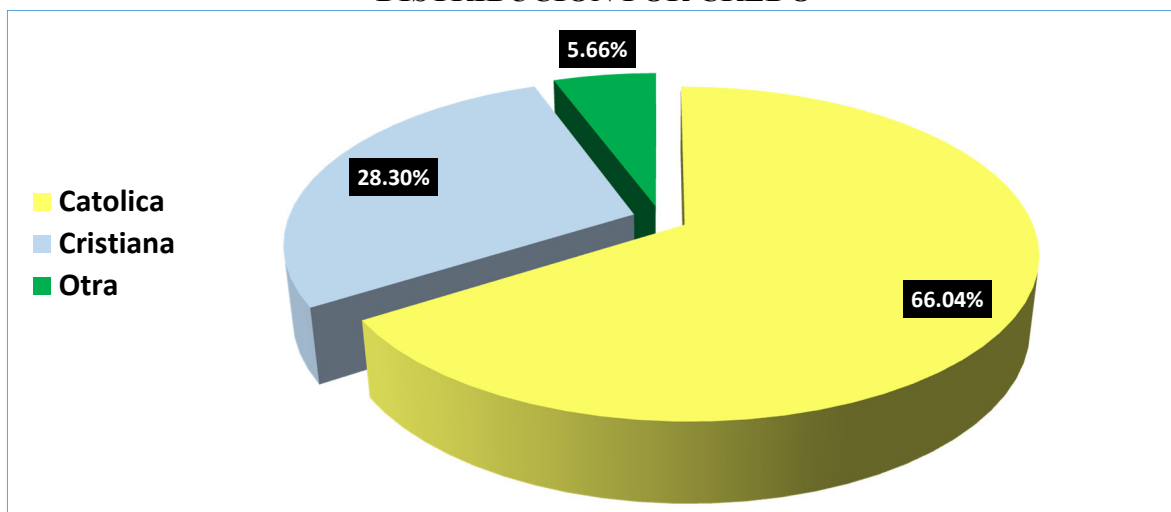
La mayoría de los menores estudiaba en institución pública.

GRÁFICO No. 5.3
DISTRIBUCIÓN POR ORIENTACIÓN RELIGIOSA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA



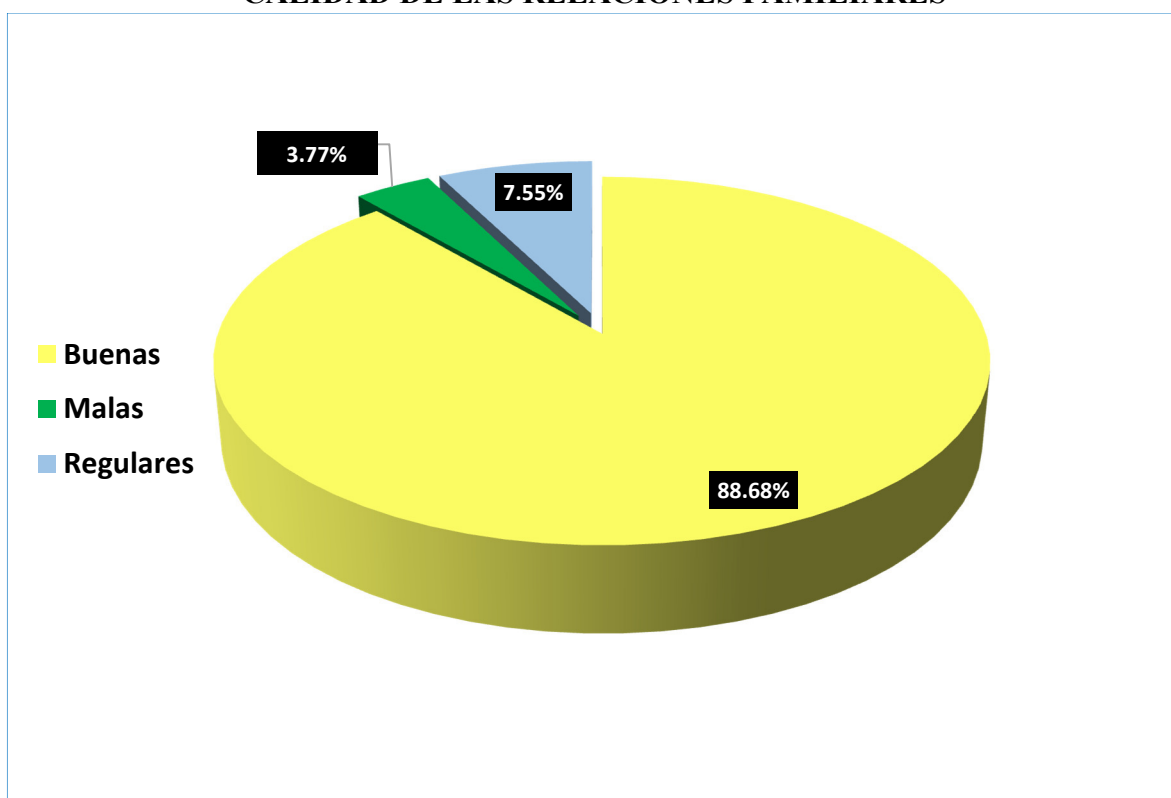
La mayoría de los menores estudiaba en colegio laico.

GRÁFICO No. 6
DISTRIBUCIÓN POR CREDO



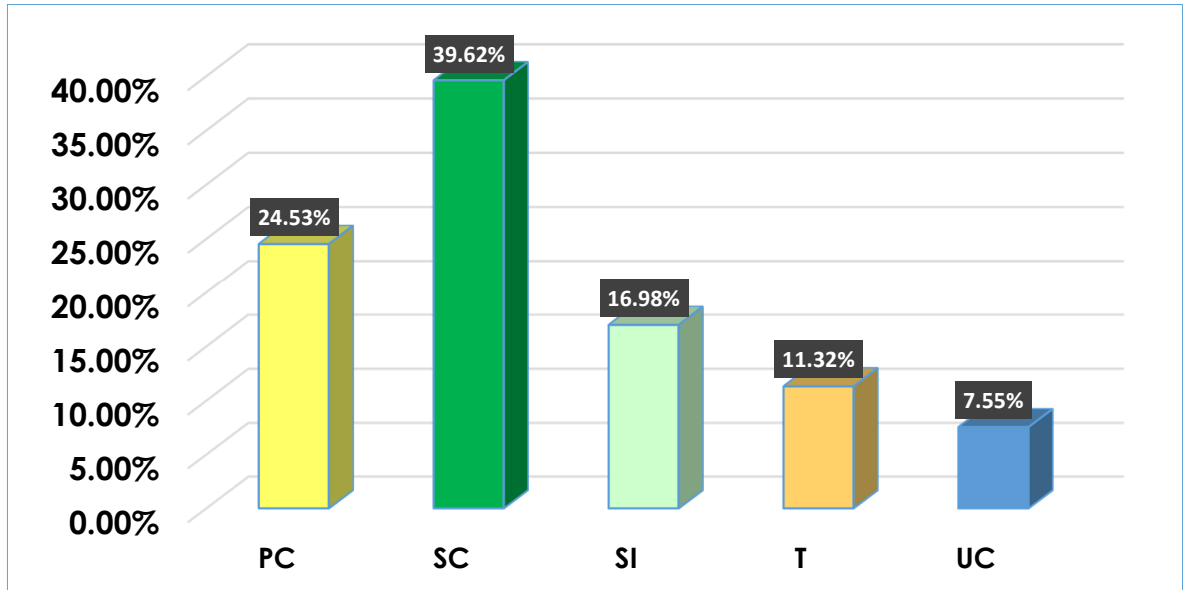
La mayoría de las familias se consideraban católicas, seguida de las cristianas.

GRÁFICO No. 7
CALIDAD DE LAS RELACIONES FAMILIARES



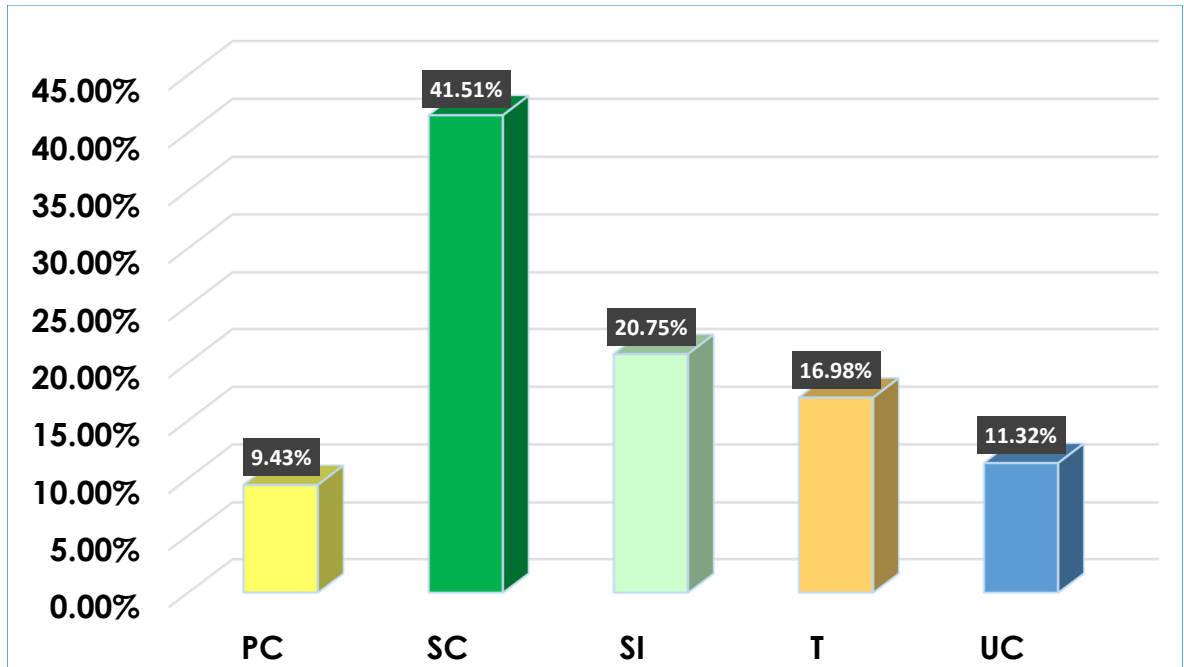
La mayoría de las familias consideraban que tenían buenas relaciones familiares.

GRÁFICO No. 8
ESCOLARIDAD DE LOS PADRES



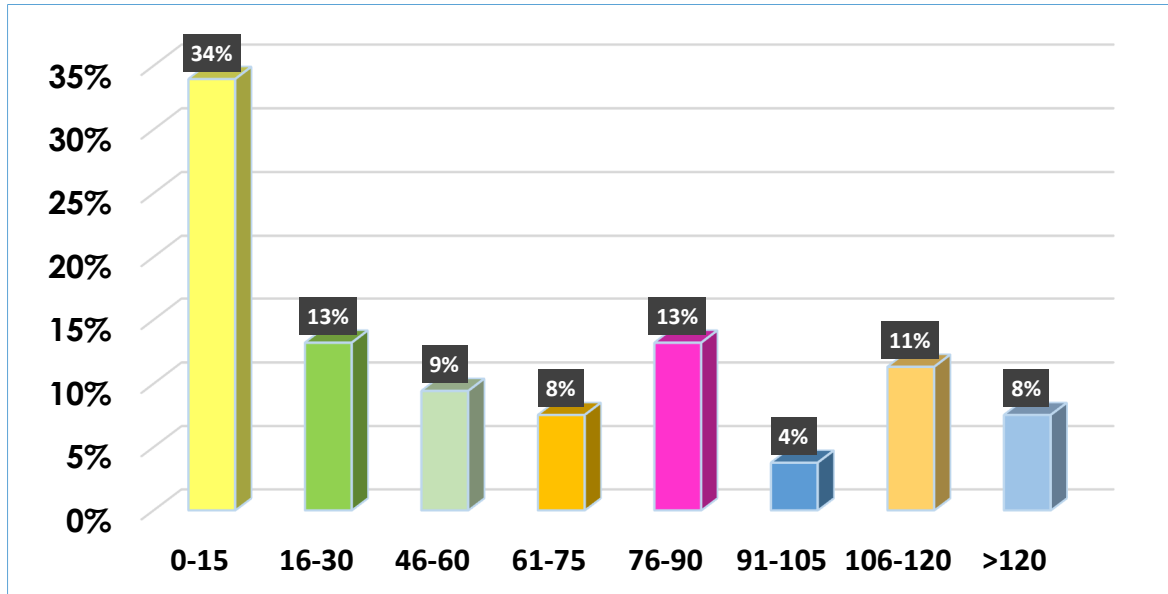
La mayoría de las familias estaban conformadas por un padre con escolaridad secundaria completa, seguido los que tenía primaria completa.

GRÁFICO No. 9
ESCOLARIDAD DE LAS MADRES



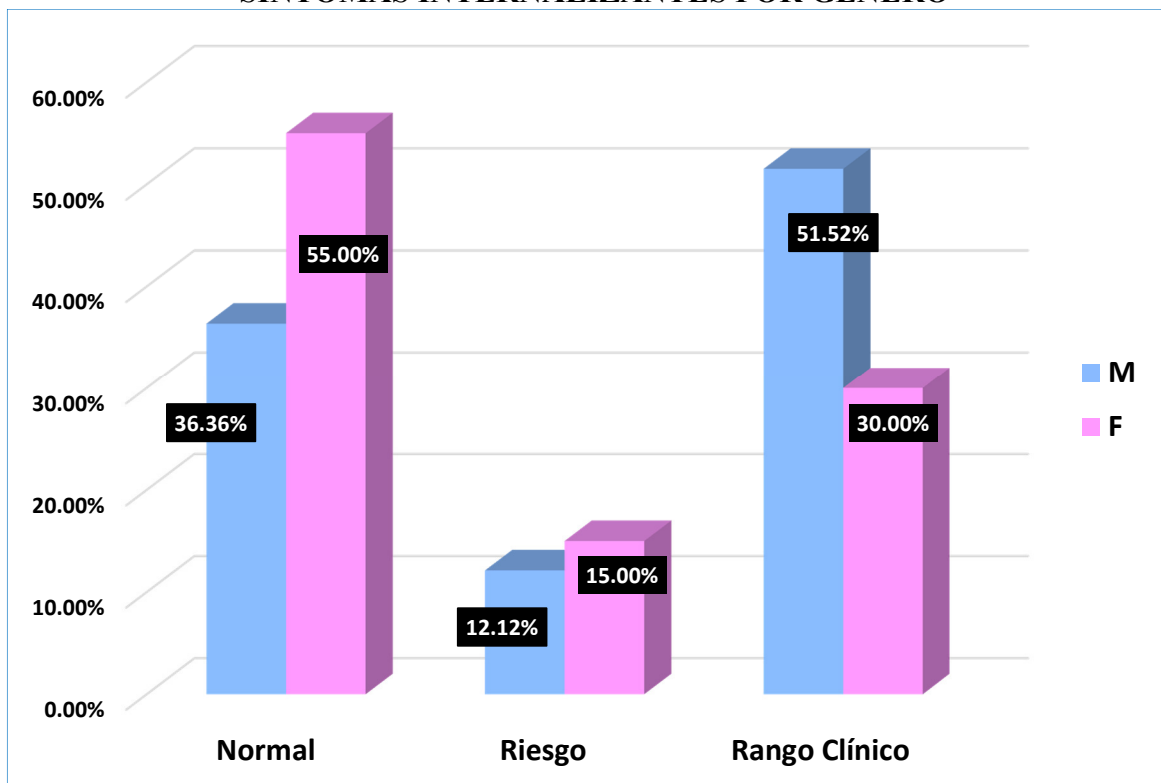
La mayoría de las familias estaban conformadas por una madre con escolaridad secundaria completa, seguido las que tenía secundaria incompleta.

GRÁFICO No. 10
TIEMPO EN MINUTOS ENTRE CASA / LUGAR ATENCIÓN PSIQUIATRIA



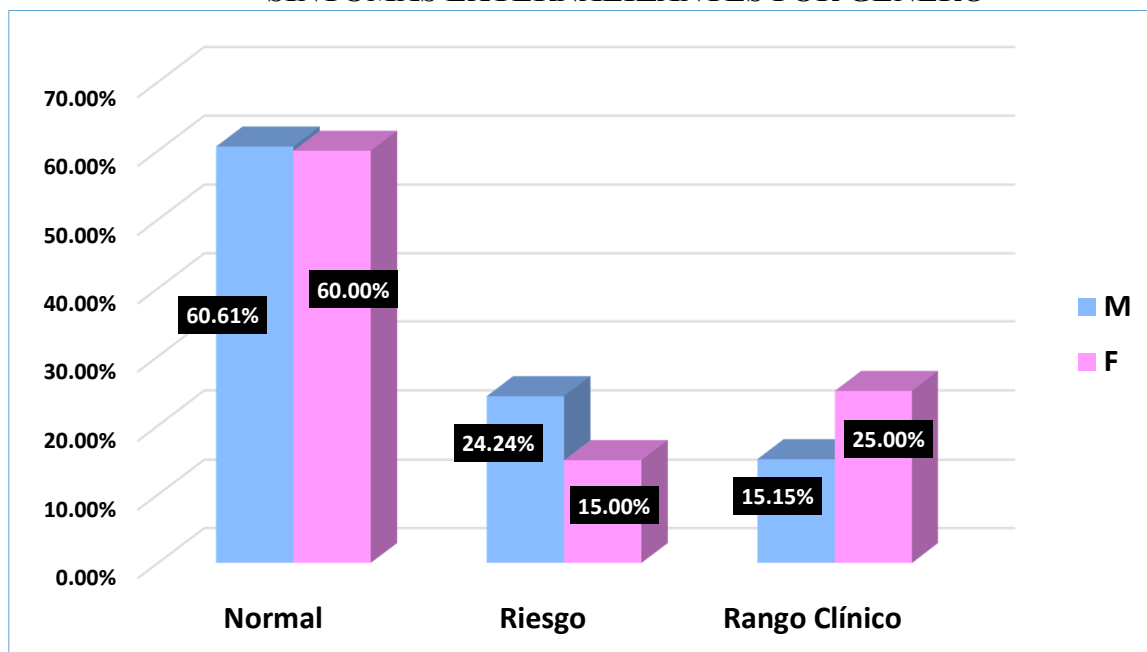
La mayoría de las familias invertían hasta 15 minutos en llegar al lugar de la atención por psiquiatría.

GRÁFICO No. 11
SÍNTOMAS INTERNALIZANTES POR GÉNERO



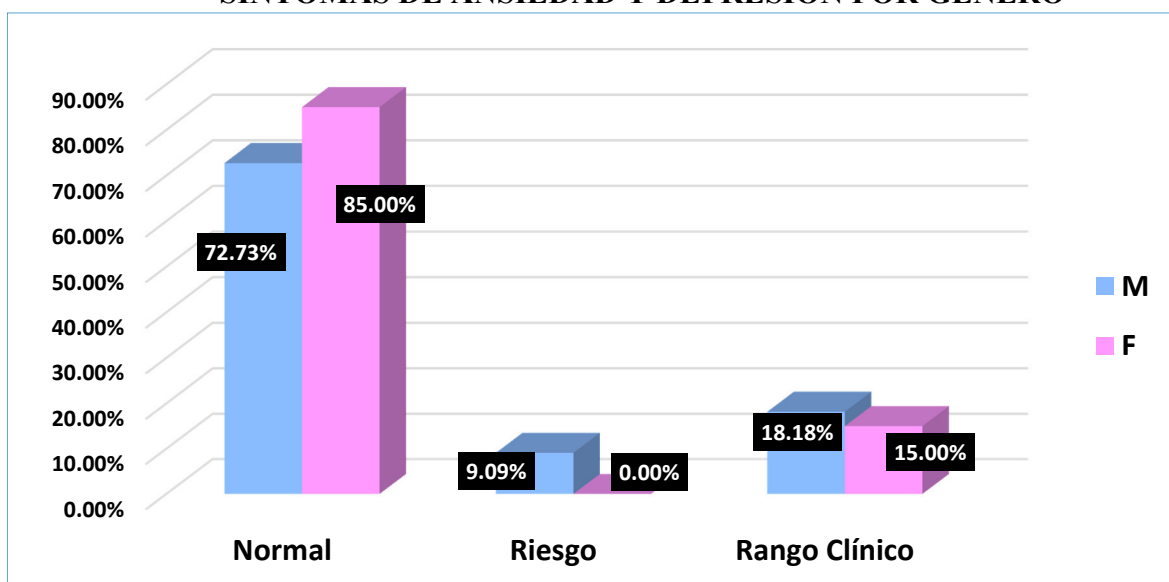
La mayoría de los niños estaba en rango clínico, la mayoría de las niñas estaban en rango de normalidad en cuanto a síntomas internalizantes.

GRÁFICO No. 12
SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES POR GÉNERO



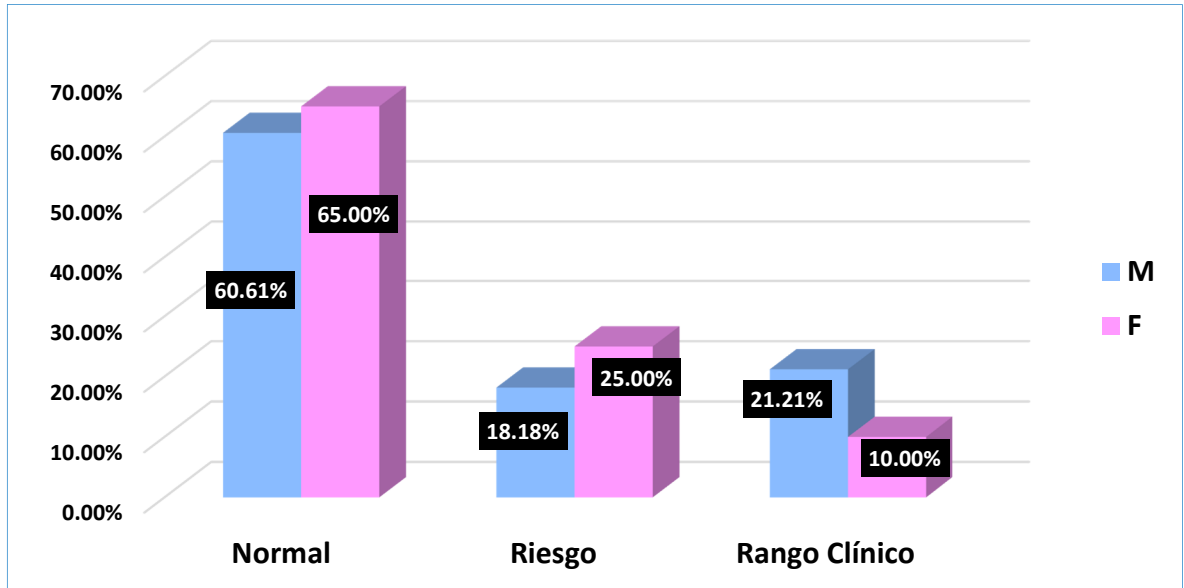
La normalidad se encontró en la mayoría de niños y niñas en cuanto a síntomas externalizantes.

GRÁFICO No. 13
SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN POR GÉNERO



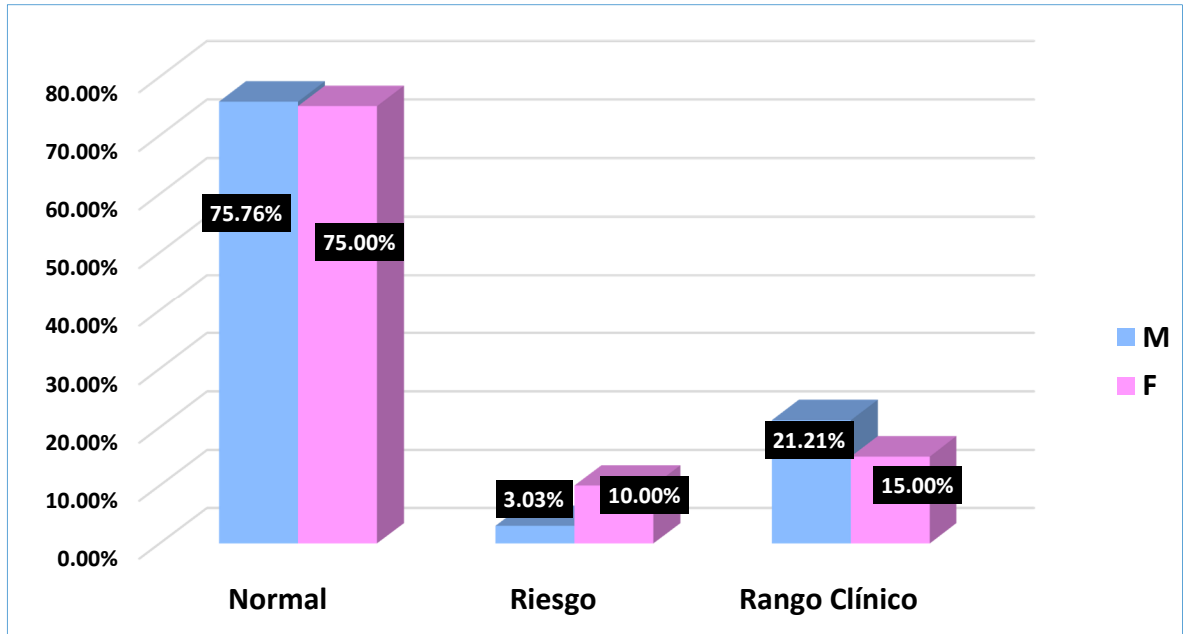
La normalidad se encontró en la mayoría de niños y niñas en cuanto al subdominio de ansiedad – depresión.

GRÁFICO No. 14
AISLAMIENTO Y DEPRESIÓN POR GÉNERO



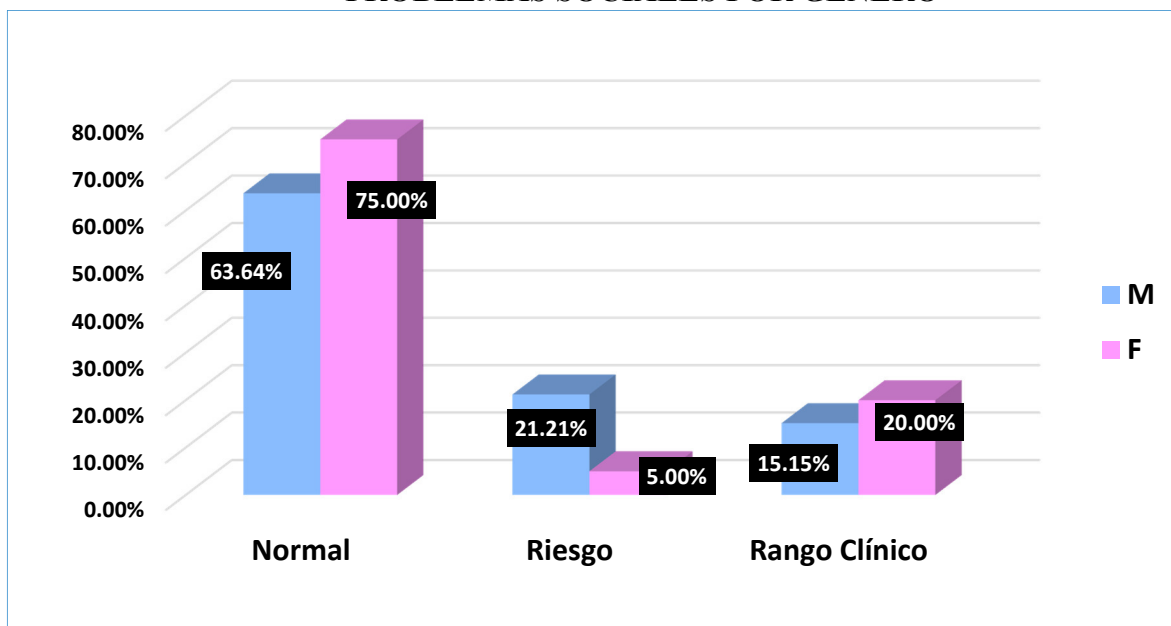
La normalidad se encontró en la mayoría de niños y niñas en cuanto al subdominio de aislamiento – depresión.

GRÁFICO No. 15
QUEJAS SOMÁTICAS POR GÉNERO



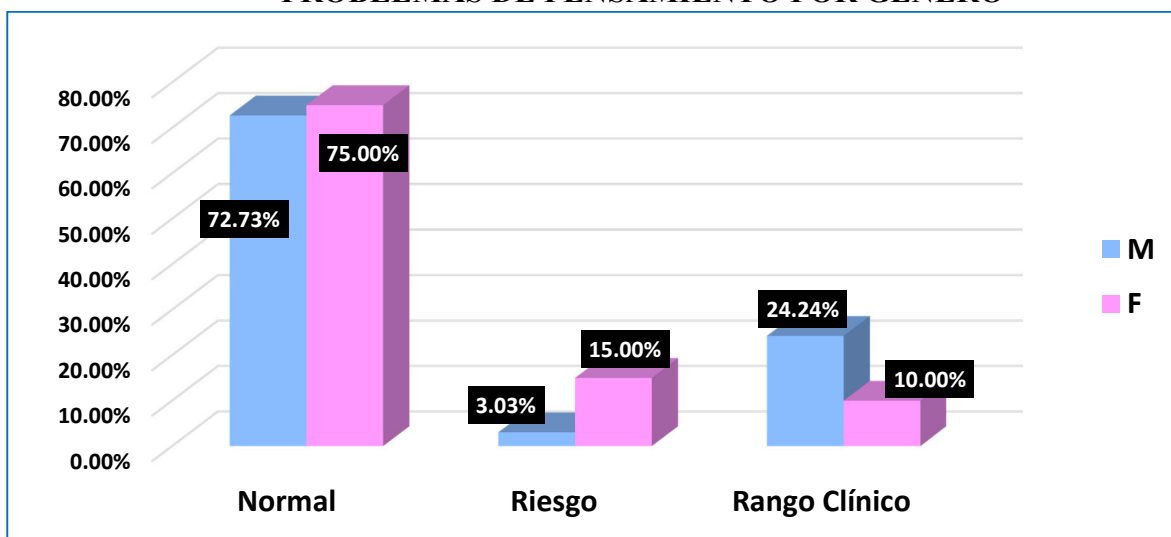
La normalidad se encontró en la mayoría de niños y niñas en cuanto al subdominio de quejas somáticas.

GRÁFICO No. 16
PROBLEMAS SOCIALES POR GÉNERO



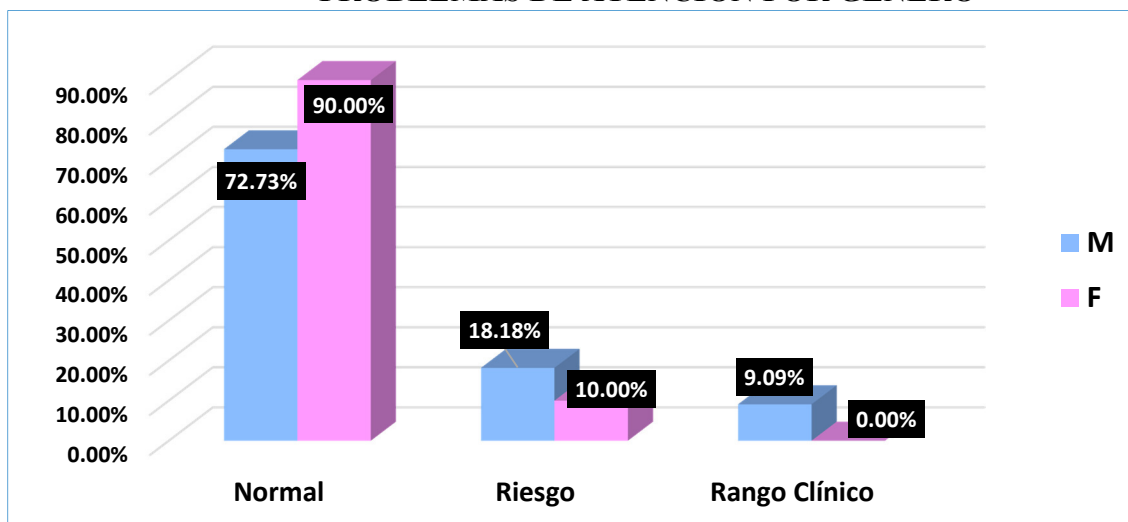
La normalidad se encontró en la mayoría de niños y niñas en cuanto al subdominio de problemas sociales.

GRÁFICO No. 17
PROBLEMAS DE PENSAMIENTO POR GÉNERO



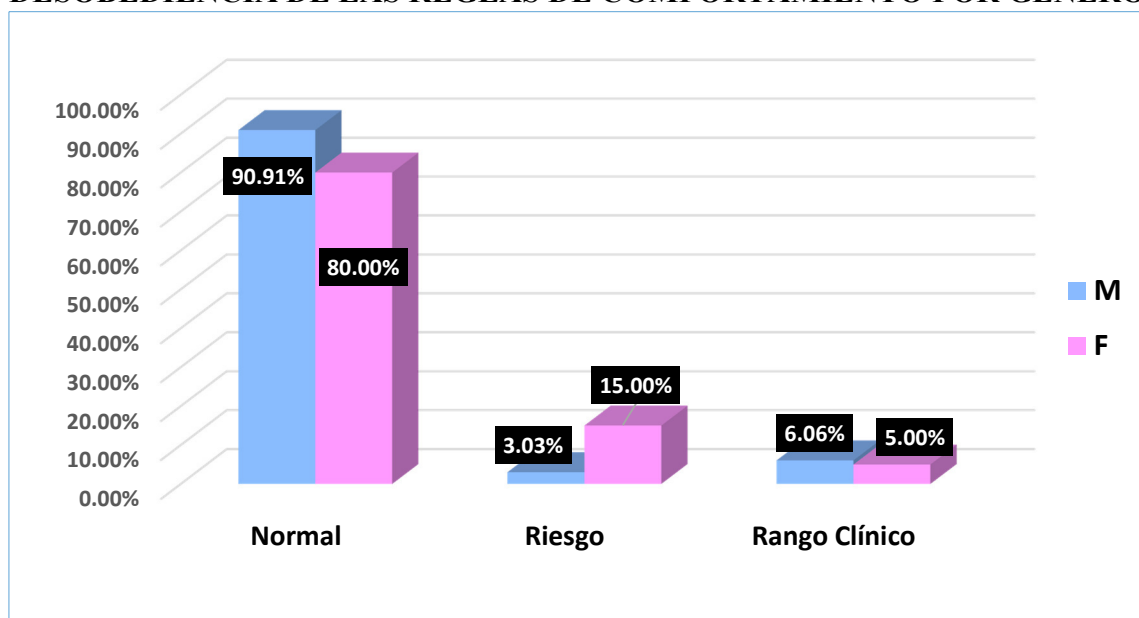
La normalidad se encontró en la mayoría de niños y niñas en cuanto al subdominio de problemas de pensamiento.

GRÁFICO No. 18
PROBLEMAS DE ATENCIÓN POR GÉNERO



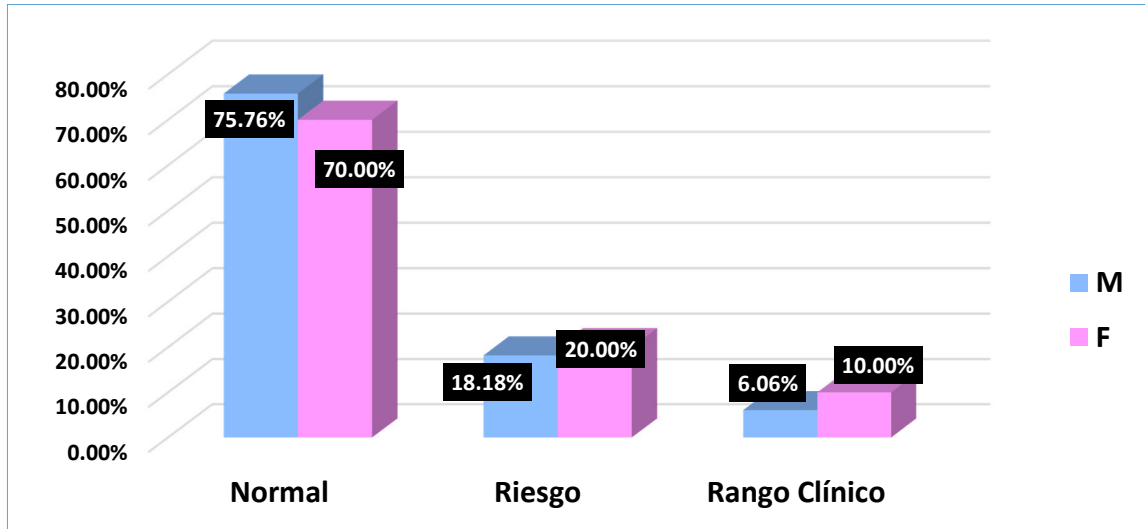
La normalidad se encontró en la mayoría de niños y niñas en cuanto al subdominio de problemas de atención.

GRÁFICO No. 19
DESOBEDIENCIA DE LAS REGLAS DE COMPORTAMIENTO POR GÉNERO



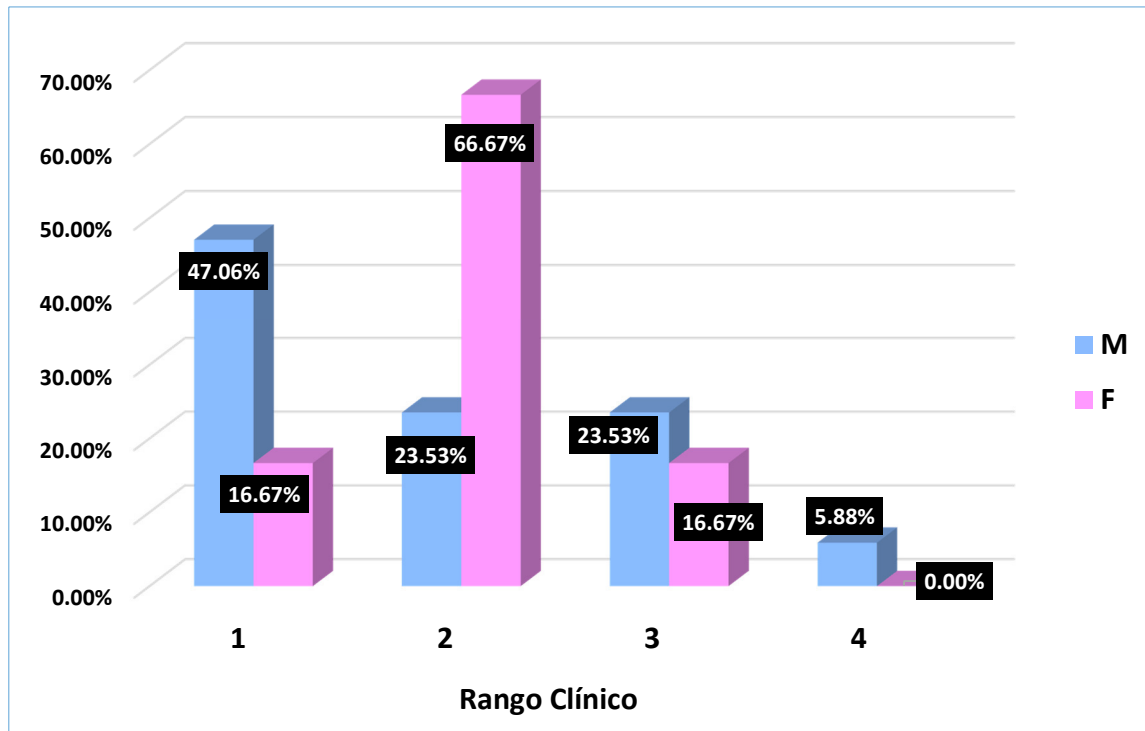
La normalidad se encontró en la mayoría de niños y niñas en cuanto al subdominio de no seguimiento de normas de comportamiento.

GRÁFICO No. 20
COMPORTAMIENTO AGRESIVO POR GÉNERO



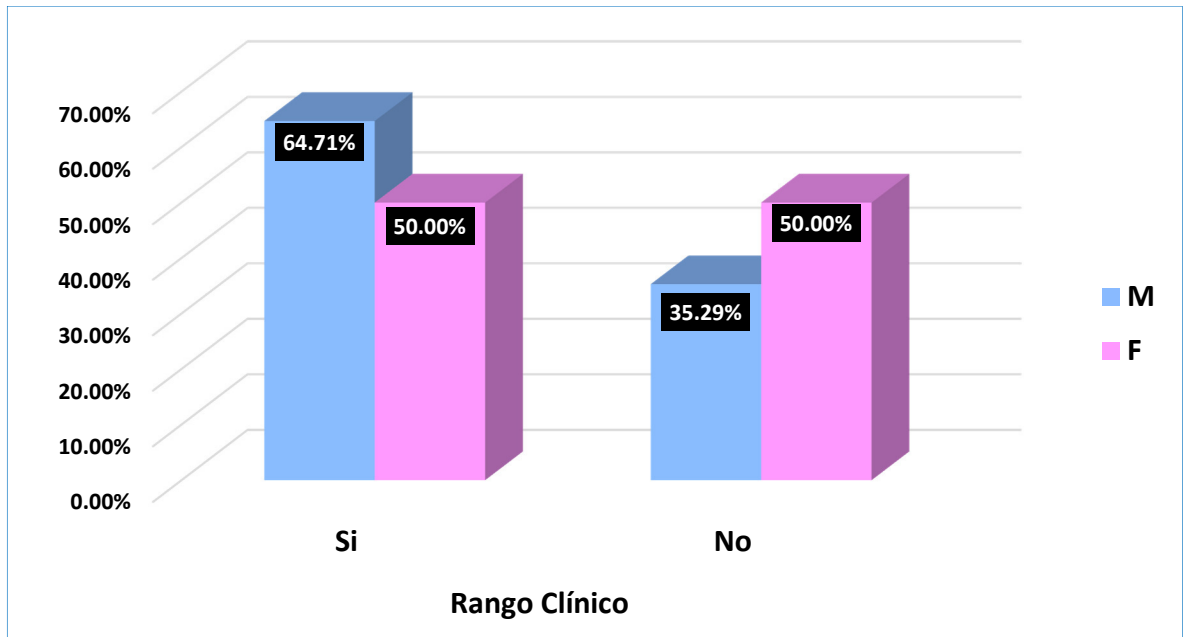
La normalidad se encontró en la mayoría de niños y niñas en cuanto al subdominio de comportamiento agresivo.

GRÁFICO No. 21
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES ESTRATO Y GÉNERO



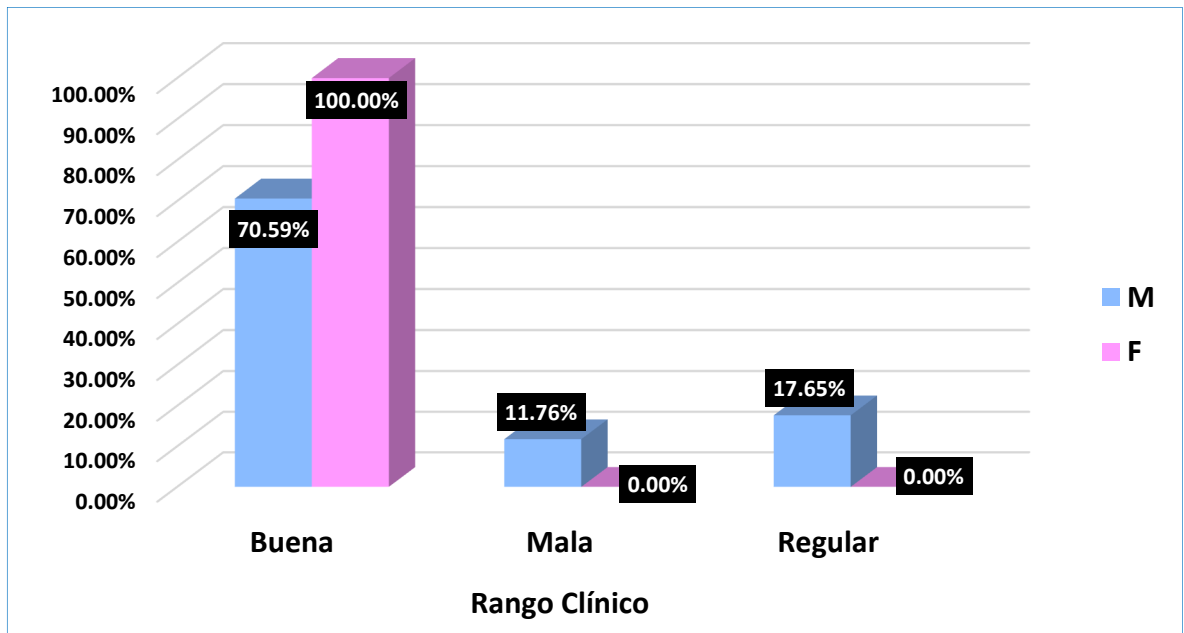
La mayoría de las niñas en rango clínico se encontraron el estrato 2, la mayoría de los niños en rango clínico se encontraron en estrato 1.

GRÁFICO No. 22
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES PARTICIPACIÓN
RELIGIOSA Y GÉNERO



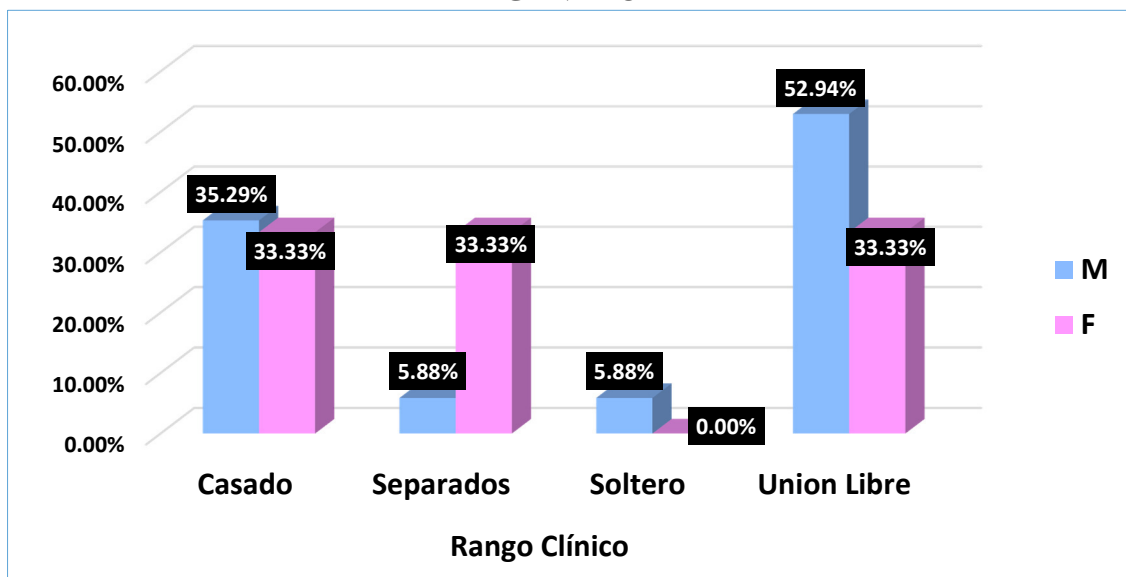
La mayoría de los niños en rango clínico pertenecían a familias con participación religiosa activa, esta diferencia no se observó en las niñas dentro del mismo rango clínico.

GRÁFICO No. 23
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES BIENESTAR FAMILIAR
Y GÉNERO



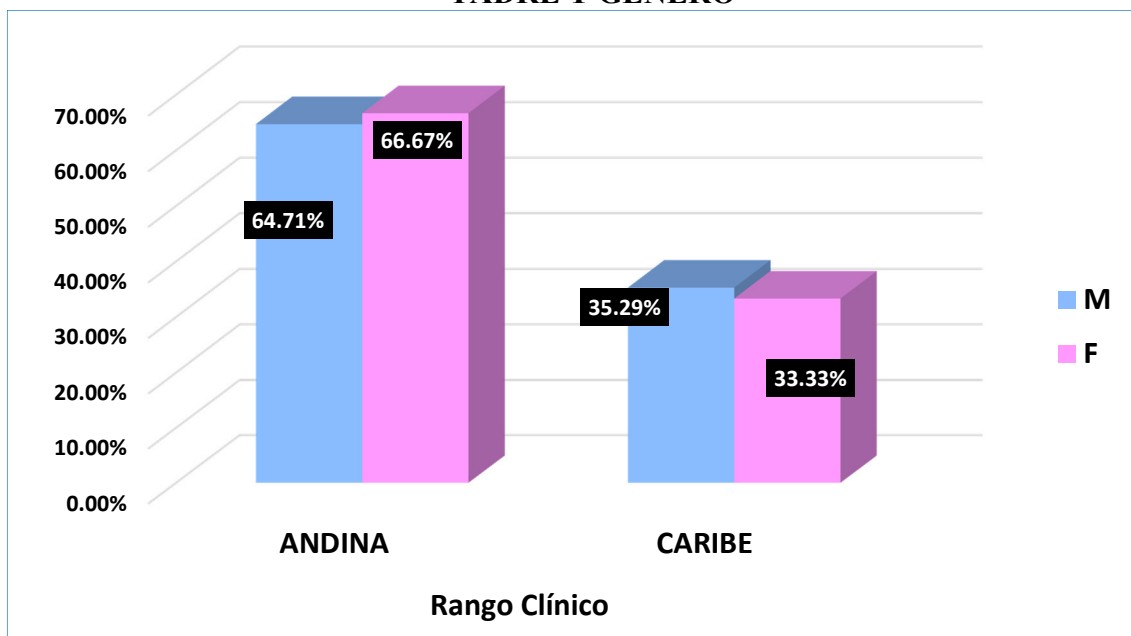
La mayoría de los niños y la totalidad de las niñas en rango clínico pertenecían familia que consideraban tener buenas relaciones intrafamiliares.

GRÁFICO No. 24
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES E. CIVIL PADRES Y GÉNERO



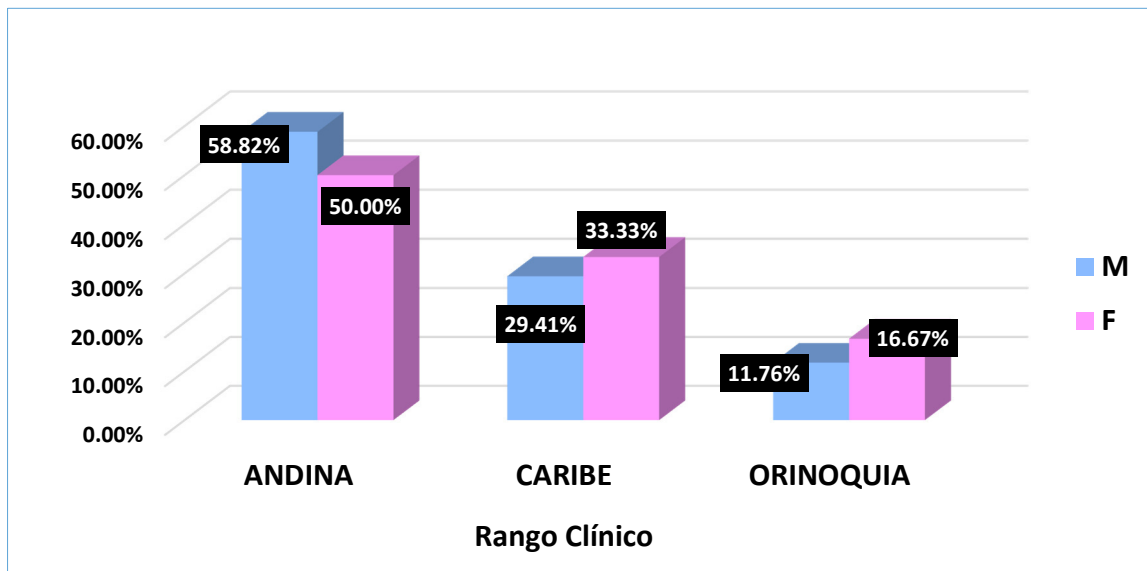
La mayoría de los niños en rango clínico hacían parte de familias cuyos padres vivían en unión libre, las niñas estaban distribuidas por partes iguales entre casados, separados y U.L

GRÁFICO No. 25
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES REGIÓN ORIGEN PADRE Y GÉNERO



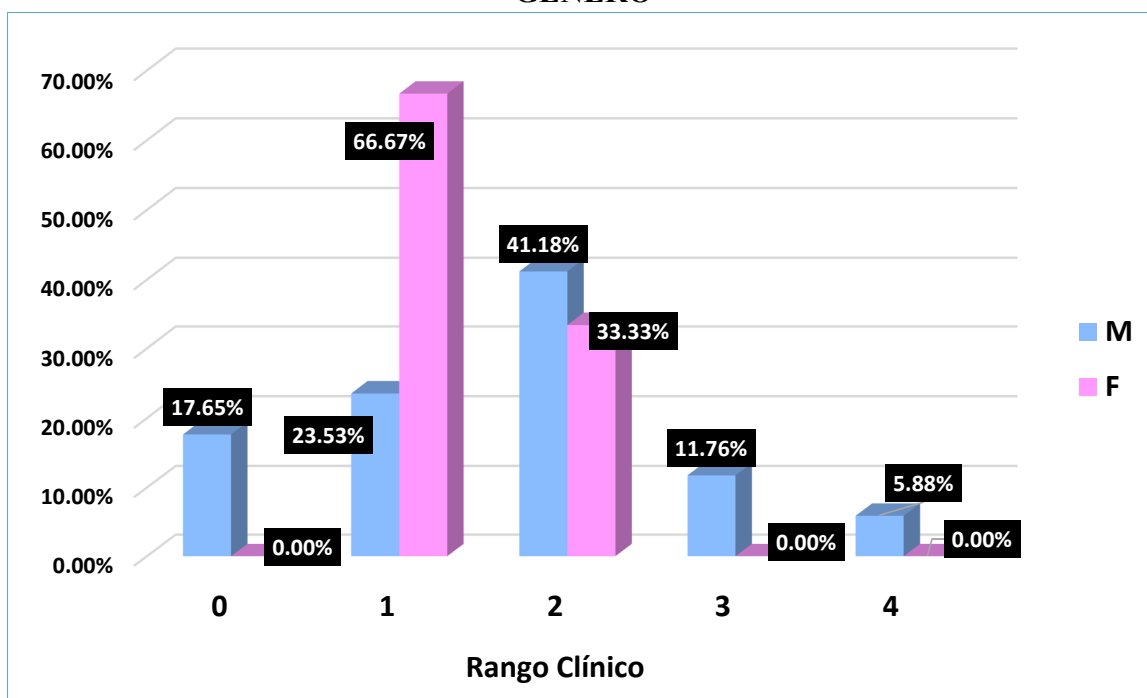
La mayoría de los niños y niñas en rango clínico eran descendientes de padres de origen andino.

GRÁFICO No. 26
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES REGIÓN ORIGEN
MADRE Y GÉNERO



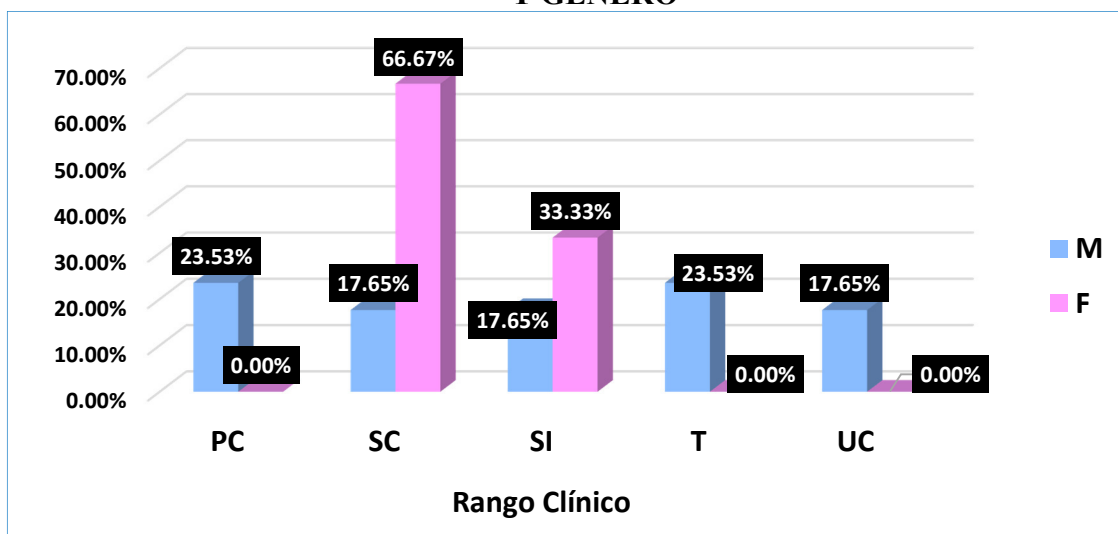
La mayoría de los niños y niñas en rango clínico eran descendientes de madres de origen andino.

GRÁFICO No. 27
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES No. HERMANOS Y
GÉNERO



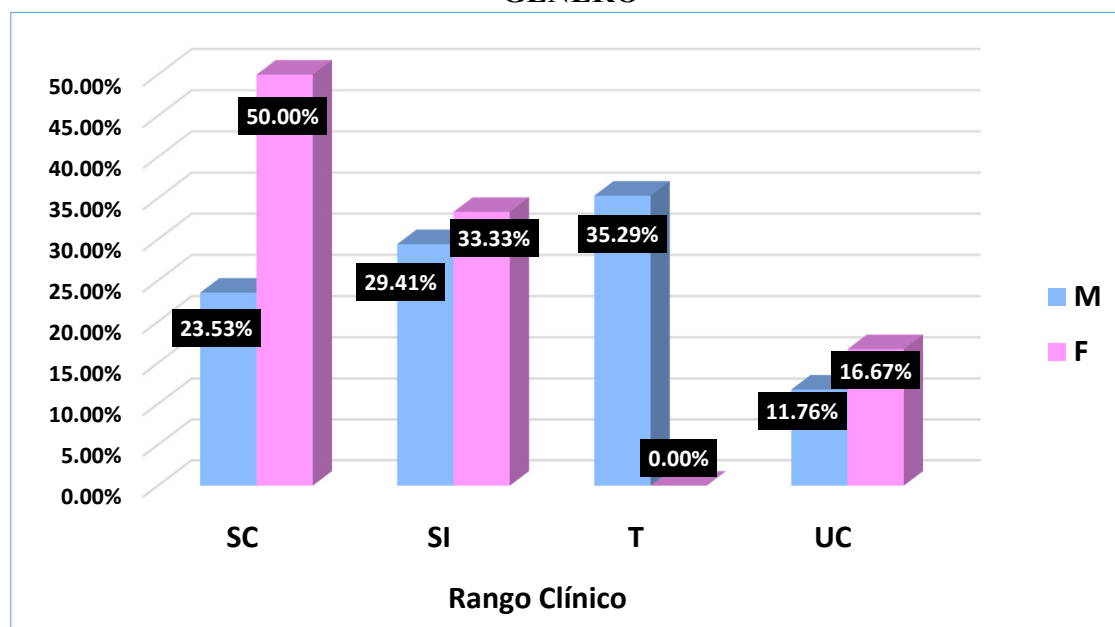
La totalidad de las niñas en rango clínico tenían 1 o 2 hermanos, los niños en rango clínico tenían una distribución irregular de número de hermanos.

GRÁFICO No. 28
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES ESCOLARIDAD PADRE Y GÉNERO



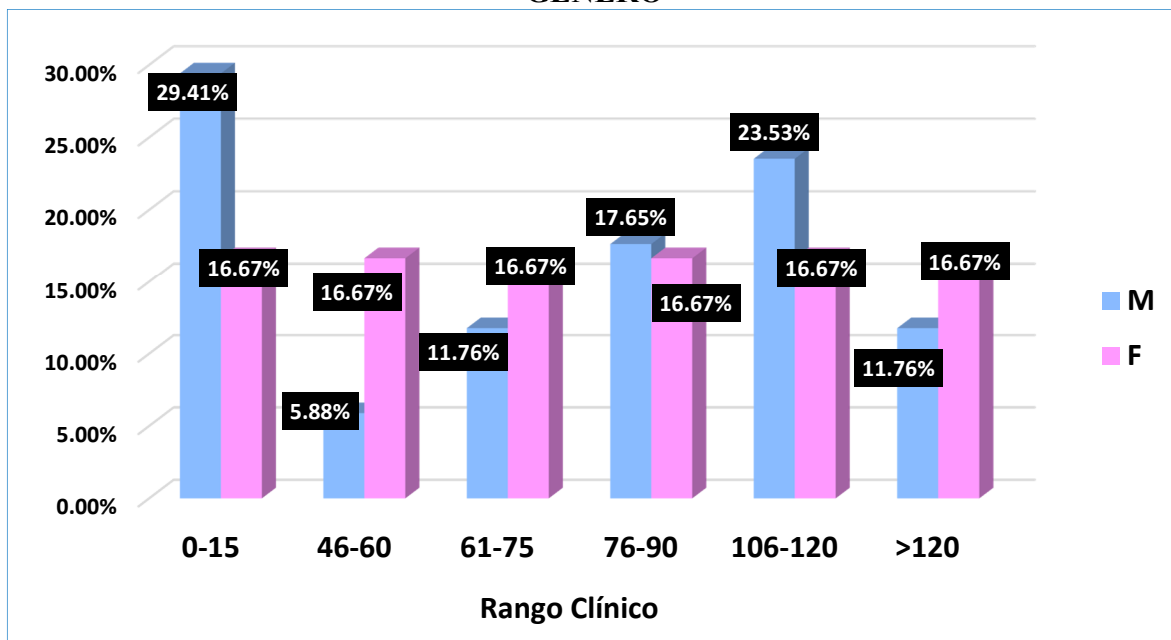
La totalidad de las niñas en rango clínico eran descendientes de padre con una escolaridad de secundaria completa o incompleta, los niños contaban con padres distribuidos de manera más uniforme entre las diferentes escolaridades.

GRÁFICO No. 29
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES ESCOLARIDAD MADRE Y GÉNERO



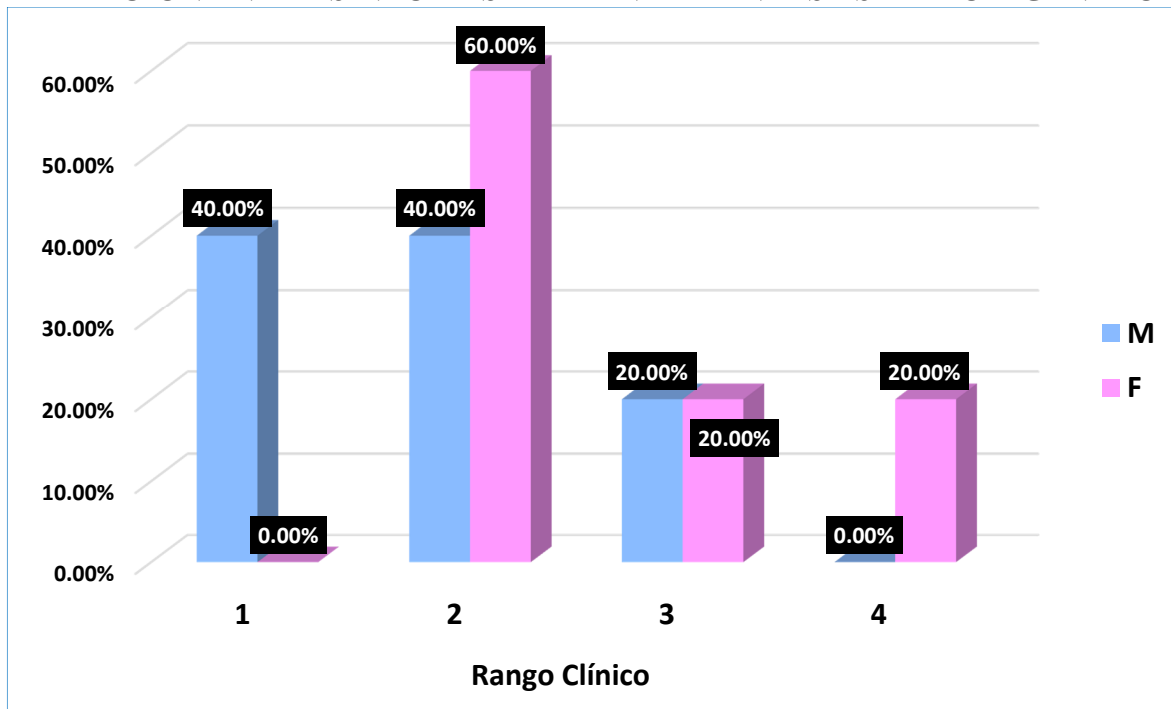
La mayoría de las niñas en rango clínico eran descendientes de madre con una escolaridad de secundaria completa o incompleta los niños contaban con madres distribuidas de manera más uniforme entre las diferentes escolaridades.

GRÁFICO No. 30
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS INTERNALIZANTES TIEMPO CASA-C.EXT Y GÉNERO



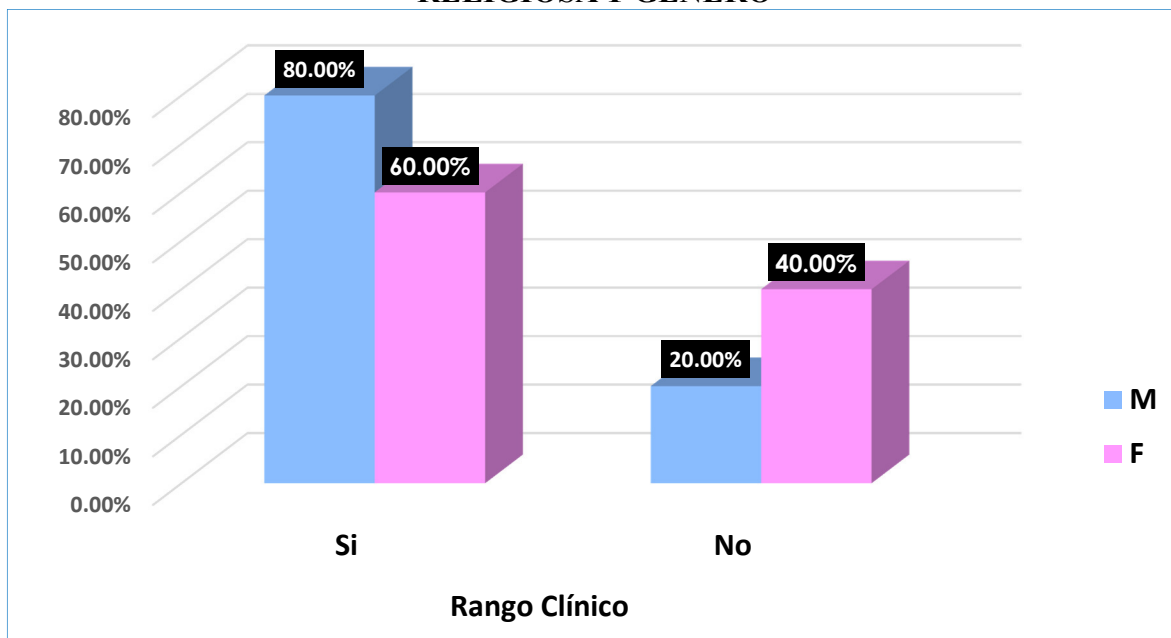
Las niñas en rango clínico tenían una distribución regular en todos los rangos de tiempo, los niños tuvieron una distribución más irregular en los diferentes rangos de tiempo.

GRÁFICO No. 31
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES ESTRATO Y GÉNERO



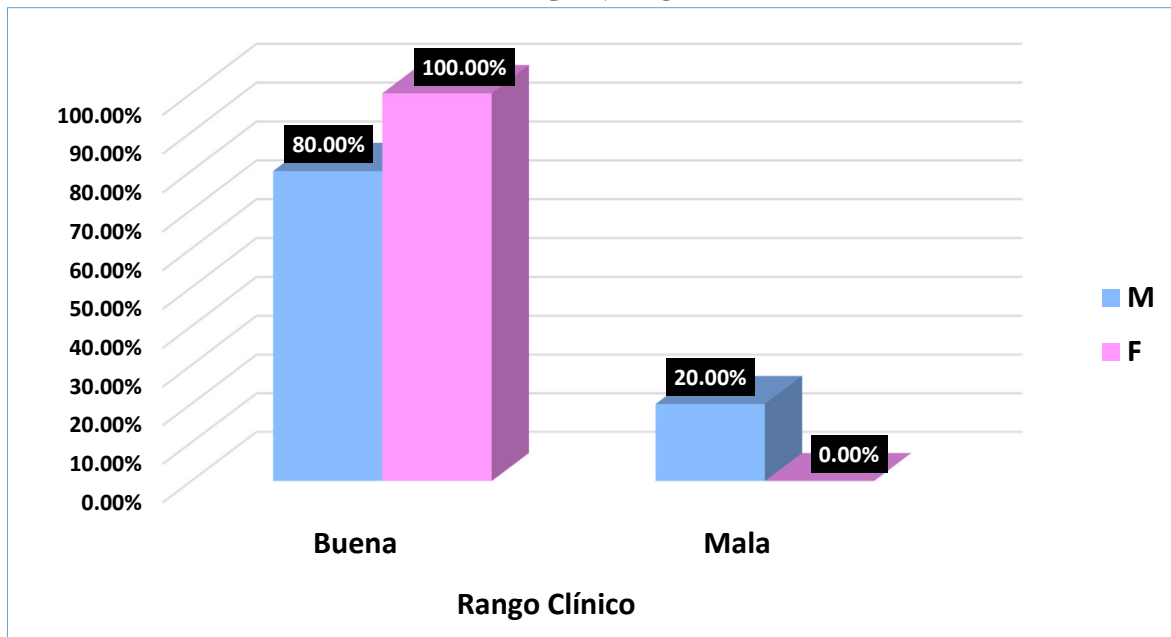
Las niñas en rango clínico estaban ubicadas en los estratos 2, 3 y 4 – mayoría en estrato 2-, los niños en estrato 1, 2 y 3.

GRÁFICO No. 32
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES PARTICIPACIÓN
RELIGIOSA Y GÉNERO



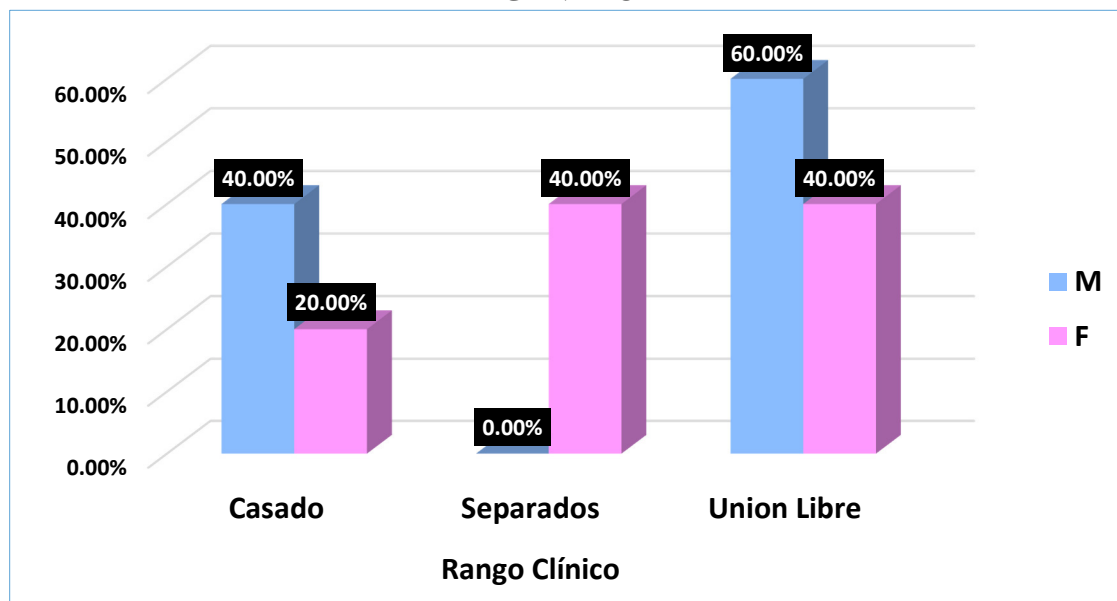
La mayorías de niños y niñas en rango clínico partencia a familias que practicaban la religión de manera activa.

GRÁFICO No. 33
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES BIENESTAR FAMILIAR
Y GÉNERO



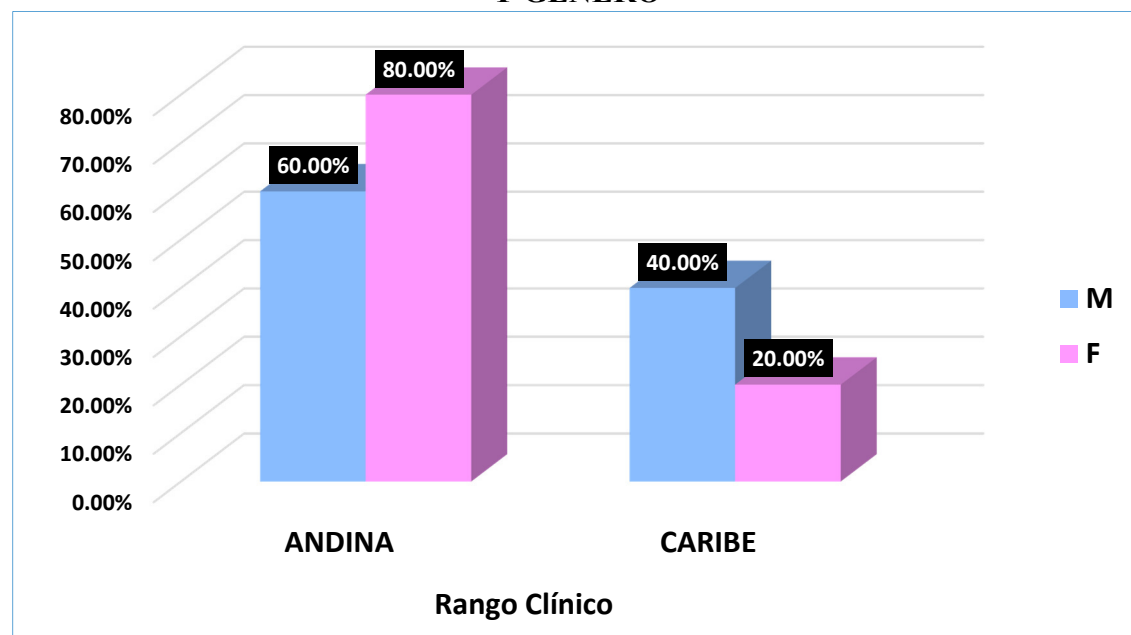
La mayoría de la niños y la totalidad de la niñas en rango clínico pertenecían a familias que consideraban tenían buenas relaciones familiares.

GRÁFICO No. 34
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES E. CIVIL PADRES Y GÉNERO



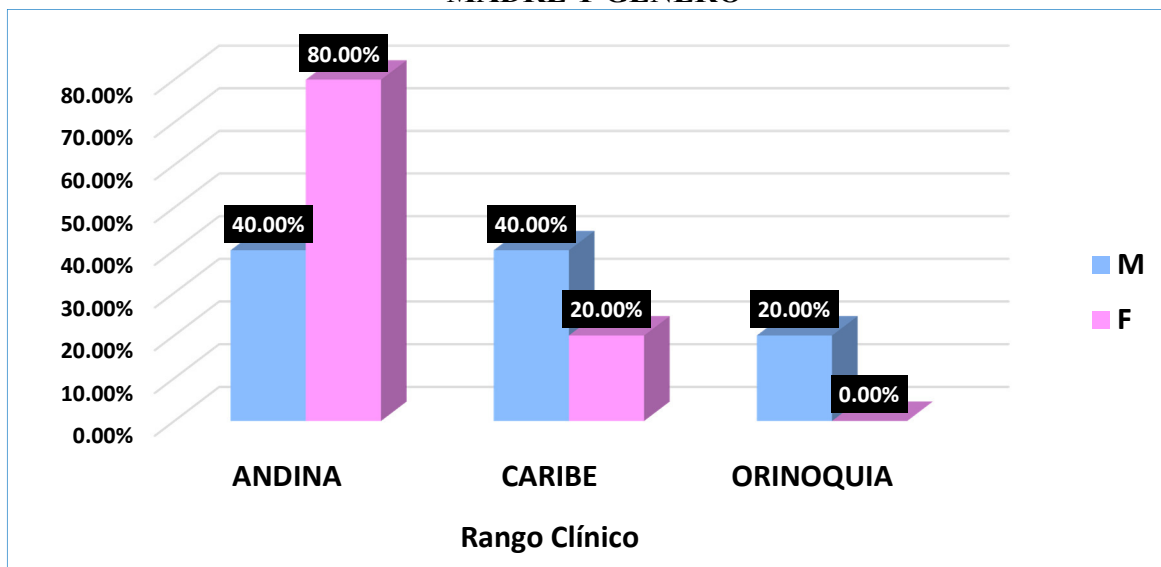
Los niños en rango clínico pertenecían a familias de padres casados y en unión libre, las niñas en rango clínico pertenecían a los tres tipos de familias.

GRÁFICO No. 35
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES REGIÓN ORIGEN PADRE Y GÉNERO



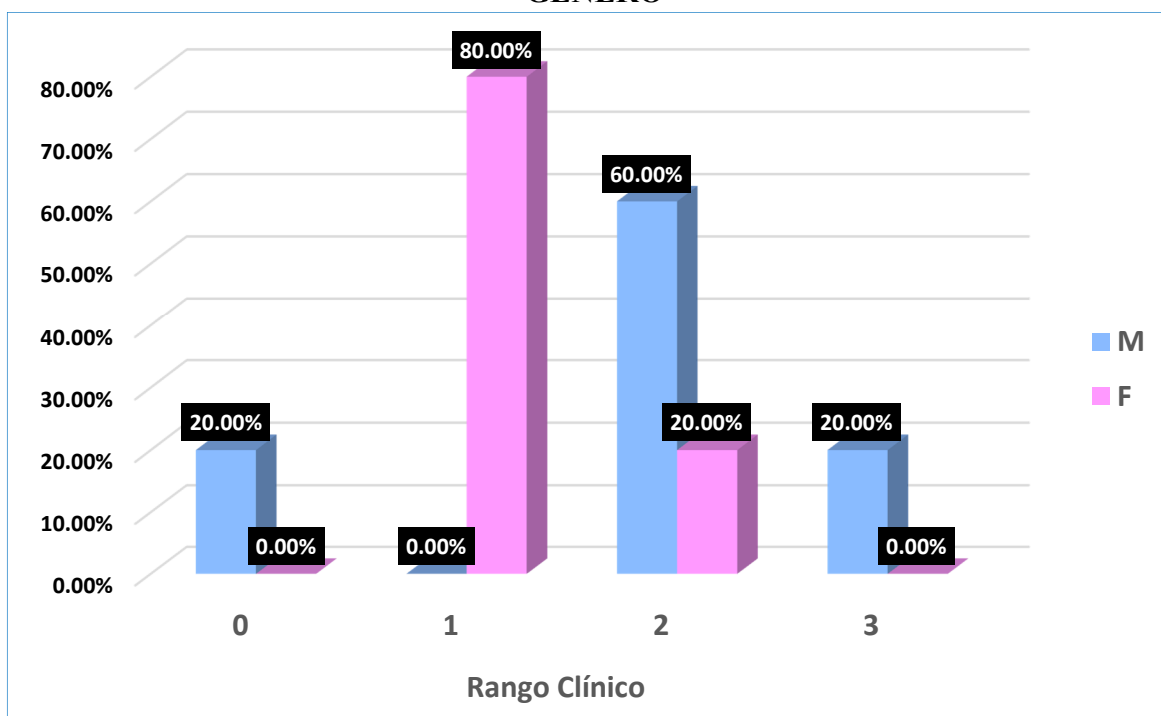
La mayoría de los niños y niñas en rango clínico son descendientes de padres de origen andino.

GRÁFICO No. 36
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES REGIÓN ORIGEN
MADRE Y GÉNERO



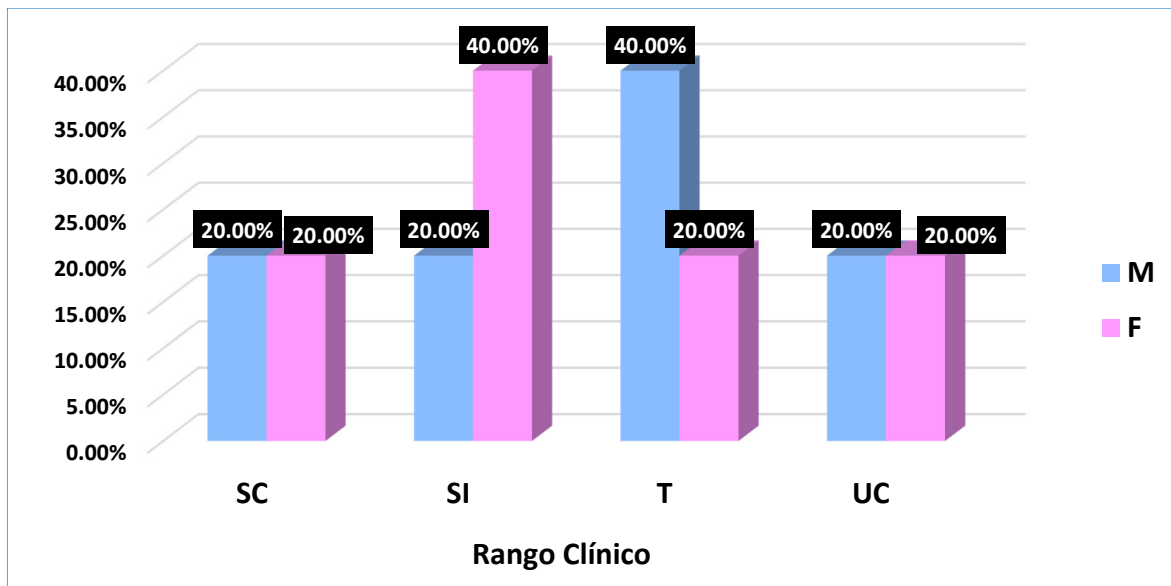
La totalidad de las niñas son descendientes de madres de origen andino y caribe, mientras los niños eran descendientes de madres de origen en región andina, caribe u orinoquia.

GRÁFICO No. 37
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES No. HERMANOS Y
GÉNERO



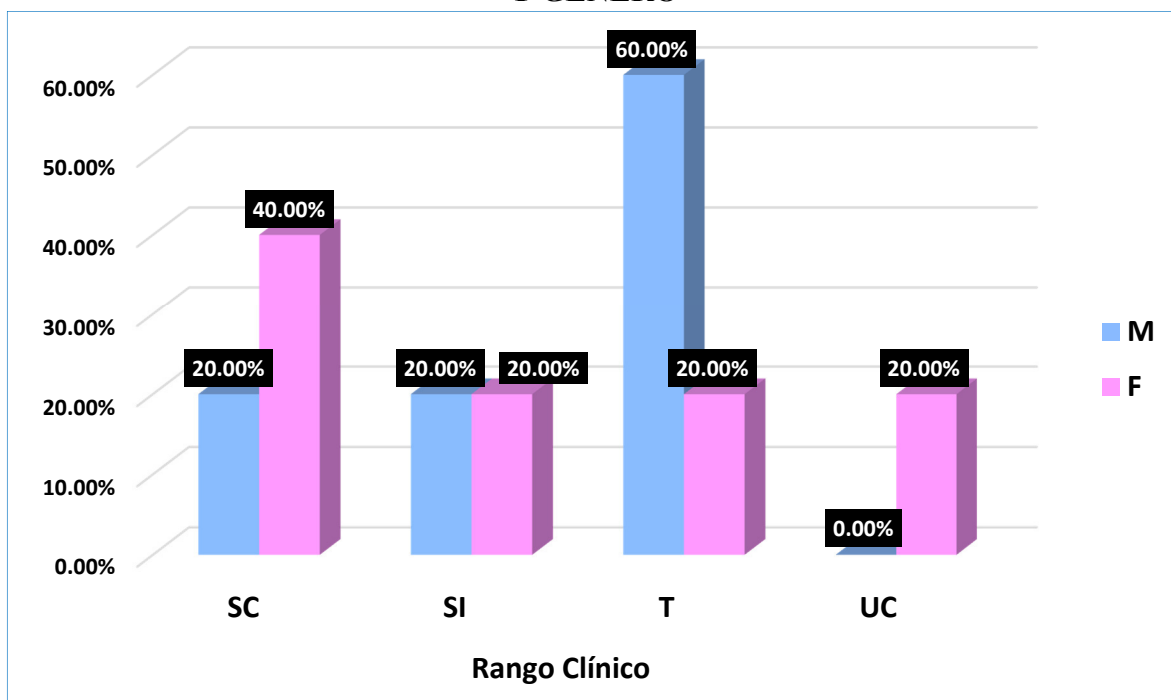
Las niñas en rango clínico tenían 1 o 2 hermanos, los niños eran hijos únicos o tenían 2 o 3 hermanos.

GRÁFICO No. 38
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES ESCOLARIDAD PADRE
Y GÉNERO



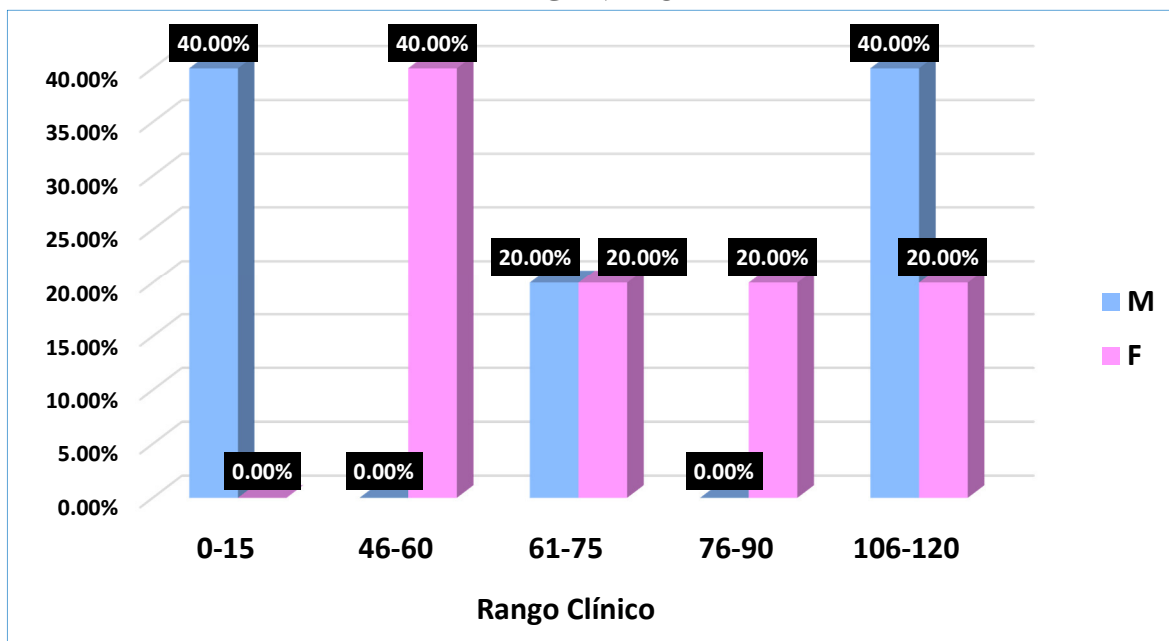
La mayoría de los niños y niñas eran descendientes de padres con escolaridad secundaria incompleta o técnicos.

GRÁFICO No. 39
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES ESCOLARIDAD MADRE
Y GÉNERO



La mayoría de los niños eran descendientes de madres con estudios técnicos y las niñas eran descendientes en igual porcentaje de madres con diversos grados de escolaridad.

GRÁFICO No. 40
RELACIÓN ENTRE SÍNTOMAS EXTERNALIZANTES TIEMPO CASA -C.EXT
Y GÉNERO



Las familias de las niñas invierten más de 15 minutos en llegar al sitio de atención por C. externa, las familias de la mayoría de los niños tardan hasta 15 minutos o entre 106-120 minutos

Se realizaron tablas relacionando cada uno de los 8 subdominios del instrumento Achenbach (ansiedad/depresión, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, desobediencia de las reglas de comportamiento y comportamiento agresivo) con cada uno de los factores sociodemográficos indagados, se tuvieron en cuenta los individuos que se encontraban en rango de normalidad, riesgo o rango clínico tanto de género masculino como femenino. Se realizó prueba de Chi cuadrado y razón de verosimilitud. No se encontró una relación estadísticamente significativa entre los resultados de cada uno de los subdominios del cuestionario Achenbach y los factores sociodemográficos, teniendo en cuenta una $P < 0.005$

Además se construyeron tablas para de 2 X 2 para relacionar nuevamente cada uno de los subdominios del instrumento Achenbach con 9 de los factores sociodemográficos estudiados, pero esta vez recategorizando los posibles desenlaces de dichos factores de la siguiente manera: estrato socioeconómico, estrato 3 – 4 – 5 y 1 -2 ; participación religiosa, si o no; estado civil, casados – unión libre y solteros – separados – divorciados; condición de las relaciones familiares, buenas y regulares – malas; región de origen de la madre, caribe – andina y pacífico – Orinoquia – amazonas; se excluyó región de origen del padre, caribe – andina y pacífico – Orinoquia – amazonas dado que no hubo padres procedentes de estas últimas regiones; número de hermanos, 0 - 1 y más de 1; escolaridad del padre, técnico - universitarios incompleto - universitario completo y ninguna, primaria incompleta, primaria

completa, secundaria incompleta – secundaria completa; escolaridad de la madre, técnico - universitarios incompleto - universitario completo y ninguna, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta – secundaria completa; tiempo en minutos invertidos en el traslado entre la casa y el lugar de atención de consulta externa de psiquiatría, 30 minutos o menos y más de 31 minutos. Al realizar pruebas de chi cuadrado y odds ratio (OR) no se evidenció riesgo estadísticamente significativo entre cada uno de los subdominio del instrumento Achenbach y las variables sociodemográficas.

16. DISCUSIÓN

Este es un estudio de tipo observacional descriptivo de corte transversal cuya muestra, constituida por 53 hijos de hasta 18 años de edad, se obtuvo de entrevistar a 27 familias cuyos padres tenían diagnóstico de Trastorno de estrés postraumático. Estas familias tuvieron un total de 62 hijos. De estos 62 menores, se tomaron a quienes cumplieron los criterios de inclusión.

De acuerdo al objetivo general de la presente investigación - caracterizar clínica y sociodemográficamente a los hijos menores de 18 años de padres con TEPT en una muestra de familias de militares de la ciudad de Bogotá D.C. 2018- y al objetivo específico -describir las características sociodemográficas de las familias con hijos descendientes de padres con TEPT en una muestra de familias de militares de la ciudad de Bogotá D.C-, en la muestra obtenida las familias tenían las siguientes características: el rango de edad de los padres fue de 33-51 (M 43, D.E 4.2) y el de las madres 26-49 (M 32, D.E 5.8). Los rangos de edades de los menores fue 6-18 (M 11, D.E 3.75); se evaluaron 16 menores de género masculino entre 12-18 años, 17 entre los 6-11 años, 12 de género femenino entre los 12-18 años y 8 entre los 6-11 años.

La mayoría, 38 (72%) vivían en casa Vs. 15 (28%) que vivían en apartamento; la mayoría, 49 (92%) vivían en vivienda propia Vs. 4 (8%) que vivían en vivienda alquilada; la mayoría de las familias estaban ubicadas en zona urbana, 50 (94%) Vs. 3 (6%) que estaban ubicadas en zona rural. El acceso a servicios públicos y privados estuvo representado de la siguiente manera 20 (38%) de las familias tenían acceso a agua, alcantarillado, luz y teléfono, 18 (34%) tenían acceso a agua, alcantarillado, luz, teléfono e internet; 14 (26%) tenían acceso a agua, alcantarillado y luz; 1 (2%) tenía acceso a agua, alcantarillado, luz e internet. Estos resultados en cuanto acceso a servicios públicos están en consonancia con el área de donde se obtuvo la muestra, la cual fue predominantemente urbana y en Colombia esto en la gran mayoría de las áreas significa acceso a servicios públicos básico. El predominio de habitabilidad en vivienda propia, se explica por las facilidades de acceso que brindan las fuerzas militares para acceder a esta.

En cuanto a la escolarización, 51(96%) de los menores estaba escolarizados al momento del estudio, solo 2 (4%) no lo estaban; 23 (43%), contaban con primaria incompleta, 22 (42%) con secundaria incompleta, 6 (11%), con universitarios incompletos, 1(2%) con secundaria completa y 1 (2%) sin ningún grado de escolaridad; de quienes estudiaban en colegio, 36 (68%) lo hacían en colegios laicos y 9 (17%) lo hacían en colegios religiosos. Las altas tasas de escolarización son consecuencia del acceso en su mayoría la educación pública gratuita.

Las instituciones a los que asistían los menores eran colegios públicos para 36 (68%), colegios privados para 9 (13%), universidades privada para 5 (15%), 2 (3%) no asistían a ninguna institución educativa y 1 (2%) asistía a universidad pública. Es de anotar que los únicos 2 individuos no escolarizados al momento de la recolección de la muestra,

correspondían a menores que por algún motivo, habiendo terminado su educación secundaria no había aun ingresado a la educación superior.

En cuanto a la religiosidad, 35 (66%) de las familias refirieron ser católicos, 15 (28%) cristianos y 3 (7%) otra religión; 37 (70%) consideraron que participaban de manera activa las actividades religiosas, 16 (30%) consideraron que no lo hacían.

El estado civil de 24 (45%) de los padres era unión libre, 19 (36%) casado, 8 (15%) separados y 2 (4%) solteros; 47 (89%) de las familias consideraban que tenían buenas relaciones familiares, 4 (7%) regulares y 2 (4%) malas. Una mayoría de familias en donde los menores vivían con ambos padres. Muchos estudios establecen que los patrones de crianza en pareja suelen ser más funcionales comparado con familia monoparentales.

Según las regiones de procedencia de los padres, 21 (40%) familias estaba conformado por ambos padres de origen andino, 21 (40%) por ambos padres de origen caribe, 3 (6%) por un padre de origen caribe y una madre de origen andino, 3 (6%) por un padre de origen caribe y una madre de origen en la orinoquía, 2 (4%) por un padre andino y una madre caribe, 2 (4%) por un padre andino y una madre de origen en la orinoquía, 1 (2%) por ambos padres de origen en la región pacífica.

La escolaridad de los padres estuvo representada de la siguiente manera, 21 (40%) tenían secundaria completa, 13 (25%) primaria completa, 9 (17%) secundaria incompleta, 6 (11%) técnicos y 4 (8%) universitarios completos. Mientras la escolaridad de las madres se presentó de la siguiente manera, 22 (42%) tenían secundaria completa, 11 (21%) secundaria incompleta, 9 (17%) técnicos, 6 (11%) universitarios completos y 5 (9%) primaria completa. Es de esperarse que un mayor grado de escolaridad de padre y madres favorecieran mejores patrones de crianza y una menor psicopatología en los menores.

El acceso al servicio de atención por consulta externa de psiquiatría en lo que respecta al tiempo invertido en minutos desde el lugar de domicilio se encontró representado de la siguiente manera: 18 (34%) de las familias invertían entre 0-15 minutos, 7 (13%) entre 16-30 minutos, 7 (13%) entre 31-45 minutos, 6 (11%) entre 46-60 minutos, 5 (9%) entre 61-75 minutos, 4 (8%) entre 76-90 minutos, 4 (8%) > 120 minutos y 2 (4%) entre 91-105. Se esperaba que un menor tiempo invertido entre el domicilio y el lugar de atención por psiquiatría favoreciera una mayor adherencia a los controles y al tratamiento reduciendo en menor disfuncionalidad en los patrones de crianza.

En cuanto al estado clínico de los menores hijos de padres con TEPT, se encontró que el 64% de los niños estaban en riesgo / rango clínico de síntomas internalizantes, mientras el 45% de las niñas se encontraron en riesgo/rango clínico. Estos resultados, en donde el porcentaje de menores en riesgo / rango clínico constituyen la mayoría con respecto a la muestra total, coincide con varios de los estudios llevados a cabo en diferentes regiones del mundo, como por ejemplo un estudio llevado a cabo en Bosnia and Herzegovina en donde se utilizó también el instrumento Achenbach para la evaluación de síntomas afectivos y comportamentales en población pediátrica. (7). En la práctica clínico-asistencial estamos

ante una población que requeriría atención preventiva o terapéutica para atender la condición de afectiva emocional de dichos menores.

A diferencia de los síntomas internalizantes, los hallazgos en cuanto a síntomas externalizantes mostraron una mayoría tanto de niños (61%) y niñas (60%) en rango de normalidad. Dicho hallazgo también ha sido reportado por algunos estudios. Los patrones rígidos y algunas veces agresivos que caracterizan los patrones de crianza de los padres que padece TEP pueden coartar la aparición de síntomas externalizantes asociado con la merma en la capacidad de comunicación de los menores, tal y como esta descrito en un estudio llevado a cabo en Oklahoma City, Oklahoma; Minneapolis, Minnesota y Phoenix, Arizona (35).

Estos hallazgos, principalmente en cuanto a síntomas internalizantes, pero también los externalizantes son muy llamativos dado que en el último Estudio Nacional de Salud Mental la prevalencia para cualquier enfermedad mental en población de 7 a 11 años fue de 1.8% para la región atlántica, 7% para la región central, 4.5 % para la región oriental, 5.4% para la región pacífica, y 5% para Bogotá D.C, con un 4.5% a nivel nacional. Cuando se estudió la población adolescente de 12 a 17 años en esta misma investigación la prevalencia para cualquier enfermedad mental fue de 8% para el área urbana y 5% para el área rural, para cualquier trastorno de ansiedad la prevalencia fue de 5.3% para el área urbana y 4.1 para el área rural y para cualquier trastorno del afecto la prevalencia fue de 3.3% para el área urbana y 1.5% para el área rural. Todos estos hallazgos de condiciones clínicas del Estudio nacional de Salud mental en población general infantil y adolescente están muy por debajo de lo encontrado en los menores del presente estudio cuyos padres están diagnosticados con Trastorno de estrés postraumático. (36)

El resultado observado en el cada uno de los subdominios del instrumento Achenbach (ansiedad/depresión, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas del pensamiento, problemas de atención, desobediencia de las reglas de comportamiento y comportamiento agresivo) muestra que la mayoría de niños y niñas se encuentran en el rango de la normalidad. Pocos estudios hacen el análisis por subdominio de manera específica, sin embargo el CBCL permite hacerlo, y es de resaltar que aunque la normalidad por subdominios es la regla en la muestra estudiada, en el constructo internalizante la presencia de riesgo / rango clínico se constituye en el mayor porcentaje.

17. FORTALEZAS Y LIMITACIONES

Al inicio del estudio lo presupuestado era tomar toda la población que asistiese a consulta externa de la Clínica la Inmaculada en el periodo comprendido entre marzo y agosto de 2018, que para el año 2016 en este mismo periodo fue de 164 pacientes, y en el año 2017 de 114 paciente, por lo que se proyectaba una muestra de 139 pacientes con diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, sin embargo, el momento de la recolección de la información se evidenció una notoria disminución en los pacientes consultantes que no coincidió con las bases de datos de años anteriores, esto principalmente debido a cambios en la dinámica del conflicto armado en Colombia, que hizo que muchos de estos pacientes regresaran a sus lugares de origen y recibieran tratamiento en los dispensarios del ejército de cada una de las diferentes regiones. A partir de la muestra lograda se pudo describir de manera completa la población en cuanto a las características sociodemográficas y las alteraciones conductuales y afectivas de los menores que hacen parte de esta familia, pero por la limitación del tamaño de la muestra no se pueden hacer extrapolaciones a las demás familias de militares del resto de Colombia. Pese a lo anterior se logró hacer una descripción de las condiciones de los menores hijos de familias cuyo padre sufren de Trastorno de Estrés Postraumático no solo de los que se encuentran en rango clínicamente patológico, sino también de los que se encuentran en riesgo de tener un trastorno de la conducta, del pensamiento y/o del estado de ánimo, siendo este estado de riesgo importante para iniciar una intervención individual y familiar para evitar futuras patologías en la infancia, adolescencia o la vida adulta. Es deseable futuras investigaciones con diseño de casos y controles que permitan establecer causalidad entre la condición de los menores y factores de riesgo adicionales a la propia enfermedad del padre.

18. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la población estudiada se identifica una mayoría de menores de género masculino afectados con o en riesgo de presentar sintomatología internalizante, así como también un importante porcentaje de menores de género femenino en esta misma condición. Esta prevalencia de síntomas internalizantes supera las reportadas para población infantil general en el último estudio nacional de salud mental.

Se sugiere implementar como parte de la atención a los pacientes militares a quienes se les diagnostique y trate por Trastorno de Estrés Postraumático –TEPT-, intervenciones familiares que incluyan a los menores hijos, para detectar alteraciones emocionales y/o comportamentales que ameriten atención concomitantemente con el padre afectado o que permita identificar de manera rutinaria sintomatología incipiente que pongan en riesgo de enfermedad mental a estos menores en el futuro.

19. REFERENCIAS

1. Morrison J. DSM-5 ® Guía para el diagnóstico clínico. 1st ed. Bogotá DC: El Manual Moderno; 2015.
2. McFarlane A. Military deployment: the impact on children and family adjustment and the need for care. *Curr Opin Psychiatry*. 2009; 22: p. 369-73..
3. Davidson J, Smith R, Kudler H. Familial psychiatric illness in chronic posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*. 1989; 30: p. 339-45.
4. Beckham J, Braxton L, Kudler H, Feldman M, Lytle B, Palmer S. Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder and their children. *J Clin Psychol*. 1997; 53: p. 847-52.
5. Harkness L. Transgenerational transmission of warrelated trauma. 1st ed. New York: Plenum; 1993.
6. Rosenheck R, Fontana A. Warrior fathers and warrior sons: Intergenerational aspects of trauma Danieli Y, editor. New York : Plenum; 1998.
7. Selimbasic Z, Sinanovic O, Avdibegovic E. Psychosocial Problems Among Children of Parents with Posttraumatic Stress Disorder. *Med Arh*. 2012 Oct; 66(5): p. 304-308.
8. Klarić M, Kvesić A, Mandić V, Petrov B, Frančisković T. Secondary traumatisation and systemic traumatic stress. *Medicina Academica Mostariensia*. 2013; 1(1): p. 29-36.
9. Dekel R, Goldblatt H. Is There Intergenerational Transmission of Trauma? The Case of Combat Veterans' Children. *Am J Orthopsychiatry*. 2008; 78: p. 281-89.
10. Volkan V. Individual and large-group identity: parallels in development and characteristics in stability and crisis. *Croat Med J*. 1999; 40: p. 458-65.
11. Galovski T, Lyons J. Psychological sequelae of combat violence: a review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behavior*. 2004; 9: p. 477-501.
12. Yehuda R, Bierer L. Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk. In De Kloet ER, Oitzl MVE. *Progress in Brain Research*.: Elsevier; 2008. p. 121-134.
13. Schick M, Morina N, Klaghofer R, Schnyder U, Müller J. Trauma, mental health, and intergenerational associations in Kosovar Families 11 years after the war. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; 4(10).

14. Jordan B, Marmar C, Fairbank J, Schlenger W, Kulka R, Hough R, et al. Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *J Clin Consult Psychol.* 1992; 60: p. 916–926.
15. MacDonald C, Chamberlain K. Posttraumatic stress disorder and interpersonal functioning in vietnam war veterans a mediational model. *J Trauma Stress.* 1999; 12: p. 701–717.
16. Westerink J, Giarratano L. The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999; 33: p. 841–847.
17. Glenn D, Beckham J, Feldman M, Kirby A, Hertberg M, Moore S. Violence and hostility among families of Vietnam veterans with combatrelated posttraumatic stress disorder. *Violence Vict.* 2002; 17(473–489).
18. Bunce S, Larsen R, Peterson C. Life after trauma personality and daily life experiences of traumatized people. *Journal of Personality.* 1995; 63: p. 165-188.
19. HarmonJones E, Simon L, Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S, McGregor H. Terror management theory and selfesteem: evidence that increased self-esteem reduces mortality salience effects. *J Pers Soc Psychol.* 1997; 72: p. 24–36.
20. Haine R, Ayers T, Sandler I, Wolechik S, Weyer J. Locus of control and selfesteem as stress moderators and stress mediators in parentally bereaved children. *Death Stud.* 2003; 27: p. 619–640.
21. Davidson A, Mellor D. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans is there evidence for the trans-generational transmission of the effects of war related trauma. *ANZ J Psychiatry.* 2001; 35: p. 345–351.
22. Rosenheck R, Fontana A. Transgenerational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. *J Trauma Stress.* 1998; 11: p. 731-742.
23. Yehuda R, Teicher M, Seckl J, Grossman R, Morris A, Bierer L. Parental posttraumatic stress disorder as a vulnerability factor for low cortisol trait in offspring of holocaust survivors. *Arch Gen Psychiatry.* 2007; 64: p. 1040–8.
24. Caselli L, Motta R. The effect of PTSD and combat level on Vietnam veterans' perceptions of child behavior and marital adjustment. *J Clin Psychol.* 1995; 51: p. 4–12.

25. Silva R, Alpert M, Munoz D, Singh S, Matzner F, Dummit S. Stress and vulnerability to posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: p. 1229–1235.
26. AlFayez , Ohaeri , AlZabin , Kamil . Prevalence of physical, psychological and sexual abuse among Kuwaiti adolescents: its impact on quality of life, selfesteem and mental health. Kuwait: Kuwait Society for the Advancement of Arab children; 2007.
27. Yehuda R, Halligan S, Bierer L. Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *J Psychiatr Res*. 2001 Sep-Oct; 35(5): p. 261-70.
28. Rosenheck R, Nathan P. Secondary Traumatization in Children of Vietnam Veterans. *Hospital and Community Psychiatry*. 1985 May; 36(5): p. 538-539.
29. Yager TJ, Gerszberg N, Dohrenwend BP. Secondary Traumatization in Vietnam Veterans' Families. *Journal of Traumatic Stress*. 2016 August; 29: p. 349–355.
30. Davidson A, Mellor D. The adjustment of children of Australian Vietnam veterans is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war related trauma. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2001; 35: p. 345–351.
31. WHO . Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach. Copenhagen: WHO , Regional Office for Europe; 2006.
32. Pećnik N. Transgenerational transmission of child abuse [in Croatian]. 2nd ed. Zagreb: Naklada Slap; 2006.
33. WHO. Preventing child maltreatment a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO; 2006.
34. Kalebić K, Ajduković M. Risk factors of child physical abuse by parents with mixed anxiety depressive disorder or posttraumatic stress disorder. *Croat Med J*. 2011 Feb; 52(1): p. 25–34.
35. Sherman M, Gress-Smith J, Straits-Troster K. Veterans' Perceptions of the Impact of PTSD on Their Parenting and Children. *Psychol Serv*. 2016; 13(4): p. 401–410.
36. Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. 1st ed. Gómez-Restrepo C, editor. Bogota D.C: Javegraf ; 2015.
37. Schick M, Morina N, Klaghofer R, Schnyder U, Müller J. Trauma, mental health, and intergenerational associations in Kosovar Families 11 years after the war. *Eur J Psychotraumatol*. 2013; 4(10).
38. Rosenheck R, Fontana A. Transgenerational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. *J Trauma Stress*. 1998; 11: p. 731-742.

39. Westerink J, Giarratano L.
The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam veterans. *Aust N Z J Psychiatry*. 1999; 33: p. 841–847.

ANEXOS

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PADRE / REPRESENTANTE LEGAL

Título del estudio: Caracterización clínica y sociodemográfica de los hijos menores de 18 años de padres con trastorno de estrés postraumático (TEPT) en una muestra de familias de militares de la ciudad de Bogotá D.C en el año 2018.

Investigador Principal: Juan David Avila Cadavid.

Este es un estudio que hace parte de un trabajo de tesis de grado, sin ánimo de lucro, con el objetivo de describir cuales signos y síntomas se encuentran en hijos menores de 18 años de padres con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en una muestra de familias de militares de la ciudad de Bogotá D.C en el año 2018. La información se obtendrá por medio del diligenciamiento de una encuesta donde la madre o cuidador principal responderán una serie de preguntas relacionadas con el funcionamiento, características y conducta del menor. No se realizará ninguna tipo de terapia o intervención directa.

El principal beneficio que Usted recibirá por la participación en este estudio será la relacionada con la determinación del estado psicológico de niños descendientes de militares con TEPT debido al conflicto armado. En nuestro medio esto se desconoce. El conocimiento de esta condición podrá derivar en una mejor atención de los menores y en la prevención de patologías en un futuro. No habrá remuneración en dinero por su participación.

Es trabajo se ha realizado siguiendo los lineamientos de la resolución 8430 de 1993, en la que, por la naturaleza de la intervención, se considera una investigación de riesgo mínimo y requiere consentimiento informado, según el literal A del artículo 11. No representa riesgo físico para él o la participante.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de la investigación.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, y su participación no afectará futuros tratamientos. Usted podrá retirarse del estudio cuando así lo considere.

En caso de requerir información adicional sobre la investigación, usted puede comunicarse con el investigador principal Dr. Juan David Avila Cadavid, residente de Psiquiatría Infantil y Adolescentes de la Universidad El Bosque al teléfono (+57) 3002681514 o escribir al email avilacadavid33@yahoo.es, o con el co-investigador Dr. Roberto Chaskel al teléfono (+57) 3102112069o escribir al email rchaskel@gmail.com

Consentimiento del sujeto del estudio.

He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Estoy enterado de los riesgos y beneficios potenciales de participar en este estudio y sé que puedo retirarme de él en cualquier momento.

Yo estoy de acuerdo en participar en este estudio y autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación. Al firmar esta hoja de Consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Nombre del participante: _____

No. C.C _____

Teléfono _____

Firma: _____

Nombre del Testigo: _____

No. C.C _____

Teléfono _____

Firma: _____

Nombre del Testigo: _____

No. C.C _____

Teléfono _____

Firma: _____

Nombre del investigador: _____

Firma: _____

Fecha: dd/mm/aa

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEMOGRÁFICOS
CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS HIJOS MENORES DE 18
AÑOS DE PADRES CON TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) EN UNA
MUESTRA DE FAMILIAS DE MILITARES DE LA CIUDAD DE BOGOTÁ D.C EN EL AÑO 2018.

Fecha: dd/mm/aa.

Estrato.	1	2	3	4	5	6	
Vivienda	Casa	Apartamento		Propia/o		Alquilada/o	
Servicios públicos.	Acueducto		Alcantarillado		Luz		Teléfono
	No	Si	No	Si	No	Si	No
Zona urbana				Zona rural			
Religión.		católica	Practicante		No	Si	
		cristiana					
		otra					
Estado civil.				Soltera			
				Casada			
				Unión libre			
				Separada			
				Divorciada			
Condición de las relaciones familiares.				Buenas			
				Regulares			
				Malas			
Región de origen del padre.				Caribe			
				Andina			
				Pacífico			
				Orinoquia			
				Amazonas			

Región de origen de la madre.		Caribe														
		Andina														
		Pacífico														
		Orinoquia														
		Amazonas														
Número de hijos.	1		2		3		4		5		+5					
Edad de los hijos.																
Escolaridad de los hijos.	N		N		N		N		N		N					
	PI		PI		PI		PI		PI		PI					
	PC		PC		PC		PC		PC		PC					
	SI		SI		SI		SI		SI		SI					
	SC		SC		SC		SC		SC		SC					
	Técnico		Técnico		Técnico		Técnico		Técnico		Técnico					
	UI		UI		UI		UI		UI		UI					
Escolarización actual	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si	no	si				
Lugar del hijo sobre el que se diligenciara la encuesta.																
Colegio público (pb). Privado (pv).																
Universidad pública (pb). Privada (pv).																
Tipo de colegio.	Religioso				Laico				Militar							
Edad de los padres (años).	Padre								Madre							
Escolaridad de los padres.	N	P	P	S	S	T	U	U	N	P	P	S	S	T	U	U
Ocupación.																
Tiempo en minutos entre casa / lugar de atención servicio de psiquiatría.	0 15	16 30	31 45	46 60	61 75	76 90	91 105	106 120	>120							
	Observaciones:															

LISTADO DE SÍNTOMAS DEL COMPORTAMIENTO DE ACHENBACH (CBCL)



Por favor utilice letra
de imprenta/molde

CUESTIONARIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE NIÑOS(NIÑAS) DE 6-18 AÑOS

NÚMERO
ID #

NOMBRE Nombre Apellido Paterno Apellido Materno
COMPLETO
DEL NIÑO(A):

SEXO

☐ Masculino ☐ Femenino

EDAD

RAZA

FECHA DE HOY

Día Mes Año

FECHA DE NACIMIENTO

Día Mes Año

GRADO
ESCOLAR

No va a la
escuela: ☐

Por favor complete este cuestionario con su opinión
sobre el comportamiento de su hijo(a). Hágalo
aunque usted piensa que otras personas no están
de acuerdo con su opinión. Siéntase en la libertad
de escribir comentarios adicionales al final de cada
frase y en el espacio que se provee en la página 2.

TRABAJO USUAL DE LOS PADRES, inclusive si ahora no
está trabajando. (Por favor especifique — por ejemplo: Mecánico,
jardinero, maestro(a), ama de casa, albañil, policía, hace changas/
trabajos informales, jornalero, vendedor(a) ambulante, profesional.)

PADRE 1

(o Padre):

PADRE 2

(o Madre):

ESTE CUESTIONARIO FUE CONTESTADO POR:

☐ Padre 1 o Padre (Nombre y apellido)

☐ Padre 2 o Madre (Nombre y apellido)

☐ Otra persona (Nombre y relación con el/la niño(a))

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

☐ Ninguno

a. _____

b. _____

c. _____

En comparación con otros niños(as)
de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica
a cada uno de estos deportes?

Menos Igual Más No
que los que los que los lo
demás demás demás sé

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

En comparación con otros
niños(as) de su edad, ¿cómo
es él/ella en estos deportes?

Peor Igual Mejor No
que los que los que los lo
demás demás demás sé

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

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

☐ Ninguno

a. _____

b. _____

c. _____

En comparación con otros niños(as)
de su edad, ¿cuánto tiempo le dedica
a cada una de estas actividades?

Menos Igual Más No
que los que los que los lo
demás demás demás sé

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

En comparación con otros
niños(as) de su edad, ¿cómo
es él/ella en estas actividades?

Peor Igual Mejor No
que los que los que los lo
demás demás demás sé

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

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

☐ Ninguno

a. _____

b. _____

c. _____

En comparación con otros niños(as)
de su edad, ¿qué tan activo(a) es en
cada uno de los grupos?

Menos Igual Más No
que los que los que los lo
demás demás demás sé

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

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

☐ Ninguno

a. _____

b. _____

c. _____

En comparación con otros niños(as) de
su edad, ¿cómo lleva a cabo estas tareas?

Peor Igual Mejor No
que los que los que los lo
demás demás demás sé

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

☐ ☐ ☐ ☐

Asegúrese que contestó
todas las preguntas.

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

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

☐ Ninguno ☐ 1 ☐ 2 ó 3 ☐ 4 o más

2. Sin contar las horas en que está en la escuela, ¿cuántas veces a la semana participa su hijo(a) en actividades con sus amigos(as)? ☐ Menos de 1 ☐ 1 ó 2 ☐ 3 o más

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

Peor que los demás Igual que los demás Mejor que los demás

a. se lleva con sus hermanos y hermanas? ☐ ☐ ☐ ☐ No tiene hermanos o hermanas
b. se lleva con otros niños y niñas? ☐ ☐ ☐
c. se comporta con su papá y mamá? ☐ ☐ ☐
d. juega solo(a) y hace sus tareas solo(a)? ☐ ☐ ☐

VII. 1. Desempeño escolar. ☐ Si su hijo(a) no está en la escuela, por favor escriba la razón. _____

Marque una respuesta para cada materia.	Fue reprobado	Por debajo del promedio	Promedio	Más alto que el promedio
a. Lectura, Español o Literatura	☐	☐	☐	☐
b. Historia o Estudios Sociales	☐	☐	☐	☐
c. Aritmética o Matemáticas	☐	☐	☐	☐
d. Ciencias	☐	☐	☐	☐
e. _____	☐	☐	☐	☐
f. _____	☐	☐	☐	☐
g. _____	☐	☐	☐	☐

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

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

☐ No ☐ Sí - ¿En qué tipo de clase o escuela especial está? (Especifique): _____

3. ¿Ha repetido algún año? ☐ No ☐ Sí - ¿Qué año o años y por qué? _____

4. ¿Ha tenido su hijo(a) algún problema académico u otros problemas en la escuela? ☐ No ☐ Sí - por favor describa: _____

¿Cuándo empezaron estos problemas? _____

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

¿Padece su hijo(a) de alguna enfermedad, discapacidad física o mental? ☐ No ☐ Sí - por favor describa el problema: _____

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

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

Asegúrese que contestó todas las preguntas.

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

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

0 = No es cierto (que sepa usted)

1 = En cierta manera, algunas veces

2 = Muy cierto o cierto con frecuencia

- 0 1 2 1. Actúa como si fuera mucho menor que su edad
- 0 1 2 2. Toma bebidas alcohólicas sin permiso de los padres (describa): _____
- 0 1 2 3. Discute mucho
- 0 1 2 4. Deja sin terminar lo que él/ella empieza
- 0 1 2 5. Disfruta de muy pocas cosas
- 0 1 2 6. Hace sus necesidades en la ropa o en lugares inadecuados
- 0 1 2 7. Es engreído(a), presumido(a)
- 0 1 2 8. No puede concentrarse o prestar atención por mucho tiempo
- 0 1 2 9. Obsesiones, que quiere decir que no puede sacarse de la mente ciertos pensamientos (describa): _____
- 0 1 2 10. No puede quedarse quieto(a); es inquieto(a) o hiperactivo(a)
- 0 1 2 11. Es demasiado dependiente o apegado(a) a los adultos
- 0 1 2 12. Se queja de que se siente solo(a)
- 0 1 2 13. Está confundido(a) o parece como si estuviera en las nubes
- 0 1 2 14. Lloro mucho
- 0 1 2 15. Es cruel con los animales
- 0 1 2 16. Es cruel, abusador(a), y malo(a) con los demás
- 0 1 2 17. Sueña despierto(a), se pierde en sus propios pensamientos
- 0 1 2 18. Se hace daño a sí mismo(a) deliberadamente o ha intentado suicidarse
- 0 1 2 19. Exige mucha atención
- 0 1 2 20. Destruye sus propias cosas
- 0 1 2 21. Destruye las pertenencias de sus familiares o de otras personas
- 0 1 2 22. Desobedece en casa
- 0 1 2 23. Desobedece en la escuela
- 0 1 2 24. No come bien
- 0 1 2 25. No se lleva bien con otros niños(as)/jóvenes
- 0 1 2 26. No parece sentirse culpable después de portarse mal
- 0 1 2 27. Se pone celoso(a) fácilmente
- 0 1 2 28. No respeta/rompe las reglas en casa, en la escuela, o en otro lugar
- 0 1 2 29. Tiene miedo de ciertas situaciones, animales o lugares (no incluya la escuela) (describa): _____
- 0 1 2 30. Le da miedo ir a la escuela

- 0 1 2 31. Tiene miedo de que pueda pensar o hacer algo malo
- 0 1 2 32. Siente que tiene que ser perfecto(a)
- 0 1 2 33. Siente o se queja de que nadie lo/la quiere
- 0 1 2 34. Siente que los demás lo/la quieren perjudicar
- 0 1 2 35. Se siente inferior o cree que no vale nada
- 0 1 2 36. Se lastima accidentalmente con mucha frecuencia, propenso(a) a accidentes
- 0 1 2 37. Se mete mucho en peleas
- 0 1 2 38. Los demás se burlan de él/ella a menudo
- 0 1 2 39. Se junta con niños(as)/jóvenes que se meten en problemas
- 0 1 2 40. Oye sonidos o voces que no existen (describa): _____
- 0 1 2 41. Impulsivo(a); actúa sin pensar
- 0 1 2 42. Prefiere estar solo(a) que con otras personas
- 0 1 2 43. Dice mentiras o hace trampas
- 0 1 2 44. Se come/muerde las uñas
- 0 1 2 45. Nervioso(a), tenso(a)
- 0 1 2 46. Movimientos involuntarios o tics (describa): _____
- 0 1 2 47. Pesadillas
- 0 1 2 48. No le cae bien a otros niños(as)/jóvenes
- 0 1 2 49. Padece de estreñimiento
- 0 1 2 50. Demasiado ansioso(a) o miedoso(a)
- 0 1 2 51. Se siente mareado(a)
- 0 1 2 52. Se siente demasiado culpable
- 0 1 2 53. Come demasiado
- 0 1 2 54. Se siente demasiado cansado(a) sin razón para estarlo
- 0 1 2 55. Tiene sobrepeso
- 0 1 2 56. Problemas físicos *sin causa médica conocida*:
- 0 1 2 a. Dolores o molestias (sin que sean del estómago o dolores de cabeza)
- 0 1 2 b. Dolores de cabeza
- 0 1 2 c. Náuseas, ganas de vomitar
- 0 1 2 d. Problemas con los ojos (*no* incluya si se corrigió con gafas/lentes/espejuelos) (describa): _____
- 0 1 2 e. Salpullido o irritación en la piel
- 0 1 2 f. Dolores de estómago
- 0 1 2 g. Vómitos
- 0 1 2 h. Otros (describa): _____

Asegúrese que contestó todas las preguntas.

Por favor pase a la página siguiente.

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

0 = No es cierto (que sepa usted)

1 = En cierta manera, algunas veces

2 = Muy cierto o cierto con frecuencia

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

POR FAVOR ASEGÚRESE QUE CONTESTÓ TODAS LAS PREGUNTAS

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