

# Efectividad de un programa de intervención psicológica para la recuperación psicoafectiva aplicado a niños y niñas de 6 a 12 años con experiencias traumáticas

Effectiveness of a psychological intervention program for psycho-affective recovery applied to children aged 6 to 12 years with traumatic experiences

Viana Ángela Bustos-Arcón<sup>1\*</sup>, Leonardo Rafael Mass-Torres<sup>2</sup>, Ana Rita Russo<sup>3</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** Los programas de intervención se proponen como una estrategia de abordaje psicológico en etapas tempranas del desarrollo. Este estudio tuvo como objetivo evaluar un Programa de intervención psicológica para la recuperación psicoafectiva basado en técnicas lúdico-educativas aplicado a niños y niñas de 6 a 12 años con experiencias traumáticas. **Materiales y métodos:** Se emplea un paradigma empírico-analítico, tipo cuantitativo con diseño cuasiexperimental de series de tiempo con grupo de comparación, con tres (3) observaciones a través del tiempo, antes (1) y después (2) de la implementación del programa. La muestra es no probabilística e intencional dada la naturaleza del estudio. **Resultados:** Se evidenció que el Programa

de intervención psicológica favorece la calidad de vida y la funcionalidad familiar en menores con experiencias traumáticas, dada su efectividad sostenida en el tiempo luego de la implementación del programa. **Conclusiones:** Los programas de intervención psicológica centrados en el abordaje de experiencias traumáticas durante la infancia favorecen cambios positivos significativos en pro de la salud mental infantil y la prevención de trastornos mentales tempranos.

**Palabras clave:** Salud mental, infancia, experiencias traumáticas, intervención, psicología.

## SUMMARY

**Background:** Intervention programs are proposed as a psychological approach strategy in the early stages of development. The aim of this study was to evaluate a psychological intervention program for psycho-affective recovery based on ludic and educational techniques applied to children from 6 to 12 years old with traumatic experiences. **Materials**

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2025.133.s1.4>

ORCID: 0000-0003-3352-7733<sup>1\*</sup>

ORCID: 0000-0002-5009-1313<sup>2</sup>

ORCID: 0000-0002-8667-7623<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Corporación Universitaria Reformada, Barranquilla, Colombia.  
E-mail: v.bustos@unireformada.edu.co

<sup>2</sup>Corporación Universitaria Reformada, Barranquilla, Colombia.  
E-mail: l.mass@unireformada.edu.co

Recibido: 20 de febrero de 2025

Aceptado: 10 de abril de 2025

<sup>3</sup>Fundación Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia. E-mail: arusso@uninorte.edu.co

\*Corresponding author: Viana Bustos-Arcón, Profesor, Vicerrectoría de investigaciones, Corporación Universitaria Reformada. E-mail: v.bustos@unireformada.edu.co

**and methods:** *An empirical-analytical paradigm is used, a quantitative type with a quasi-experimental design of time series with the comparison group, with three (3) observations through time, before (1) and after (2) the implementation of the program. The sample is non-probabilistic and intentional, given the nature of the study. Results:* *It was evidenced that the Psychological Intervention Program favors quality of life and family functionality in children with traumatic experiences, given its sustained effectiveness over time after the implementation of the program. Conclusions:* *Psychological intervention programs focused on addressing traumatic experiences during childhood lead to significant positive changes in favor of children's mental health and the prevention of early mental disorders.*

**Keywords:** *Mental health, childhood, traumatic experiences, intervention, psychology.*

## INTRODUCCIÓN

La salud mental es una problemática mundial (1-5) dada la realidad estadística que advierte a millones de personas padecen depresión, ansiedad, trastorno bipolar y esquizofrenia o psicosis; siendo el suicidio significativamente preocupante (2); donde el 20 % de niños, niñas y adolescentes en el mundo padecen de problemas mentales, y estos ocurren antes de los 14 años (3). En Colombia, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental (4) se evidencia que niños, niñas y adolescentes presentan diagnósticos de depresión, trastornos de ansiedad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), negativista desafiante y trastornos de conducta; estas problemáticas se asocian a eventos traumáticos relevantes como abuso sexual o físico, duelos por muerte, enfermedad o cambios en la estructura familiar, vivencia de abandono, historia de maltrato, disfunción familiar, conflictos de familia, dificultades en pautas de crianza, entre otros. Cerca del 11,7 % de esta población infantil ha sido expuesta a eventos traumáticos, de los cuales 38,6 % tendría un problema psicológico secundario. Contextualmente, las guerras y catástrofes impactan la salud mental y las condiciones biopsicosociales de las personas, duplicando la incidencia en salud mental (5). Experiencias traumáticas como agresión-maltrato, abandono-negligencia, desplazamiento

forzoso por violencia y abuso sexual son frecuentes en la población infantil a nivel mundial y nacional (6,7). Asimismo, en Colombia se destaca que el 13,7 % de la población infantil ha sido víctima alguna vez de desplazamiento forzado por violencia de cualquier tipo; de los cuales entre el 29,8 % y el 40,7 % de los niños y niñas presentaron comportamientos violentos derivados de tales hechos (4).

El panorama infantil acerca de sus graves afectaciones se evidencia en cifras referidas a la violencia donde cerca de 450 millones de niños viven en zonas de conflicto (8), 48 millones de niños son desplazados (8,9), 300 millones de niños sufren explotación y abusos sexuales en línea (9), mientras un billón de niños sufrió algún tipo de violencia física, emocional o sexual (7). Tales experiencias se constituyen en acontecimientos traumáticos (10,11); y el trauma impacta de modo importante en el desarrollo del niño, afectando todas las dimensiones del desarrollo. Así, en lo emocional se ve afectada la capacidad de regulación de los afectos, las emociones, los sentimientos, las relaciones afectivas, mecanismos de defensa, recursos yoicos, entre otros aspectos; en lo social, afecta gravemente las relaciones interpersonales, la seguridad, los vínculos afectivos, las normas, la relación con la cultura, entre otros; en lo cognitivo, disminuyendo las capacidades intelectuales, funciones mentales, el rendimiento académico; en lo moral en el acatamiento de normas, la ética, los valores, entre otros; y en la sexualidad, especialmente en el caso del abuso, en la exacerbación de conductas sexuales. Con lo anterior, se evidencia una relación determinante entre las experiencias tempranas, el desarrollo y la salud mental (2,7,8). En este sentido, experiencias traumáticas tempranas se relacionan con trastornos de personalidad (7), ansiedad y depresión (5,10,11), alteraciones del comportamiento (3,4,6,7), dificultades de adaptación (8,10), Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (6), alteraciones en el desarrollo físico, intelectual, y emocional del niño (12-14), alteraciones en el bienestar y calidad de vida (15), alteraciones del comportamiento sexual (16-18). Considerando la complejidad del tema, la salud mental en tempranos períodos del desarrollo, especialmente en contextos de vulnerabilidad es indispensable su estudio y abordaje.

Entonces, la salud mental infantil es prioridad, y en este sentido el incremento reciente de trastornos mentales en la infancia resulta preocupante si se considera que la salud mental guarda una estrecha relación con el desarrollo madurativo-constitucional y el entorno donde se desarrollan los individuos (2) por lo que resulta necesario desarrollar acciones que conduzcan a su bienestar emocional (6) a través de programas, proyectos, estrategias, etc., que faciliten la recuperación psicoafectiva en contextos de vulnerabilidad (6,19). En tal sentido, los programas de intervención psicológica constituyen una alternativa al abordaje clínico en experiencias traumáticas tempranas. Bustos, Mass y Russo (20) proponen la recuperación psicoafectiva como forma de intervención psicológica en experiencias traumáticas en población infantil para la prevención de factores de riesgo de trastornos mentales en períodos tempranos del desarrollo.

Tradicionalmente, se considera la psicoterapia como el método de abordaje en afectaciones emocionales de los individuos, esto significa que el quehacer clínico ha sido hasta la fecha el procedimiento privilegiado en materia de atención en salud mental y psicopatología desde la psicología clínica (21). Sin embargo, se ha demostrado que estrategias de promoción y prevención como programas de intervención son efectivos para el mejoramiento de la salud mental, aspectos sociales, económicos y de salud en general (6,22), la salud mental infantil y el desarrollo psicoafectivo (2,23-28).

Investigaciones centradas en la infancia han establecido la necesidad de apoyo y acompañamiento a niños y padres en el proceso madurativo-constitucional, especialmente en apego temprano (29-31), representaciones de apego y relaciones de iguales (32), apego al padre (33), problemas emocionales o conductuales (34), independencia del apego (35), exploración segura y toma de riesgo (36,37), problemas internalizantes, ansiedad y depresión (38) desarrollo psicoafectivo (18), los procesos madurativos (38), parentalidad y el desarrollo emocional (39), adolescencia (14,16,40), entrenamiento a padres (41), que en general, se centra en estrategias de información,

comunicación, resolución de conflictos, acompañamiento a padres, con el propósito de mejorar las relaciones entre padres e hijos, crianza, regulación emocional y ciclo vital.

De otro lado, los programas se centran en intervención del trauma (42), prevención de abuso de sustancias (43), parentalidad y problemas de conducta (44) relaciones de apego seguro en padres en riesgo (45), parentalidad responsable y reducción de problemas (46), madres en alto riesgo (47), habilidades de autorregulación (48), prevención del maltrato infantil (12,13), intervención en maltrato infantil y/o abuso sexual (49), niños expuestos a violencia conyugal (50), desastres y desplazamiento (9), enfermedades crónicas (51), problemas de conducta infantiles (52), jóvenes institucionalizados (53). Lo cual evidencia la necesidad de estrategias destinadas a la atención específica y detección temprana en problemáticas emocionales derivadas de experiencias traumáticas.

Se propone entonces, un programa de intervención psicológica para la recuperación psicoafectiva en infancia para favorecer un balance psicoafectivo óptimo luego de la experiencia de acontecimientos adversos (10,11), puesto que cuanto más temprano ocurra la experiencia traumática mayores efectos negativos ocurren (54-56), mientras que cuanto más temprana sea el abordaje mayores efectos positivos impactan en la salud mental y la calidad de vida (57,58). El programa se presenta como una estrategia de intervención psicológica en experiencias traumáticas, resaltando la dimensión emocional durante la infancia desde una perspectiva evolutiva.

El programa de intervención psicológica para la recuperación psicoafectiva se desarrolló en favor del bienestar emocional, la salud mental (55) y los vínculos afectivos (59-61) basado en la investigación, la psicoterapia y el ciclo vital (62-64). Asimismo, comprende el impacto de las experiencias tempranas (2,8,23,24) en la constitución de la personalidad y la salud mental (65-68); Y la afectación de la salud mental como consecuencia de acontecimientos traumáticos (7,11,15,69,70) que atentan contra la subjetividad y la organización familiar.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Diseño

Se empleó un paradigma empírico-analítico, tipo cuantitativo con diseño cuasiexperimental de series de tiempo con grupo de comparación, con tres (3) observaciones a través del tiempo, antes (1) y después (2) de la implementación del programa.

### Participantes

La muestra estuvo constituida por N=65 (100 %) participantes, de los cuales corresponde N=34 participantes al Grupo Experimental y N=31 participantes al Grupo de comparación, equivalente a un 52,3 % y 47,7 %, respectivamente. El 100 % pertenecen al estrato socioeconómico 1, y se encuentran escolarizados. Asimismo, el 60 % (N=39) de los participantes es masculino y el 40 % (N=26) es femenino. Los criterios de inclusión y exclusión se presentan en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Criterios de inclusión y exclusión en el estudio

Descripción de criterios de inclusión y exclusión del estudio.	
Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vivir en un sector vulnerable de la ciudad.</li> <li>- Tener riesgo de interferencia en el desarrollo (maltrato, abandono, abuso, desplazamiento).</li> <li>- Sujetos de ambos sexos de entre 6 y 12 años.</li> <li>- Responsable: padres o cuidadores legales.</li> <li>- Consentimiento informado entendido, firmado y entregado.</li> <li>- Asentimiento informado entendido, firmado y entregado.</li> <li>- Estar escolarizado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sujetos que no cumplan con el rango de edad requerido.</li> <li>- Sujetos con diagnóstico de enfermedades médicas crónicas y/o mortales, o trastorno(s) psicopatológico(s) informado(s) por ellos mismos o descubierto(s) dentro de la investigación.</li> <li>- No aceptación del consentimiento informado y/o asentimiento informado.</li> <li>- El adulto responsable no autorice el consentimiento informado con su firma.</li> <li>- Sujetos que no vivan en la ciudad de Barranquilla.</li> <li>- Niños que hayan recibido recientemente (al menos 6 meses antes) o estén recibiendo tratamiento psicoterapéutico, psiquiátrico u otro tipo de intervención.</li> <li>- Niños/as institucionalizados.</li> <li>- Limitación auditiva, visual o del lenguaje que impida su participación en la implementación del programa o en el proceso de evaluación (pretest, postest o sostenimiento).</li> </ul>

Fuente: Propia

### Instrumentos

*Apgar familiar:* Este cuestionario es tipo Likert de 5 ítems, que evalúa la percepción de los miembros de la familia acerca del funcionamiento familiar general (71). Tiene versión para niños y adultos. El apgar familiar posee un alfa de Cronbach de 0,84 (72).

*Cuestionario Kindl:* Es un cuestionario de 24 ítems, que mide la Calidad de Vida Relacionada con la Salud – CVRS (73) en población clínica y sana. Asimismo, posee versión para niños según su edad y versión para padres según la edad del

menor. El cuestionario Kindl posee un alfa de Cronbach de 0,87.

### Análisis de datos

Los resultados se analizaron mediante el uso del programa IBM SPSS AMOS versión 22. Cada uno de los instrumentos fue calificado siguiendo el protocolo de prueba establecido y se generaron las escalas de puntuación, así como sus rangos y categorías asociadas. También se estimaron los parámetros de consistencia

interna y confiabilidad. Se presentan medidas de tendencia central y dispersión para cada uno de los puntajes, segmentados (experimental y de comparación) a nivel de pretest (O1) y posttest (O2; O3). Se presentan niveles de contraste para el grupo experimental se analiza si existen diferencias estadísticamente significativas que permiten evidenciar los cambios positivos entre el pretest (O1) y posttest (O2; O3).

### Consideraciones éticas

El estudio se acogió a las disposiciones de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud y protección social, y la Ley 1090 de 2006 que regula la práctica profesional en psicología en Colombia. De modo que contó con aval de Comité de ética institucional para su desarrollo, por lo que todos los aspectos éticos, de participación, voluntariedad, anonimato y confidencialidad fueron realizados.

## RESULTADOS

Los resultados arrojaron sobre las figuras parentales que el 50 % de los participantes conviven con ambos padres, el 32 % convive solo con la madre, y el 16 % convive con un familiar, usualmente abuela o tía. En ningún caso viven exclusivamente con el padre. Sobre las experiencias traumáticas se encontró que el Grupo Experimental el 61,76 % (N=21) corresponden a la condición de maltrato, el 32,35 % (N=11) comprende la condición de abandono, mientras 2,94 % (N=1) y 2,94 % (N=1) pertenecen a la condición de desplazamiento y abuso sexual, respectivamente. Por su parte, en el Grupo de comparación el 67,64 % (N=21) corresponden a la condición de maltrato, el 29,03 % (N=11) comprende la condición de abandono, mientras 3,23 % (N=1) pertenecen a la condición de desplazamiento.

Se realizó la Prueba de Levene para la igualdad de varianzas, y un análisis no paramétrico mediante la prueba T con un 95 % Intervalo de confianza para la diferencia. En este sentido, se estableció sobre la *funcionalidad familiar* desde la visión del niño, y posterior a la implementación del Programa de intervención psicológica, en

el Grupo Experimental la Función Familiar Normal se incrementa entre el pretest y ambas evaluaciones posttest. Implica esto que, el cambio es positivo entre el pretest (O1) y el posttest (O2), y entre el posttest (O2) y el posttest 1 (O3) el cambio positivo se mantiene. Mientras que, en el Grupo de comparación, la Función Familiar Normal se disminuye entre el pretest (O1) y ambas evaluaciones posttest (O2, O3). Implica esto que, el cambio es negativo en el Grupo de comparación entre el pretest (O1) y el posttest (O2), y entre el posttest (O2) y el posttest 1 (O3), es decir que, la percepción de la función familiar desde la visión del niño en el grupo desmejora (Cuadro 2).

Del mismo modo, ocurre en la visión del adulto sobre la funcionalidad familiar en el Grupo Experimental, es decir, la Buena Función Familiar se incrementa entre el pretest y ambas evaluaciones posttest. Implica esto que, el cambio es positivo entre el pretest (O1) y el posttest (O2), y entre el posttest (O2) y el posttest 1 (O3) el cambio positivo se mantiene, mientras que, en el Grupo de comparación, la Buena Función Familiar se disminuye entre el pretest (O1) y ambas evaluaciones posttest (O2, O3). Es decir, el cambio es negativo entre el pretest (O1) y el posttest (O2), y entre el posttest (O2) y el posttest 1 (O3), es decir que, la percepción de la función familiar desde la visión del adulto en el grupo desmejora en el Grupo de comparación (Cuadro 2).

Para la *percepción de calidad de vida relacionada con la salud* (69) aplicado al niño se realizó la Prueba de Levene para la igualdad de varianzas, y un análisis no paramétrico mediante la prueba T con un 95 % Intervalo de confianza para la diferencia. En el Grupo Experimental (N=34) en el niño se encontró entre las observaciones (O1; O2; O3) diferencias significativas positivas relacionadas con la percepción de la calidad de vida. Se tiene que en O1 (pretest) la calidad de vida oscila en 67,90 %, en O2 (posttest) es de 76,08 % y O3 (posttest 1) es de 80,05 %, esto es que entre las evaluaciones se logra una mejoría del 12,15 % luego de la implementación del programa de intervención. Mientras en el Grupo de Comparación (N=31) en la percepción del niño se encontró entre las observaciones (O1; O2; O3) diferencias significativas negativas relacionadas con la percepción de la calidad de vida. Se tiene



Cuadro 2. Percepción de la funcionalidad familiar en Grupo Experimental según la experiencia traumática.

Tablas  
personalizadas

		GRUPO EXPERIMENTAL: INTERF									
		Abandono		Maltrato		Desplazamiento		Abuso Sexual		Total	
		Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla	Recuento	% del N de la tabla
APGAR AUTO RG1	Función Familiar Normal	5	14,7	8	23,5	0	0,0	1	2,9	14	41,2
	Función Familiar Moderada	5	14,7	13	38,2	1	2,9	0	0,0	19	55,9
	Función Familiar Severa	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
	Total	11	32,4	21	61,8	1	2,9	1	2,9	34	100,0
APGAR AUTO RG2	Función Familiar Normal	10	29,4	21	61,8	1	2,9	1	2,9	33	97,1
	Función familiar Moderada	1	2,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	2,9
	Total	11	32,4	21	61,8	1	2,9	1	2,9	34	100,0
APGAR AUTO RG3	Función Familiar Normal	8	24,2	21	63,6	1	3,0	1	3,0	31	93,9
	Función Familiar Moderada	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0
	Función Familiar Severa	1	3,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,0
	Total	10	30,3	21	63,6	1	3,0	1	3,0	33	100,0

que en O1 (pretest) la calidad de vida oscila en 79,04 %%, en O2 (postest) es de 74,21 % y O3 (postest 1) es de 61,33 %, esto es que entre las evaluaciones se desmejora notablemente la calidad de vida correspondiente a un 17,71 %, sin implementación del programa (Cuadro 3).

Con respecto al adulto (padres; cuidadores) se encontraron resultados similares entre las evaluaciones. En el Grupo Experimental (N=34)

en la percepción del adulto se encontró entre las observaciones (O1; O2; O3) diferencias significativas positivas relacionadas con la percepción de la calidad de vida. Se tiene que en O1 (pretest) la calidad de vida oscila en 68,10 %, en O2 (postest) es de 76,718 % y O3 (postest 1) es de 78,27 %, esto es que entre las evaluaciones se logra una mejoría del 10,17 % luego de la implementación del programa de intervención.

## EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Mientras en el Grupo de Comparación (N=31) en la percepción del adulto se encontró entre las observaciones (O1; O2; O3) diferencias significativas negativas relacionadas con la percepción de la calidad de vida. Se tiene que en O1 (pretest) la calidad de vida oscila en

79,65 %, en O2 (postest) es de 70,51 % y O3 (postest 1) es de 63,67 %, esto es que entre las evaluaciones se desmejora notablemente la calidad de vida correspondiente a un 15,98 %, sin implementación del programa (Cuadro 3).

Cuadro 3. Percepción de la calidad de vida en Grupo Experimental y Grupo de comparación según la experiencia traumática.

Tablas personalizadas

		EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS					
		Abandono	Maltrato	Desplazamiento	Abuso Sexual	Total	
		Media	Media	Media	Media	Media	
GRUPO	Experimental	KNDL AUTO PORCENTAJE1	67,86	67,10	78,10	75,00	67,90
		KNDL AUTO PORCENTAJE2	77,48	76,09	78,90	57,69	76,08
		KNDL AUTO PORCENTAJE3	80,24	79,65	83,33	83,33	80,05
		KNDL PADRES PORCENTAJE1	66,65	69,29	59,21	68,20	68,11
		KNDL PADRES PORCENTAJE2	77,00	77,11	70,65	71,42	76,71
		KNDL PADRES PORCENTAJE3	79,48	77,68	88,88	68,18	78,28
	De comparación	KNDL AUTO P PORCENTAJE1	82,94	77,28	81,08	.	79,05
		KNDL AUTO PORCENTAJE2	76,85	72,76	81,08	.	74,22
		KNDL AUTO PORCENTAJE3	71,63	56,69	72,91	.	61,34
		KNDL PADRES PORCENTAJE1	77,14	80,34	86,95	.	79,62
		KNDL PADRES PORCENTAJE2	71,45	70,07	71,42	.	70,51
		KNDL PADRES PORCENTAJE3	62,11	63,66	75,00	.	63,67

En este sentido, se observa el mejoramiento según la experiencia traumática: maltrato, abandono, desplazamiento y abuso sexual en el Grupo Experimental en virtud de la experiencia traumática tanto en la funcionalidad familiar como en la calidad de vida del niño y sus cuidadores, luego de la implementación del programa. Mientras que en el Grupo de comparación sobre los mismos aspectos se observa su decrecimiento sin la implementación del programa.

### DISCUSIÓN

El objetivo del estudio fue evaluar un Programa de intervención psicológica para la recuperación psicoafectiva basado en técnicas lúdico-educativas aplicado a niños y niñas de 6 a 12 años con experiencias traumáticas. Los

resultados permiten dar validez al Programa de Intervención en Recuperación Psicoafectiva, toda vez que su alcance y sostenimiento en el tiempo sobre el fortalecimiento de los vínculos afectivos, la adaptación y la resiliencia en experiencias traumáticas así lo establecen, conforme a la metodología científica actual y en coherencia con (74) el diseño e implementación de programas de intervención (5) en intervención en infancia. (Cuadros 2 y 3).

Tras la implementación del Programa de Intervención en Recuperación Psicoafectiva, los logros (O1; O2; O3) evidencian cambios determinantes en la percepción de la función familiar dado el favorecimiento de las condiciones del niño como ser social y emocional (24), el contexto de la relación interpersonal y la vinculación afectiva (75), el desarrollo socioemocional (76), desarrollo psicoafectivo (20,77) factores

externos (24), junto con la personalidad y el apoyo social (5), lo anterior constituido como factor protector externo (8) y favorecedor del proceso de adaptación y resiliencia.

El funcionamiento familiar luego de la implementación del programa se favorece y se mantiene a lo largo del tiempo entre el niño/a y sus padres/cuidadores pasando del 41,7 % en la Buena Función Familiar en el pretest (O1), con un 97 % en la Buena Función Familiar en el postest (O2), y su sostenimiento con un 94 % en la Buena Función Familiar en el postest 1 (O3); destacando en ello la cohesión y flexibilidad familiar (26,78) en el Grupo Experimental relacionado con las experiencias traumáticas.

Del mismo modo, se evidencian cambios concluyentes en la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (O1; O2; O3), donde esta se fortalece cuando el entorno del niño se constituye en un indicador de salud positivo y que es coherente con la percepción de la función familiar se mejora. El programa promueve el estado de bienestar y la capacidad de hacer frente al estrés normal de la vida (6), toda vez que la percepción de malestar físico decreció en las evaluaciones (O1; O2; O3) (73); disminuyendo la mala salud física como factor de riesgo (26,78) al encontrar en el estudio una mejoría en la percepción de bienestar entre las evaluaciones.

Sobre la *calidad de vida relacionada con la salud* y la *funcionalidad familiar* luego de la implementación del programa en el Grupo experimental no solo se favorece, sino que se mantiene a lo largo del tiempo entre el niño/a y sus padres/cuidadores (5,8,20) en general, en el Grupo Experimental el cambio positivo entre la percepción del niño y el adulto es del 22,32 % de incremento en la calidad de vida entre las evaluaciones; y en la funcionalidad familiar el incremento es del 52,3 % entre las evaluaciones (O1; O3).

Se destaca la importancia del uso de herramientas lúdico-educativas en el abordaje de experiencias traumáticas en la infancia (76), la elaboración psíquica como factor de crecimiento psicológico para la expresión y regulación emocional (77), la generación de habilidades de autocuidado, autoprotección e identidad (17,78) y el desarrollo de competencias resilientes (78).

Finalmente, identificar factores de riesgo y vulnerabilidad, e incrementar factores protectores, modifican los efectos negativos de eventos adversos tempranos (17), afín, al desarrollo de programas que tengan como objetivo la reducción de los factores de riesgo y el incremento de los protectores.

## REFERENCIAS

1. Jovanovic T, Blanding NQ, Norrholm SD, Duncan E, Bradley B, Ressler KJ. Childhood abuse is associated with increased startle reactivity in adulthood. *Depress Anxiety*. 2009;26(11):1018-1026.
2. Bustos VA, Russo AR. El lugar del yo en la comprensión de la Salud Mental. *Psicoespacios*. 2017;11(19):208-228.
3. Matthey EC, Glymour MM. Causal Inference Challenges and New Directions for Epidemiologic Research on the Health Effects of Social Policies. *Curr Epidemiol Rep*. 2022;9(1):22-37.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: Minsalud; 2015.
5. Márquez L, Sánchez M, Jiménez I. Adolescentes en riesgo. Un partir de la resiliencia. México: Manual Moderno; 2015.
6. Bradley RG, Binder EB, Epstein MP, Tang Y, Nair HP, Liu W, et al. Influence of child abuse on adult depression: Moderation by the corticotropin-releasing hormone receptor gene. *Arch Gen Psychiatry*. 2008;65(2):190-200.
7. Lecannelier F. El trauma oculto en la infancia. Guía científicamente informada para padres, educadores y profesionales. Santiago: Penguin Random House Grupo Editorial; 2018.
8. Bustos VA, Russo AR. Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia. *Psicogente*. 2018;21(39):183-202.
9. Eşkisu M, Kapçı EG. Efficacy of the parenting support program on child behavior problems. *Scand J Psychol*. 2021;62(4):449-459.
10. Cyrulnik B. El murmullo de los fantasmas. Barcelona: Editorial Gedisa; 2003.
11. Cyrulnik B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Editorial Gedisa; 2010.
12. Arévalo H, Sand S, Tormo M. PEQÉBOOM. Estrategia lúdica para la prevención, detección e intervención del maltrato infantil. XIII Congreso Internacional de la infancia maltratada. Construyendo modelos para el buen trato a la infancia. Murcia; 2016.



13. Pericas C, Clotas C, Espelt A, López MJ, Bosque-Prous M, Juárez O, et al. Effectiveness of school-based emotional education program: A cluster-randomized controlled trial. *Public Health*. 2022;210:142-148.
14. Widom C, Czaja S, Bentley T, Johnson M. A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. *Am J Public Health*. 2012;102(6):1135-1144.
15. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2009.
16. Berlinerblau V. Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar decisiones y proteger sus derechos. Argentina: UNICEF; 2016.
17. Cantón D, Cortés M. Consecuencias del abuso sexual infantil: una revisión de las variables intervinientes. *Anal Psicol*. 2015;31(2):552-561.
18. Echeburúa E, De Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense*. 2006;43-44:75-82.
19. Quiroz N. Recuperación Psicoafectiva de Niños Afectados por Desastres y Conflicto Armado. UNICEF Oficina de Área para Colombia y Venezuela: Editorial Gente Nueva; 1999.
20. Bustos VA, Mass LR, Russo AR. Recuperación psicoafectiva. Una infancia resiliente. Barranquilla: Editorial Uninorte; 2019.
21. Greenson R. Técnica y práctica del psicoanálisis. Cerro del Agua: Editorial Siglo XXI; 2004.
22. Mrazek P, Haggerty R. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press; 1994.
23. Russo A, Zinke L, Vera-Márquez A. Educator's reflection on pedagogical practices changes. *Rev Bras de Educ de Jov e Adultos*. 2016;4(7):133-155.
24. Zabaraín S. Validación e implementación de un programa de educación psicoafectiva, basado en técnicas lúdico-educativas, en niños escolarizados en la latencia tardía, (10 a 12 años), pertenecientes a colegios de la comuna 5 de la ciudad de Santa Marta. [Tesis doctoral]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2015.
25. Russo A. Programa Pisotón para el Desarrollo Psicoafectivo y la Educación Emocional: Experiencia de Implementación en Colombia 1997-2014. Experiencias Significativas en Psicología y Salud Mental. Bogotá: Colpsic; 2014.
26. Rojas A. Pares e impares. Elaboración de un programa de educación psicoafectiva y evaluación de sus efectos en niños escolarizados de 8 a 10 años. [Tesis doctoral]. Barranquilla: Universidad del Norte; 2013.
27. López E, Russo A. La Latencia. *Psicogente*. 2006;15:66-69.
28. Russo A. Diseño de un programa de Educación psicoafectiva basado en técnicas lúdico-educativas dirigido a niños escolarizados de 2 a 7 años. [Tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1997.
29. Bohlin G, Hagekull B. Socio-emotional development: From Infancy to young adulthood. *Scand J Psychol*. 2009;50(6):592-601.
30. Raikes H, Thompson R. Attachment security and parenting quality predict children's problem solving, attributions, and loneliness with peers. *Attach Hum Dev*. 2008;10(3):319-344.
31. Sroufe L, Carlson E, Egeland B, Collins W. The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. New York: Guilford Press; 2005.
32. Lucas-Thompson R, Clarke-Stewart A. Forecasting friendship: How marital quality, maternal mood and attachment security are link to children's peer relationships. *Dev Psychol*. 2007;258(64):67-96.
33. Brumariu L, Kerns K. Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Dev Psychopathol*. 2010;22(1):177-203.
34. Love JR, Fox RA. Home-based parent child therapy for young traumatized children living in poverty: A randomized controlled trial. *J Child Adolesc Trauma*. 2017;12(1):73-83.
35. Richaud M. Gender and cultural patterns of mother's and father's attachment and links with children's self-competence, depression and loneliness in middle and late childhood. *Early Child Dev Care*. 2010;180:193-209.
36. Newland L, Coy D, Chen H. Fathering and attachment is the USA and Taiwan: Contextual predictors and child outcomes. *Early Child Dev Care*. 2010;180:173-191.
37. Cassidy J, Shaver PR. Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. 2<sup>nd</sup> edition. New York: The Guilford Press; 2008.
38. Vidal M. Modelo psicológico en atención primaria: Protocolos de valoración e intervención en niños de 0 a 2 años. [Tesis doctoral]. España: Universidad Complutense de Madrid; 1997.
39. Havighurst S, Wilson K., Harley A, Prior M. Tuning into kids: An emotional-focused parenting program-initial findings from a community trial. *J. Community Psychol*. 2009;37:1008-1023.
40. Kehoe C, Havighurst S, Harley A. Tuning in to Teens: Improving parent emotion socialization to reduce youth internalizing difficulties. *Soc Dev*. 2014;23(2):413-431.

41. Dinkmeyer D, McKay G. Systematic Training for Effective Parenting: Parent's Handbook. Circle Pines: American Guidance Service; 1976.
42. Wilson K, Havighurst S, Harley A. Dads Tuning in to Kids: Piloting a new parenting program targeting fathers' emotion coaching skills. *J Community Psychol*. 2014;162-168.
43. Brody G, Murry V, Kogan S, Gerrard M, Gibbons F, Molgaard V, et al. The Strong African American Families Program: A cluster-randomized prevention trial of long-term effects and a mediational model. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(2):356-366.
44. Simons R, Lin K, Gordon L, Brody G, Murry V, Conger R. Community differences in the association between parenting practices and child conduct problems. *J Marriage Fam*. 2002;64(2):331-345.
45. Lieberman A, Weston D, Pawl J. Preventive interaction and outcome with anxiously attached dyads. *Child Dev*. 1991;62(1):199-209.
46. Breitenstein S, Gross D, Ordaz I, Julion W, Garvey C, Ridge A. Promoting Mental Health in Early Childhood Programs Serving Families from Low-income Neighborhoods. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2007;13(5):313-320.
47. Slade A, Sadler L, Mayes L. Minding the baby: Enhancing parental reflective functioning in nursing/mental health home visiting program. New York: Guildford Press; 2005.
48. Hoffman K, Cooper G, Powell B, Marvin R. Changing toddler's and preschoolers attachment classifications: The Circle of Security intervention. *J Consult Clin Psychol*. 2005;74:1017-1026.
49. Álvarez RA, Machaca AJ, Mamani OJ. Eficacia de un programa psicoeducativo para prevenir el abuso sexual en menores de educación primaria. *CASUS*. 2019;4(2):54-61.
50. Martín A, Pérez G. Aplicación de un programa de intervención psicológica para madres de niños expuestos a violencia conyugal. *AMC*. 2002;28(120):503-521.
51. Quinceno J, Remor E, Vinaccia S. Fortaleza. Programa de potenciación de la resiliencia para la promoción y el mantenimiento de la salud. Bogotá: Manual Moderno; 2016.
52. Romero E, Villar P, Luengo M, Gómez J, Robles Z. EmPeCemos. Programa para la intervención en problemas de conducta infantiles. Entrenamiento de padres y madres. Madrid: TEA Ediciones; 2013.
53. Núñez JC, Gázquez JJ, Pérez-Fuentes M, Molero M, Martos A, Barragán A et al. Psicología y Educación para la Salud. España: Scinfoper Ediciones; 2017.
54. Gómez E. Trauma relacional temprano. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado; 2013.
55. Fossa P. La desorganización psíquica en el desarrollo infantil. *Rev Psicol GEPU*. 2013;4(1):150-159.
56. Mass LR. Familia y maltrato infantil: Una revisión teórica en torno a la clínica contemporánea. *Cult Educ Soc*. 2013;4(2):35-43.
57. Mass LR. Familia contemporánea y maltrato infantil. Una lectura desde la teoría psicoanalítica. Alemania: Editorial Académica Española; 2011.
58. González W. Resiliencia y adolescencia. La desintegración de las instituciones es la desintegración del psiquismo. *Rev H&M*. 2004;23:32-41.
59. Bordignon N. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Rev Lasallista Invest*. 2005;2(2):50-63.
60. Erikson E. El ciclo vital completado. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1985.
61. Freud A. Normalidad y patología en la niñez. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1979.
62. Dolto F. Psicoanálisis y pediatría. Las grandes nociones del psicoanálisis. Dieciséis observaciones de infantes. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI; 1974.
63. Spitz R. El primer año de vida del niño. México: Fondo de Cultura Económica; 1969.
64. Winnicott D. El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1963.
65. De La Fuente R, Heinze G. Salud mental y medicina psicológica. México: McGraw-Hill; 2014.
66. Greenspan S. Infancy and early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges. Madison: International University Press; 1992.
67. Freud A. Psicoanálisis del niño. Buenos Aires: Ediciones Hormé S.A.; 1980.
68. Freud A. Psicoanálisis del jardín de infantes y la educación del niño. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1977.
69. Freud A. El psicoanálisis y la crianza del niño. Buenos Aires: Editorial Herder; 1975.
70. Klein M. Envidia y gratitud. Y otros trabajos. Argentina: Editorial Paidós; 1960.
71. Smilkstein G. The family APGAR: A proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-1239.
72. Bellón J, Delgado A, Luna J et al. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR familiar. *Aten Primaria*. 1996;18:289-296.
73. Ravens-Sieberer U, Bullinger M. Questionnaire for measuring health-related quality of life in children and adolescents. Berlin: Pabst Science Publishers; 2000.
74. Ridde V, Dagenais C. Enfoques y prácticas en la evaluación de programas. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2015.

## EFFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

75. Shin S, Miller D. A longitudinal examination of childhood maltreatment and adolescent obesity: Results from the National Longitudinal Study of Adolescent Health (AddHealth) study. *Child Abuse Negl.* 2012;36(2):84-94.
76. Haeussler M, Léniz I, Bunge C, Bonfill M. Psicoterapia de niños y adolescentes. Actividades para la práctica clínica. Santiago: Catalonia; 2018.
77. Giannakoulas A, Fizzarotti S. El counselling psicodinámico. Buenos Aires: Editorial Lumen; 2009.
78. Vanistendael S, Lecomte J. La felicidad es posible. Despertar en niños maltratados la confianza en sí mismos: construir la resiliencia. Barcelona: Gedisa Editorial; 2000.