

Aplicación del enfoque epidemiológico a una población clínica de niños

Sara Slapak¹
Nélida Cervone
Ana María Luzzati
Corina Samaniego

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, 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 Samaniego, 1998), administrado a los adultos responsables de los niños al momento de la admisión. Se halló que la población clínica de varones presenta valores superiores a los de la población normativa en la escala "conducta antisocial"; las diferencias son estadísticamente significativas. También, que 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: "retraimiento", "conducta antisocial", "problemas de atención", "agresividad" y "externalizante", en las que la población femenina del Servicio presentó valores superiores. Por fin, se establecieron relaciones entre los diferentes síndromes y las variables sociodemográficas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas en algunas de ellas. Se concluyó que 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.

An epidemiological approach to a clinical population of children

Abstract

The aim was to assess systematically, 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. 372 children were studied. The Achenbach Child Behaviour Checklist is applied to the adults in charge of the children. The male subjects presented higher scores than the normative in relation to the scale of "delinquent behaviours"; the differences were statistically significant. The mean of total problem scores of female clinical subjects were higher than the normative. The female subjects presented higher scores, whose differences were statistically significant for "withdrawn", "delinquent behaviours", "attention problems", "aggressive behaviours" and "externalising". Considering the socio-economic context and the relations between the different syndromes under study statistically significant differences were found in some of them. In conclusion, the children clinical subjects from the suburban lower social classes are at higher risk than the normative; the risk is even greater for the female subjects.

Keywords: Epidemiology; Children in School Age; Behavioural Disturbances.

Introdução

Este trabajo presenta los resultados de la aplicación del enfoque epidemiológico a una población clínica de niños entre 6 y 11 años, que recibió asistencia

psicoterapéutica grupal o individual en el Servicio de Psicología Clínica de Niños de la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en el período 1998-2000.

¹ Endereço para correspondência:

Remedios Escalada de San Martín 1050 (C1416 CVL) Buenos Aires, Argentina.

e-mail: sslapak@psi.uba.ar

Los niños son derivados mayoritariamente por escuelas y juzgados cercanos a la Sede Regional Sur de la Universidad de Buenos Aires. Un alto porcentaje 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 motivaron la necesidad de realizar estudios sistemáticos que permitieran profundizar el conocimiento sobre el tema y perfeccionar consecuentemente, las estrategias de intervención psicológica. Desde 1994, parte del equipo docente de la cátedra, además de las tareas de docencia y extensión, desarrolla también proyectos de investigación (Las situaciones de duelo y las tendencias antisociales en niños. Contención familiar y social; Conductas violentas de niños en edad escolar; Cambio psíquico: caracterización psicopatológica, proceso psicoterapéutico y contexto psicoeducativo. Un estudio de escolares de hogares pobres).

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

Método

Población estudiada

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.

Instrumento

Se utilizó el Child Behaviour Checklist (CBCL; Achenbach, 1991), validado por 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 categórico, evitando la pérdida de información que deviene del uso de categorías dicotómicas. El enfoque categórico, 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). También se diferencia del modelo ideográfico, que rechaza todo tipo de etiquetas. El enfoque ideográfico generalmente deviene de un

marco teórico (psicoanálisis, teoría comportamental, etc.).

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 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 síndromes. 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”). 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.

Resultados

Distribución de la población en estudio según edad y sexo del niño

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.

Tabla 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

Variables sociodemográficas de la población

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.

Estado civil de los padres: en gran proporción los entrevistados manifiestan estar casados o en uniones de hecho (49.7%). 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

En la Tabla 2 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.

Tabla 2 - Puntajes promedio del CBCL total y escalas de la población estudiada, por sexo (n=372)

	Varones (n=261)		Niñas (n=111)	
	Media	DS	Media	DS
Total	60,54	23,86	63,43	24,14
Escalas				
Probl. pensamiento	1,06	1,63	1,46	1,71
Quejas somáticas	1,91	2,45	2,19	2,35
Probl. sociales	5,44	3,00	5,55	3,38
Cond. Antisocial	5,16	3,27	3,89	3,24
Retraimiento	5,27	3,64	6,74	4,24
Problemas sexuales	0,60	1,33	0,52	1,10
Probl. de atención	9,38	4,10	9,88	4,36
Ansioso-depresivo	9,00	5,18	10,76	5,42
Agresividad	18,18	8,11	17,16	8,29
Internalizante	15,67	8,79	19,01	9,08
Externalizante	23,34	10,25	21,05	10,46

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

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. Los datos están en la Tabla 3.

Tabla 3 - Puntajes promedio CBCL total y escalas de la población estudiada y de la población normativa (Ciudad de Buenos Aires), por sexo en niños entre 6 y 11 años de edad. Valores de t y p

	Varones						Niñas					
	Población estudiada (n=261)		Normativa (n=156)		t	p	Población estudiada (n=111)		Normativa (n=85)		t	p
	Media	DS	Media	DS			Media	DS	Media	DS		
Total	60,54	23,86	58,28	24,05	0,93	NS	63,43	24,14	57,67	19,61	1,79	NS
Escalas												
Probl. de pensam.	1,07	1,63	1,35	1,64	-1,6	NS	1,46	1,71	1,48	1,92	-0,05	NS
Quejas somáticas	1,92	2,45	1,91	2,32	0,02	NS	2,19	2,35	2,75	2,69	-1,5	NS
Probl. sociales	5,44	3,00	4,92	3,06	1,7	NS	5,55	3,38	4,82	3,10	1,5	NS
Cond. Antisocial	5,16	3,27	4,54	2,95	1,9	0,04	3,89	3,24	2,98	2,57	2,1	0,02
Retraimiento	5,27	3,64	5,68	3,86	-1,0	NS	6,74	4,24	5,61	3,76	1,9	0,04
Problemas sexuales	0,60	1,33	0,67	1,20	-0,50	NS	0,52	1,10	0,54	1,21	-0,11	NS
Probl. de atención	9,38	4,10	8,71	4,05	1,6	NS	9,88	4,36	8,25	4,19	2,6	0,00
Ansioso depresivo	9,00	5,18	8,83	5,17	0,34	NS	10,76	5,42	9,99	5,36	1,0	NS
Agresividad	18,18	8,11	17,11	8,58	1,2	NS	17,16	8,29	15,05	7,02	1,8	0,05
Internalizante	15,67	8,79	16,42	9,23	-0,81	NS	19,01	9,08	18,35	8,86	0,51	NS
Externalizante	23,34	10,25	21,65	10,84	1,6	NS	21,05	10,46	18,02	8,87	2,1	0,03

*NS: No significativa; DS: desviación estandar

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 relaciones entre los valores de las escalas de síndromes del CBCL y las distintas variables sociodemográficas por medio del cálculo de anova de un tratamiento y t-test según corresponde.

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.

Tabla 4 - Medias de escalas según sexo del niño y valores de t y p

Escalas	Sexo de los niños		t	p
	Varones (N=261)	Niñas (N=111)		
Ansioso-depresivo	9,00	10,76	-2,9	0,003
Conducta antisocial	5,16	3,89	3,4	0,001
Prob. de pensamiento	1,06	1,46	-2,1	0,034
Retraimiento	5,27	6,74	-3,4	0,001
Internalizante	15,67	19,01	-3,3	0,001
Externalizante	23,34	21,05	1,9	0,050

Además se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre la escala “agresividad” y la edad del niño; los valores de esta escala fueron mayores para los niños de 6 años ($F=2.3$ y $p=0,040$). Por su vez, los valores correspondientes a la escala estrecha “problemas de atención” pueden ser considerados diferentes en relación al índice de hacinamiento; los valores más altos corresponden a “medio” y “alto” ($F=3.7$ y $p=0,012$).

Los valores de las escalas estrechas “retraimiento” ($F=3,11$ y $p=0,009$), “agresividad” ($F=2,7$ y $p=0,019$), “conducta antisocial” ($F=2,7$ y $p=0,019$) y los de la escala ampliada del síndrome “externalizante” ($F=3,2$ y $p=0,007$) se diferencian 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.

Los valores de las escalas “conducta antisocial” ($F=2,6$ y $p=0,023$), “agresividad” ($F=2,4$ y $p=0,037$), “externalizante” ($F=2,7$ y $p=0,019$) e “internalizante” ($F=2,2$ y $p=0,050$) se diferencian 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.

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 relación entre el bajo nivel educativo parental y las dificultades de los niños, tal como se desprende de los resultados obtenidos al buscar relaciones entre las escalas y las variables sociodemográficas, aunque su incidencia se registre en el análisis particular de cada caso. Asimismo, es posible que la inexistencia de relación 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 relaciones entre las escalas y las variables sociodemográficas, 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 las conductas masculinas de actuación en el mundo externo (remite al concepto de *acting-out* en la realidad, no transferencial de Klein, 1934).

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 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 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).

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. A su vez, 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 realizados 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 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.

Referências 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, *Psico-USF*, v.7, n.1, p. 67-76 Jan./Jun. 2002
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.

Recebido em 15/10/2001

Revisado em 12/02/2002

Aceito em 24/05/2002

Sobre os autores:

Sara Slapak é psicóloga, especialista em Psicologia Clínica de crianças, professora Associada da Cátedra de Psicanálise da Faculdade de Psicologia da Universidad de Buenos Aires, e diretora do subprograma de Psicologia Clínica de crianças.

Nélica C. Cervone é psicóloga, especialista em Enfermidades Psicossomáticas, professora Adjunta da Cátedra de Psicanálise da Faculdade de Psicologia da Universidad de Buenos Aires, e coordenadora assistente do subprograma de Psicologia Clínica de crianças.

Ana M. Luzzi é psicóloga, especialista em Psicologia Clínica de crianças, chefe de Trabalhos Práticos da Cátedra de Psicanálise da Faculdade de Psicologia da Universidad de Buenos Aires, e coordenadora assistente do subprograma de Psicologia Clínica de crianças.

Virginia C. Samaniego é psicóloga, mestre em Saúde Pública, professora Adjunta da Cátedra de Saúde Pública-Saúde Mental da Faculdade de Psicologia da Universidad de Buenos Aires.