

PUBLICADO EN: *Revista Psico-USF*. (pág. 67-76). Universidad de San Francisco; San Pablo, Brasil.

APLICACIÓN DEL ENFOQUE EPIDEMIOLÓGICO A UNA POBLACIÓN CLÍNICA DE NIÑOS

SLAPAK, Sara¹; CERVONE, Nélica²; LUZZI, Ana María³; SAMANIEGO, Corina⁴

Universidad de Buenos Aires

RESUMEN

El objetivo es evaluar, desde una perspectiva epidemiológica, los problemas comportamentales de niños entre 6 y 11 años de edad, derivados para su asistencia psicoterapéutica psicoanalítica grupal o individual a un Servicio de Psicología Clínica de Niños de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, localizado en el Partido de Avellaneda de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. Se consideran variables sociodemográficas, tales como la ocupación de los padres, su nivel educativo y el índice de hacinamiento. La población bajo estudio quedó conformada por 372 casos pertenecientes al período 1998-2000. Se aplicó el Child Behaviour Checklist de Achenbach (adaptado por Corina Samaniego, 1998), administrado a los adultos responsables de los niños al momento de la admisión. Resultados: la población clínica de varones presenta valores superiores a los de la población normativa - la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires - en la escala "conducta antisocial"; las diferencias son estadísticamente significativas. La población clínica de mujeres tiene una media de puntajes totales superior a la normativa; las escalas en las que las diferencias son significativas son: "retramiento", "conducta antisocial", "problemas de atención", "agresividad" y "externalizante", en las que la población femenina del Servicio presentó valores superiores. Se establecieron relaciones entre los diferentes síndromes y las variables sociodemográficas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en algunas de ellas. Conclusiones: La población clínica de niños pertenecientes a clases pobres suburbanas están en mayor riesgo que la población normativa; el riesgo es aún mayor para las mujeres.

PALABRAS CLAVE: epidemiología; niños escolarizados; problemas comportamentales

¹ Profesora Titular Regular a cargo de la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa de la Facultad de Psicología. U.B.A. E-mail: sslapak@psi.uba.ar

² Profesora Asociada Regular de la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa de la Facultad de Psicología. U.B.A. Coordinadora de la Práctica Profesional y de Investigación "Clínica Psicoanalítica de Niños con base comunitaria". E-mail: ncervone@psi.uba.ar

³ Jefa de Trabajos Prácticos Regular de la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa de la Facultad de Psicología. U.B.A. E-mail: aluzzi@psi.uba.ar

⁴ Profesora Adjunta Interina de la Primera Cátedra de Salud Pública – Salud Mental de la Facultad de Psicología de la U.B.A. E-mail: vcsamani@mail.retina.ar

APPLICATION OF AN EPIDEMIOLOGICAL APPROACH TO A CHILDREN CLINICAL POPULATION

ABSTRACT:

Aim: To assess systematically during three consecutive years, from an epidemiological perspective, the behavioural problems of children aged between six and eleven, referred to a Clinical Assistance Unit at the School of Psychology of the University of Buenos Aires, located in greater Buenos Aires. Socio-demographic variables such as parents' occupations, their educational level and crowding index are considered. **Methods:** The sample is composed of 372 children. The Achenbach Child Behaviour Checklist (only the scales on behavioural problems) is applied to the adults in charge of the children. **Results:** The male population of the Unit presented higher scores than the normative in relation to the scale "delinquent behaviours"; the differences were statistically significant. The mean total problem scores of the Unit female clinical population were higher than the normative; this score was almost statistically significant. The differences were statistically significant for: "withdrawn", "delinquent behaviours", "attention problems", "aggressive behaviours" and "externalising" - where the female Unit population presented higher scores. Relations were established between the different syndromes under study, considering the socio-economic context; statistically significant differences were found in some of them. **Conclusions:** The children clinical population belonging to suburban lower social classes are at higher risk than the normative; the risk is even greater for the female population.

KEY WORDS: epidemiology – children in school age – behavioural disturbances.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta los resultados de la aplicación del enfoque epidemiológico a una población clínica de niños entre 6 y 12 años, que recibió asistencia psicoterapéutica grupal o individual en el Servicio de Psicología Clínica de Niños⁵ de la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en el período 1998-2000.

Los niños son 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 presenta serios problemas de conducta en la casa, barrio y escuela: comportamientos destructivos, de oposición a normas escolares, robos,

⁵ El Servicio de Psicología Clínica de Niños fue creado en 1990 y desde 1995 integra el Programa de Asistencia Comunitaria, dependiente de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. 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 intervención profesional en el área de la salud y de la educación.

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 motivaron la necesidad de realizar estudios sistemáticos que permitieran profundizar el conocimiento sobre el tema y perfeccionar consecuentemente, las estrategias de intervención psicológica, por lo que desde 1994, parte del equipo docente de la cátedra desarrolla también proyectos de investigación⁶, además de las tareas de docencia y extensión.

Para la construcción del marco teórico que sustenta los proyectos se retoman algunas de las ideas originales de los autores clásicos del psicoanálisis y 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. 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 estudios epidemiológicos sobre las problemáticas psicológicas y psicopatológicas de la niñez en distintos ámbitos y en relación con situaciones familiares y condiciones sociales.

Por ello, uno de los objetivos específicos de los proyectos de investigación mencionados es el relevamiento sistemático del tipo de patología consultante en el Servicio y su comparación con la población normativa – la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires -. A

⁶ "Las situaciones de duelo y las tendencias antisociales en niños. Contención familiar y social" (PS 043 Programación UBACYT 1995-97). Dirección: Nélica Cervone; "Conductas violentas de niños en edad escolar" (PT 047 Programación UBACYT 1998-2000). Dirección: Sara Slapak; "Cambio psíquico: caracterización psicopatológica, proceso psicoterapéutico y contexto psicoeducativo. Un estudio de escolares de hogares pobres" (P 062 Programación UBACT 2001-02). Dirección: Sara Slapak.

continuación, se expondrán la metodología de trabajo y algunos resultados y conclusiones de la actividad realizada en cumplimiento de ese objetivo.

MÉTODO

Instrumento:

Se utilizó el **Child Behaviour CheckList** (CBCL; Achenbach 1991), validado por Corina Samaniego (Samaniego, 1998).

Es un instrumento basado en un modelo **dimensional** de clasificación en psicopatología infantil (Samaniego, 1999), que concibe al desorden como un grupo de síntomas que forman una dimensión o un continuo 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 **categorico**⁷, evitando la pérdida de información que deviene del uso de categorías dicotómicas. También se diferencia del modelo **ideográfico**, que rechaza todo tipo de etiquetas⁸.

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, 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 o adultos responsables) 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. 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

⁷ El enfoque **categorico** también llamado médico (Edelbrock, 1987) 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).

⁸ El enfoque **ideográfico** generalmente deviene de un marco teórico (Psicoanálisis, Teoría Comportamental, etc.).

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 9 escalas estrechas y 2 escalas ampliadas de síndromes⁹. En esta investigación se han empleado sólo los ítems referidos a problemas comportamentales (Samaniego, 1999).

El CBCL es administrado a los padres o adultos responsables al momento de la solicitud de turno para la atención en el Servicio, por lo que, además de ser un instrumento de relevamiento epidemiológico que permita cumplir con un objetivo de investigación, es utilizado como dispositivo de admisión al Servicio de Psicología Clínica de Niños.

Características de la Población Objetivo:

La población bajo estudio quedó conformada por 372 casos pertenecientes al período 1998-2000. Los cuestionarios fueron contestados en un 82,5% por las madres, en un 7,6 % por los padres y en 9,9% por otro adulto a cargo del niño.

RESULTADOS

Distribución de la población en estudio según edad y sexo del niño (N=372):

El 70.16 % de los casos son varones y tan sólo un 29.84% son mujeres. En cuanto a la edad del niño, los porcentajes aumentan en la edad de 9 años para los varones, mientras que en las mujeres los porcentajes aumentan a la edad de 7 años. (Anexo: Tabla N°1).

Distribución de la población en estudio, según variables sociodemográficas (Anexo: Tabla N°2):

Nivel de instrucción de los padres: la distribución presenta una mayor proporción de madres sin estudios o con estudios primarios completos-incompletos (50.8%) y en segundo lugar con estudios secundarios completos-incompletos (42.2%). La distribución correspondiente a la educación paterna es similar a la materna, pero con menor proporción de padres con estudios secundarios completos-incompletos (30.6%). Se registra una proporción importante acerca de la cual no se dispone de información (8.3%).

Edad de los padres: se observa una mayor proporción de madres más jóvenes, con un 50.3% de hasta 35 años de edad, mientras que para el mismo intervalo de edad esa cifra para los padres alcanza sólo el 28.5%. En cambio los padres aparecen como más añosos, con un 13.7% por encima de los 46 años contra un 9,1% de madres para ese mismo intervalo.

⁹ Las escalas estrechas corresponden a los síndromes "problemas sexuales", "problemas de pensamiento", "quejas somáticas", "problemas sociales", "retraimiento", "conducta antisocial", "problemas de atención", "ansioso-depresivo" y "agresividad". Las escalas amplias corresponden a los síndromes "internalizante" (conformado por "retraimiento", "quejas somáticas" y "ansioso-depresivo") y "externalizante" (conformado por "conducta antisocial" y "agresividad").

Estado civil de los padres: en gran proporción los entrevistados manifiestan estar casados o en uniones de hecho (49.7%) aunque la proporción de padres separados o divorciados también es alta, alcanzando un 43.1%.

Número de niños en la familia: la mayor proporción corresponde a 2 niños (34.9%); sin embargo, sumando las familias con 1 y 2 hijos la proporción alcanza a 53.2%, mientras que las familias que tienen 3 ó más niños suman un 45.7%.

Tamaño de la familia: se observa una distribución creciente, con aumento de la proporción al incrementar el número de miembros, encontrándose un 32.5% de familias entre 6 y 10 miembros.

Nivel de hacinamiento: es de destacar que casi un 53% de la población presenta un nivel alto, con más de 2 personas por habitación.

Valores obtenidos en el CBCL

Se presentan los valores obtenidos en el CBCL por la población bajo estudio según el sexo del niño, tanto en su puntaje total como en lo que respecta a las distintas escalas (Anexo: Tabla N°3)

En relación con las medias de las escalas, las mujeres presentaron valores mayores que los varones con respecto al puntaje total, así como en las escalas estrechas de los síndromes “problemas de pensamiento”, “quejas somáticas”, “problemas sociales”, “retraimiento”, “problemas de atención”, “ansioso-depresivo” y en la escala ampliada del síndrome “internalizante”.

Los varones en cambio mostraron valores superiores en las escalas estrechas de los síndromes “conducta antisocial”, “problemas sexuales”, “agresividad” y en la escala ampliada del síndrome “externalizante”.

Comparación con la población normativa (Anexo: Tabla N°4)

A fin de analizar si existen características particulares de la población asistida en el Servicio de Psicología Clínica de Niños, se efectuaron comparaciones con los resultados encontrados en la validación del instrumento (Samaniego, 1999), tomando a la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires como población normativa.

Síndromes en varones:

La población clínica masculina del Servicio presenta valores superiores a la normativa en lo que respecta a la escala “conducta antisocial”. Las diferencias son estadísticamente significativas.

Síndromes en mujeres:

Se destaca que la media de puntajes totales de la población clínica femenina del Servicio es superior a la normativa, valor próximo a ser estadísticamente significativo.

La escala en que las diferencias fueron significativas en mujeres fue para “retraimiento”, “conducta antisocial”, “problemas de atención”, “agresividad” y “externalizante”, en las que la población femenina del Servicio presentó valores superiores.

Valores obtenidos en el CBCL, relación con variables sociodemográficas

Se investigaron asociaciones entre los valores de las escalas de síndromes del CBCL y las distintas variables sociodemográficas por medio del cálculo de ANOVA de un tratamiento (Se presentan los resultados que resultaron estadísticamente significativos en el Anexo: Tablas N°5, 6, 7, 8 y 9).

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en la asociación de las escalas “ansioso-depresivo”, “conducta antisocial”, “problemas de pensamiento”, “retraimiento”, “internalizante” y “externalizante”, con relación al sexo del niño. Respecto de las escalas “ansioso-depresivo”, “problemas de pensamiento”, “retraimiento” e “internalizante” se observaron medias mayores para las mujeres; en cambio con referencia a “conducta antisocial” y “externalizante” los valores mayores fueron para los varones. (Anexo: Tabla N° 5).

Además se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la escala “agresividad” y la edad del niño; los valores de esta escala fueron mayores para los niños de 6 años. (Anexo: Tabla N° 6).

Los valores correspondientes a la escala estrecha “problemas de atención” están asociados con índice de hacinamiento; los valores más altos corresponden a “medio” y “alto” (Anexo: Tabla N° 7).

Los valores de las escalas estrechas “retraimiento”, “agresividad”, “conducta antisocial” y los de la escala ampliada del síndrome “externalizante” están asociados con la edad del padre. Para “retraimiento” los valores más altos corresponden con la edad de 25-35 años; para “agresividad”, conducta antisocial” y “externalizante” los valores más altos corresponden a la edad de 36-40 años del padre (Anexo: Tabla N° 8).

Los valores de las escalas “conducta antisocial”, “agresividad”, “externalizante” e “internalizante” están asociados con la edad de la madre. Los valores de la escala “conducta antisocial” son más altos para la edad 36 – 40 años de la madre; los valores de las escalas “agresividad”, “externalizante” e “internalizante” son más altos para la edad 31-35 años de la madre (Anexo: Tabla N° 9).

CONCLUSIONES

La alta proporción de varones en la población clínica (70.16%) señalaría que, desde la mirada de la institución escolar – que deriva a los niños para su asistencia -, la conflictiva de los

varones produce alto impacto, siendo derivados a psicoterapia con mayor frecuencia que las mujeres (29.84%) . Esta es una tendencia observada en el Servicio desde su creación en 1990.

Con respecto de la edad, un alto porcentaje de varones y mujeres son derivados para su atención psicoterapéutica a los 6 años (18% y 18.9% respectivamente), coincidentemente con el inicio de la escolaridad. Estas derivaciones precoces abren el interrogante acerca de si se trata de una detección temprana de dificultades o de un déficit de la institución escolar en la tolerancia a dificultades propias del período de adaptación en el inicio de la escolaridad (Slapak, Sautu, Cervone, Luzzi, 2000). A los 8 años se registran porcentajes similares para varones y mujeres (15.7% y 15.3% respectivamente). Las diferencias surgen a los 7 y 9 años: el mayor porcentaje de derivación corresponde a los 9 años para los varones (20.3%) y en las mujeres a los 7 años (24.3%). Un estudio descriptivo como éste no da elementos de juicio que permitan sacar conclusiones al respecto, pero sugiere la necesidad de realizar indagaciones complementarias mediante otros instrumentos.

Los menores porcentajes para los varones corresponden a la edad de 11 años (13.4%) y para las mujeres a los 10 años (11.7%). 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 edad 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, que incluye el cuidado de hermanos menores en el caso de las mujeres y, consecuentemente, el abandono de la escolaridad (Cervone, Luzzi, Slapak, Samaniego, 1999).

Aunque mayoritariamente son las madres las que traen al niño a la consulta, debe destacarse que la proporción de otros adultos consultantes es mayor que la de los padres varones (9,9% vs 7,6%), lo que indica que, en la vida cotidiana y aún para cuestiones de salud, cierta proporción de los niños está a cargo de adultos que no son sus progenitores.

Cabe destacar que no hay asociación entre el bajo nivel educativo parental y las dificultades de los niños, tal como se desprende de los resultados obtenidos al buscar asociaciones entre las escalas y las variables sociodemográficas a través del cálculo de ANOVA, aunque su incidencia se registre en el análisis particular de cada caso. Asimismo, es posible que la inexistencia de asociación pueda deberse a que se trata de una población homogénea. Este es otro de los componentes que deben seguir estudiándose para su mejor análisis y comprensión.

Con respecto a las edades de los padres, complementando los datos con los provenientes de las historias clínicas, se puede señalar que la mayoría de los niños son

producto de segundas y terceras uniones de cada uno de los progenitores y que la maternidad y paternidad comienza tempranamente en esta población.

Las proporciones semejantes entre familias cuyos padres manifiestan estar casados o en uniones de hecho y aquellas en que por diversas circunstancias no hay convivencia de los padres biológicos (49.7% y 43.1% respectivamente), permite señalar que esta variable no está asociada de manera directa a la patología de los niños. Tal conjetura se halla refrendada por los resultados obtenidos al buscar asociaciones entre las escalas y las variables sociodemográficas a través del cálculo de ANOVA, donde el estado civil no resultó ser una variable de importancia, aunque su incidencia se registre en el análisis particular de cada caso. Asimismo debe tenerse en cuenta que el CBCL no aporta datos acerca de la calidad de los vínculos familiares.

El alto porcentaje de hacinamiento, el alto porcentaje de parejas con uno o dos hijos (53.2%) y el alto porcentaje de familias entre 6 y 10 miembros dan cuenta de una población pobre o empobrecida. Las historias clínicas indican que los niños conviven no sólo con hijos de anteriores uniones de alguno de los padres sino también con integrantes de la familia extensa (abuelos, tíos, primos) y que además, en muchas ocasiones el único ingreso fijo corresponde a la jubilación de los abuelos o bisabuelos.

Con respecto de la patología, los puntajes totales son levemente mayores 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 (Slapak, Passalacqua, Cervone, Luzzi, Menestrina, 2000).

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 los registrados en la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires.

Al efectuar la comparación entre sexos en la población bajo estudio, el síndrome "externalizante" y los síndromes "conducta antisocial" y "agresividad" presentan valores mayores en los varones, ratificándose resultados de investigaciones anteriores respecto de las características de actuación en el mundo externo¹⁰ de las conductas masculinas.

Los valores superiores encontrados en ambos sexos en el síndrome "externalizante" con respecto de la población normativa pueden estar asociados al deterioro de las condiciones socioeconómicas, tal como lo reflejan los datos del relevamiento sociodemográfico, que pueden estar 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 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. Consecuentemente, los niños fuerzan al ambiente a hacerse cargo de sus dificultades mediante comportamientos en el mundo externo (síndrome “externalizante”), a la escuela en especial.

Las mujeres derivadas al Servicio presentan mayor patología y de inicio más temprano, ya que el valor de la media de la totalidad de las escalas y los valores de la mayoría de las escalas estrechas (“problemas de pensamiento”, “problemas sociales”, “retraimiento”, “quejas somáticas”, “problemas de atención”, “ansioso-depresivo”) y de la escala ampliada “internalizante” son mayores que las de los varones. Cabe destacar que los síndromes “problemas de pensamiento”, “problemas sociales” y “retraimiento” dan cuenta de una patología grave; se trata entonces de una población de riesgo.

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 externo. 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, acentuando 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 anterior (Sautu, Slapak, Di Virgilio, Luzzi, Martínez Mendoza, 1997) 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 que en general, no interrumpen las rutinas escolares.

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. Los resultados de la población asistida en el Servicio revelaron valores superiores en mujeres que en varones y una diferencia significativa con respecto de la población normativa en las mujeres. 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 (Slapak, Cervone, Luzzi, 1998; Cervone, Luzzi, Slapak, 1998).

En relación con las comparaciones con la población normativa, aún cuando en el síndrome “externalizante” en la población de varones del Servicio, los valores son mayores que

¹⁰ Remite al concepto de *acting-out* en la realidad, no transferencial (Klein, M., 1934).

los de la población normativa, las diferencias no son estadísticamente significativas; sí lo son los correspondientes a la escala estrecha “conducta antisocial”, que forma parte del síndrome “externalizante”. Los ítems de esta escala remiten a la descripción del “trastorno disocial de inicio temprano” del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), por lo que la presencia de diferencias estadísticamente significativas señala que parte de la población masculina asistida en el Servicio está en situación de mayor riesgo, más acentuadamente aún que la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. Surge el interrogante acerca de si esto guarda asociación con las condiciones de vida ya descriptas.

En cuanto a las mujeres, en la medida que la media de puntajes totales de esa población clínica es superior a la normativa, con un valor próximo a ser estadísticamente significativo y aunque el número de consultas sea menor, parecería ser una población de patología más variada y severa y por ende, de aún mayor riesgo que las mujeres de la población clínica de la Ciudad de Buenos Aires.

Tal diferencia con la población normativa la ratifica el hecho de que las mujeres del Servicio presentan valores superiores estadísticamente significativos con respecto de la población normativa en las siguientes escalas: “externalizante”, “conducta antisocial”, “agresividad”, “problemas de atención” y “retraimiento”. Las cuatro primeras escalas están incluidas en la descripción de los “trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador” del DSM-IV; este trastorno sugiere que las mujeres son derivadas para su atención sólo cuando su patología es franca e intensa y de pronóstico reservado.

Cuando se analizan las asociaciones en la población del Servicio entre los valores de las escalas de síndromes y variables sociodemográficas, se encuentran resultados estadísticamente significativos con relación al sexo y edad del niño, el índice de hacinamiento, la edad del padre y la edad de la madre.

Al respecto, la asociación estadísticamente significativa de los valores de las escalas “ansioso-depresivo”, “retraimiento”, “problemas de pensamiento” e “internalizante” para las mujeres y de “conducta antisocial” y “externalizante” para los varones, confirma los resultados y las conclusiones previamente expuestas.

Con respecto de la asociación entre síndromes y edad, sólo se encuentra asociación estadísticamente significativa en la escala “agresividad”. Los valores en esta escala son superiores para los 6 años de edad; podría formularse la hipótesis de que el inicio de la escolaridad y las dificultades de adaptación que conlleva, contribuye al incremento de este

síndrome (Cervone, Padawer, Nimcovicz, Gaetán, 2000). Esta hipótesis está siendo desarrollada en un estudio específico, cuyos resultados están en la etapa de procesamiento¹¹.

La asociación entre “problemas de atención” e índice de hacinamiento da cuenta de la importancia de la organización del espacio físico para la configuración de espacios mentales diferenciados, que posibilitan el desarrollo de procesos simbólicos y, por ende, de los procesos de aprendizaje.

La asociación entre síndromes y edad de los padres requiere estudios complementarios y en profundidad, para su comprensión.

Otros estudios, realizados en el marco de los proyectos de investigación ya mencionados y que también toman como población objetivo a los pacientes del Servicio de Psicología Clínica de Niños, confirman que se trata de niños y niñas en situación de grave riesgo psicológico y psicosocial (Passalacqua, Slapak, Cervone, Luzzi y otros, 2000) y que los padres o adultos responsables cuentan con escasos recursos psicológicos para la contención emocional de los niños (Slapak, Cervone, Luzzi, Castro Solano, 1999).

Estudios interdisciplinarios realizados¹² también recogen información análoga, acerca de las condiciones socioeconómicas y educativas que conforman el contexto social de los niños (Sautu, Slapak, Di Virgilio, Luzzi, Martínez Mendoza, 1999). Los interrogantes que quedan abiertos en torno a la asociación entre contexto y patología requieren estudios complementarios, que consideren poblaciones heterogéneas. Todos los estudios de caso, incluidos los que se realizan en el Servicio, dan cuenta de que la asociación no es directa sino que está mediada por una trama compleja de componentes psicológicos y psicosociales – actitudes, representaciones, pautas culturales, creencias, etc. –, que requieren una continuidad y profundización de estudios multidisciplinarios e interdisciplinarios para su análisis y comprensión.

Por último, cabe mencionar que el CBCL, además de proporcionar información acerca de poblaciones desde una perspectiva epidemiológica, también se constituye en un dispositivo de intervención cuando, como en el Servicio de Psicología Clínica de Niños, se lo utiliza como primer instrumento de indagación al momento de la consulta. En tanto refleja el sesgo del informante (padres o adultos responsables en este caso), brinda información sobre el adulto y el niño, que complementa la información que se recoge a través de los instrumentos de evaluación psicológica específicos. Además, se ha observado que, en muchas ocasiones y en tanto su administración por parte de los profesionales no se transforme en una mera rutina, promueve en

¹¹ Padawer, María. Beca Orientada: Evaluación de procesos psicoeducacionales en organizaciones. U.B.A. Tema: “La interacción docente – alumno – contenidos de la enseñanza. Incidencia en la conducta y el rendimiento escolar”. Dirección: Nélide Cervone.

¹² “Pobreza, violencia y rendimiento escolar” (IT 008 Programación UBACYT 1998-2000). Dirección: Ruth Sautu y Sara Slapak.

el adulto un proceso de observación y reflexión, imprescindible para acompañar procesos de cambio psíquico en los niños.

Para concluir, se enfatiza el interés y la necesidad del desarrollo de estudios epidemiológicos, que permitan la comparación entre poblaciones y el diseño de estrategias de asistencia y prevención específicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T.M. (1991): *Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 & 1991 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.
- Cervone, N.; Luzzi, A.; Slapak, S. (1998): El papel de la escuela en los procesos de socialización. En FLAPAG (ed.) (1998): *Latinoamérica. Procesos y transformaciones en los vínculos*. T. 1, 423-430. Montevideo.
- Cervone, N.; Luzzi, A.M.; Slapak, S.; Samaniego, C. (1999): Estudio descriptivo de una población infantil derivada para su asistencia clínica en un centro comunitario. *Anuario de Investigaciones*. VII, 203-222, 1999. Buenos Aires: Facultad de Psicología, U.B.A.
- Cervone, N.; Padawer, M.; Nimcovicz, D.; Gaetán, L. (2000): La relación niño – escuela en el inicio de la escolaridad primaria. En FLAPAG (ed.) (2000): *Conceptualizaciones desde la práctica*. T II, 164-170. Montevideo.
- Edelbrock, C. (1987): Behavior Checklists and Rating Scales. En: Joseph D. Noshpitz (edit): *Basic Handbook of Child Psychiatry*. Vol 5: *Advances and New Directions*. New York: Basis Books, Inc. Publishers.
- Klein, M. (1934): Sobre la criminalidad. *Contribuciones al Psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé
- Passalacqua, A.; Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A.M.; Menestrina, N. y otros (2000): Evaluación del cambio psíquico mediante el Rorschach. *Revista Psicodiagnóstico de Rorschach y otras técnicas proyectivas*. Año 21, N° 1, 49-69, 2000. Buenos Aires: Asociación Argentina de Psicodiagnóstico de Rorschach.
- Quay, H.C. (1986): Classification. En Quay, H.C. & Werry, J.S. (eds.): *Psychopathological Disorders of Childhood* (3ra ed.). New York: John Wiley & Sons.
- 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. (1999): El Child Behaviour Checklist: su estandarización en la Argentina. (Mimeo). Ponencia presentada en el XXVII Congreso Interamericano de Psicología; Caracas.

Sautu, R.; Slapak, S; Di Virgilio, M.; Luzzi, A; Martínez Mendoza, R. (1997): Pobreza, violencia y fracaso escolar. *Anuario de Investigaciones* V, 461-480, 1997. Buenos Aires: Facultad de Psicología, U.B.A.

Sautu, R.; Slapak, S; Di Virgilio, M.; Luzzi, A; Martínez Mendoza, R. (1999): Problemas de conducta y dificultades de aprendizaje en niños pobres de Buenos Aires. *Revista Sociedad*. N° 14, 79-101, agosto de 1999. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, U.B.A.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A. (1998): Contención institucional en niños con conductas violentas. *Anuario de Investigaciones*, VI, 440-450, 1998. Buenos Aires: Facultad de Psicología, U.B.A.

Slapak, S.; Cervone, N.; Luzzi, A.M.; Castro Solano, A. (1999): Estilos de personalidad de madres de niños con conductas violentas. *Revista FUNDAIH* N° 2, 23-31, nov. de 1999. Buenos Aires.

Slapak, S.; Passalacqua, A.; Cervone, N.; Luzzi, A.M.; Menestrina, N. y otros (2000): Estrategias asistenciales e investigación sobre conductas violentas en niños entre 6 y 12 años. *Revista de Psicología*. Vol. XVIII, 1, 5-34, 2000. Lima: Pontificia Universidad Católica de Perú.

Slapak, S.; Sautu, R.; Cervone, Luzzi y otros (2000): El papel de la educación en la socialización de niños con problemas de conducta. *Revista PSICO-LOGOS*, Año 9, N° 10, 5-16, 2000. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Tucumán.

Tabla N° 1: Distribución de la población en estudio, según edad y sexo del niño
(N=372)

Edad	Sexo			
	Varones		Niñas	
	N	%	N	%
6 años	47	18,0	21	18,9
7 años	43	16,5	27	24,3
8 años	41	15,7	17	15,3
9 años	53	20,3	18	16,2
10 años	42	16,1	13	11,7
11 años	35	13,4	15	13,5
Total	261	100	111	100

Tabla N° 2: Distribución de la población en estudio, según variables socio-demográficas (N=372)

	N	%
<i>Educación de la madre</i>		
Primario incompleto. Primario completo	189	50.8
Secundario incompleto. Secundario completo.	157	42.2
Terciario incompleto. Terciario completo.	9	2.4
Universitario incompleto Universitario completo	12	3.2
No sabe- No contesta.	5	1.3

<i>Educación del padre</i>	N	%
Primario incompleto. Primario completo.	202	54.3
Secundario incompleto. Secundario completo.	114	30.6
Terciario incompleto. Terciario completo.	14	3.8
Universitario incompleto. Universitario completo.	11	3.0
No sabe- No contesta.	31	8.3

<i>Edad de la madre</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
25-30 años	99	26.6
31-35 años	88	23.7
36-40 años	73	19.6
41-45 años	44	11.8
46-60 años	34	9.1
No sabe- No contesta	34	9.1

<i>Edad del padre</i>		
24-35 años	106	28.5
36-40 años	86	23.1
41-45 años	47	12.6
46-50 años	29	7.8
51-75 años	22	5.9
No sabe- No contesta	82	22.0

<i>Estado Civil</i>		
Casados o unión de hecho.	185	49.7
Separados.	153	41.2
Divorciados	7	1.9
Viudos	23	6.2
No sabe- No contesta	4	1.0

<i>Número de niños en la familia</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
1 niño	68	18.3
2 niños	130	34.9
3 niños	91	24.5
4 a 8 niños	79	21.2
No sabe- No contesta	4	1.1

<i>Tamaño de la familia</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
2 a 3 miembros	49	13.2
4 miembros	104	28.0
5 miembros	92	24.7
6 a 10 miembros	121	32.5
No sabe- No contesta	6	1.6

<i>Hacinamiento en el hogar</i>		
Bajo (< 1,50)	57	15.3
Medio (1,50 a 2)	116	31.2
Alto (> de 2)	194	52.2
No sabe- No contesta	5	1.3

Tabla N°3: Puntajes promedio del CBCL Total y Escalas, de la población clínica bajo estudio (Servicio de Psicología Clínica de Niños), por sexo. (N=372)

	Varones (N=261)		Niñas (N=111)	
	Media	DS	Media	DS
TOTAL	60.54	23.86	63.43	24.14
ESCALAS				
<i>Prob. pensamiento</i>	1.06	1.63	1.46	1.71
<i>Quejas somáticas</i>	1.91	2.45	2.19	2.35
<i>Probl. sociales</i>	5.44	3.00	5.55	3.38
<i>Cond. Antisocial</i>	5.16	3.27	3.89	3.24
<i>Retraimiento</i>	5.27	3.64	6.74	4.24
<i>Problemas sexuales</i>	0.60	1.33	0.52	1.10
<i>Probl. de atención</i>	9.38	4.10	9.88	4.36
<i>Ansioso-depresivo</i>	9.00	5.18	10.76	5.42
<i>Agresividad</i>	18.18	8.11	17.16	8.29
<i>Internalizante**</i>	15.67	8.79	19.01	9.08
<i>Externalizante***</i>	23.34	10.25	21.05	10.46

*Internalizante: surge de la suma de las escalas de Retraimiento, Quejas somáticas y ansioso-depresivo.

***Externalizante: surge de la suma de las escalas de Agresividad y Conducta antisocial.

Tabla N° 4 : Puntajes promedio CBCL Total y escalas de la población bajo estudio (Servicio de Psicología Clínica de Niños) y de la población normativa (Ciudad de Buenos Aires), por sexo en niños entre 6 y 11 años de edad.

	Varones					Niñas				
	Avellaneda(N=261)		Normativa (N=156)		p	Avellaneda(N=111)		Normativa(N=85)		p
	Media	DS	Media	DS		Media	DS	Media	DS	
TOTAL	60.54	23.86	58.28	24.05	NS	63.43	24.14	57.67	19.61	NS
ESCALAS										
<i>Probl. de pensamiento</i>	1.07	1.63	1.35	1.64	NS	1.46	1.71	1.48	1.92	NS
<i>Quejas somáticas</i>	1.92	2.45	1.91	2.32	NS	2.19	2.35	2.75	2.69	NS
<i>Probl. sociales</i>	5.44	3.00	4.92	3.06	NS	5.55	3.38	4.82	3.10	NS
<i>Cond. Antisocial</i>	5.16	3.27	4.54	2.95	.04	3.89	3.24	2.98	2.57	.02
<i>Retraimiento</i>	5.27	3.64	5.68	3.86	NS	6.74	4.24	5.61	3.76	.04
<i>Problemas sexuales</i>	0.60	1.33	0,67	1,20	NS	0.52	1.10	0,54	1,21	NS
<i>Probl. de atención</i>	9.38	4.10	8.71	4.05	NS	9.88	4.36	8.25	4.19	.00
<i>Ansioso depresivo</i>	9.00	5.18	8.83	5.17	NS	10.76	5.42	9.99	5.36	NS
<i>Agresividad</i>	18.18	8.11	17.11	8.58	NS	17.16	8.29	15.05	7.02	.05
<i>Internalizante</i>	15.67	8.79	16.42	9.23	NS	19.01	9.08	18.35	8.86	NS
<i>Externalizante</i>	23.34	10.25	21.65	10.84	NS	21.05	10.46	18.02	8.87	.03

*NS: No significativa; DS: desviación estandar.

Tabla N° 5: Medias de escalas según sexo del niño y valores de p para ANOVA de un tratamiento

ESCALAS	Sexo de los niños		p
	Varones (N=261)	Niñas (N=111)	
<i>Ansioso-depresivo</i>	9.00	10.76	.003
<i>Conducta antisocial</i>	5.16	3.89	.001
<i>Prob. de pensamiento</i>	1.06	1.46	.034
<i>Retraimiento</i>	5.27	6.74	.001
<i>Internalizante</i>	15.67	19.01	.001
<i>Externalizante</i>	23.34	21.05	.050

Tabla N° 6: Medias de escala Agresividad según edad del niño y valor de p para ANOVA de un tratamiento (n=372)

	Agresividad	P
Edad		.040
6 años	20.72	
7 años	17.35	
8 años	17.89	
9 años	17.26	
10 años	17.43	
11 años	16.06	

Tabla N° 7: Medias de escala Problemas de atención según índice de hacinamiento y valor de p para ANOVA de un tratamiento (n=372)

	Problemas de Atención	<i>P</i>
<i>Hacinamiento</i>		.012
Bajo (< 1,50)	9.26	
Medio (1,50 a 2)	9.60	
Alto (> 2)	9.41	

Tabla N° 8: Medias de escalas retraimiento, conducta antisocial, agresividad y externalizante según edad del padre y valores de p para ANOVA de un tratamiento (n=372)

Retraimiento

<i>Edad del padre</i>	<i>Promedio</i>	<i>p</i>
25-35 años	6.71	.009
36-40 años	5.17	
41-45 años	5.57	
46-50 años	4.65	
51-75 años	4.04	
No sabe- No contesta	5.87	

Conducta Antisocial

<i>Edad del padre</i>	<i>Promedio</i>	<i>p</i>
25-35 años	4.54	.019
36-40 años	5.12	
41-45 años	4.02	
46-50 años	3.96	
51-75 años	3.95	
No sabe- No contesta	5.69	

Agresividad

<i>Edad del padre</i>	<i>Promedio</i>	<i>P</i>
25-35 años	17.66	.019
36-40 años	18.47	
41-45 años	16.36	
46-50 años	17.17	
51-75 años	13.45	
No sabe- No contesta	19.81	

Externalizante

<i>Edad del padre</i>	<i>Promedio</i>	<i>P</i>
25-35 años	22.21	.007
36-40 años	23.60	
41-45 años	20.38	
46-50 años	21.13	
51-75 años	17.40	
No sabe- No contesta	25.51	

Tabla N° 9: Medias de escalas conducta antisocial, agresividad, externalizante e internalizante según edad de la madre y valores de p para ANOVA de un tratamiento (n=372)

Conducta Antisocial

<i>Edad de la madre</i>	<i>Promedio</i>	<i>P</i>
25 – 30 años	5.10	.023
31 - 35 años	5.02	
36 – 40 años	5.23	
41 – 45 años	3.52	
46 - 50 años	3.70	
No sabe- No contesta	5.02	

Agresividad

<i>Edad de la madre</i>	<i>Promedio</i>	<i>P</i>
25 - 30 años	18.48	.037
31 - 35 años	18.94	
36 – 40 años	18.35	
41 – 45 años	17.02	
46 - 50 años	13.67	
No sabe- No contesta	17.61	

Externalizante

<i>Edad de la madre</i>	<i>Promedio</i>	<i>P</i>
25 - 30 años	23.58	.019
31 - 35 años	23.96	
36 – 40 años	23.58	
41 – 45 años	20.54	
46 - 50 años	17.38	
No sabe- No contesta	22.64	

Internalizante

<i>Edad de la madre</i>	<i>Promedio</i>	<i>P</i>
25 - 30 años	17.22	.050
31 - 35 años	18.23	
36 – 40 años	15.76	
41 – 45 años	17.79	
46 - 50 años	15.20	
No sabe- No contesta	13.00	