

# Violencia y problemas psicosociales en niños guatemaltecos

Dr. Carlos E. Berganza y Dra. Cristiane Duarte

## RESUMEN

La violencia es hoy una fuente extraordinariamente importante de mortalidad y morbilidad en el mundo, no sólo en términos de sus efectos sobre la salud física y emocional de los individuos que la sufren, sino también, en términos de los costos económicos para la sociedad en su totalidad. Sus consecuencias suelen ser graves y de larga duración, especialmente cuando se dirige en contra de los sectores más jóvenes de la población. Para el profesional de la salud mental, especialmente para el que está en contacto con niños y adolescentes, entender la asociación de la exposición a violencia y sus consecuencias internalizantes y externalizantes es de gran importancia en términos de tratamiento y prevención. El presente estudio ofrece evidencia empírica de la asociación entre la exposición a actos de violencia y la presencia de reacción emocional significativa, disfunción psicosocial y problemas psicosociales en una muestra de niños y adolescentes guatemaltecos. Comparados con sujetos no expuestos, los niños y adolescentes expuestos a actos de violencia durante el año previo a ser encuestados, mostraron más altos niveles de reacción emocional a una experiencia traumática, mayores niveles de disfunción psicosocial y una mayor prevalencia de problemas psicosociales.

## RESUMO

Violência e problemas psicossociais em crianças guatemaltecas

A violência é hoje uma fonte extraordinariamente importante de mortalidade e morbidez no mundo, não só em termos de seus efeitos sobre a saúde física e emocional dos indivíduos que a sofrem, mas também em termos de custos econômicos para a sociedade como um todo. Suas conseqüências costumam ser graves e de longa duração, especialmente quando se dirige contra os setores mais jovens da população. Para o profissional da saúde mental, especialmente para aquele que está em contato com as crianças e adolescentes, entender a associação da exposição à violência e suas conseqüências internas e externas é de grande importância em termos de tratamento e prevenção. O presente estudo oferece uma evidência empírica da associação entre a exposição a atos de violência e a presença de reação emocional significativa, disfunção e problemas psicossociais em uma amostragem de crianças e adolescentes guatemaltecos. Comparados com pessoas não expostas, as crianças e adolescentes expostos a atos de violência durante o ano anterior a serem pesquisados, demonstraram níveis mais altos de reação emocional a uma experiência traumática, maiores níveis de disfunção psicossocial e uma maior prevalência de problemas psicossociais.

## ABSTRACT

Violence and psychosocial problems in Guatemalan children

Violence today is an extraordinarily important source of mortality and morbidity in the world, not only in terms of its effects on the physical and emotional health of the people who suffer from it, but also in terms of its economic costs to society as a whole. Its consequences are severe and long-term, especially when violence is directed against the youngest sector of the population. For mental health professionals, especially those who work with children and adolescents, it is of great importance, in terms of treatment and prevention, to understand the relationship of the exposure to violence and its internalizing and externalizing consequences. The present study offers empirical evidence of the relationship between exposure to acts of violence and the presence of significant emotional reaction, psychosocial dysfunction, and psychosocial problems in a sample of Guatemalan children and adolescents. Compared to subjects not exposed, the children and adolescents exposed to acts of violence during the year prior to being studied showed higher levels of emotional reaction to a traumatic experience, higher levels of psychosocial dysfunction, and a higher prevalence of psychosocial problems.

## Introducción

La violencia es una fuente tan importante de morbilidad y mortalidad en el mundo, que la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup> la ha listado como una de las diez primeras causas de muerte con un componente psicosocial, superada únicamente por la enfermedad cardiovascular. Desjarlais y Cols.<sup>2</sup> han indicado que “la ubicuidad de la violencia colectiva es una de las características más perturbadoras del Siglo XX” (Pág. 116).

En América Latina, Levav y Cols.<sup>3</sup> estimaron, basados en datos de las Naciones Unidas, que entre 1985 y 2000, las tasas de mortalidad por todas las causas psicosociales juntas se incrementarían en 11.1%, en tanto que la muerte debida a homicidios se incrementarían en un 52.9%. Estos autores indicaron además que en algunos países, tales como Brasil, el porcentaje de años de vida potencial perdidos, debido a la violencia, era cuatro veces más alto que el

El Dr. Berganza es profesor de psiquiatría en la Escuela de Medicina en la Universidad de San Carlos, Guatemala. La Dra. Duarte es investigadora en la Escuela de Medicina de la Universidad de Columbia en Nueva York, Estados Unidos e investigadora en la Escola Paulista de Medicina en la Universidad Federal de São Paulo en Brasil.

Nota: Una versión anterior de este reporte fue presentada en el VI Congreso Nacional de los Médicos Residentes del Hospital de Salud Mental en Guatemala el 10 de Noviembre de 2000.

## Enfoque clínico

---

porcentaje de vida potencial perdido por las infecciones intestinales, la causa primera de muerte en la mayoría de los países latinoamericanos.

Muchas de las consecuencias de corto y largo plazo de la violencia en el mundo han sido estudiadas y son graves, generalizadas y de larga duración, no sólo en términos de sufrimiento humano, sino también en su impacto social y económico para las comunidades en su totalidad.<sup>2,4,5</sup> Las cicatrices de la violencia son particularmente profundas y destructivas para el espíritu humano en sociedades en las que aquellos que se encuentran en posiciones de poder ejercen actos de violencia sobre individuos indefensos, con impresionante brutalidad, especialmente cuando tales actos de violencia involucran a niños.<sup>6</sup>

La definición misma de la conducta humana violenta (agresiva) no es una tarea fácil. En línea con Lewis<sup>7</sup> empleamos el término conducta agresiva o violenta para denotar conductas de cualquiera que tenga la intención de causar daño físico o psicológico o de destruir a otro ser humano.

Para los profesionales de la salud mental, especialmente para aquellos en contacto con los grupos más jóvenes de la población, entender el fenómeno de la conducta humana violenta y sus determinantes es críticamente importante para propósitos de tratamiento y prevención. Los jóvenes cometen más de la mitad de todos los crímenes y desafortunadamente, una alta proporción de niños y adolescentes son enjuiciados como delincuentes.<sup>8,9</sup> Por eso, la caracterización de las conductas que son predictivas de actos violentos, serios y dañinos más tarde en la vida, así como la identificación temprana de aquellos factores asociados con el desarrollo de conductas violentas son de gran importancia. Esto, previsiblemente, permitiría a los profesionales que trabajan con jóvenes actuar sobre tales factores antes de que estos puedan operar sobre los individuos susceptibles de desarrollar interacciones agresivas y destructivas hacia otros. En este sentido, los profesionales que trabajan con niños y adolescentes se encuentran en una posición privilegiada para intervenir temprano en el proceso, una vez que los factores de riesgo son identificados.

Aunque los factores genéticos intrínsecos, expresados a través de variaciones en el funcionamiento bioquímico del cerebro, han sido asociados con cierta predisposición para la conducta violenta o agresiva,<sup>10</sup> el consenso entre los expertos parece ser que las prácticas familiares y las experiencias del individuo interactúan con el temperamento e influyen fuertemente la conducta violenta.<sup>7</sup> Tal parece que la exposición temprana a la violencia y al abuso sensibiliza a los niños intrínsecamente vulnerables a hacerse violentos más tarde en la vida.<sup>7,8,11,12</sup> En este sentido, la frase "la violencia engendra violencia" es altamente significativa.<sup>2</sup> Es importante reconocer que los efectos de la exposición temprana a la violencia y el abuso es generalizada y afecta múltiples áreas del funcionamiento individual.<sup>13</sup> De no menor importancia es el hecho de que el estrés social, la desorganización y la inestabilidad familiar contribuyen fuertemente al incremento de la agresividad entre los individuos vulnerables y que estos factores

sociales contribuyentes parecen operar en diferentes culturas también.<sup>14</sup>

### Violencia en Guatemala: marco general

Guatemala ocupa un territorio de 108,889 Km<sup>2</sup>. Colinda con México hacia el oeste y el norte, con Belice, Honduras y El Salvador hacia el este, y con el Océano Pacífico hacia el sur. Está dividida política y administrativamente en 22 departamentos y 330 municipios.<sup>16</sup> De acuerdo con el Libro del Año 2001 de la Enciclopedia Británica,<sup>15</sup> en el 2000 la población guatemalteca alcanzó los 11,385,000 habitantes. De ellos, 44.2% tenían menos de 15 años de edad y sólo 5.3% tenían 60 años o más. El 39.0% de la población está asentado en áreas urbanas, en tanto que 60.6% lo está en la zonarural, generalmente en grupos de menos de 500 personas. Más del 40% de la población es considerada Amerindios. La mayoría es católica. Sólo 55.6% de la población de más de 15 años sabe leer y escribir. En 1999, la mortalidad infantil alcanzó 46.2 por cada 1000 nacidos vivos. En 1994, se estimó que de los 2.4 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años, la causa primaria de muerte fueron las armas de fuego (8.9 muertes por 100,000 personas). Si se eliminara las muertes debidas a causas violentas, los años perdidos de vida potencial se reducirían en 21% para el grupo de 10 a 14 años y en un 50% para el grupo entre 15 y 19.<sup>16</sup>

Con la firma de los acuerdos de paz en 1996 entre el gobierno de Guatemala y el movimiento guerrillero, Guatemala puso fin a 35 años de una guerra civil sangrienta que causó la muerte violenta de un número indeterminado de personas. En su reporte, la Comisión Para el Esclarecimiento Histórico<sup>17</sup> pudo documentar, sobre la base del testimonio directo de familiares supervivientes, un total de 42,275 víctimas mortales, incluyendo ejecuciones extrajudiciales y desapariciones. Los métodos brutales y sistemáticos empleados particularmente por el ejército en contra de la población guatemalteca han sido bien documentados por la Comisión, así como la victimización directa de los niños a través de su exposición a secuestros, violaciones y muerte violenta, aún cuando una cuantificación precisa del problema no ha sido posible hasta ahora. Además, muchos niños quedaron huérfanos o fueron sujetos de adopciones ilegales internacionales en un proceso irregular que ha sido denunciado con frecuencia por la prensa local.

El final de la represión oficial como una política de estado con la firma de los acuerdos de paz no fue suficiente para terminar con la violencia, pues ésta fue seguida por un grave incremento en la criminalidad y la violencia civil. Sólo en 1996, el Instituto de Seguridad Social atendió a un total de 37,676 accidentes, 85% de los cuales no estaban relacionados con el trabajo. En 1994, la mortalidad por homicidio en la población de más de 15 años fue estimada en 47 por cada 100,000.<sup>16</sup>

Más específicamente, la Ciudad de Guatemala, capital del país, ha sufrido un incremento en la migración interna de personas provenientes de las zonas rurales, complicando aún más la ya difícil situación de los cinturones de pobreza alrededor de la ciudad. Como resultado de este crecimiento desordenado de la población de la ciudad, los servicios

públicos se han deteriorado y las condiciones de salud de la población, especialmente de los niños, han empeorado. Todos estos elementos pueden haber contribuido a incrementar aún más las tasas de actos criminales en la comunidad.

Esta breve panorámica puede bastar para demostrar que los niños guatemaltecos han estado expuestos a una gran cantidad de experiencias traumáticas como consecuencia de las condiciones psicosociales del país, particularmente la violencia. Como hemos mencionado, la violencia está asociada con toda clase de consecuencias negativas. El objetivo del presente estudio es examinar las consecuencias de la exposición a la violencia, a través de su asociación con el desarrollo de problemas psicosociales, con atención especial a la presencia de reacciones emocionales significativas ante el trauma emocional; así como a su impacto sobre el funcionamiento psicosocial en los niños de edad escolar en la Ciudad de Guatemala.

**La encuesta de escolares en la Ciudad de Guatemala**

Entre 1992 y 1993, la Clínica de Psiquiatría Infantil en Guatemala inició, en colaboración con el Departamento de Psicología de la Universidad Francisco Marroquín, una encuesta de la población de edad escolar para examinar los problemas y la disfunción psicosocial en los niños y adolescentes de la ciudad de Guatemala.

Para el propósito de la encuesta, tres instrumentos fueron desarrollados y validados: 1) la Escala de Salud del Niño (ESN), un cuestionario de 12 ítems destinado a medir disfunción psicosocial; 2) el Inventario de Problemas del Niño (IPN), un instrumento de tamizaje para identificar 30 síndromes psiquiátricos, utilizando criterios diagnósticos internacionales; y 3) el Protocolo para Padres (PPP), un instrumento de 16 ítems para detectar factores importantes de riesgo. Estos instrumentos debían ser rellenos por los padres o adultos responsables de cada niño encuestado.

Se encuestó a un total de 2149 sujetos a partir de tres muestras, con el propósito de validar los instrumentos contrastando un grupo de pacientes psiquiátricos con controles normales tomados de los otros dos grupos de población. Los grupos y la distribución de los sujetos encuestados son los siguientes: 1) Grupo Psiquiátrico, compuesto por 100 pacientes de una clínica psiquiátrica privada; 2) Grupo Pediátrico, integrado por 200 pacientes de una clínica pediátrica privada; y 3) Grupo Escolar, constituido por 1849 estudiantes de 8 centros escolares. La edad promedio de toda la muestra fue 9.7 (ds=3.7; rango=1-20) años. Tres clases sociales (alta, media y baja) fueron caracterizadas, mediante definiciones operativas que se basan en las cuotas que los centros escolares cobran a su población de estudiantes y que se ha empleado en estudios locales previos (ver Berganza y Aguilar, 1992). La distribución por género del total de la muestra encuestada fue 49.2% varones y 50.8% mujeres. Detalles sobre los métodos y el diseño han sido descritos en otros reportes.<sup>19,20,21</sup> El análisis de los datos se realizó por medio de comparaciones bi-variadas usando pruebas no paramétricas.

**Resultados**

**Exposición a la violencia y características demográficas de los niños y adolescentes**

De los 2149 sujetos encuestados en los tres grupos de la muestra, 98 casos fueron identificados como sujetos que habían estado expuestos a graves actos de violencia, tales como violación, asalto o secuestro, en el año previo a la encuesta. La Tabla 1 resume las características demográficas de estos 98 sujetos expuestos a violencia.

De acuerdo con la información resumida en esta Tabla, los niños que eran pacientes psiquiátricos exhibían una probabilidad mayor de haber estado expuestos a actos de violencia. Aparte de esto, la exposición a actos graves de violencia no parecía asociada con ningún tipo de género ni grupo social o de edad en particular.

Con el propósito de analizar el impacto de la exposición a la violencia sobre las reacciones psicosociales de los niños y adolescentes de la ciudad de Guatemala, los 98 sujetos que reportaron haber estado expuestos a graves eventos de violencia en el año previo a la encuesta se contrastaron con los otros 2051 sujetos encuestados y que no reportaron tal exposición.

Tres tipos diferentes de reacción psicosocial fueron comparados entre ambos grupos: 1) la presencia de una reacción emocional significativa a un evento traumático durante el año previo; 2) el nivel de disfunción psicosocial, empleando un puntaje total en la ESN de 5 o más como indicativo de la presencia de tal disfunción;<sup>20,21</sup> y 3) la presencia de uno o más problemas psicosociales detectados por el IPN.

Como la Tabla 2 ilustra, 9.2% de los sujetos expuestos a graves eventos de violencia durante el año previo a la encuesta

**Tabla 1**  
**Tasas de Exposición a Actos de Violencia Según Variables Demográficas en Niños y Adolescentes Guatemaltecos, Alrededor de 1993**

Variables Demográficas	Expuestos N=98		X <sup>2</sup>	gl	p
	n	(%)			
<b>Grupo Muestra:</b>			8.3	2	.015
Psiquiátrico (N=100)	9	(9.0)			
Pediátrico (N=200)	14	(7.0)			
Escolar (N=1849)	75	(4.1)			
<b>Género:</b>			0.06	1	8*
Niñas (N=1091)	51	(4.7)			
Varones (N=1058)	47	(4.4)			
<b>Grupos Étarios (en años):</b>			1.3	2	.5*
0 - 6 (N= 470)	20	(4.3)			
7 - 13 (N=1310)	57	(4.4)			
14 - 20 (N=369)	21	(5.7)			
<b>Clase Social:</b>			0.4	2	.8*
Alta (N=330)	15	(4.5)			
Media (N=1715)	77	(4.5)			
Baja (N=104)	6	(5.8)			

\* Diferencias no significativas  
gl=grados de libertad.

## Enfoque clínico

reportaron una reacción emocional significativa a eventos traumáticos. En contraste, sólo 0.7% de los sujetos no expuestos a actos de violencia grave reportaron una reacción emocional importante a alguna experiencia traumática. Una tendencia similar se encontró en el reporte de problemas psicosociales y en la presencia de disfunción psicosocial. Los sujetos expuestos a actos de violencia reportaron significativamente más problemas psicosociales y niveles más altos de disfunción psicosocial.

Finalmente, los tipos de problemas psicosociales fueron examinados en los dos grupos (expuestos y no expuestos) de sujetos. La Tabla 3 resume las tasas de los diferentes tipos de problemas psicosociales en los sujetos expuestos a graves actos de violencia en comparación con las de aquellos que no reportaron tal exposición.

Como lo ilustra la Tabla 3, los sujetos expuestos a actos de violencia reportaron tasas más altas de problemas psicosociales expresados ya como áreas más globales de disfunción, tales como "síntomas físicos," o como expresiones de síndromes conductuales más específicos. Entre éstas últimas, se detectó síntomas relacionados con problemas externalizantes, tales como "conducta oposicional desafiante" y otras más relacionadas con trastornos internalizantes, tales como depresión y ansiedad. El único síndrome de los investigados en el que no se encontró una diferencia significativa entre los expuestos y los no expuestos fue el de déficit de atención.

### Discusión

El presente estudio ofrece evidencia sobre la existencia de una asociación entre la exposición a violencia y problemas de salud mental y disfunción en niños guatemaltecos de edad escolar. Ciertamente, no pone de manifiesto por vez primera tal asociación,<sup>22,23</sup> la que probablemente tiene efectos de larga duración;<sup>24</sup> sin embargo, documenta tal relación de manera empírica en una muestra de niños y adolescentes de la Ciudad de Guatemala, un área en donde la violencia ha sido generalizada.

Las consecuencias nocivas de los eventos traumáticos para la salud mental de los niños y adolescentes es sugerida por el hecho de que, de los tres grupos examinados (psiquiátrico, pediátrico y escolar), los niños con trastornos psiquiátricos fueron los más expuestos a actos de violencia. Aunque esto no es un hallazgo sorprendente, parece bastante obvio que entre los niños que necesitan de servicios psiquiátricos en la Ciudad de Guatemala, un buen número ha estado expuesto a eventos graves de violencia. El hecho de que la proporción de exposición a violencia no pareció variar de acuerdo a género, edad o clase social, puede reflejar la naturaleza generalizada e indiscriminada del trauma experimentado por la población guatemalteca alrededor de la época en que la encuesta fue realizada, así como la necesidad de crear estrategias de intervención que estén diseñadas para cubrir a la población total de niños y adolescentes.

Una evidencia más consistente puede observarse cuando la exposición a violencia se encontró asociada específicamente con el desarrollo de una reacción emocional significativa a una experiencia traumática y más generalmente con disfunción psicosocial y problemas psicosociales.

En la conceptualización multidimensional de la salud mental que prevalece en la psiquiatría de nuestro tiempo, la exposición a eventos traumáticos en las etapas tempranas de la vida se reconoce como un importante factor de influencia sobre la conducta individual maladaptativa. Sólo para citar unos cuantos ejemplos, Numberg y Raskin<sup>25</sup> encontraron tasas más altas de ansiedad y pánico en niños expuestos a experiencias tempranas de pérdida, abuso, violencia parental y abandono; y Faravelli y Cols.<sup>26</sup> encontraron una más alta prevalencia de eventos traumáticos de vida en pacientes con agorafobia, en comparación con grupos de control.

El hecho de que los niños expuestos a violencia se presenten con tasas más altas de problemas psicosociales amplios o más especificados es consistente con la información proveída por

**Tabla 2**  
Impacto psicosocial de la exposición a actos de violencia en niños guatemaltecos alrededor de 1993

Criterios de Impacto Psicosocial	Expuestos a Violencia		χ <sup>2</sup>	df	p
	Si (N=98) n %	No (N=2051) n %			
Reacción Emocional Significativa a Experiencia Traumática	9 (9.2)	14 (0.7)	76.9	2	< .0001
Disfunción Psicosocial (Punteo =/+ 5 en ESN)	48 (49.0)	419 (20.4)	52.3	2	< .0001
Problemas Psicosociales (1 o más en el IPN)	55 (56.1)	614 (29.9)	29.9	1	< .0001

ESN=Escala de Salud del Niño; IPN=Inventario de Problemas del Niño  
gl=grados de libertad.

Berganza CE, Duarte C. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 2. Núm 4. 2002

**Tabla 3**  
Tasas de 8 problemas psicosociales en niños y adolescentes expuestos y no expuestos a actos graves de violencia en Guatemala, alrededor de 1993

Tipo de Problema Psicosocial	Exposición a Actos de Violencia		χ <sup>2</sup>	gl	p
	Si (N=98) n %	No (N=2051) n %			
Síntomas físicos	9 (9.2)	67 (3.3)	18	2	.0001
Problemas escolares / rehusa asistir	9 (9.2)	51 (2.5)	18.1	2	.0001
Problemas de relación con coetáneos	8 (8.2)	55 (2.7)	13.5	2	.0001
Conducta oposicional desafiante	25 (25.5)	212 (10.3)	22.2	2	<.0001
Déficit de atención	27 (27.6)	352 (17.2)	7.1	2	.02*
Problemas de conducta	2 (2.0)	15 (0.7)	16.7	2	.0002
Depresión, aguda	7 (7.1)	58 (2.8)	17.5	2	.0002
Ansiedad, grave	13 (13.3)	76 (3.7)	30.0	2	<.0001

\* Diferencia no significativa  
gl=grados de libertad.

Berganza CE, Duarte C. *Psiquiatría y Salud Integral*. Vol 2. Núm 4. 2002

los datos demográficos, en el sentido de que el impacto de la violencia parece ser generalizado, al no estar limitado a un grupo demográfico específico o a un tipo específico de trastorno. Los únicos síntomas específicos, entre los que fueron investigados, para los cuales no hubo diferencia entre los expuestos y los no expuestos a eventos de violencia fueron los de un trastorno por déficit de atención. Esto parece estar asociado con la causalidad no contextual de este importante trastorno en niños y adolescentes. Esta información puede también entenderse como en apoyo a la consistencia de nuestros resultados puesto que síntomas característicos de un síndrome específico, que se acepta que está menos relacionado a factores contextuales y más determinado por variables constitucionales,<sup>27</sup> no estuvieron asociados a la exposición a violencia por los sujetos estudiados.

La generalización de los resultados del presente estudio está limitada por el hecho de que la muestra de sujetos encuestados no representa necesariamente a la población total de niños y adolescentes de la Ciudad de Guatemala, así como por su diseño de estudio cros-seccional. Por eso no es posible saber si el mismo patrón de asociación se observaría entre aquellos que no respondieron a la encuesta. Por otro lado, puesto que la exposición a actos de violencia y la presencia de disfunción y problemas psicosociales fueron medidas al mismo tiempo, no es posible establecer el grado en que la exposición a violencia generó resultados psicosociales negativos, o si los últimos tenderían a hacer que los niños estuvieran más predispuestos a exponerse a actos de violencia. Sin embargo, el número extenso de sujetos encuestados permite derivar algunas perspectivas importantes relacionadas con la violencia y los problemas psicosociales en los niños de Guatemala, enfatizando la necesidad de promover más investigación en este campo.

En conclusión, el presente reporte agrega apoyo empírico a la hipótesis de que existe una relación entre la exposición a violencia y la presencia de importantes dificultades psicosociales en niños y adolescentes que habitan un país con una larga historia de violencia. Desde una perspectiva clínica, estos resultados sugieren que el tratamiento a la salud mental de los niños guatemaltecos no puede ignorar el papel de la violencia como un factor asociado, potencialmente interviniendo en la generación y/o consecuencias de los problemas psicosociales presentados por los niños. En términos de prevención en salud mental, estos resultados indican que poco puede hacerse en materia de salud mental infantil en Guatemala y probablemente en América Latina como un todo, en tanto la violencia no sea adecuadamente confrontada. **PSI**

### Referencias

1. World Health Organization. World Health Statistics Annuary. Geneva: World Health Organization; 1986.
2. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman, A. *World mental health: Problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press. 1995.
3. Levav I, Lima BR, Somoza-Lennon M, Kramer M, González R. Salud mental para todos en América Latina y el Caribe. Bases epidemiológicas para la acción [Mental health for all in Latin America and the Caribbean. Epidemiological bases for action]. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1992;107,196-219.

4. Summerfield D, Toser L. "Low-intensity" war and mental trauma in Nicaragua: A study in a rural community. *Med War* 1991;7,84-99.
5. Cliff J, Noormahomed AR. Health as a target: South Africa's desestabilization of Mozambique. *Soc Sci Med* 1988;27,717-722.
6. Kinzie JD, Sack WH, Angell RH, Manson S, Rath B. The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children: I. The children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1986;25,370-376.
7. Lewis DO. Development of the symptom of violence. In: M. Lewis, ed. *Child and adolescent psychiatry*, 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins. 1996:334-344.
8. Lewis DO, Lovely R, Yeager C, Ferguson G, Friedman M, Sloane J, Friedman H, Pincus JH. Intrinsic and environmental characteristics of juvenile murders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988;27,582-587.
9. Zagar R, Arbit J, Hughes JR, Busell RE, Busch K. Developmental and disruptive behavior disorders among delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28,437-440.
10. Brunner HG, Nelen M, Breakefield XO, et al. Abnormal behavior associated with a point mutation in the structural gene for monoamine oxidase A. *Science*. 1993;262,578-580.
11. Lewis DO, Shanak S, Pincus JH. Juvenile sexual assaulters. *Am J Psychiatry*. 1979;33,518-528.
12. Lewis DO, Lovely R, Yeager C, Femina DD. Toward a theory of the genesis of violence: A follow-up study of delinquents. *J Amer Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28,431-436.
13. Browne A, Finkelhor D. Impact of sexual abuse: A review of the research. *Psychol Bull*. 1986;99,66-77.
14. Fischbach RL, Herbert B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Soc Sci Med*. 1997;45:1161-1176.
15. Encyclopaedia Británica 2001 Britannica book of the year. Chicago, IL: *Encyclopaedia Britannica*. 2001.
16. Pan American Health Organization Guatemala. Health in the Americas. Vol. II. Washington: Pan American Health Organization. 1998: 294-302.
17. Comisión Para el Esclarecimiento Histórico. Guatemala Memoria del Silencio: Conclusiones y recomendaciones del Informe de la Comisión Para el Esclarecimiento Histórico. Guatemala: United Nations Office for Services and Projects (UNOPS); 1999.
18. Berganza CE, Aguilar G. Depression in Guatemalan adolescents. *Adolescence* 1992;27,771-782.
19. Berganza CE. Assessment of child psychiatric disorders in primary care facilities. Presented at the World Psychiatric Association's Regional Symposium on New Models in Psychiatry; May 1992; Palermo, Italy.
20. Berganza CE, Mezzich JE, Gaitán I, Cazali L, Caldera T, Klein R. Assessment of child psychiatric disorders in primary care. Paper presented at: IX World Congress of Psychiatry. June 1993. Rio de Janeiro, Brazil.
21. Berganza CE, Cazali L, Gaitán I, Mezzich JE. Validez de criterio de la Escala de Salud del Niño [Criterion validity of the Children's Health Scale]. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 1996;28,317-339.
22. Boney-McCoy S, Finkelhor D. Psychosocial sequelae of violent victimization in a national youth sample. *J Consul Clin Psychol*. 1995;63,726-736.
23. Singer MI, Anglin TM, Song LY, Lunghofer L. Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *JAMA*. 1995;273,477-482.
24. Hanson RF, Saunders B, Kilpatrick D, Resnick H, Crouch JA, Duncan R. Impact of childhood rape and aggravated assault on adult mental health. *Am J Orthopsychiatry*. 2001;71,108-119.
25. Numberg HG, Raskin M. Childhood abuse experiences in adult panic disorder. *Medscape Psychiatry and Mental Health eJournal*. 2(2). 1997. Available at: [www.medscape.com/Medscape/psychiatry/journal/1997v02.n03/mh3090.numberg/mh3090/number.html](http://www.medscape.com/Medscape/psychiatry/journal/1997v02.n03/mh3090.numberg/mh3090/number.html). Accessed: June 2, 2002.
26. Faravelli C, Webb T, Ambonetti A., Fonesu F, Sessarego A. Prevalence of traumatic early events in 31 agoraphobic patients with panic attacks. *Am J Psychiatry*. 1985;142,1493-1494.
27. Faraone SV, Doyle AE, Knoerzer JA. Heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *TEN*. 2001;3,54-57.