

Relación entre orfandad ocasionada por el conflicto armado e indicadores de depresión y comportamiento en niños, niñas y adolescentes colombianos.

Gina Dueñas^I, Sandra Vega^I, Clemencia Ramírez^{II}, Ángela Pinzón.^{II}

Salud pública de la Escuela de Medicina y Ciencias de Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, CO; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Bogotá, CO; Organización Internacional Para Las Migraciones (OIM), Bogotá, CO; Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (Unicef), Bogotá, CO.

I Estudiantes maestría salud pública. Escuela de Medicina y Ciencias de Salud, Universidad del Rosario, Bogotá

II Asesoras temática y metodológica de trabajo de grado. Escuela de Medicina y Ciencias de Salud, Universidad del Rosario, Bogotá

Resumen

El conflicto armado en Colombia ha dejado aproximadamente dos millones de niños, niñas y adolescentes víctimas del mismo. Este estudio descriptivo de corte transversal con componente analítico, determina la relación entre la orfandad a causa del conflicto armado y los indicadores de depresión y comportamiento en niños, niñas y adolescentes colombianos. Participaron 378 niños, niñas y adolescentes huérfanos a causa del conflicto y 680 controles, niños no expuestos directamente al conflicto armado. Se aplicaron las medidas psicométricas CDS (cuestionario de depresión para niños) y CBCL (lista de chequeo de comportamiento infantil) adaptados para Colombia. Los resultados muestran que los niños y adolescentes entre 12 a 18 años presentaron mayores puntajes en los indicadores de afecto negativo, en especial en total depresivo (AOR 1,94, IC del 95%: 1,27-2,97) y en la ausencia de elementos positivos, en el indicador ánimo y alegría (AOR 2,45, IC del 95%: 1,57-3,80) en comparación con su grupo control. Para la escala CBCL los niños entre 8 a 11 años presentaron puntajes altos solo en el indicador retraimiento (AOR 2,54, IC del 95%: 1,26-5,12) y en los niños y adolescentes de 12 a 18 años presentaron puntajes altos para los indicadores globales total problemas (AOR 1,63, IC del 95%: 1,12-2,37) y CBCL internalizante (AOR 1,95, IC del 95%: 1,34-2,83) en comparación con el grupo control. En conclusión se encuentran diferencias estadísticamente significativas en los indicadores estudiados entre los niños huérfanos y los niños no expuestos directamente al conflicto armado. Por lo anterior, los niños huérfanos a causa de conflicto deben tener una atención diferencial e integral para su reparación.

Palabras clave: conflicto armado, niños huérfanos, adolescente, comportamiento y depresión.

Introducción.

El conflicto armado es un problema presente en diferentes países del mundo. Colombia ha vivido un conflicto interno a causa de inequidades sociales y narcotráfico por más de 60 años que ha dejado un número importante de huérfanos. Con la firma del tratado de paz entre el gobierno y las FARC, mayor grupo disidente del país, en el año 2016, se vive en la actualidad un desescalamiento del conflicto. A pesar del mismo, en el país continúan algunos grupos armados delinquiendo y los años de actividad y ataques hostiles han dejado múltiples víctimas (Bustamante, 2015). A junio del 2018 el sistema de registro de víctimas del conflicto armado, reportaba la existencia de 8'346,422 víctimas del conflicto en el país. (UARIV, 2018).

Dentro de la población civil afectada en las zonas de conflicto, los niños, niñas y adolescentes cobran particular importancia, ya que al encontrarse en un estado de desarrollo tanto físico como emocional son particularmente vulnerables a los efectos de la violencia. En Colombia, más de dos millones de niños han sido reportados como víctimas del conflicto armado (UARIV, 2014). Independientemente del tipo de exposición al conflicto, la percepción de amenaza y miedo que experimenta un niño enfrentado al mismo, tiene un significado negativo que impacta su bienestar mental, social y conductual. (Harel-fisch et al., 2010)

Es de reconocer que como consecuencia a la exposición a hechos traumáticos la población puede desarrollar trastornos de salud mental como psicosis, ansiedad, depresión y estrés postraumáticos, entre otros (Weisleder & Rublee, 2018). La OMS (s.f.) calcula que el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales que afectan su calidad de vida.

La separación o pérdida de los padres es un problema que afecta a los niños y niñas (Ie & Millar, 2003). A pesar de que la orfandad a causa del conflicto ha sido reconocida en Colombia como un hecho victimizante mediante la Ley 1448 de 2011, no existe una cifra oficial sobre el número de niños huérfanos a causa del conflicto armado en el país, ni se conocen las consecuencias de la orfandad en los niños. Durante el año 2013, el ICBF realizó una búsqueda piloto de huérfanos a causa del conflicto en tres de los 33 departamentos del país, encontrando 951 huérfanos.

La orfandad altera los vínculos familiares, cambia las redes de apoyo, los lazos y las dinámicas familiares y genera carencia de afecto, tristeza y dificultades en la transición a la vida adulta (Moratilla & Taracena, 2012). En el caso de los adolescentes cuando las pérdidas se dan en el contexto del conflicto armado, se reduce su capacidad de resiliencia (Mueller, Baudoncq, & Schryver, 2018)

De acuerdo a la ley 1448 del 2011 (ley de restitución de derechos a víctimas del conflicto armado), se contempla el abordaje integral a las víctimas, que incluye la valoración psicosocial y evaluación de los impactos físicos, emocionales y sociales para favorecer la restitución de derechos de las víctimas de la guerra.

Aunque existen investigaciones tanto en el mundo como en Colombia sobre los efectos de la guerra en la población civil (Calam, 2017; Kingsley, 2017; Fern & Rodado-fuentes, 2015; Blanco, Flink, Enriquez, Beirens, & Raat, 2013; Vinck y Pham, 2013; Bell et al, 2012; Husain et al, 2011; Tortosa, 2010; McDonald, 2010; Torrado, 2009) no hay estudios que enfatizen las particularidades de los efectos de la orfandad en niños, niñas y adolescentes. Esta investigación busca determinar la relación entre la orfandad a causa del conflicto armado y el impacto en los indicadores de depresión y comportamiento en niños, niñas y adolescentes colombianos, con el fin de brindar conocimiento para atender, asistir y reparar integralmente a estos niños.

Metodología.

Procedimientos de estudio y población.

Estudio de corte transversal con componente analítico realizado en la sub-muestra de niños huérfanos del estudio “impacto del conflicto armado en el estado psicosocial de niños, niñas y adolescentes” (OIM, I., & UNICEF, 2014)

La población correspondió a niños, niñas y adolescentes colombianos entre 8 y 18 años de edad inscritos a programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) que se encontraran viviendo en: Bogotá DC, Antioquia, Nariño, Santander, Tolima, Norte Santander, Arauca, Caldas, Casanare, Chocó, Putumayo, Huila, Meta, Quindío, Sucre o Valle del Cauca.

Este estudio presenta el análisis de los niños huérfanos (n=378) comparados con un grupo control (n=680) de niños no expuestos directamente al conflicto armado. Se incluyeron la totalidad de niños huérfanos por muerte o desaparición de padre, madre o ambos a causa del conflicto armado, inscritos al ICBF y que aceptaron voluntariamente la participación en el estudio. En el grupo control se incluyeron niños inscritos al programa de generaciones del ICBF con características sociodemográficas similares al grupo expuesto al conflicto en cuanto a nivel socioeconómico, edad, sexo, nivel de escolaridad e institución educativa pública (esto considerando la totalidad de los niños víctimas del conflicto incluidos en el estudio general) y que aceptaron voluntariamente la participación en el estudio.

Se excluyeron niños con dificultades cognitivas o lesiones físicas o psicológicas que comprometieran su capacidad para decidir sobre su participación. Todos los niños fueron evaluados por psicología antes de invitarlos a participar en el estudio.

Se utilizaron tres instrumentos, un formato para recolección de datos sociodemográficos y dos pruebas psicométricas, CDS y el CBCL. El formato para la recolección de datos sociodemográficos se diseñó

específicamente para recolectar datos sociodemográficas, medidas antropométricas, síntomas y enfermedades diagnosticadas.

Las pruebas psicométricas se eligieron teniendo en cuenta su aplicación en niños, niñas y adolescentes en el contexto del conflicto armado, su pertinencia para la edad (8 a 18 años), su adaptación al español, su disponibilidad, su validez en población de Latinoamérica y su aplicabilidad en Colombia. Los instrumentos fueron aplicados por psicólogos, entrenados específicamente para el estudio, en dos sesiones para evitar el agotamiento de los niños. Con el CDS se realizó evaluación global y específica de indicadores de depresión. Se utilizó la prueba adaptada al español (Tisher, n.d.). Que consta de 66 ítems divididos en dos dimensiones (Total depresivo y Total positivo) y ocho sub escalas (Respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte, sentimientos de culpa, depresivos varios, Animo-alegría y positivos varios)

Con el CBCL se evaluaron problemas del comportamiento. Se aplicó el Youth Self Report (YSR), el cual consta de 113 ítems que miden la conducta internalizante y externalizante de los niños. Este instrumento evalúa 8 síndromes: Retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión, problemas sociales, alteraciones del pensamiento, problemas de atención y conducta agresiva (OIM, I., & UNICEF ,2014).

Este estudio fue aprobado por el comité de ética en investigaciones de la Universidad San Buenaventura seccional Cali. La participación de los niños requirió consentimiento de los padres o acudientes y asentimiento de los niños. Ante sospecha de problemas emocionales o sociales de los niños, estos fueron reportados al ICBF y seguidos hasta que se garantizó la atención integral al problema detectado. La información se manejó de manera confidencial. Los niños seleccionados para el estudio, independientemente de la decisión que tomaran sobre su participación en el mismo, recibieron un kit escolar y refrigerio.

Los datos fueron digitalizados utilizando el sistema Teleform. El sesgo de memoria se intentó controlar verificando información extrema en las historias clínicas de los niños.

Variables del estudio.

Las variables dependientes fueron los indicadores de depresión y comportamiento de los niños, niñas y adolescentes. Los indicadores correspondieron a los resultados en las pruebas psicométricas CDS y CBCL. Los puntajes se categorizaron por puntos de corte, de acuerdo con su interpretación cualitativa, revisión en la literatura científica y la distribución de los datos en la población del estudio. Para el CDS Cada una de las subescalas se estratificó en puntajes alto, medio y bajo y se seleccionó como punto de corte percentiles mayores a 70(Lang & Tisher, 2016)). Para el CBCL cada una de las subescalas se estratificaron en puntajes no clínico, riesgo y clínico y se seleccionó como punto de corte significativo, percentiles mayores a 90 (Bordin, Rocha, Teixeira, & Rescorla, 2013).

La variable independiente fue la orfandad a causa del conflicto armado. Las variables control fueron: edad (niños: 8 a 11 años; niños y adolescentes: 12 a 18 años), sexo, etnia (mayoría, afrocolombiano, indígena y otras minorías), percepción del estado de salud (buena y/o mala), vive con la madre, estudia actualmente y tratamiento psicológico.

Análisis.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión. 23. La calidad de los datos se verificó utilizando filtros y estadísticos descriptivos. Los análisis se realizaron por grupos de edad, niños (8 a 11 años) y adolescentes (12 a 18 años). Primero se calcularon frecuencias y proporciones de las variables estudiadas, luego razones de prevalencia y finalmente se realizaron análisis de regresión logística multinomial ajustadas de las subescalas de indicadores de depresión y comportamiento en orfandad.

Resultados.

La muestra estuvo constituida por 202 niños (19,1%) entre 8 y 11 años y 755 (71,3%) entre 12 y 18. Para los dos grupos de edad, la etnia indígena tuvo mayor proporción en el grupo de huérfanos: niños de 8-11 años, 16 (20%) y adolescentes de 12-18 años, 33 (11%), la distribución por sexo fue equitativa y no se encontraron

diferencias en los indicadores de comportamiento y depresión. La tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos de las variables sociodemográficas.

Alrededor de 378 (35.66%) de los huérfanos reportan modalidades de atención entre los más comunes (hogar gestor, unidades móviles u otra modalidad) en comparación con el grupo control 680 (64,35 %) que reportaron, en su mayoría, no recibir ninguna modalidad de atención.

En lo que respecta a los años de orfandad en ambos grupos, se identificó que el mayor porcentaje se encuentra entre 7 a 12 años.

Con relación al tratamiento psicológico se identificó que el 68% de los huérfanos en ambos grupos de edad recibieron tratamiento contrario al grupo control con el 62 %. En cuanto a los eventos traumáticos los niños huérfanos, reportaron entre uno o dos eventos, en ambos grupos de edad con el 100 % contrario al grupo control con el 0 %.

En la tabla 2 se observa la distribución de los puntajes de pruebas psicométricas estratificadas por grupos de edad. De acuerdo con las dimensiones de la medida psicológica CBCL, se evidenció en los niños de 8 a 11 que los puntajes para CBCL internalizante y alteraciones del pensamiento estuvieron entre no clínico o clínico y ninguno, en la categoría de riesgo.

La tabla 3 presenta el análisis bivariado y multivariado entre huérfanos e indicadores de depresión. En el grupo de niños entre 8 a 11 años no presentó asociaciones estadísticamente significativas para todos los puntos de corte que conforman los indicadores del CDS, contrario a lo sucedido en el grupo de edad de niños, niñas y adolescentes entre 12 a 18 años, los cuales presentaron indicadores relacionados al afecto negativo en el grupo de huérfanos comparado con el grupo control. Las subescalas con mayores puntajes en los puntos de corte altos y que aumentaron su asociación estadísticamente significativa después de ser ajustadas en el modelo, correspondieron a: total depresivo (AOR =1,942, IC 95%: 1,27-2,97) respuesta afectiva (AOR =2,13, IC 95%: 1,32-3,46), preocupación por la muerte (AOR =1,65, IC 95%: 1,05-2,60) y depresivos varios (AOR =1,62, IC 95%: 1,03-2,55). En el caso de los indicadores que presentaron asociaciones estadísticamente significativas en dos puntos de corte fueron: problemas sociales;(medio AOR =1,77, IC 95%: 1,16-2,68 y alto AOR =2,62, IC 95%: 1,62-2,923) y sentimiento de culpa (medio AOR =1,45, IC 95%: 1,00-2,10 y alto AOR =1,65, IC 95%: 1,08-2,53).En comparación con el indicador total positivo, solo presento asociación estadísticamente significativa en la subescala animo o alegría (AOR =2,45, IC 95%: 1,57-3,80).

En la tabla 4 se presenta el análisis bivariado y multivariado entre orfandad ocasionada por el conflicto armado y los indicadores de comportamiento. En el grupo de niños entre 8 y 11 años solo se evidencio una diferencia estadísticamente significativa entre los niños huérfanos en la subescala de retraimiento en los puntos de corte (riesgo AOR =3,33, IC 95%: 1,26-8,80 y clínico AOR =2,54, IC 95%: 1,25-5,12). En los niños, niñas y adolescentes de 12 a 18 años presentaron indicadores relacionados con los procesos internalizantes y externalizantes en el grupo de huérfanos comparado con el grupo control. Las subescalas con mayores puntajes en los puntos de corte clínico y que aumentaron su asociación estadísticamente significativa después de ser ajustadas en el modelo correspondieron a: CBCL internalizante (AOR =1,95, IC 95%: 1,34-2,83) y total problemas (AOR =1,63, IC 95%: 1,12-2,37) ansiedad y depresión (AOR =1,91, IC 95%: 1,31-2,88) y comportamiento transgresor (AOR =1,59, IC 95%: 1,08-2,35). En el caso de los indicadores que presentaron asociaciones estadísticamente significativas en dos puntos de corte fueron problemas de atención (riesgo AOR=1,90, IC 95%:1,19 – 3,04 y clínico AOR =1,92, IC 95%: 1,27-2,90) retraimiento (riesgo AOR=1,76, IC 95%:1,04-2,97 y clínico AOR =1,83, IC 95%: 1,25-2,67)

Con respecto a las variables de control utilizadas para ajustar el modelo de regresión, se identificó que el sexo, la asistencia al colegio, tratamiento psicológico, la percepción del estado de salud y vivir con la madre no afectan la asociación entre los huérfanos y los indicadores de depresión y comportamiento. Sin embargo la variable edad mostro una asociación estadísticamente significativa para los indicadores globales del CDS.

Por último, la tabla 5 muestra las particularidades de victimización que acompaña a los huérfanos, en ella se observa que hay un mayor impacto en sus indicadores depresión y comportamiento en los niños, niñas y

adolescentes que son huérfanos por desaparición de padre, madre o ambos o también en aquellos que no solo son huérfanos si no también víctimas de desplazamiento o reclutamiento.

Discusión.

Este estudio encontró que los niños, niñas y adolescentes colombianos huérfanos a causa del conflicto armado, al compararlos con el grupo control, presentan mayores puntajes en indicadores de depresión y problemas de comportamiento. Esto es probablemente consecuencia tanto de la exposición al conflicto armado, como de la pérdida de alguno o ambos padres. Si bien, hasta donde los autores conocen, no existen estudios en la literatura que reporten los efectos de la orfandad a causa del conflicto armado en la salud mental de niños y adolescentes, se encuentran estudios que explican los efectos de la exposición a la guerra en la salud mental de los niños y estudios que muestran las consecuencias de la orfandad.

Los estudios que muestran los efectos de la exposición a la guerra en la salud mental de los niños concuerdan con nuestros hallazgos. Entre estos, podemos destacar la revisión sistemática de Wani & Phogat. Esta revisión encuentra que la prevalencia de trastornos mentales en niños expuestos al conflicto armado es mayor que en la población general (Wani & Phogat, 2018). Por su parte la revisión sistemática de Slone & Mann, focalizándose en niños entre cero y seis años, encuentra que dentro de los efectos que pueden estar presentes en la población expuesta a un evento terrorista, guerra o conflicto armado, se encuentran los problemas conductuales y emocionales que incluyen síntomas psicósomáticos (Slone & Mann 2016). Finalmente, Liu, reporta que los niños son particularmente vulnerables a los efectos de la guerra, aunque su angustia puede ser subestimada por un adulto; dado la dificultad que tienen para comunicar sus experiencias (Liu M, 2017).

Por su parte, los estudios en población huérfana, soportan igualmente los hallazgos de este estudio. En los mismos se evidencia que la orfandad predispone a presentar problemas emocionales y de comportamiento. Los niños huérfanos a menudo reportan carencia de amor, protección, identidad, seguridad y presentan baja confianza y autoestima al compararlos con aquellos niños de familias biparentales (Dontsov et al, 2016 ; Musisi et al, 2007). En el caso de niños huérfanos institucionalizados, se evidencia que una mayor estancia en los orfanatos puede tener efectos en su capacidad de desarrollar y mantener relaciones interpersonales durante la infancia y adolescencia (Sujatha & Jacob, 2014) y aumenta la prevalencia de trastornos comportamentales y emocionales (Rahman, Mullick, Asraful, Pathan, & Chowdhury, 2012). En el estudio de Matyash & Volodina, se identifica que la estabilidad psicológica de los huérfanos depende del nivel de ansiedad personal, tensión interior y nivel de sociabilidad (Matyash & Volodina, 2015)

El presente estudio evidencia diferencias en los resultados de acuerdo con el grupo de edad, 8 a 11 versus 12 a 18 años. Mientras en el grupo de niños de 8 a 11 años solo se encontró un mayor puntaje en el indicador de retraimiento, en el grupo de 12 a 18 años presentan mayores puntajes en el indicador “total depresivo” que incluye tristeza, apatía, indefensión y tendencia a una respuesta afectiva negativa. Esto preocupa si consideramos que los niños depresivos tienen dificultad para expresar pensamientos positivos sobre sí mismos, no son abiertos a hablar sobre sus sentimientos y presentan con mayor frecuencia síntomas psicósomáticos (Charles et al, 2017).

Por otro lado algunas investigaciones han abordado los análisis del CBCL por género, encontrando que los niños desarrollan más problemas externalizantes y las niñas más problemas internalizantes (Liu J, 2011), en este estudio no se encontró esa tendencia. El CBCL muestra que los niños huérfanos mayores de 12 años presentan puntajes más altos en los indicadores de ansiedad, retraimiento, problemas de atención y comportamiento transgresor; hallazgos que son corroborados en el estudio de Elegbeleye, la afectación psicológica en la población huérfana está asociada a su desequilibrio emocional, marcado por la ansiedad, depresión y cambios en su comportamiento (Elegbeleye, 2016)

La diferencia encontrada por grupo de edad no era la esperada por los autores. Sin embargo, la misma podría explicarse por la etapa del ciclo vital, por los años de orfandad vividos y por el número de participantes en cada grupo. Durante la adolescencia ocurren una serie de cambios físicos, cognitivos, sociales y emocionales que implican impulsividad, sensibilidad, cambios en la autopercepción y crisis de identidad (Salami, 2011; Aggarwal, 1998; Lerner & Galambos, 1998) y la forma en como regula sus emociones (Silvers *et al* , 2012; Silk, Steinberg & Morris, 2003). Estos cambios pueden contribuir a mayores puntajes en los indicadores

medidos. Por su parte, de acuerdo a la etapa vital en la que ocurre la orfandad puede esta inferir en el proceso de elaboración y entendimiento de la pérdida (Hernando, Seijas, & Rodríguez, 2015). Finalmente es importante destacar que hubo un menor número de niños en el grupo de edad entre 8 y 11 años, lo cual puede influir en la falta de significancia estadística en algunos indicadores de este grupo etario.

Este estudio también muestra que la mayor proporción de niños huérfanos conviven con su madre. Según autores como Slone & Shoshani, la autoridad y la calidez materna funcionan como factores protectores y tienen un efecto moderador en la salud mental de los niños que se encuentra expuestos a periodos prolongados de guerra (Slone & Shoshani, 2017). Así mismo, otros estudios como Miller, sugieren que las variables familiares relacionadas con la crianza son mediadores importantes en la relación entre el conflicto armado y el bienestar de los niños (Miller, 2016). Además, en los resultados de este estudio la mayor parte de los niños se encontraban escolarizados. La escolaridad puede ser un factor de protección como lo enseñó el estudio de Ing K, donde las escuelas tienen el potencial para actuar como un amortiguador contra los síntomas depresivos (Ing et al., 2015).

Algunos niños huérfanos reportaron exposición a más de un hecho traumático. De acuerdo a Dimitri, este hecho unido al residir en zonas conflicto armado, media la prevalencia de problemas de salud mental (emocionales y conductuales) en los niños, niñas y adolescentes (Dimitri, 2011), por este motivo, son una población de alto riesgo y requirieron de intervenciones psicosociales, clínicas o psicológicas que aborden sus diferentes necesidades. (Betancourt, Meyers-ohki, Charrow, & Tol, 2013).

Si bien no existen estudios específicos sobre la salud mental en huérfanos a causa del conflicto armado, hay investigaciones como el de Gómez et al que han identificado a los niños desplazados por el conflicto como una población vulnerable a desarrollar estrés postraumático o ansiedad (Gómez-restrepo, Cruz-ramírez, Medina-rico, Enlace, & Clínica, 2018). Por su parte en la revisión de Luque et al muestra los fenómenos psicopatológicos y su relación con la familia. Finalmente estos dos hallazgos concuerdan con algunos resultados del presente estudio.

Limitaciones.

Los hallazgos de este estudio deben interpretarse teniendo en cuenta sus limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio de corte transversal por lo cual no es posible hablar de causalidad ya que se desconoce el estado de los niños previo a la orfandad. En segundo lugar, desconocemos los tratamientos específicos que recibió cada uno de los niños. Si bien, los niños hacían parte del ICBF el tratamiento o intervención a cada uno de ellos en especial en el grupo control no se pudo documentar adecuadamente. En tercer lugar, el grupo control no es completamente comparable con el grupo de huérfanos. El grupo control fue seleccionado para el estudio inicial, teniendo en cuenta las diferentes afectaciones (desplazamiento, minas antipersona, secuestrados y desvinculados) y no solamente para el hecho victimizante orfandad. No fue posible realizar los análisis con los dos tipos de orfandad (muerte o desaparición de ambos padres o alguno de ellos) y la relación con los indicadores de depresión y comportamiento y por último el CBCL se aplicó únicamente a los niños, niñas y adolescentes y no a sus cuidadores y profesores. Sin embargo, este estudio utilizó medidas ampliamente validadas que abordan indicadores sobre el bienestar emocional de los niños, niñas y adolescentes huérfanos víctimas del conflicto armado y que fueron aplicadas por psicólogas.

Conclusión.

En conclusión, los resultados de este estudio muestran que los niños, niñas y adolescentes huérfanos a causa del conflicto armado colombiano, presentan mayores puntajes en indicadores de depresión y problemas de comportamiento al compararlos con el grupo control, aunque presentan hechos protectores como el hecho de vivir con sus madres y de encontrarse escolarizados. Por lo cual resulta importante investigar los factores diferenciales para cada hecho victimizante y brindar de esta manera una atención individualizada y focalizada, en el que se reparen sus derechos. Con el fin de plantear una atención integral en los niños y adolescentes huérfanos, que incluye acciones orientadas y especializadas a la rehabilitación, disminución de los efectos negativos, y el fortalecimiento en la calidad del servicio de salud con enfoque diferencial. Por esta razón, se debe conocer los factores específicos que influyen en una intervención psicosocial (Purgato *et al*, 2014) y en fortalecer las intervenciones conceptualizadas en el apoyo comunitario y familiar como lo evidencia el autor

Jordans et al (Jordans, Pigott, & Tol, 2016).

Agradecimientos.

Los autores agradecen a los niños, niñas y adolescentes que participaron en este estudio y a sus familias que permitieron la participación. Igualmente agradecen al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), a la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), y al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) Colombia por el apoyo recibido. Finalmente agradecen a los encuestadores y personal de apoyo que contribuyeron a la recolección de los datos.

Declaración Divulgación de Datos.

Los autores declaran que no tienen conflicto de interés sobre los temas desarrollados y de discusión en este documento. La investigación fue conducida bajo el Instituto Colombiano de Bienestar Colombiano (ICBF), Organización Internacional Para Las Migraciones (OIM), y Fondo De Las Naciones Unidas Para La Infancia (Unicef). Referencia de Aprobación de la Junta de Revisión CIDEH 9.3.

Bibliografía.

- Aggarwal, J. C. (1998). *Essentials of educational psychology*. Vikas Publishing House.
- Bustamante, V. J. (2015). Conflicto armado en Colombia. *h Umanos*, 6.
- Bell, V., Méndez, F., Martínez, C., Palma, P. P., & Bosch, M. (2012). Characteristics of the Colombian armed conflict and the mental health of civilians living in active conflict zones. *Journal Conflict and Health*, 6(1), 1-8.
- Betancourt, T. S., Meyers-ohki, S. E., Charrow, A. P., & Tol, W. A. (2013). Interventions for Children Affected by War : An Ecological Perspective on Psychosocial Support and Mental Health Care, 21(2), 3–8. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e318283bf8f>.
- Blanco, D. P., Flink, I. J. E., Enriquez, C. L., Beirens, T. M. J., & Raat, H. (2013). Mental health of internally displaced preschool children: a cross-sectional study conducted in Bogota, 917–926. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0611-9>.
- Bordin, I. A., Rocha, M. M., Paula, C. S., Teixeira, M. C. T., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., & Silveira, E. F. (2013). Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) and Teacher's Report Form (TRF): an overview of the development of the original and Brazilian versions. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 13-28.
- Calam, R. (2017). Public health implications and risks for children and families resettled after exposure to armed conflict and displacement. *Scandinavian journal of public health*, 45(3), 209-211.
- Charles, J., & fazeli, M. (2017). Depression in children. *Australian Family physician*, 46(12), 901-907.
- Dimitry, L. (2012). A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: care, health and development*, 38(2), 153-161.
- Dontsov, A. I., Perelygina, E. B., & Veraksa, A. N. (2016). Manifestation of Trust Aspects with Orphans and Non-Orphans. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 233, 18-21.
- Elegebeye, A. O. (2016). Predictors of the mental health of orphans and vulnerable children in Nigeria Predictors of the Mental Health of Orphans and Vulnerable Children in Nigeria, (August).
- Fern, P. E., & Rodado-fuentes, S. (2005). Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático por la Guerra, en Niños de Cundinamarca, Colombia, 7(3), 268–280.
- Gómez-restrepo, C., Cruz-ramírez, V., Medina-rico, M., Enlace, P. De, & Clínica, E. (2018). Salud mental en niños desplazados por conflicto armado - Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015, 46(40).
- Harel-fisch, Y., Radwan, Q., Walsh, S. D., Laufer, A., Amitai, G., Fogel-grinvald, H., & Abdeen, Z. (2010). Child Abuse & Neglect Psychosocial outcomes related to subjective threat from armed conflict events (STACE): Findings from the Israeli-Palestinian cross-cultural HBSC study &. *Child Abuse & Neglect*, 34(9), 623–638. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.007>.

- Hernando, V. M., Seijas, R., & Rodríguez, M. (2015). Los niños ante la pérdida de uno de los progenitores : children at the loss of a parent: review of effective communication, 12, 417–428. <https://doi.org/10.5209/rev>.
- Husain, F., Anderson, M., Cardozo, B. L., Becknell, K., Blanton, C., Araki, D., & Vithana, E. K. (2011). Prevalence of war-related mental health conditions and association with displacement status in postwar Jaffna District, Sri Lanka. *Jama*, 306(5), 522-531.
- Ie E.V,& Millar, A.J.J.W.(2003). The effecte of war on children in Africa.227-232. <https://doi.org/10.1007/s00383-002-0926-9>.
- Ing, K., Ong, C., Yi, S., Tuot, S., Chhoun, P., Shibanuma, A., & Yasuoka, J. (2015).). What are the factors associated with depressive symptoms among orphans and vulnerable children in Cambodia ?*BMC Psychiatry*, 1–8.[HTTPS://DOI.ORG/10.1186/S12888-015-0576-9](https://doi.org/10.1186/s12888-015-0576-9).
- Jordans, M. J., Pigott, H., & Tol, W. A. (2016). Interventions for children affected by armed conflict: a systematic review of mental health and psychosocial support in low-and middle-income countries. *Current psychiatry reports*, 18(1), 9.
- Kingsley, B. V. (2017). The Effects that War Has on Children and Child Soldiers.
- Lang M. y Tisher, M.(2016). CDS. cuestionario de depresion para Niños. Manual 9a edicion(seisdedos,N.,adaptador)Madrid; TEA Ediciones. (Obra original publicada en 1978).
- Lerner, R. M., & Galambos, N. L. (1998). Adolescent development: Challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annual review of psychology*, 49(1), 413-446.
- Liu, J., Cheng, H., & Leung, P. W. (2011). The application of the Preschool Child Behavior Checklist and the Caregiver–Teacher Report form to Mainland Chinese children: Syndrome structure, gender differences, country effects, and inter-informant agreement. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(2), 251-264.
- Liu, M. (2017). War and Children. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 12(7), 3-5.
- Luque, R. V., Velasco, A. G., & Cardeñoso, M. F. C. (2017). Investigaciones y comprensiones del conflicto armado en Colombia. Salud mental y familia. *Universitas Psychologica*, 16(3).
- Matyash, N., & Volodina, J. (2015). Psychological Stability of Orphans in Crisis Situations. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 214, 1070-1076.
- Moratilla-Olvera, M., & Taracena-Ruiz, B. (2012). Vulnerabilidad social y orfandad: trayectoria vital de una adolescente.Revista Latinoamericana de *Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), 841-854.
- Miller, K. E., & Jordans, M. J. (2016). Determinants of children’s mental health in war-torn settings: Translating research into action. *Current psychiatry reports*, 18(6), 58.
- Mueller, S. C., Baudoncq, R., & De Schryver, M. (2015). The effect of parental loss on cognitive and affective interference in adolescent boys from a post-conflict region. *Journal of adolescence*, 42, 11-19.
- Musisi, S., Kinyanda, E., Nakasujja, N., & Nakigudde, J. (2007). A comparison of the behavioral and emotional disorders of primary school-going orphans and non-orphans in Uganda. *African health sciences*, 7(4).
- McDonald, L. (2010). Psychosocial rehabilitation of civilians in conflict-affected settings. En E. Mertz (Ed.), *Trauma rehabilitation after war and conflict, community and individual perspectives* (pp.215-245). USA: Springer.
- OIM, I., & UNICEF. (2014).Estado psicosocial de los niños, niñas y adolescentes: una investigación de consecuencias, impactos y afectaciones por hecho victimizante con enfoque diferencial en el contexto del conflicto armado colombiano. *Recuperado de http://www.oim.org.co/publicaciones-oim/ninez-desvinculada/3385-impacto-en-el-conflicto-armado-en-el-estado-psicosocial-de-ninos-ninas-y-adolescentes.html*.
- Organización Mundial de la Salud.(S.F). *10 DATOS SOBRE LA SALUD MENTAL Recuperado 08,08,2018, de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/*.
- Purgato, M., Gross, A., Jordans, M., de Jong, J., Barbui, C., & Tol, W. (2014). Psychosocial interventions for children exposed to traumatic events in low - and middle -income countries: study protocol of an individual patient data meta-analysis. *Systematic Reviews*, 3(1), 34. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-3-34>.
- Rahman, W., Mullick, M. S. I., Pathan, M. A. S., Chowdhury, N. F., Shahidullah, M., Ahmed, H., ... & Rahman, F. (2012). Prevalence of behavioral and emotional disorders among the orphans and factors associated with these disorders. *Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University Journal*, 5(1), 29-34.
- Salami, S. O. (2011). Personality and psychological well-being of adolescents: the moderating role of emotional intelligence. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 39(6), 785-794.

- Silk, J. S., Steinberg, L., & Morris, A. S. (2003). Adolescents' Emotion Regulation in Daily Life: Links to Depressive Symptoms and Problem Behavior, 74(6), 1869–1880.
- Silvers, J. A., Gabrieli, J. D. E., Gross, J. J., Remy, K. A., & Ochsner, K. N. (2012). Age-Related Differences in Emotional Reactivity, Regulation, and Rejection Sensitivity in Adolescence, 12(6), 1235–1247. <https://doi.org/10.1037/a0028297>.
- Slone, M., & Mann, S. (2016). Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 47(6), 950-965.
- Slone, M., & Shoshani, A. (2017). Children Affected by War and Armed Conflict: Parental Protective Factors and Resistance to Mental Health Symptoms. *Frontiers in psychology*, 8, 1397.
- Sujatha, R., & Jacob, S. M. (2014). Study on emotional and behavioural problems among adolescent children in selected orphanages at mangalore. *ZENITH International Journal of Multidisciplinary Research*, 4(7), 253-259.
- Torrado, M., Camargo, M., Pineda, N., & Bejarano, D. (2009). Estado del arte sobre primera infancia en el conflicto. *Save the Children Cánada. Colombia: huellas del conflicto en la primera infancia. Bogotá: Revista Número*.
- Tortosa, J. (2010). La construcción de paz en el contexto internacional: limitaciones y posibilidades. En Caritas Española Editores-Cooperación Internacional (Eds.), *Construcción de la paz, protección de los derechos de las víctimas en Colombia* (pp. 13-32). Madrid:Caritas Española.
- Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas (UARIV). 2018 <https://www.unidadvictimas.gov.co/es/reportes>.
- Vinck, P. & Pham, P. N. (2013). Association of exposure to intimate-partner physical violence and potentially traumatic war-related events with mental health. *Social Science and Medicine*, 77, 41-49.
- Wani, M., & Phogat, P. (2018). Effects on mental well-being of children facing armed conflict: A systemic review. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 9(1), 147-150.
- Weisleder, P., & Rublee, C. (2018). The neuropsychological consequences of armed conflicts and torture. *Current neurology and neuroscience reports*, 18(3), 9.

Tablas

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de las variables sociodemográficas estratificada por edad.

Variables	Categorías	Niños 8 a 11 años		niños y adolescentes 12 a 18 años	
		Huérfano	No víctima directa del conflicto	Huérfano	No víctima directa del conflicto
		N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
Edad	8 a 11 años	79(100,00%)	224(100,00%)		
	12 a 18 años			299(100,00%)	456(100,00%)
Sexo	Mujer	42(53,20%)	95(42,40%)	160(53,50%)	234(51,30%)
	Hombre	37(46,80%)	129(57,60%)	139(46,50%)	222(48,70%)
	Mayoría	60(75,90%)	197(87,90%)	222(74,20%)	399(87,50%)
Etnia	Afrocolombiana	0(0,00%)	13(5,80%)	26(8,70%)	14(3,10%)
	Indígena	16(20,30%)	1(0,40%)	33(11,00%)	2(0,40%)
	Otra minorías	3(3,800%)	13(5,80%)	18(6,00%)	41(9,00%)
Estudia actualmente	Si	76(96,20%)	220(98,20%)	268(89,60%)	439(96,30%)
	No	3(3,00%)	4(1,80%)	31(10,40%)	17(3,70%)
Tipo de familia	Vive con la madre	59(74,70%)	98(43,80%)	232(67,60%)	196(43,00%)
	Vive con ambos padres	0(0,00%)	104(46,40%)	0(0,00%)	200(43,90%)
	Vive con el padre	0(0,00%)	7(3,10%)	5(1,70%)	28(6,10%)
	Vive con un familiar de 1er grado	14(17,70%)	14(6,30%)	51(17,10%)	29(6,40%)
	Vive sin familia	1(1,30%)	1(0,40%)	11(3,70%)	3(0,70%)
Vive sin familia	No reportan	5(6,30%)	0(0,00%)	0(0,00%)	0(0,00%)
	Si	1(1,30%)	1(0,04%)	11(3,70%)	3(0,07%)
Percepción de salud	No	18(98,30%)	223(99,60%)	288(93,60%)	453(93,30%)
	Buena	71(89,90%)	201(89,97%)	258(86,30%)	396(86,80%)
Enfermedad	Mala	8(10,10%)	23(10,30%)	41(13,70%)	60(13,20%)
	Si	15(19,00%)	44(19,60%)	53(17,70%)	87(19,10%)
Tratamiento psicológico	No	64(81,00%)	180(80,40%)	246(82,30%)	369(80,90%)
	Si	30(38,00%)	67(29,20%)	100(33,40%)	145(31,80%)
Eventos traumáticos	No	49(62,00%)	157(70,10%)	198(66,20%)	309(67,80%)
	Menor 2	55(69,62%)	0(0,00%)	184(61,54%)	0(0,00%)
Años de orfandad	Mayor 2	24(30,38%)	0(0,00%)	115(38,46%)	0(0,00%)
	1996-2002	No aplica	No aplica	82(27,42%)	0(0,00%)
	2003-2006	23(29,11%)	0(0,00%)	60(20,06%)	0(0,00%)
	2007-2012	13(16,45%)	0(0,00%)	42(14,04%)	0(0,00%)

	2013-2014	No aplica	No aplica	5(1,67%)	0(0,00%)
	Sin información	43(54,40%)	0(0,00%)	110(36,78%)	0(0,00%)
Promedio de años	1 a 6	7(20,58%)	0(0,00%)	18(18,18%)	0(0,00%)
	7 a 12	27(79,41%)	0(0,00%)	48(48,48%)	0(0,00%)
	13 a 18	0(0,00%)	0(0,00%)	33(99,99%)	0(0,00%)
	Centro de atención	0(0,00%)	0(0,00%)	5(1,70%)	0(0,00%)
Modalidad de atención	Unidad móvil	3(3,80%)	0(0,00%)	6(2,00%)	0(0,00%)
	Hogar tutor	0(0,00%)	0(0,00%)	3(1,00%)	0(0,00%)
	Hogar gestor	15(19,00%)	0(0,00%)	24(8,00%)	0(0,00%)
	Otro	23(29,1%)	32(14,30%)	118(39,50%)	32(7,00%)
	No reportan	38(48,10%)	192(85,70%)	143(47,80%)	424(93,00%)

Tabla 2 Distribución de los puntajes de CDS y CBCL estratificada por edad y exposición al conflicto
Niños 8 a 11 años Niños y adolescentes 12 a 18 años

Escala	puntos de corte	Niños 8 a 11 años		Niños y adolescentes 12 a 18 años	
		Huérfano N(%)	No víctima directa del conflicto N(%)	Huérfano N(%)	No víctima directa del conflicto N(%)
Total depresivo:	Bajo	35(44,30%)	102(45,54%)	95(31,77%)	212(46,49%)
	Medio	28(35,44%)	83(37,05%)	110(36,79%)	146(32,02%)
	Alto	11(13,92%)	30(13,39%)	85(28,43%)	92(20,18%)
Total positivo :	Bajo	16(20,25%)	67(29,91%)	50(16,72%)	111(24,34%)
	Medio	37(46,84%)	106(47,32%)	131(43,81%)	187(41,01%)
	Alto	21(26,58%)	42(18,75%)	109(36,45%)	152(33,33%)
Respuesta afectiva :	Bajo	15(18,99%)	38(16,96%)	42(14,05%)	113(24,78%)
	Medio	43(54,43%)	124(55,36%)	139(46,49%)	218(47,81%)
	Alto	16(20,25%)	53(23,66%)	109(36,45%)	119(26,10%)
Problemas Sociales:	Bajo	19(24,05%)	61(27,23%)	45(15,05%)	146(32,02%)
	Medio	42(53,16%)	121(54,02%)	153(51,17%)	207(45,39%)
	Alto	13(16,46%)	33(14,73%)	92(30,77%)	97(21,27%)
Autoestima :	Bajo	36(45,57%)	118(52,68%)	131(43,81%)	252(55,26%)
	Medio	29(36,71%)	73(32,59%)	94(31,44%)	123(26,97%)
	Alto	9(11,39%)	24(10,71%)	65(21,74%)	75(16,45%)
Preocupación muerte:	Bajo	25(31,65%)	82(36,61%)	74(24,75%)	163(35,75%)
	Medio	38(48,10%)	97(43,30%)	136(45,48%)	194(42,54%)
	Alto	11(13,92%)	36(16,07%)	80(26,76%)	93(20,39%)
sentimiento culpa:	Bajo	38(48,10%)	120(53,57%)	115(38,46%)	225(49,34%)
	Medio	25(31,65%)	59(26,34%)	106(35,45%)	139(30,48%)
	Alto	11(13,92%)	36(16,07%)	69(23,08%)	86(18,86%)
Depresivos varios:	Bajo	34(43,04%)	93(41,52%)	100(33,44%)	198(43,42%)
	Medio	32(40,51%)	95(42,41%)	124(41,47%)	176(38,60%)
	Alto	8(10,13%)	27(12,05%)	66(22,07%)	76(16,67%)
Animo Alegría:	Bajo	32(40,51%)	107(47,77%)	93(31,10%)	199(43,64%)
	Medio	32(40,51%)	82(36,61%)	115(38,46%)	176(38,60%)
	Alto	10(12,66%)	26(11,61%)	82(27,42%)	75(16,45%)
Positivos varios :	Bajo	15(18,99%)	55(24,55%)	44(14,72%)	82(17,98%)
	Medio	33(41,77%)	91(40,63%)	98(32,78%)	165(36,18%)
	Alto	26(32,91%)	69(30,80%)	148(49,50%)	203(44,52%)
Total Problemas:	No clínico	55(69,62%)	126(56,25%)	89(29,77%)	168(36,84%)
	Riesgo	8(10,13%)	18(8,04%)	37(12,37%)	50(10,96%)
	Clínico	9(11,39%)	24(10,71%)	145(48,49%)	165(36,18%)
CBCL Internalizante :	No clínico	34(43,04%)	96(42,86%)	120(40,13%)	221(48,46%)
	Riesgo	0(0,00%)	0(0,00%)	28(9,36%)	51(11,18%)
	Clínico	38(48,10%)	72(32,14%)	123(41,14%)	111(24,34%)
CBCL Externalizante :	No clínico	38(48,10%)	101(45,09%)	138(46,15%)	219(48,03%)
	Riesgo	11(13,92%)	19(8,48%)	43(14,38%)	52(11,40%)
	Clínico	23(29,11%)	48(21,43%)	90(30,10%)	112(24,56%)
Retraimiento:	No clínico	31(39,24%)	98(43,75%)	116(38,80%)	221(48,46%)
	Riesgo	11(13,92%)	18(8,04%)	38(12,71%)	44(9,65%)
	Clínico	30(37,97%)	52(23,21%)	117(39,13%)	118(25,88%)
Quejas somática:	No clínico	52(65,82%)	143(63,84%)	218(72,91%)	330(72,37%)
	Riesgo	9(11,39%)	12(5,36%)	36(12,04%)	36(7,89%)
	Clínico	11(13,92%)	13(5,80%)	17(5,69%)	17(3,73%)
Ansiedad y depresión:	No clínico	40(50,63%)	97(43,30%)	104(34,78%)	200(43,86%)
	Riesgo	9(11,39%)	26(11,61%)	56(18,73%)	72(15,79%)
	Clínico	23(29,11%)	45(20,09%)	111(37,12%)	111(24,34%)
	No clínico	34(43,04%)	81(36,16%)	128(42,81%)	214(46,93%)

<i>Problemas sociales:</i>	<i>Riesgo</i>	12(15,19%)	25(11,16%)	50(16,72%)	53(11,62%)
	<i>Clínico</i>	26(32,91%)	62(27,68%)	93(31,10%)	116(25,44%)
	<i>No clínico</i>	29(36,71%)	81(36,16%)	99(33,11%)	160(35,09%)
<i>Problemas pensamiento:</i>	<i>Riesgo</i>	0(0%)	0(0%)	16(5,35%)	26(5,70%)
	<i>Clínico</i>	43(54,43%)	87(38,84%)	156(52,17%)	197(43,20%)
	<i>No clínico</i>	42(53,16%)	101(45,09%)	119(39,80%)	219(48,03%)
<i>Problemas atención:</i>	<i>Riesgo</i>	10(12,66%)	29(12,95%)	51(17,06%)	60(13,16%)
	<i>Clínico</i>	20(25,32%)	38(16,96%)	101(33,78%)	104(22,81%)
	<i>No clínico</i>	40(50,63%)	100(44,64%)	90(30,10%)	169(37,06%)
<i>Conducta Infractora:</i>	<i>Riesgo</i>	9(11,39%)	11(4,91%)	53(17,73%)	60(13,16%)
	<i>Clínico</i>	23(29,11%)	57(25,45%)	128(42,81%)	154(33,77%)
	<i>No clínico</i>	62(78,48%)	142(63,39%)	163(54,52%)	257(56,36%)
<i>Agresividad:</i>	<i>Riesgo</i>	3(3,80%)	8(3,57%)	41(13,71%)	43(9,43%)
	<i>Clínico</i>	7(8,86%)	18(8,04%)	67(22,41%)	83(18,20%)

	<i>Medio</i>	1,21 (0,73 - 2,03)	0,461	1,18 (0,61-2,29)	0,606	1,13 (0,84 - 1,51)	0,426	1,41 (0,96 - 2,06)	0,079
	<i>Alto</i>	0,84 (0,41 - 1,75)	0,650	1,23 (0,52 - 2,93)	0,635	1,43 (1,01 - 2,01)	0,042	1,65 (1,05 - 2,60)	0,029
	<i>Bajo</i>	0,80 (0,48 - 1,34)	0,403	Referencia		0,64 (0,48 - 0,86)	0,003	Referencia	
<i>sentimiento culpa:</i>	<i>Medio</i>	1,29 (0,74 - 2,27)	0,365	1,30(0,65-2,61)	0,451	1,25 (0,92 - 1,71)	0,154	1,45 (1,00 - 2,10)	0,048
	<i>Alto</i>	0,84 (0,41 - 1,75)	0,650	1,23 (0,54 - 2,80)	0,628	1,29 (0,90 - 1,84)	0,161	1,65 (1,08 - 2,53)	0,021
	<i>Bajo</i>	1,06 (0,63 - 1,79)	0,814	Referencia		0,65 (0,48 - 0,89)	0,006	Referencia	
<i>Depresivos varios:</i>	<i>Medio</i>	0,92 (0,55 - 1,56)	0,768	0,77(0,41-1,44)	0,418	1,13 (0,84 - 1,52)	0,430	1,16 (0,81 - 1,66)	0,425
	<i>Alto</i>	0,82 (0,36 - 1,89)	0,645	0,53 (0,17 - 1,63)	0,272	1,42 (0,98 - 2,05)	0,063	1,62 (1,03 - 2,55)	0,035
	<i>Bajo</i>	0,74 (0,44 - 1,25)	0,265	Referencia		0,58 (0,43 - 0,79)	0,001	Referencia	
<i>Animo Alegría:</i>	<i>Medio</i>	1,18 (0,70 - 1,99)	0,538	1,02(0,53-1,94)	0,948	0,99 (0,74 - 1,34)	0,970	1,36 (0,93 - 1,98)	0,110
	<i>Alto</i>	1,10 (0,51 - 2,41)	0,804	1,20 (0,48 - 2,98)	0,700	1,92 (1,35 - 2,74)	0,000	2,45 (1,57 - 3,80)	0,000
	<i>Bajo</i>	0,72 (0,38 - 1,36)	0,313	Referencia		0,79 (0,53 - 1,17)	0,239	Referencia	
<i>Positivos varios :</i>	<i>Medio</i>	1,05 (0,62 - 1,76)	0,858	1,11(0,53-2,53)	0,772	0,86 (0,63 - 1,17)	0,336	0,98 (0,61 - 1,59)	0,945
	<i>Alto</i>	1,10 (0,64 - 1,91)	0,728	1,02 (0,46 - 2,24)	0,97	1,22 (0,91 - 1,64)	0,180	1,20 (0,76 - 1,90)	0,435

Tabla 4. Razones de prevalencia y regresiones multinomiales ajustadas de orfandad en indicadores de comportamiento por grupo de edad

Indicadores CBCL	Puntos de corte	Niños 8 a 11 años				Niños y adolescentes 12 a 18 años			
		RP (95% CI)	P	AOR (95% CI)	p	RP (95% CI)	valor p	AOR (95% CI)	p
Total problemas:	No clínico	1,78 (1,03 - 3,08)	0,037	Referencia		0,66 (0,48 - 0,91)	0,011	Referencia	
	Riesgo	1,29 (0,54 - 3,09)	0,568	1,27(0,86-1,89)	0,226	1,15 (0,73 - 1,80)	0,553	1,50 (0,88 - 2,55)	0,134
	Clínico	1,07 (0,48 - 2,42)	0,868	1,23 (0,51 - 3,01)	0,643	1,66 (1,23 - 2,23)	0,001	1,63 (1,12 - 2,37)	0,012
CBCL Internalizante :	No clínico	1,01 (0,60 - 1,69)	0,978	Referencia		0,71 (0,53 - 0,96)	0,024	Referencia	
	Riesgo	0,00 (0,00 - 0,00)	0,000	No aplica		0,82 (0,50 - 1,33)	0,424	1,10 (0,64 - 1,89)	0,738
	Clínico	1,96 (1,16 - 3,30)	0,011	1,46 (0,63 - 3,38)	0,379	2,17 (1,59 - 2,97)	0,000	1,95 (1,34 - 2,83)	0,000
CBCL Externalizante :	No clínico	1,13 (0,68 - 1,89)	0,644	Referencia		0,93 (0,69 - 1,24)	0,614	Referencia	
	Riesgo	1,75 (0,79 - 3,85)	0,164	1,74(0,68-4,49)	0,246	1,30 (0,85 - 2,01)	0,228	1,50 (0,91 - 2,46)	0,110
	Clínico	1,51 (0,84 - 2,69)	0,166	1,72 (0,86 - 3,43)	0,124	1,32 (0,95 - 1,83)	0,093	1,29 (0,87 - 1,93)	0,205
Retraimiento	No clínico	0,83 (0,49 - 1,40)	0,486	Referencia		0,66 (0,48 - 0,91)	0,011	Referencia	
	Riesgo	1,85 (0,83 - 4,11)	0,126	3,33(1,26-8,80)	0,015	1,36 (0,86 - 2,16)	0,186	1,76 (1,04 - 2,97)	0,034
	Clínico	2,03 (1,17 - 3,51)	0,011	2,54 (1,26 - 5,12)	0,009	1,84 (1,35 - 2,52)	0,000	1,83 (1,25 - 2,67)	0,002
Quejas somáticas	No clínico	1,09 (0,64 - 1,87)	0,752	Referencia		1,03 (0,74 - 1,43)	0,870	Referencia	
	Riesgo	2,27 (0,92 - 5,62)	0,069	2,59(0,57-7,05)	0,061	1,60 (0,98 - 2,60)	0,058	1,43 (0,82 - 2,51)	0,204
	Clínico	2,63 (1,12 - 6,13)	0,022	2,12 (0,69 - 6,47)	0,187	1,56 (0,78 - 3,10)	0,205	1,61 (0,74 - 3,49)	0,227

<i>Ansiedad y depresión:</i>	<i>No clínico</i>	1,34 (0,80 - 2,25)	0,260	Referencia	0,68 (0,51 - 0,92)	0,013	Referencia	
	<i>Riesgo</i>	0,98 (0,44 - 2,19)	0,959	0,56(0,19-1,65)	0,296	1,23 (0,84 - 1,81)	1,48 (0,94 - 2,32)	0,088
	<i>Clínico</i>	1,63 (0,91 - 2,93)	0,098	1,53 (0,78 - 3,02)	0,220	1,84 (1,34 - 2,52)	1,94 (1,31 - 2,88)	0,001
<i>Problemas sociales:</i>	<i>No clínico</i>	1,33 (0,79 - 2,25)	0,279	Referencia	0,85 (0,63 - 1,14)	0,266	Referencia	
	<i>Riesgo</i>	1,43 (0,68 - 2,99)	0,347	1,13(0,45-2,78)	0,789	1,53 (1,01 - 2,32)	1,41 (0,87 - 2,30)	0,164
	<i>Clínico</i>	1,28 (0,74 - 2,23)	0,378	1,05 (0,53 - 2,08)	0,884	1,32 (0,96 - 1,83)	1,35 (0,93 - 1,96)	0,117
<i>Problemas pensamiento</i>	<i>No clínico</i>	1,02 (0,60 - 1,74)	0,931	Referencia	1,02 (0,60 - 1,74)	0,931	Referencia	
	<i>Riesgo</i>	0,00 (0,00 - 0,00)	0,000	No aplica	0,94 (0,49 - 1,77)	0,837	1,15 (0,54 - 2,43)	0,714
	<i>Clínico</i>	1,88 (1,12 - 3,16)	0,016	1,72 (0,90 - 3,29)	0,101	1,43 (1,07 - 1,92)	1,20 (0,83 - 1,72)	0,328
<i>Problemas atención</i>	<i>No clínico</i>	1,38 (0,83 - 2,31)	0,216	Referencia	1,38 (0,83 - 2,31)	0,216	Referencia	
	<i>Riesgo</i>	0,97 (0,45 - 2,10)	0,948	1,08(0,45-2,60)	0,850	1,36 (0,90 - 2,04)	1,90 (1,19 - 3,04)	0,007
	<i>Clínico</i>	1,66 (0,90 - 3,07)	0,105	1,69 (0,81 - 3,53)	0,165	1,73 (1,25 - 2,39)	1,92 (1,27 - 2,90)	0,002
<i>Comportamiento transgresor</i>	<i>No clínico</i>	1,27 (0,76 - 2,13)	0,359	Referencia	0,73 (0,54 - 1,00)	0,049	Referencia	
	<i>Riesgo</i>	2,49 (0,99 - 6,26)	0,046	1,32(0,42-4,12)	0,632	1,42 (0,95 - 2,13)	1,77 (1,09 - 2,86)	0,021
	<i>Clínico</i>	1,20 (0,68 - 2,13)	0,525	1,04 (0,53 - 2,04)	0,910	1,47 (1,09 - 1,98)	1,59 (1,08 - 2,35)	0,019
<i>Agresividad:</i>	<i>No clínico</i>	2,11 (1,15 - 3,84)	0,014	Referencia	0,93 (0,69 - 1,24)	0,618	Referencia	
	<i>Riesgo</i>	1,07 (0,28 - 4,12)	0,926	0,80(0,18-3,48)	0,768	1,53 (0,97 - 2,41)	1,55 (0,93 - 2,58)	0,091
	<i>Clínico</i>	1,11 (0,45 - 2,77)	0,819	1,30 (0,48 - 3,52)	0,602	1,30 (0,90 - 1,86)	1,39 (0,91 - 2,14)	0,132

Tabla 5. Asociación entre las particularidades de la orfandad y las indicadores globales del CDS y CBCL

<i>Tipo de exposición al conflicto armado</i>	<i>N(%)</i>	<i>Total depresivo</i>	<i>Total positivo</i>	<i>Total problemas</i>	<i>CBCL Internalizante</i>	<i>CBCL Externalizante</i>
Desaparición del padre.	4 (1,1)	292,125*	180,88	242,25*	275,50*	182,25
Desaparición de ambos padres.	2(0,5)	157,50	228,5*	151,00	126,25	98,50
Desplazamiento-Orfandad madre.	8(2,1)	270,56*	149,38	240,62*	210,93*	230,562*
Desplazamiento-Orfandad madre-Desaparición madre.	1(0,3)	141,50	191,50	106,00	141,00	49,50
Desplazamiento-Orfandad padre.	97(25,5)	179,35	195,05	179,51	182,48	183,69
Desplazamiento-Orfandad padre - Desaparición padre.	2(0,5)	192,25	228,50*	224,50*	261*	176,25
Desplazamiento-Orfandad de ambos padres.	4 (1,11)	189,00	247,125*	196,00	204,166*	147,67
Orfandad madre.	15(3,9)	225,10*	166,67	193,32	185,29	211,39
Orfandad padre.	221(58,2)	172,59	175,40	162,00	161,75	163,05
Orfandad ambos padres.	13(3,4)	251,692*	209,730*	215,75	206,50	220,291*
Orfandad de ambos padres-Desaparición madre.	1(0,3)	196,50	170,50	215,50*	243*	121,00
Orfandad -Desaparición de ambos padres.	1(0,3)	No Aplica	No Aplica	16,50	61,50	21,50
Reclutamiento-Desaparición madre.	1(0,3)	306*	354*	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Reclutamiento-Desaparición padre.	1(0,3)	162,00	83,00	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Reclutamiento-Orfandad madre.	1(0,3)	54,00	61,50	No Aplica	No Aplica	No Aplica
Reclutamiento-Orfandad padre.	48(1,1)	154,00	187,38	162,75	164,38	159,25
Reclutamiento-Orfandad de ambos padres.	4(1,1)	195,13	242*	157,25	171,50	70,25
Total	380(100)	365	365	343	343	343
Valor P		0,001	0,046	0.006	0,230	0,000

*Prueba Kruskal-Wallis para muestras Independientes

Negrita: Los hechos victimizantes con diferencias de rango mayores a 200