

PUBLICADO EN: *Anuario de Investigaciones VII*; pág. 203-222. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología . UBA. 1999.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE UNA POBLACION INFANTIL DERIVADA PARA SU ASISTENCIA CLINICA EN UN CENTRO COMUNITARIO

CERVONE¹, Nélica; LUZZI², Ana María; SLAPAK³, Sara; SAMANIEGO⁴, Corina

RESUMEN

Uno de los objetivos del proyecto de investigación TP 047 "Conductas violentas de niños en edad escolar" (Programación UBACYT 1998-2000) es realizar un estudio epidemiológico de la población derivada para su atención en el Servicio de Psicología Clínica de Niños de la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa (Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires). Para ello, se utilizan dos instrumentos: el Child Behaviour Checklist de Achenbach y el Inventario de Sucesos de Vida (adaptados por Corina Samaniego, 1998), administrados a los adultos responsables de los niños. Aunque la mayoría de las consultas responde a derivaciones de las escuelas por los problemas de conducta de niños entre 6 y 12 años de edad, interesa indagar en forma sistemática los motivos de consulta puesto que se han observado cambios al respecto a lo largo de los años de funcionamiento del Servicio. El análisis de los resultados ubica los problemas de conducta de los niños en el conjunto de las problemáticas psicopatológicas y psicosociales de la niñez, indica tendencias actuales y permite la comparación con población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. En este trabajo se presenta un análisis preliminar de los resultados sobre la base de 116 protocolos.

PALABRAS CLAVE: epidemiología; niños escolarizados; problemáticas psicopatológicas y psicosociales; contención familiar.

ABSTRACT

One of the aims of the project TP047 "Violent behaviours of school children" (UBACYT, Programación 1998-2000) is to study the children referred to the Clinical Psychological Unit for Children of the Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa (Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires) from an epidemiological point of view. The Child Behaviour Checklist (Achenbach) and the Life Event Checklist (both adapted by Corina Samaniego,

¹ E-mail: ncervone@psi.uba.ar

² E-mail: aluzzi@psi.uba.ar

³ E-mail: sslapak@psi.uba.ar

⁴ E-mail: vcsamani@mail.retina.ar

1998) were applied to the adults responsible of the children care. Schools because of their disruptive behaviour referred children from 6 to 12 years old; the referrals have changed along the years, so it is necessary to analyse them systematically. The study relates the children disruptive behaviours to the psychopathology and psychosocial problems of children; it indicates future trends and allows the comparison to clinic population of the Ciudad de Buenos Aires. This paper is based on the preliminary analysis of 116 records.

KEY WORDS: epidemiology; schoolchildren; psychopathology and psychosocial problems; family holding.

INTRODUCCIÓN

El Servicio de Psicología Clínica de Niños de la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa fue creado en 1990 e integra el Programa de Asistencia Comunitaria, dependiente de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires⁵. El equipo docente de la cátedra y jóvenes graduados en formación dan cumplimiento a la función social de extensión universitaria brindando asistencia psicoterapéutica psicoanalítica individual, grupal y familiar a niños entre 6 y 12 años de edad y orientación a los adultos responsables, derivados mayoritariamente por escuelas y juzgados cercanos a la Sede Regional Sur de la Universidad de Buenos Aires, en el Partido de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, asiento del Servicio.

Un alto porcentaje de los niños asistidos presenta serios problemas de conducta en la casa, barrio y escuela: comportamientos destructivos, de oposición a normas escolares, robos, vagabundeo, agresiones verbales y físicas a maestros y compañeros, destrucción de muebles y otros elementos escolares, fugas y mentiras. Desde 1992 se registra un paulatino incremento en la severidad y precocidad de manifestación de los problemas motivo de consulta y desde 1997 se observa la presencia de patología grave asociada a desestructuraciones psicóticas y a neurosis que encubren un funcionamiento psicótico de la personalidad.

Los niños pertenecen, en general, a familias pobres, algunas de ellas con características de marginación y fragmentación; separación de la pareja parental y el consecuente abandono del niño por parte de uno o ambos progenitores; abandonos intempestivos; conductas impulsivas en ambos padres; problemas de inestabilidad laboral, mudanzas y migraciones.

Las características psicopatológicas y psicosociales de la población asistida despertaron el interés y motivaron la necesidad de realizar estudios sistemáticos que permitieran ampliar los

⁵ El Programa de Asistencia Comunitaria es el resultado de una reforma del Programa de Epidemiología Social y Psicología Comunitaria, creado en 1988 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires con el propósito, entre otros, de sumarse a un esfuerzo colectivo de búsqueda de modelos alternativos y solidarios de

conocimientos sobre el tema y perfeccionar, consecuentemente, las estrategias de acción, por lo que, desde 1994, parte del equipo docente de la cátedra desarrolla también proyectos de investigación, además de las tareas de docencia y extensión.

El propósito de uno de los proyectos de investigación actualmente en curso es la caracterización psicopatológica de las conductas violentas en niños en edad escolar (TP 047 UBACyT Programación 1997-2000), profundizando el estudio realizado en el marco de un proyecto anterior (“Las situaciones de duelo y las tendencias antisociales en niños. Contención familiar y social”. PS 043 UBACyT, Programación 1995-97)⁶. Interesa la posibilidad de detección temprana de manifestaciones clínicas y subclínicas de patologías de inicio precoz y ampliar el estudio del componente de contención familiar analizando las condiciones para la elaboración de situaciones de duelo de los adultos responsables de los niños.

Las conductas violentas de niños en edad escolar se inscriben dentro de las llamadas “nuevas” patologías, asociadas al deterioro de las condiciones de vida familiar, social, económica y cultural. Sin embargo, en la literatura corriente actual se encuentran escasos análisis sistemáticos y la mayoría de los estudios realizados giran en torno al niño como objeto pasivo de la violencia familiar y social.

En la Argentina, además, son escasos los relevamientos epidemiológicos sobre las problemáticas psicológicas y psicopatológicas de la niñez en distintos ámbitos y en relación con situaciones familiares y condiciones sociales.

Uno de los objetivos específicos del proyecto TP 047 es el relevamiento sistemático del tipo de patología consultante, dado los cambios registrados en los últimos años con respecto de los motivos de consulta. A continuación, se expondrán la metodología de trabajo y los resultados y conclusiones preliminares de este aspecto del mencionado proyecto.

MÉTODO

Instrumentos:

Se utilizó el **Child Behaviour Checklist** (CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1983; validado por Corina Samaniego, 1998). Se trata de un instrumento ya probado en Argentina y que se utiliza en otros servicios asistenciales, lo que permite hacer comparaciones.

Se basa en un modelo **dimensional** de clasificación en psicopatología infantil⁷, que concibe al desorden como un grupo de síntomas que forman una dimensión o un continuo

intervención profesional en el área de la salud y de la educación. Se lo situó en el Partido de Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, teniendo como sede de funcionamiento la Regional Sur de la Universidad de Buenos Aires.

⁶ Para el desarrollo de estos proyectos retomamos algunas de las ideas originales de los autores clásicos del psicoanálisis -S. Freud, M. Klein, D. Winnicott y D. Meltzer-, en especial los aportes de la Teoría de las Relaciones Objetales acerca del tema de la destructividad y su relación con los trastornos del carácter, así como la relación entre la emergencia de manifestaciones de violencia y dificultades en la elaboración de duelos.

⁷ Samaniego, V.C. “El Child Behaviour Checklist: su estandarización en la Argentina” (1999). Mimeo: XXVII Congreso Interamericano de Psicología; Caracas.

donde todos los individuos tienen un lugar, presentando el trastorno en un grado mayor o menor. Se trata de una aproximación estadística multivariada, que revela covariación entre los problemas reportados. Síndromes derivados empíricamente reflejan tendencias de ciertos problemas a converger, lo cual no significa que describen niños individuales. Permite sortear algunas de las debilidades del enfoque **categórico**⁸, evitando la pérdida de información que deviene del uso de categorías dicotómicas. También se diferencia del modelo **ideográfico**, que rechaza todo tipo de etiquetas⁹.

Los instrumentos derivados del enfoque dimensional consisten en un conjunto de ítems predeterminados que describen el comportamiento infantil, que se categorizan en términos de escalas derivadas empíricamente en vez de síndromes o desórdenes tradicionales o definidos *a priori*. Diferentes tipos de informantes (padres, maestros, observadores entrenados) estiman la presencia, frecuencia o severidad de problemas de conducta seleccionados. Luego se realiza un análisis factorial de las respuestas a fin de identificar síndromes de problemas de conducta.

Cabe aclarar que este tipo de instrumento no es adecuado para la medición de desórdenes de baja prevalencia. Además, el método de recolección de datos y los ámbitos en que se aplica (ámbito asistencial en este caso) pueden influenciar los resultados, en el sentido de que las puntuaciones pueden llegar a reflejar más los sesgos de los informantes (los padres) que el comportamiento real de los niños.

El CBCL es un formulario estandarizado para registrar los problemas comportamentales y competencias de niños entre 4 y 18 años. Se han perfeccionado escalas del instrumento para cada sexo y grupos de edad de 4-5 años, 6-11 y 12-16. Estas escalas y sus puntos de corte fueron derivados empíricamente a través del análisis factorial de listas de confrontación completadas por padres y maestros de niños remitidos a servicios de salud mental. El instrumento incluye 20 ítems referidos a competencias sociales, relativas al desempeño escolar, relaciones sociales y participación en actividades y 118 ítems de problemas comportamentales. El puntaje total se obtiene a partir de la suma de los parciales (valores posibles: 0=No es cierto; 1=Es cierto algunas veces o de cierta manera; 2=Es muy cierto o a menudo cierto). Achenbach ha obtenido 8 escalas estrechas y 2 escalas ampliadas de síndromes¹⁰. En esta investigación se han empleado sólo los ítems referidos a problemas comportamentales¹¹.

⁸ El enfoque **categórico** también llamado médico (Edelbrock et. al., 1988) o clínico (Quay, 1986), es aquel que considera las patologías presentes o ausentes, como los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (Multiaxial Classification y Clasificación Internacional de Enfermedades, ICD-9) o por la American Psychiatric Association (DSM IV).

⁹ El enfoque **ideográfico** generalmente deviene de un marco teórico (Psicoanálisis, Teoría Comportamental).

¹⁰ Achenbach ha usado el término síndrome para designar grupos de problemas comportamentales estadísticamente asociados.

¹¹ Samaniego, V.C. "El Child Behaviour Checklist: su estandarización en la Argentina" (1999). Mimeo: XXVII Congreso Interamericano de Psicología; Caracas.

Otro instrumento aplicado en el proyecto de investigación es el **Inventario de Sucesos de Vida** (Samaniego, 1998) que indaga los sucesos de vida más frecuentes ocurridos en los seis meses anteriores a la consulta. Ha sido construido tomando como base el Life Event Record (LER) para niños en edad escolar correspondiente a la escolaridad primaria (Elementary Age Group; Coddington, 1972), y el Life Event Questionnaire (LEQ; Berden et.al, 1990). Tomando en cuenta ciertos antecedentes metodológicos que aparecen en la literatura, el inventario definitivo consta sólo de eventos vitales de posible impacto negativo y el puntaje obtenido deriva del simple conteo de eventos. Asimismo, se excluyeron aquellos eventos que pueden presentarse como manifestaciones de una disfunción ya presente (por ej. "Suspendido de la escuela") a fin de no generar mediciones con confusión en sentido epidemiológico.

Procedimientos:

Se efectuó el relevamiento sistemático de todos los pacientes ingresados durante 1998 al Servicio de Psicología Clínica de Niños. Los instrumentos se administraron a los adultos responsables al momento de solicitar la consulta, formando parte del proceso de admisión.

Sujetos:

El número de casos relevados ascendió a 116. La población pertenece en su gran mayoría a clase baja o clase media empobrecida. Esta característica está relacionada con la condición establecida por el Servicio según la cual se asiste sólo a niños cuyas familias no cuentan con cobertura social. La gran mayoría de los padres de los niños asistidos están desocupados o subocupados, con trabajos "en negro" o informales. Es una población en riesgo de exclusión de la trama social, con excepción de la inserción en las instituciones educativas.

Se presentan a continuación las características de la muestra analizada.

Distribución por sexo (Anexo 1: Tabla 1):

Se registran 89 varones (76.7%) y 27 mujeres (23.3%). Se destaca la mayor proporción de niños varones derivados para su asistencia, dato que, con pequeñas variaciones, se mantiene constante desde la creación del Servicio de Psicología Clínica de Niños. El relevamiento realizado en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires registra similares proporciones. La bibliografía internacional también indica proporciones semejantes.

Distribución por edad (Anexo 1: Tabla 2):

Se observa una concentración en la franja etárea de 6 a 10 años (suman el 80.2% del total del universo estudiado).

Estos datos reflejan un descenso en la edad de aparición de problemas que motivan la derivación de los niños para su asistencia, en relación con los datos registrados desde la creación del Servicio. Se destaca la precocidad en la manifestación de problemas, marcado en

especial por el porcentaje elevado de niños de 6 años (20.7%), teniendo en cuenta que se trata de niños que recién comienzan su escolaridad en la EGB.

Para este análisis, los resultados obtenidos por los niños de 12 años se tomarán como semejantes a los valores obtenidos por los de 11 años de edad.

Distribución según adultos responsables que solicitan la consulta (Anexo 1: Tabla 3):

Las madres son las que, mayoritariamente, solicitan la consulta (79.3%). Resulta llamativo que el porcentaje de otras personas que solicitan la consulta por los niños – tíos, abuelos, vecinos - sea mayor (12.1%) que el de los padres varones (8.6%).

Distribución según nivel de educación de los padres (Anexo 1: Tabla 4):

La mayoría de los padres tiene sólo escolaridad primaria, completa o incompleta, siendo al respecto, algo mayor el porcentaje de padres varones (60.3%) que el de las madres (56.9%).

Con respecto de la escolaridad secundaria, completa o incompleta, se invierte la proporción, ya que sólo el 29.3% de los padres varones alcanzaron ese nivel de escolaridad, mientras que el porcentaje en las madres es del 36.2%.

En cuanto a los estudios terciarios y universitarios, completos o incompletos, los porcentajes correspondientes son de 2.6% para los padres varones y de 4.3% para las madres, manteniéndose la inversión en la proporción, ya señalada para la escolaridad secundaria.

Resulta llamativo el porcentaje de informantes que no responden el ítem de nivel educativo de los padres varones (7.8%), siendo mucho menor el correspondiente al nivel educativo de las madres (1.7%). Si se contara con esta información, se alterarían los porcentajes relativos de los diversos niveles educativos, aunque seguramente no de modo importante.

Distribución según el estado civil de los padres (Anexo 1: Tabla 5):

El mayor porcentaje lo constituyen los padres casados o convivientes (49.1%). Es necesario tener en cuenta que este ítem del instrumento no contempla vínculos conyugales o convivientes previos; los datos de las historias clínicas informan que son frecuentes las familias en las que uno o ambos integrantes de la pareja han tenido una o más experiencias previas de matrimonio o convivencia.

El porcentaje de padres separados o divorciados suma 38.8%. Si a ese valor se le agregan los viudos (6%) y las madres solteras (5.2%), el porcentaje del conjunto de niños que no convive con ambos padres supera a los que conviven con ellos (50%).

Distribución según el índice de hacinamiento (Anexo 1: Tabla 6):

El alto índice de hacinamiento encontrado (64.6%), combinado con la mayor proporción de estudios primarios completos e incompletos que se registra entre los padres, da cuenta de la pertenencia de la población estudiada a una clase baja empobrecida.

Distribución según el número de niños en el hogar (Anexo 1: Tabla 7):

Los porcentajes más altos son de 2 niños (37.9%) y 3 niños (26.7%), aunque los datos extraídos de las historias clínicas informan que conviven en el hogar hermanos mayores de 12 años, hijos de anteriores uniones de los padres y también hermanastros mayores de 12 años, a más de otros integrantes de la familia extensa (tíos, abuelos, etc.).

RESULTADOS

- **Child Behaviour CheckList (CBCL)**

Síndromes según género (Anexo 1: Tabla 8):

Se presentan los valores obtenidos para el puntaje total y para todos los síndromes en la población bajo estudio, para varones y mujeres.

Se observa que en esta muestra los puntajes totales son altos, en comparación con los obtenidos en la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires (varones 68.25 vs 58.28; mujeres 73.67 vs 57.67). Es de destacar que las mujeres aparecen con un promedio mayor que los varones, al contrario de lo que aparece en la población de referencia.

El número de ítems en cada una de las escalas no es uniforme; por lo tanto los puntajes promedio no son comparables entre sí, en términos de ser más altos o más bajos los puntajes promedio de unas escalas con respecto a los de otras.

Se destaca asimismo que los objetivos del proyecto de investigación centran el interés en el análisis de los puntajes totales y de los puntajes promedio de las escalas amplias de los síndromes “externalizante” e “internalizante” y de las escalas estrechas de los síndromes “agresividad”, “conducta antisocial”, “ansioso - depresivo” y “problemas de atención”. Los ítems de estas escalas se enumeran en el Anexo 2.

Síndromes en varones (Anexo 1: Tabla 9):

Analizando los puntajes de las escalas amplias en varones se observa que también el puntaje promedio de la escala del síndrome “externalizante”, que surge de la suma de las escalas estrechas de los síndromes “agresividad” y “conducta antisocial”, en la población del Servicio es más alto que el puntaje promedio en la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires (25.82 vs 21.65). Al considerar las escalas de los síndromes “agresividad” y “conducta antisocial” en particular, ambas presentan también valores superiores a los de referencia.

El otro puntaje a resaltar es el correspondiente al síndrome “internalizante” (18.28), que surge de la suma de las escalas de los síndromes “retraimiento”, “quejas somáticas” y “ansioso – depresivo”. En este puntaje la mayor contribución está dada por la media de la escala del síndrome “ansioso – depresivo” (10.20).

El puntaje promedio del síndrome “internalizante” y el de la escala del síndrome “ansioso – depresivo” en la población del Servicio es, a su vez, más alto que el puntaje promedio en la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires (18.28 vs 16.42 y 10.20 vs 8.83 respectivamente).

En tercer lugar interesa remarcar el puntaje del síndrome de “problemas de atención” (10.13), también más alto que el puntaje promedio para el mismo síndrome en la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires (10.13 vs 8.71).

Se presentan además como referencia los valores correspondientes a la población normal de la Ciudad de Buenos Aires¹². Como era previsible, en todos los síndromes el puntaje promedio de los varones de la población clínica del Servicio es mayor que el de los varones de la población normal.

Síndromes en mujeres (Anexo 1: Tabla 10):

También en la población de mujeres del Servicio el síndrome “externalizante” presenta un valor alto (24.96), determinado en gran proporción por la escala del síndrome “agresividad” (20.30). Comparando con mujeres de población clínica de la Ciudad de Buenos Aires, se observan mayores diferencias que las observadas entre los varones de ambas poblaciones, ya que en el caso de las mujeres de la Ciudad los valores son considerablemente menores (18.02 y 15.05).

En cuanto al síndrome “internalizante”, se registra un mayor puntaje de las mujeres (21.93) por sobre los varones (18.28) en la población del Servicio. Esto está sobredeterminado por la escala del síndrome “ansioso – depresivo” (12.48), siguiendo en importancia la escala del síndrome “retraimiento” (8.15). Es comparativamente mayor que el registrado en las mujeres de población clínica de la Ciudad de Buenos Aires (21.93 vs 18.35).

En cuanto al síndrome de “problemas de atención”, en las mujeres de la población del Servicio es de 10.89 – levemente más alto que en los varones de la misma población (10.13) -. Es asimismo comparativamente más alto que el de las mujeres de la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires (8.25).

En síntesis, en las mujeres relevadas en la población del Servicio son mayores los puntajes, al igual que en los varones de la misma población, del síndrome “externalizante” (24.96) por sobre el “internalizante” (21.93). Inversamente, en la población clínica de mujeres de la Ciudad de Buenos Aires hay una leve superioridad del puntaje del síndrome

¹² Samaniego, V.C. “El Child Behaviour Checklist: su estandarización en la Argentina” (1999). Mimeo: XXVII Congreso Interamericano de Psicología; Caracas.

“internalizante” (18.35) por sobre el “externalizante” (18.02). En las mujeres relevadas en la población del Servicio, el síndrome de “problemas de atención” es levemente mayor que en los varones. Inversamente, en la población de la Ciudad de Buenos Aires, es levemente mayor el puntaje de los varones por sobre el de las mujeres.

Se presentan nuevamente como referencia los valores correspondientes a la población normal de la Ciudad de Buenos Aires¹³. Como era previsible, en todos los síndromes el puntaje promedio de las mujeres de la población clínica del Servicio es mayor que el de las mujeres de la población normal.

- **Inventario de Sucesos de Vida (ISV)**

En el Anexo 1: Tabla 11 se presentan los porcentajes encontrados en la población bajo estudio según su exposición a los sucesos de vida.

De un listado de 24 ítems cuyas respuestas resultan de la percepción subjetiva de los informantes (madres en su gran mayoría en nuestro caso), la mayor frecuencia de sucesos reportados corresponde a la separación de los padres (33.6%), el aumento de conflicto entre los padres (24.2%), la ausencia del padre en el hogar (22.4%) y la ausencia de la madre en el hogar (18.1%), así como también la caída de la posición económica (31%) y la pérdida de trabajo del padre o la madre (23.3%).

Resulta llamativo que la frecuencia informada de muertes de abuelos (6%), padres (6%) y amigos del niño (5.2%) sea casi similar ya que serían esperables frecuencias decrecientes por generaciones.

Desde la perspectiva de los informantes el incremento de conflicto entre los padres sólo se reporta en un 24.2% de los casos, a pesar de la relativamente alta frecuencia de otros sucesos de vida reportados, que podrían haber contribuido a agudizar conflictos.

CONCLUSIONES

La alta proporción de varones en la población asistida (76.7%) señalaría que, desde la mirada de la institución escolar, la conflictiva de los varones produce alto impacto, siendo derivados con mayor frecuencia que las mujeres (23.3%) a tratamiento. Esta es una tendencia observada en el Servicio de Psicología Clínica de Niños desde el inicio de su funcionamiento en 1990.

El predominio de niños dentro de la franja etárea de 6 a 10 años (80.2%) y dentro de ésta, el predominio de los niños de 6 años (20.7%) indicaría no sólo que la conflictiva se puede acentuar con el comienzo de la escolaridad sino que también es la escuela, más que la familia,

¹³ Samaniego, V.C. “El Child Behaviour Checklist: su estandarización en la Argentina” (1999). Mimeo: XXVII Congreso Interamericano de Psicología; Caracas.

la que hace una detección precoz de los problemas y, consecuentemente, realiza la derivación. Esta es una tendencia observada en el Servicio de Psicología Clínica de Niños desde 1997. Además, otro factor que podría estar incidiendo en la temprana derivación de estos niños al Servicio, es una baja tolerancia de los maestros a las situaciones conflictivas en el aula¹⁴.

Con respecto a la franja etárea entre 11 y 12 años, se observa en el estudio un menor porcentaje: 11.2% en el primer caso y 7.8% en el segundo, en coincidencia con una tendencia observada en el Servicio de Psicología Clínica de Niños. La cantidad de niños de esas edades derivados para su atención ha ido decreciendo en los últimos años. Se infiere, a partir de datos de las historias clínicas y de referencias de docentes, directivos y personal técnico de las escuelas, que esto puede deberse a la derivación de los niños problemáticos de esa franja etárea a otras instituciones del sistema educativo (escuelas especiales) e, incluso, ser resultado de una expulsión del sistema. Esas referencias indican que comienzan a manifestarse con inquietante frecuencia problemas con la ley en niños de esas edades, que demandan su derivación precoz al sistema judicial. Asimismo, las escuelas registran un incremento del trabajo infantil y, consecuentemente, el abandono de la escolaridad.

Con respecto de las variables sociodemográficas relevadas, se destaca que aproximadamente el 60% de los padres tienen educación primaria (completa o incompleta) y sólo alrededor del 30% tiene estudios secundarios (completos o incompletos), mientras que no más del 5% tiene estudios terciarios o universitarios (completos o incompletos).

El alto índice de hacinamiento (64.7%) posiblemente se corresponda con las dificultades laborales y de vivienda de las familias relevadas, más que con pautas culturales de esta población. Este dato, en conjunción con el referido al nivel educativo alcanzado por los padres y el mayor porcentaje de familias con sólo 2 niños (37.9%) permite inferir un empobrecimiento de la población asistida.

Se destaca el elevado porcentaje de padres separados o divorciados (38,8%). Según el ISV, este porcentaje es de 37%, lo que permitiría formular la hipótesis de que se trata de un componente importante en la acentuación de los problemas de los niños, motivando su expresión también en el ámbito escolar. Se recuerda que los niños llegan a la consulta mayoritariamente derivados por las escuelas y no por preocupación de los padres. Debe tenerse en cuenta asimismo que el relevamiento efectuado de datos sociodemográficos no discrimina ni registra anteriores uniones y separaciones de los padres, que constan en los protocolos de historia clínica. El análisis de estos protocolos, realizado en investigaciones anteriores, señalaba la separación de los padres y la tenuidad en los vínculos como la situación de pérdida más relevante en los niños con conductas violentas. Cabe asimismo señalar que un número relativamente importante de niños no vive con ninguno de sus padres, por diversas razones.

¹⁴ Slapak, S.; Sautu, R.; Cervone, N.; Di Virgilio, M.; Luzzi, A. M., Martínez Mendoza, R.(1999): "Estrategias docentes para el abordaje de niños con problemas de conducta y de aprendizaje. Perspectivas psicológicas y sociológicas".

Con respecto de la patología, todos los síndromes presentan un puntaje mayor en la población del Servicio respecto de la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires, que tiene una mayor heterogeneidad en cuanto al nivel socioeconómico, ya que incluyó distribuciones de clase alta, media y baja. Como se señaló en la descripción de la muestra, la población objeto de este estudio pertenece fundamentalmente a la clase baja.

En la población asistida en el Servicio de Psicología Clínica de Niños el síndrome “externalizante” alcanza valores superiores, tanto en varones como en mujeres, a diferencia de la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires, en la que el síndrome “externalizante” tiene el mayor puntaje promedio sólo en los varones. En cuanto al síndrome “internalizante” en la población estudiada es mayor el puntaje en las mujeres, al igual que en el síndrome “problemas de atención”.

Los valores superiores encontrados en ambos sexos en el síndrome “externalizante” pueden estar asociados a la inestabilidad familiar, tal como lo reflejan los datos del relevamiento sociodemográfico y del ISV, operando como un obstáculo para la contención afectiva de los niños por parte de los adultos responsables. Las fallas en la contención familiar pueden inferirse también a partir de otros componentes: son las escuelas las que manifiestan la preocupación por los problemas de los niños y generan la derivación; los datos del CBCL y del ISV revelan la existencia de problemas y conflictos previos a la consulta (los últimos 6 meses), no registrados como motivo para una consulta por parte de los padres. La caída de la posición económica, la pérdida de empleo y el aumento significativo de la ausencia de los padres del hogar contribuyen a deteriorar la función parental. Consecuentemente, los niños fuerzan al ambiente a hacerse cargo de sus dificultades mediante comportamientos en el mundo externo (síndrome “externalizante”), a la escuela en especial¹⁵.

El puntaje más alto en las mujeres que en los varones en el síndrome “internalizante” daría cuenta en ellas de un menor grado de actuación en el mundo externo¹⁶ y de una predominancia de patología de índole neurótica. También se registran síntomas depresivos y psicósomáticos en este subconjunto. Los comportamientos agrupados en el síndrome “internalizante” son de menor impacto. Ello puede justificar el menor número de mujeres derivadas al Servicio de Psicología Clínica de Niños para su atención, abriendo el interrogante con respecto del posible sesgo por género impreso desde las instituciones que derivan a los niños a tratamiento, lo que requeriría un estudio específico. Como se ha señalado en un trabajo anterior¹⁷, los problemas de conducta de los varones son disruptivos, producen mayor impacto y perturbaciones en el ámbito escolar que los de las mujeres, que son más solapados y, en general, no interrumpen las rutinas escolares.

Mimeo: XXVII Congreso Interamericano de Psicología. Caracas.

¹⁵ Esta característica se pone en juego en el transcurso de la psicoterapia y confiere especificidad a los complejos problemas técnicos que suscita.

¹⁶ Remite al concepto de *acting out* en la realidad (no transferencial); Klein, M. (1934).

¹⁷ Sautu, R.; Slapak, S.; Di Virgilio, M.; Luzzi, A.; Martínez Mendoza, R. (1997) "Pobreza, violencia y fracaso escolar: el papel de la familia y la escuela". *Anuario de Investigaciones*. 5, 461-480.

El tercer síndrome objeto de interés en este estudio, tanto en varones como en mujeres, corresponde al de “problemas de atención”, que se expresa en dificultades en el rendimiento escolar a partir de signos de inquietud, hiperactividad y dificultades de concentración. La presencia de los otros síndromes también afecta el rendimiento de los niños por las situaciones conflictivas que suelen promover en el ámbito escolar, que en muchos casos determinan la aplicación de sanciones disciplinarias, como la suspensión, reducción de jornada y hasta la expulsión. Lo mencionado consta en los protocolos de las historias clínicas del Servicio y se ha analizado en investigaciones anteriores, a propósito de la contención social de los niños con conductas violentas (PS 043).

Las hipótesis surgidas del presente estudio descriptivo deberán ser corroboradas en estudios posteriores que examinen la asociación entre las conductas violentas en los niños, las situaciones de pérdida y el deterioro de las condiciones de vida, determinadas por variables macrosociales, que encuentran su expresión en el entorno familiar.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T.M. & Edelbrock, C. (1983): *Manual for the Child Behaviour Check List and revised Child Behaviour Profile*. Burlington, VT: University of Vermont. Department of Psychiatry
- American Psychiatric Association (1995): *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson S.A.
- Berden G.F., Althaus M & Verhulst F. (1990): “Major Life events and changes in the behavioural functioning of children”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 31,6:949-959.
- Cervone, N.; Luzzi, A. (1996): “La violencia y sus diferentes manifestaciones en los grupos psicoterapéuticos de niños”. *Los vínculos en América Latina*. FLAPAG. 2.
- Cervone, N.; Luzzi, A.; Slapak, S. (1998): “Conductas violentas de niños en edad escolar” Mimeo: Segundo Congreso Iberoamericano de Psicología, Madrid.
- Cervone, N.; Luzzi, A.; Slapak, S. (1998): “El papel de la escuela en los procesos de socialización”. *Latinoamérica. Procesos y transformaciones en los vínculos*. FLAPAG, 2,
- Cervone, N.; Luzzi, A.; Slapak, S. (1998): “Servicio de Psicología Clínica de Niños”. Mimeo: Segundo Congreso Iberoamericano de Psicología; Madrid.
- Chawla, P. L.; Sahasi, G. (1989): “Conduct disorder in primary school children”. *Indian Journal of Clinical Psychology*. 16, 108-111.
- Christian, R. E.; Frick, P. J.; Hill, N. L.; Tyler, L. (1997): “Psychopathy and conduct problems in children: II. Implications for subtyping children with conduct problems.” *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 36(2), 233-241.
- Coddington R.D. (1972): “The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children II-A study of a normal population”. *Journal of Psychosomatic Research* 16,205-213.

- Edelbrock, C. (1987): "Behavior Checklists and Rating Scales". In: Joseph D. Noshpitz (edit): *Basic Handbook of Child Psychiatry. Vol 5: Advances and New Directions*. New York: Basis Books, Inc. Publishers.
- Klein, M. (1927): "Tendencias criminales en niños normales". *Contribuciones al psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
- Klein, M. (1934): "Sobre la criminalidad". *Contribuciones al psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé.
- López, M. F.; Forness, S. R.; MacMillan, D. L.; Bocian, K. M.; et-al. (1996): "Children with attention deficit hyperactivity disorder and emotional or behavioral disorders in primary grades: Inappropriate placement in the learning disorder category". *Education and Treatment of Children. 19(3)* 286-299.
- McDermott, P. A. (1996): "A nationwide study of developmental and gender prevalence for psychopathology in childhood and adolescence". *Journal of Abnormal Child Psychology. 24(1)* 53-66.
- Owens, L. D.; MacMullin, C. E. (1995): "Gender differences in aggression in children and adolescents in South Australian schools". *International Journal of Adolescence and Youth. 6(1-2)* 21-35.
- Quay, H.C.(1986): "Classification". In: Quay H.C. & Werry, J.S.(eds) *Psychopathological disorders of Childhood (3rd ed)*. New York: John Wiley & Sons ch.1,1-34.
- Royer, E. (1995): "Behaviour disorders, exclusion and social skills: Punishment is not education" *Therapeutic Care and Education. 4(3)* 32-36.
- Samaniego, V.C. (1998): "El Child Behaviour CheckList: su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico. Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad". *Informe Final UBACYT*. Mimeo.
- Samaniego, V.C. (1998): "Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad". Mimeo: IV Congreso Brasileiro de Epidemiología; Río de Janeiro.
- Samaniego, V.C. (1999): "El Child Behaviour CheckList: su estandarización en la Argentina" Mimeo: XXVII Congreso Interamericano de Psicología; Caracas.
- Samaniego, V.C. (1995): "Behavioural problems and life events in 4 and 5 years-old children in Kiryat Hayovel". Trabajo de tesis realizado para obtener el grado de Master in Public Health. Universidad Hebrea de Jerusalem, Israel. Mimeo: XXV Congreso Interamericano de Psicología; San Juan de Puerto Rico.
- Sautu, R.; Slapak, S.; Di Virgilio, M.; Luzzi, A; Martínez Mendoza, R. (1997): "Pobreza, violencia y fracaso escolar". *Anuario de Investigaciones. 5*, 461-480. Buenos Aires: Facultad de Psicología, U.B.A.
- Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A. (1998): "Contención institucional en niños con conductas violentas". *Anuario de Investigaciones. 440-450*. Buenos Aires: Facultad de Psicología, U.B.A.

Tremblay, R. E.; Masse, B.; Perron, D.; Leblanc, M. et-al. (1992): "Early disruptive behaviour, poor school achievement, delinquent behaviour, and delinquent personality: Longitudinal analyses." *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60(1) 64-72.

Wehby, J. H.; Symons, F. J.; Shores, R. E. (1995): "A descriptive analysis of aggressive behaviour in classrooms for children with emotional and behavioural disorders". *Behavioural-Disorders*. 20(2) 87-105.

Woods, J. (1996): "Handling violence in child group therapy". *Group-Analysis*. 29(1) 81-98.

ANEXO 1

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN POR SEXO

	Servicio de Psicología
Varones	89 (76.7%)
Mujeres	27 (23.3%)
N	116

TABLA 2: DISTRIBUCIÓN POR EDAD¹⁸

EDAD	FRECUENCIA
6 años	24 (20.7%)
7 años	16 (13.8%)
8 años	18 (15.5%)
9 años	17 (14.7%)
10 años	18 (15.5%)
11 años	13 (11.2%)
12 años	9 (7.8%)

¹⁸ Missing case: 1. Universo: 115.

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN SEGÚN ADULTOS RESPONSABLES QUE SOLICITAN LA CONSULTA

FAMILIAR	FRECUENCIA
Madre	92 (79.3%)
Padre	10 (8.6%)
Otras personas (tíos, abuelos o vecinos)	14 (12.1%)

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NIVEL DE EDUCACIÓN DE LOS PADRES

	MADRE	PADRE
Estudios primarios (completos o incompletos)	66 (56.9%)	70 (60.3%)
Estudios secundarios (completos o incompletos)	42 (36.2%)	34 (29.3%)
Estudios terciarios y universitarios (compl./incompl)	6 (4.3 %)	3 (2.6 %)
NS/NC	2 (1.7%)	9 (7.8%)

TABLA 5: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LOS PADRES

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA
Casados o convivientes	57 (49.1%)
Separados	43 (37.1%)
Divorciados	2 (1.7%)
Viudos	7 (6%)
Madre soltera	6 (5.2%)
NS/NC	1 (0.9%)

TABLA 6: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL INDICE DE HACINAMIENTO

INDICE	FRECUENCIA
Alto	75 (64.6%)
Medio	22 (19%)
Bajo	19 (16.4%)

TABLA 7: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE NIÑOS EN EL HOGAR

	FRECUENCIA
1 niño:	19 (16.4%)
2 niños:	44 (37.9%)
3 niños	31 (26.7%)
4 – 8 niños	22 (19%)

TABLA 8: SÍNDROMES SEGÚN GÉNERO DE LOS NIÑOS

	VARONES	MUJERES
Problemas sexuales	0.79	0.81
Problemas pensamientos	1.53	1.41
Quejas somáticas	2.54	2.37
Problemas sociales	5.54	7.26
Retraimiento	6.19	8.15
Conducta antisocial	6.24	4.67
Problemas de atención	10.13	10.89
Ansioso-depresivo	10.20	12.48
Agresividad	19.58	20.30
Internalizante	18.28	21.93
Externalizante	25.82	24.96
TOTAL	68.25	73.67

TABLA 9: SINDROMES EN VARONES

	SPCN (n=89)	BS.AS (n=156)	NORMAL (n=120)
Externalizante	25.82	21.65	13.75
Agresividad	19.58	17.11	11.08
Conducta antisocial	6.24	4.54	2.67
Internalizante	18.28	16.42	9.13
Ansioso - depresivo	10.20	8.83	5.03
Probl. de atención	10.13	8.71	4.75

TABLA 10: SINDROMES EN MUJERES

	SPCN (n=27)	BS. AS. (n=85)	NORMAL (n=120)
Externalizante	24.96	18.02	12.89
Agresividad	20.30	15.05	10.83
Conducta antisocial	4.67	2.98	2.06
Internalizante	21.93	18.35	9.83
Ansioso - depresivo	12.48	9.99	5.40
Probl. de atención	10.89	8.25	4.12

TABLA 11: RESULTADOS DEL INVENTARIO DE SUCESOS DE VIDA¹⁹

	FRECUENCIA
Separación de los padres:	39 (33.6%)
Caída en la posición económica	36 (31%)
Aumento de conflictos entre los padres	28 (24.2%)
Pérdida de trabajo del padre o la madre	27 (23.3%)
Ausencia del padre en el hogar	26 (22.4%)
Ausencia de la madre en el hogar	21 (18.1%)
Muerte de animal doméstico	21 (18.1%)
Nacimiento/adopción de niño	15 (12.9%)
Enfermedad de padre/madre	12 (10.3%)
Adulto o niño se mudó a familia	12 (10.3%)
Mudanza	11 (9.5%)
Enfermedad de hermano	10 (8.6%)
Muerte de padre/madre	7 (6%)
Muerte de abuelo/abuela	7 (6%)
Muerte de amigo del niño	6 (5.2%)
Nueva pareja se muda al hogar	6 (5.2%)
Accidente del niño	5 (4.3%)
Enfermedad del niño	5 (4.3%)
Divorcio de padres	4 (3.4%)
Hermano dejó el hogar	3 (2.6%)
Embarazo de hermana adolescente	3 (2.6%)
Muerte de hermano/hermana	2 (1.7%)
Adquirió discapacidad	1 (0.9%)
Sentencia prisión de padre/madre	1 (0.9%)

¹⁹ La frecuencia refiere a la cantidad de sucesos reportados para la totalidad de los niños de la muestra – no por individuo-, de ahí que la suma de las frecuencias no se corresponda con el número de integrantes de la muestra.

ANEXO 2

ÍTEMES DEL CBCL QUE CORRESPONDEN A LAS ESCALAS ANALIZADAS

Retraimiento

- Prefiere la soledad
- Rehusa hablar
- Reservado
- Tímido
- Mira al vacío
- Se aluna
- Poco activo
- Infeliz, triste
- Ensimismado

Quejas somáticas

- Se siente mareado
- Se cansa demasiado
- Problemas físicos sin causa médica: dolores, náuseas, ronchas, vómito, retortijones, ojos

Ansioso – depresivo

- Se siente solo
- Lloro
- Miedo a hacer mal
- Siente que tiene que ser perfecto
- Siente que nadie lo quiere
- Siente que lo quieren perjudicar
- Se siente inferior
- Nervioso
- Miedoso
- Culposos
- Vergonzoso
- Desconfiado
- Infeliz, triste
- Se preocupa demasiado

Conducta antisocial

- No parece sentirse culpable
- Se junta con malas compañías
- Dice mentiras
- Prefiere niños mayores
- Se fuga
- Prende fuegos
- Roba en la casa
- Roba fuera de la casa
- Lenguaje obsceno
- Piensa demasiado en temas sexuales
- Se ratea
- Toma alcohol o drogas
- Vandalismo

Agresividad

- Discute mucho
- Presumido
- Cruel
- Exige atención
- Destruye sus cosas
- Destruye lo de otros
- Desobedece en casa
- Desobedece en la escuela
- Celoso
- Se mete en peleas
- Ataca a otros
- Grita mucho
- Le gusta llamar la atención
- Testarudo
- Estado de ánimo cambiante
- Habla mucho
- Burlón
- Berrinches
- Amenaza
- Ruidoso

Problemas de atención

- Actúa como menor que su edad
- No puede concentrarse
- Es inquieto
- Confundido
- Sueña despierto
- Impulsivo
- Nervioso
- Tiene tics
- Rendimiento escolar bajo
- Torpe
- Mira al vacío