

Estudio sobre la salud mental de una población de niños y niñas escolarizados desde la perspectiva epidemiológica

Study on the mental health of a population of school children from an epidemiological perspective

Laura Ramos¹, Daniela Bardi², Marcelo Grigoravicius³, Vanina Aguiriano⁴, Deborah Borthiry⁵, Ramiro Martínez Mendoza⁶ y Ana María Luzzi⁷.

¹ Universidad de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0007-2750-3491>. E-mail: lic.ramoslaura@gmail.com.

² Universidad de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0002-1545-5062>. E-mail: danielacarlabardi@gmail.com.

³ Universidad de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0002-3551-5368>. E-mail: mgrigoravicius@hotmail.com.

⁴ Universidad de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0001-9470-6546>. E-mail: vaguiriano@gmail.com.

⁵ Universidad de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0005-8768-8622>. E-mail: ramo2670@gmail.com

⁶ Universidad de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0009-0006-0688-2544>. E-mail: deborahborthiryout@outlook.com.

⁷ Universidad de Buenos Aires, Argentina.

<https://orcid.org/0000-0003-2563-6841>. E-mail: aluzzi7@gmail.com.

Esta investigación recibió el subsidio 20020170100212BA “Estudio de los problemas comportamentales y emocionales de una población infantil del conurbano bonaerense desde la perspectiva epidemiológica y construcción de un perfil psicopatológico y sociodemográfico, diferenciando por género” (Programación UBACyT 2018.2021).

Agradecimientos: A los estudiantes avanzados y graduados que integran el equipo de investigación por su labor en la realización del trabajo de campo: Ambrosini, Matías; Díaz Micaela; Erdeli Hernán; Machado Zubeldía Macarena, Mazzino Malena; Rey Lorena; Serra Gabriel.

Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Resumen

Se presentan resultados de una investigación empírica sobre problemas comportamentales en niños y niñas escolarizados entre 6 y 11 años. El objetivo principal es describir, desde la perspectiva epidemiológica, los problemas

comportamentales de una muestra clínica (N = 395; edad: $M = 7.92$ y $DE = 1.75$) y de una muestra no clínica (N = 363; edad: $M = 8.78$ años y $DE = 1.73$). Son objetivos específicos el analizar las diferencias por sexo y variables sociodemográficas en ambos contextos: clínico y no clínico. No se efectuó un estudio

comparativo entre ambas muestras.

Se administró el formulario Child Behaviour Checklist (CBCL) y una encuesta socio-demográfica a los adultos responsables. El análisis cuantitativo se efectuó mediante estudios de frecuencia, distribución y asociaciones entre variables con el objetivo de describir a ambas muestras desde el punto de vista de los resultados del CBCL y de las variables socio-demográficas. Se estudiaron asociaciones entre los valores de las escalas de síndromes del CBCL y las variables sociodemográficas mediante el análisis de la varianza (ANOVA).

Se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de problemas comportamentales y las condiciones socioeconómicas de la familia: a mayor vulnerabilidad socioeconómica y educativa, mayor deterioro en la salud mental infantil. Este estudio se encontró con la dificultad de las restricciones sanitarias por la pandemia de COVID-19 para continuar el trabajo de campo. Interesa replicar el estudio y considerar el impacto de la pandemia y el presunto deterioro de las variables sociodemográficas. Se debe priorizar la continuidad de una indagación sostenida para un seguimiento de la salud mental infantil.

Palabras clave: salud mental; niñez; Child Behavior Checklist; condiciones sociodemográficas

Abstract

This article shows the results of an empirical research study on behavioral and emotional problems in schoolchildren between 6 and 11 years old.

From an epidemiological perspective the goal is to describe the behavioral problems of a clinical sample ($N=395$, age: $M=7.92$ y $SD=1.75$) and a non-clinical sample ($N=363$, age: $M=8.78$ años y $DE=1.73$). The specific objectives are to analyze the differences by sex and possible sociodemographic variables in both clinical and non-clinical contexts. A comparative study between both samples is

not carried out.

We administered the Child Behavior Checklist (CBCL) and a sociodemographic survey to the responsible adults. The quantitative analysis was carried out through studies of frequency, distribution and associations among variables in order to describe both samples from the point of view of the CBCL results and of the sociodemographic variables. In order to identify the possible sociodemographic conditioning factors in the childhood and youth psychopathology, we studied the associations among the CBCL syndrome scale scores and the different sociodemographic variables through the analysis of variance (ANOVA).

The results of the clinical sample show mental health deterioration in boys and girls compared to previous studies. The increase of the internalizing and externalizing syndrome scores is significant. The prejudices and gender stereotypes constitute obstacles to gain access to mental health services in childhood, especially for girls whose psychological conditions may often go unnoticed.

In the non-clinical sample, the gender distribution is even and the total average of average scores is lower compared to studies performed in other populations in previous years.

In both samples we observe a significant relation between the psychological and behavioral problems and the socio-economic conditions of the family. The higher the educational and socio-economic vulnerability, the higher the deterioration of the children's mental health.

The simultaneous study from the epidemiological perspective in both samples is necessary to detect psychopathological problems in childhood.

This study encountered some limitations: the difficulty to continue the field work due to sanitary restrictions because of the COVID-19 pandemic. We want to replicate the study in both samples considering the impact of the pandemic and the alleged deterioration of

the sociodemographic variables and family conditions. Another limitation has been the socio-economic homogeneity of the clinical sample. It would be useful in the future to include clinical samples that belong to other socioeconomic sectors who receive mental health care from private medical insurances or medical insurances run by labor unions.

The shortage of epidemiological studies on emotional and behavioral problems in children and the lack of research work on the right to receive mental health care in childhood, indicate the absence of this topic in the political agenda. This deficit prevents the implementation of efficient programs to prevent and early detect mental health problems in children, to extend clinical care proposals in the community and to train professionals so that the programs can have an accurate impact on the population.

It is a priority to continue the sustained inquiry in both populations in order to ensure the follow-up of the mental health conditions. Also, it would be useful to extend and deepen the analysis incorporating the examination of other family problems such as violence situations, consumption of psychoactive drugs, suicides and other loss situation.

Keywords: mental health; childhood; Child Behavior Checklist; sociodemographic conditions

Introducción

El presente trabajo expone y analiza los resultados de una indagación sobre los problemas comportamentales de niños y niñas escolarizados entre 6 y 11 años de edad, residentes en una localidad del sur del conurbano bonaerense¹. La investigación tuvo, como objetivo general, realizar un relevamiento de corte epidemiológico de los problemas comportamentales de una muestra clínica y de una muestra no clínica (Muestra clínica: N =

395; edad: $M = 7.92$ años, $DE = 1.75$. Muestra no clínica: N = 363; edad: $M = 8.78$ años, $DE = 1.73$). Se analizaron las diferencias según sexo y según variables sociodemográficas en ambas muestras. Cabe mencionar que no se realizó un estudio comparativo.

Los niños y niñas –a partir de ahora, “los niños”– pertenecientes a la muestra clínica reciben asistencia psicológica en un servicio gratuito dependiente de la Universidad de Buenos Aires, ubicado en un partido del conurbano bonaerense. Los niños que conforman la muestra no clínica concurren a escuelas primarias y clubes barriales en la misma localidad, y no recibían asistencia psicológica al momento del estudio ni en los últimos seis meses.

En investigaciones anteriores (Slapak et al., 2002; Slapak et al., 2004; Slapak et al., 2008) se efectuaron estudios de la población clínica del mismo servicio asistencial con el objetivo de construir un perfil más ajustado, que permitiera su comparación con otras poblaciones clínicas.

En el estudio que se presenta, el propósito de la investigación es actualizar y describir las características de la muestra clínica con el fin de adecuar las estrategias asistenciales. Respecto de la muestra no clínica, el propósito es indagar la existencia de problemas comportamentales en los niños escolarizados que no hayan sido advertidos por los adultos a cargo.

El estudio epidemiológico sistemático de los problemas psicológicos que afectan a la población infantil de nuestro país resulta insoslayable a la hora del diseño de políticas en salud mental. Se observa escasez de estudios en la temática y dificultades en la continuidad (Bianchi, 2009; Etchegaray, 2011).

Un estudio nacional (Ministerio de Salud de la Nación, 2011) efectuó un relevamiento de las investigaciones epidemiológicas y concluyó que entre el 5 % y el 15 % de los niños en edad escolar (entre 5 y 12 años) presentaban algún tipo de trastorno mental.

1 Proyecto 20020170100212BA “Estudio de los problemas comportamentales y emocionales de una población infantil del conurbano bonaerense desde la perspectiva epidemiológica y construcción de un perfil psicopatológico y sociodemográfico, diferenciando por género”. Programación UBACyT 2018-2021. Directora: Ana Luzzi.

Asimismo, se estimó una prevalencia de trastornos psiquiátricos entre el 16.4 % y el 20.7 % en niños entre 3 y 12 años de edad. Se observó que los pediatras y adultos a cargo solo identificaban parcialmente la psicopatología infantil.

En la literatura internacional, los estudios epidemiológicos en salud mental infantil suelen utilizar el Child Behavior Checklist (CBCL) debido a sus adecuadas propiedades psicométricas y solidez multicultural (Ivanova et al., 2007; Rescorla et al., 2007; Viola et al., 2011). Este instrumento posibilita evaluar una amplia gama de psicopatologías y considera los aspectos evolutivos, como sexo y edad, y resulta adecuado para discriminar entre población clínica y la no clínica (Cui et al., 2021; Rescorla et al., 2012).

En Argentina, el CBCL comenzó a utilizarse para el estudio epidemiológico de la salud mental infantil en los precursores estudios de Samaniego, quien realizó la adaptación y estandarización del instrumento para población no clínica y pudo comprobar su validez para diferenciar población clínica y no clínica (Samaniego y Vázquez, 2014; Vázquez y Samaniego, 2017).

En la bibliografía internacional se encuentran estudios que señalan la relación entre el sexo y los problemas comportamentales en población no clínica: hay predominio de conductas externalizantes en niños e internalizantes en niñas (Bolsoni-Silva et al., 2015; Soler et al., 2010).

En Argentina, se registra un antecedente importante que arrojó resultados concordantes (Samaniego, 2008). En este estudio se incluyeron niños de entre 6 y 11 años, residentes en CABA. La muestra no clínica (N = 240) fue estratificada por conglomerado, con un mínimo de 20 casos por sexo y por edad. En la muestra clínica (N = 241) se intentó controlar la distribución por sexo y por edad. Esto no fue posible, dado que los niños varones consultan con mayor frecuencia a los servicios de salud mental infantil. Los puntajes promedio para las escalas y el puntaje total del CBCL fueron

calculados separadamente para cada sexo, en la muestra clínica y en la no clínica. Respecto de los resultados, el puntaje de problemas comportamentales fue mucho más alto en la muestra clínica que en la no clínica (58.28 vs. 34.96 en niños; 57.67 vs 34.11 en niñas). En la muestra no clínica las medias fueron más altas en niños que en niñas en casi todas las escalas, excepto en quejas somáticas, ansioso-depresivo e internalizante.

Algunas investigaciones indagan la relación entre los problemas comportamentales y distintos condicionantes ambientales. Un estudio longitudinal, realizado en ocho países con una muestra de 1190 familias de 11 grupos culturales diferentes, revela que el riesgo socioeconómico está relacionado con los problemas internalizantes y externalizantes de los niños (Lansford et al., 2019). Un estudio realizado en Uruguay afirma que tanto la educación de la madre como la situación socioeconómica de los hogares presentan una relación positiva con la psicopatología infantil (Failache y Katzkowicz, 2019).

Conclusiones similares se obtuvieron en la investigación realizada por las unidades académicas de Psicología de universidades nacionales (AUAPSI) en 2007. Este estudio tuvo el objetivo de estimar la prevalencia de trastornos psicológicos en niños escolarizados de entre 6 y 12 años. Se conformó una muestra proporcional al número de habitantes de las ciudades seleccionadas, compuesta por 5697 niños escolarizados de 6 a 12 años. Esta investigación permitió establecer que el 4.3 % de los niños del país se encontraba en una vulnerabilidad muy alta; el 10.9 % en una vulnerabilidad alta, y el 28.3 % en una vulnerabilidad media. Es decir que el 43.5 % de los niños de Argentina presentaban algún tipo de vulnerabilidad en salud mental. Se registró que el sexo no estaba asociado a la presencia de problemas psicológicos, excepto la agresividad, que es mayor en los niños. Se comprobó una estrecha relación entre la presencia de problemas psicológicos en los niños y el nivel socioeconómico de sus fami-

lias. El comportamiento antisocial, la agresividad, el retraimiento, la ansiedad-depresión, las quejas somáticas, los problemas sociales y los problemas de atención presentaron una relación estadísticamente significativa con el nivel socioeconómico: cuanto más bajo es el nivel socioeconómico, más altos son los porcentajes en las escalas mencionadas. Asimismo, se halló una relación estadísticamente significativa entre el nivel de instrucción de los progenitores y el síndrome internalizante y externalizante: cuanto menor es el nivel de instrucción, hay mayores problemas comportamentales (Ministerio de Salud de la Nación et al., 2010).

Desde hace dos décadas, este equipo realiza estudios sistemáticos desde la perspectiva epidemiológica de la población asistida en el servicio. En un estudio sobre una serie histórica de 10 años (Luzzi y Slapak, 2013), las niñas consultantes fueron el 29.2 % de la muestra (N = 1804) y obtuvieron una media de puntajes totales superior a la de los niños. Sus problemas comportamentales revestían mayor seriedad, especialmente respecto de sintomatología de índole depresiva (síndrome internalizante y escala ansioso-depresivo). Según ese estudio la población clínica de niñas constituía un grupo de riesgo en concordancia con investigaciones internacionales (Cova et al., 2005; López-Soler et al., 2009, Rescorla et al., 2007).

En el estudio que se presenta se abordarán las siguientes preguntas: (a) ¿Cuáles son los problemas comportamentales observados con mayor frecuencia en los niños en una localidad del conurbano bonaerense?; (b) los factores sociodemográficos ¿Tienen alguna incidencia en los problemas comportamentales de los niños?; y (c) respecto de la muestra no clínica, ¿Existen problemas comportamentales que no han sido advertidos por los adultos a cargo?

Se plantean las siguientes hipótesis: (a) los problemas comportamentales en las niñas están asociados al síndrome internalizante y en los niños al síndrome externalizante; (b) las condiciones sociodemográficas adversas

—tales como niveles altos de hacinamiento, familias monoparentales y bajo nivel educativo de los padres— se relacionan con mayor puntaje en los problemas comportamentales en los niños; y (c) en la muestra no clínica se registran problemas comportamentales no advertidos por los adultos.

Metodología

Diseño

El diseño es epidemiológico y consiste en estudios de asociaciones *ex post facto* explicativos no experimentales (Manterola y Otzen, 2014).

Participantes

Población: niños y niñas escolarizados de entre 6 y 11 años de edad, residentes en la zona sur del conurbano bonaerense (Partido de Avellaneda y aledaños).

Muestra clínica: N = 395 N = 395; (edad: $M = 7.92$, $DE = 1.75$). Se trata de consultantes al Servicio de Psicología Clínica de Niños (SPCN) que depende de la 2da cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa, de la Facultad de Psicología, ubicado en el Centro Regional Sur de la Universidad de Buenos Aires. Criterio de inclusión: todos los niños y niñas de entre 6 y 11 años que fueron admitidos en el Servicio entre marzo de 2018 y diciembre de 2019. Los niños tenían entre 6 y 11 años y pertenecían a familias cuyos adultos responsables tenían, en su gran mayoría, trabajos informales y carecían de cobertura de servicios de salud, excepto la estatal. Habían sido derivados por escuelas y juzgados en razón de sus problemas de conducta, dificultades de aprendizaje y por otras perturbaciones.

Muestra no clínica: N = 363 (edad: $M = 8.78$ años, $DE = 1.73$). Son niños y niñas entre 6 y 11 años de escuelas y clubes barriales en el partido de Avellaneda y aledaños, zona de influencia del SPCN. Se trata de una muestra intencional, no probabilística, de sujetos

voluntarios. Criterio de inclusión: niños y niñas entre 6 y 11 años que no hubieran estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico, en los últimos 6 meses. Se construyó una muestra estratificada y se incluyeron las distintas escuelas primarias de gestión estatal y privada del partido de Avellaneda (93 establecimientos, según datos de ME. DIE. 30/04/21), y su distribución por año de estudio, por lo que se seleccionaron niños y niñas de 1.º a 6.º año. Asimismo, se consideró la población de niños que concurren a los clubes barriales cercanos al SPCN (en barrios bonaerenses como Gerli y Sarandí).

La población no clínica es más heterogénea que la población clínica en cuanto a nivel socioeconómico, ya que han participado familias cuyos adultos tenían trabajos informales, otros en relación de dependencia, y profesionales universitarios con varios trabajos. La muestra se obtuvo mediante la participación voluntaria de los adultos responsables.

Instrumentos

Child Behaviour Checklist (CBCL) (adaptación de Samaniego, 1998)

Posee adecuadas propiedades psicométricas y ha sido estandarizado, validado y empleado en distintos países (Achenbach, 1991; Albores-Gallo et al., 2006; Nakamura et al., 2009; Samaniego, 2008) y en Argentina fue validado por Samaniego (1998). El instrumento presenta buenos niveles de confiabilidad. Los resultados del test-retest arrojaron un valor de .91 para el que se usó el coeficiente de correlación de Pearson. Respecto de la consistencia interna, fueron altos los valores observados a través del cálculo del coeficiente alfa de Cronbach para las escalas amplias externalizante e internalizante del CBCL para ambos sexos, tomados separadamente y en conjunto (rango .85 a .90). Respecto de las escalas estrechas, la mayor parte obtuvo valores superiores a .65. La validez de criterio fue evaluada en términos de diferencias significativas ($p < .01$) entre grupos

de población normal y clínica para todas las edades y sexos, y se tuvo en cuenta el hecho de ser derivados a servicios de salud mental como criterio. El alto poder discriminativo del instrumento en la población urbana argentina fue confirmado a través de efectuar un ANOVA factorial (Samaniego, 2008).

El CBCL permite valorar una amplia gama psicopatológica en los aspectos evolutivos, sexo y edad. Además, discrimina adecuadamente entre niños derivados a servicios de salud mental y sus pares de población normal; consta de escalas estandarizadas que permiten valorar un amplio espectro de manifestaciones psicológicas, y registra problemas comportamentales de niños de entre 6 y 11 años. El CBCL recoge la percepción de los adultos responsables respecto de los síntomas manifiestos de los niños: se solicitó que estimaran la presencia, frecuencia o severidad de los problemas de conducta seleccionados en los últimos seis meses: 0 = *No es cierto*; 1 = *Es cierto algunas veces o de cierta manera*; 2 = *Es muy cierto o a menudo cierto*. El puntaje total se obtiene a partir de la suma de los valores en cada ítem. Cuanto más alto es el puntaje, mayor es el nivel de trastorno del niño.

El cuestionario utilizado en este estudio es la versión para padres y contiene 118 ítems de problemas comportamentales. Se trata de una aproximación estadística multivariada que revela covariación entre los problemas reportados. Los síndromes derivados empíricamente solo reflejan tendencias respecto de la convergencia de ciertos problemas comportamentales que no conforman un psicodiagnóstico de los casos estudiados.

Este método se basó en un modelo dimensional de clasificación en psicopatología infantil que concibe el desorden como un grupo de síntomas que forman una dimensión o un continuo en el que todos los individuos tienen lugar y presentan el trastorno en un grado mayor o menor. Mediante este método, Achenbach obtuvo nueve escalas estrechas: problemas de pensamiento; quejas somáticas; problemas sociales; conducta antisocial; retrai-

miento; problemas sexuales; problemas de atención; ansioso-depresivo, y agresividad, y dos escalas ampliadas de síndromes: internalizante y externalizante (Achenbach, 1991; Luzzi y Slapak, 2013; Slapak et al., 2002).

Encuesta sobre datos sociodemográficos para la investigación epidemiológica

Fue construida por el equipo en investigaciones anteriores (Cervone et al., 1999) para ser administrada a los padres o adultos responsables. Se recaban los siguientes datos: sexo y edad de los niños, y año de escolaridad. Para los datos de los adultos responsables del niño, se indica quién responde el cuestionario (padre, madre, familiar u otro), edad, ocupación, estado civil y nivel de instrucción de ambos padres, y se indaga en quién recae principalmente el sostén económico del hogar. Para conocer las características de los hogares, se tuvo en cuenta el número de integrantes; cantidad de habitaciones, y la cantidad de niños en la familia o en el hogar (índice de hacinamiento).

Procedimiento

En la población clínica, la administración del CBCL y de la encuesta sociodemográfica forman parte de los procedimientos habituales en la admisión de pacientes al SPCN. Por lo tanto, el cuestionario fue respondido por el adulto responsable que solicitaba la consulta y se les pidió el consentimiento informado a los fines de la asistencia psicológica y, en forma independiente, de la investigación. Se aclaró a los adultos que la asistencia psicológica se brindaría igualmente, aunque se negaran a participar en la investigación.

En la población no clínica se administró el CBCL y la encuesta sociodemográfica a los adultos responsables de los niños que concurren a escuelas y clubes barriales de la zona de influencia del SPCN. Se contó con la autorización de las autoridades de las instituciones educativas y deportivas y con el consentimiento informado de los adultos responsa-

bles de los niños para la participación en la investigación. Cabe reiterar que la recolección de datos en la muestra no clínica se basó en una participación voluntaria por parte de los adultos responsables convocados.

La administración del CBCL y de la encuesta sociodemográfica fue realizada por estudiantes avanzados de la carrera de psicología y graduados integrantes del equipo de investigación, altamente capacitados para la administración de los instrumentos.

Se realizó un análisis cuantitativo: estudios de frecuencia, distribución y asociaciones entre variables con el objetivo de describir ambas muestras desde el punto de vista de los resultados del CBCL y de las variables sociodemográficas. Para identificar los posibles condicionantes sociodemográficos en los problemas de psicopatología infanto-juvenil, se estudiaron las asociaciones entre los valores de las escalas de síndromes del CBCL y las distintas variables sociodemográficas, mediante el análisis de la varianza (ANOVA).

Resultados

Problemas comportamentales de niños y niñas: Child Behaviour Check-list (CBCL)

Muestra clínica

Promedio total y promedio de puntajes de síndromes.

La media total fue 60.12; la media del externalizante fue 22.10 y la del internalizante 16.19. En cuanto a las escalas estrechas con medias altas: agresividad fue 17.82; ansioso-depresivo de 9.61; problemas de atención 8.88 – Tabla 1.

Distribución por sexo.

Los niños tienen valores mayores que las niñas en el promedio total de las escalas (61.13 y 57.87 respectivamente); en externalizante (23.29 y 19.45 respectivamente); en agresividad (18.58 los niños y 16.13 las

niñas), y en problemas de atención (9.18 los niños y 8.20 las niñas). Las niñas presentan valores mayores que los niños en internali-

zante (17.44 y 15.64 respectivamente) y en la escala ansioso-depresivo (10.30 niñas y 9.31 niños) –Tabla 1.

Tabla 1.

Promedio, Desvío Estándar y Anova de Puntajes Escalas de Síndromes de CBCL según sexo del niño en la muestra clínica

Escalas CBCL		Niños	Niñas	Total	Sig. Anova
Problemas sexuales	M	.50	.48	.49	.900
	DE	1.08	1.01	1.06	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	8	4	8	
Retraimiento	M	5.24	5.66	5.37	.261
	DE	3.20	3.85	3.41	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	17	16	17	
Quejas somáticas	M	1.61	2.14	1.77	.022
	DE	1.94	2.45	2.12	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	10	11	11	
Ansioso - depresivo	M	9.31	1.30	9.61	.084
	DE	5.08	5.55	5.24	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	26	24	26	
Problemas sociales	M	5.12	4.84	5.04	.351
	DE	2.79	2.67	2.75	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	13	12	13	
Problemas pensamiento	M	1.68	1.84	1.73	.487
	DE	2.04	1.88	1.99	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	10	9	10	
Problemas de atención	M	9.18	8.20	8.88	.018
	DE	3.64	4.10	3.81	
	Mín.	2.00	.00	.00	
	Máx.	19	19	19	
Conducta Antisocial	M	4.71	3.32	4.28	.000
	DE	3.03	2.52	2.95	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	15	13	15	
Agresividad	M	18.58	16.13	17.82	.006
	DE	8.44	7.46	8.22	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	40	36	40	
<u>Internalizante</u>	M	15.64	17.44	16.19	.042
	DE	7.72	9.00	8.17	
	Mín.	1.00	1.00	1.00	
	Máx.	45	48	48	
Externalizante	M	23.29	19.45	22.10	.000
	DE	1.55	9.23	1.30	
	Mín.	1.00	1.00	1.00	
	Máx.	50	46	50	
Total	M	61.13	57.87	6.12	.179
	DE	22.27	22.18	22.26	
	Mín.	1.00	8.00	8.00	
	Máx.	135	117	135	

Muestra no Clínica

Promedio total y promedio de puntajes de síndromes.

La media total es 25.56; la media del externalizante: 8.96 y la del internalizante: 7.23; escalas estrechas con medias altas: agresividad: 7.16; ansioso-depresivo: 4.03; problemas de atención: 2.99 –Tabla 2.

Distribución por sexo.

Los niños y las niñas tienen valores similares en el promedio total de las escalas (25.90 y 25.24 respectivamente); en la escala amplia externalizante, los niños obtienen un puntaje

superior a las niñas (9.15 y 8.78 respectivamente) y en la internalizante, la relación se invierte (7.27 las niñas y 7.19 los niños).

En las escalas estrechas, las niñas presentaron valores mayores en retraimiento (2.16 vs 2.15); quejas somáticas (1.17 vs 1.07 los niños); problemas sociales (2.20 vs 2.14), y en problemas de pensamiento (.58 vs .52).

Los niños, en cambio, mostraron valores superiores en las escalas problemas sexuales (.19 vs .15); problemas de atención (3.34 vs 2.67); conducta antisocial (1.94 vs 1.67), y en agresividad (7.21 vs 7.11) –Tabla 2.

En la escala ansioso depresivo las niñas y los niños obtuvieron los mismos puntajes.

Tabla 2.

Promedio, desvío estándar y Anova de puntajes escalas de síndromes de CBCL según el sexo del niño en la muestra no clínica

Escalas CBCL		Niños	Niñas	Total	Sig. Anova
Problemas sexuales	M	.19	.15	.17	.640
	DE	.53	.94	.77	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	4	12	12	
Retraimiento	M	2.15	2.16	2.15	.974
	DE	2.01	2.28	2.15	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	10	14	14	
Quejas somáticas	M	1.07	1.17	1.12	.571
	DE	1.56	1.70	1.63	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	8	10	10	
Ansioso - depresivo	M	4.03	4.03	4.03	.993
	DE	3.75	3.79	3.76	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	17	18	18	
Problemas sociales	M	2.14	2.20	2.17	.650
	DE	2.03	2.27	2.15	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	9	13	13	
Problemas pensamiento	M	.52	.58	.55	.030
	DE	1.01	1.26	1.15	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	6	13	13	
Problemas de atención	M	3.34	2.67	2.99	.220
	DE	3.18	2.68	2.95	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	17	17	17	
Conducta Antisocial	M	1.94	1.67	1.80	.220
	DE	1.97	2.27	2.13	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	11	24	24	
Agresividad	M	7.21	7.11	7.16	.862
	DE	5.36	5.33	5.34	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	26	29	29	
<u>Internalizante</u>	M	7.19	7.27	7.23	.904
	DE	6.12	6.46	6.29	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	29	40	40	
Externalizante	M	9.15	8.78	8.96	.607
	DE	6.81	6.96	6.88	
	Mín.	.00	.00	.00	
	Máx.	31	53	53	
Total	M	25.90	25.24	25.56	.744
	DE	18.42	2.07	19.26	
	Mín.	.00	1.00	.00	
	Máx.	99	179	179	

Sexo y edad de los niños y niñas

Muestra clínica

Está conformada por niños en un 69.1 % ($n = 273$) y por niñas en un 30.9 % ($n = 122$); edad: ($M = 7.92$ años, $DE = 1.75$). La mayor proporción se concentra alrededor de los 6 años de edad. Respecto de los niños ($M = 7.78$ años, $DE = 1.688$), presentan la distribución siguiente: el 88.3 % ($n = 213$) está representado por niños de entre 6 y 9 años; en niños de 6 años la edad de mayor frecuencia fue 24.9 % ($n = 68$). Respecto de las niñas ($M = 8.23$ años; $DE = 1.84$), la mayor proporción se concentra entre los 7 y 10 años (68.1 %, $n = 83$) y los 7 años fue la edad de mayor frecuencia, 23.8 % ($n = 29$).

Nivel de escolaridad.

En ambos sexos, la mayor frecuencia (49.9 %, $n = 197$) se encuentra en niños y niñas que cursan primero y segundo grado y la frecuencia disminuye a medida que avanza el grado de escolaridad.

Muestra no clínica

Está conformada por niños en un 48.5 % ($n = 176$) y por niñas en un 51.5 % ($n = 187$). Edad: ($M = 8.78$ años, $DE = 1.73$) y la mayor proporción se concentra entre los 8 y 11 años de edad.

Respecto de los niños, ($M = 8.81$ años, $DE = 1.59$), el 28.4 % ($n = 50$) está representado por niños de 8 años y el 18.3 % ($n = 32$) por niños de 11 años. Respecto de las niñas, ($M = 8.75$ años, $DE = 1.85$), la mayor proporción se concentra en los 11 años (18.2 %, $n = 32$),

Variables sociodemográficas

Muestra clínica

Los cuestionarios fueron contestados en una amplia mayoría (80 %) por las madres de los niños y niñas.

Edad de los padres.

En cuanto a las madres ($M = 34.47$ años, $DE = 7.508$), el 58.2 % tiene hasta 35 años. En cuanto a los padres ($M = 37.34$ años, $DE = 8.743$), el 55.9 % tiene hasta 35 años. Como dato a destacar, más del 10 % de los adultos responsables desconoció la edad de los padres varones de los niños.

Nivel de instrucción de los padres.

La mayoría de las madres tienen estudios primarios completos-incompletos (31.1 %) y, en segundo lugar y estudios secundarios-incompletos (26.1 %). Se destaca que solo una quinta parte de las madres de la muestra clínica completó los estudios secundarios. Respecto de los padres, el 33.4 % posee estudios secundarios incompletos y el 24.1 % completos. Una menor proporción (16.5 %) tiene estudios superiores completos o incompletos.

Estado civil de los padres.

El 28.1 % ($n = 111$) manifiesta estar casado o en uniones de hecho; separados o divorciados el 68.4 % ($n = 270$); viudos el 1.5 % ($n = 6$), y no saben o no contestan el 2 % ($n = 8$)

Tamaño de la familia.

El 52.4 % ($n = 207$) de los hogares están compuesto por 2, 3 o 4 miembros.

Nivel de hacinamiento.

El 42.8 % ($n = 169$) de los hogares presenta un índice de hacinamiento alto, mientras que los hogares con índices medios y bajos comparten valores que oscilan entre el 26.8 % y 29.4 % respectivamente.

Cantidad de niños en la familia.

El 26.6 % ($n = 105$) de las familias tienen un niño; el 35.7 % ($n = 141$) dos niños; el 22.5 % ($n = 89$) tres niños, y el 12.7 % ($n = 50$) más de 4 niños.

Muestra No Clínica

Los cuestionarios fueron contestados en

una amplia mayoría (80 %) por las madres de los niños y niñas.

Edad de los padres.

En cuanto a las madres ($M = 38.83$ años, $DE = 6.30$), el 54 % tiene entre 36 y 45 años. En cuanto a los padres ($M = 40.89$ años, $DE = 7.40$), el 43 % tiene hasta 35 años. Más del 10 % de los adultos responsables consultados desconocen la edad de los padres varones del niño.

Nivel de instrucción de los padres.

El 26.6 % de las madres han terminado la escolaridad secundaria y un 31.4 % no la ha finalizado. El 25.3 % de los padres completó la educación secundaria y el 13.4 % no la completó. El 54 % tiene algún tipo de educación terciaria o universitaria.

Estado civil de los padres.

El 69.1 % de los padres están casados o en uniones de hecho ($n = 251$) y el 26.2 % ($n = 95$) de los padres están separados o divorciados.

Tamaño de la familia.

El 63.1 % ($n = 229$) de los hogares están compuestos por 2, 3 o 4 miembros, y el 12.7 % ($n = 46$) de los hogares están compuestos por 6-10 miembros.

Nivel de hacinamiento.

El 18.2 % ($n = 66$) presenta un nivel alto y el resto de la población niveles medios y bajos (34.4 % y 39.9 % respectivamente).

Cantidad de niños en la familia.

El 21.8 % ($n = 79$) cuenta con un niño; 45.2 % ($n = 164$) dos niños; 21.5 % ($n = 78$) tres niños, y el 8.8 % ($n = 32$) 4-8 niños.

Asociaciones entre los valores de las escalas de síndromes del CBCL y las variables sociodemográficas por medio del cálculo de ANOVA de un tratamiento

Con el objetivo de observar qué variables sociodemográficas podrían condicionar los comportamientos de los niños y establecer características de cada muestra, se utilizó el análisis de varianza (ANOVA) con un factor. El funcionamiento básico de un ANOVA consiste en calcular la media de cada uno de los grupos para, a continuación, comparar la varianza de estas medias (varianza explicada por la variable grupo, intervarianza) frente a la varianza promedio dentro de los grupos (la no explicada por la variable grupo, intravarianza).

A continuación, se presentan las principales variables asociadas a cada una de las escalas.

Muestra clínica

Sexo del niño.

Hay asociaciones estadísticamente significativas en las escalas quejas somáticas ($\text{sig.} = .022$; $\alpha = .05$) e internalizante ($\text{sig.} = .042$; $\alpha = .05$) con promedio mayores para las niñas; problemas de atención ($\text{sig.} = .018$; $\alpha = .05$); conducta antisocial ($\text{sig.} = .000$; $\alpha = .05$); agresividad ($\text{sig.} = .006$; $\alpha = .05$) y externalizante ($\text{sig.} = .001$; $\alpha = .05$) con promedio mayores para los niños –Tabla 1.

Edad del niño.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en las escalas retraimiento ($\text{sig.} = .003$; $\alpha = .05$) e internalizante ($\text{sig.} = .014$; $\alpha = .05$); a medida que aumenta la edad del niño, se incrementan los valores promedios. En las escalas problemas de atención ($\text{sig.} = .010$; $\alpha = .05$); agresividad ($\text{sig.} = .021$; $\alpha = .05$), y externalizante ($\text{sig.} = .021$; $\alpha = .05$). A medida que aumenta la edad del niño, disminuyen los valores promedios.

Edad de la madre.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en las escalas agresividad ($\text{sig.} = .030$; $\alpha = .05$) y externalizante ($\text{sig.} = .041$; $\alpha = .05$). Los niños cuyas madres son más jóvenes –menos de 25 años– obtuvieron los

mayores puntajes en las escalas agresividad y externalizante.

Edad del padre.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en las escalas ansioso depresivo (sig. = .015; α = .05), problemas de pensamiento (sig. = .026; α = .05) e internalizante (sig. = .028; α = .05). Los niños cuyos padres tienen menos de 25 años obtuvieron los mayores puntajes en dichas escalas.

Nivel educativo de la madre.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en las escalas agresividad (sig. = .004; α = .05) y externalizante (sig. = .004; α = .05). A menor nivel educativo de las madres mayor puntaje en esas escalas.

Nivel educativo del padre.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en la escala problemas de atención (sig. = .030; α = .05). A menor nivel educativo de los padres es mayor puntaje en la escala problemas de atención. En la muestra clínica, compuesta en su mayoría por parejas separadas, se registra una ausencia notoria de la figura paterna de acuerdo con el registro de las historias clínicas.

Hacinamiento.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las escalas y el nivel de hacinamiento, ya que todos los valores estadísticos superan el valor de α = .05.

Muestra no clínica

Sexo del niño.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en la escala problemas de atención (sig. = .030; α = .05). Los niños tienen una media de 3.34 y las niñas de 2.67. Los niños presentaron mayor proporción de problemas de atención con una diferencia estadísticamente significativa –Tabla 2.

Edad del niño.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en las escalas agresividad (sig. = .021; α = .05) y externalizante (sig. = .032; α = .05). A medida que aumenta la edad del niño, disminuyen los valores promedios.

Grado que cursa el niño.

Se hallaron valores estadísticamente significativos en la escala retraimiento (sig. = .024; α = .05), a mayor grado escolar aumentan los valores promedio.

Edad de la madre.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en todas las escalas, con la única excepción de quejas somáticas. En la escala problemas sexuales (sig. = .002; α = .05), los mayores valores se ubican en los extremos de los rangos de edad: 25 a 30 años y 46 a 50 años. En retraimiento (sig. = .000; α = .05) y problemas de pensamiento (sig. = .000; α = .05), los niños cuyas madres tienen entre 25 y 35 años obtuvieron los mayores puntajes. En ansioso depresivo (sig. = .000; α = .05), obtuvieron mayor puntaje cuando la madre tiene entre 25 y 40 años. En problemas de atención (sig. = .000; α = .05) el mayor valor se ubica en el rango de 31 a 35 años. En la escala conducta antisocial (sig. = .002; α = .05); agresividad (sig. = .007; α = .05); internalizante (sig. = .000; α = .05) y externalizante (sig. = .001; α = .05) los valores promedios disminuyen cuando aumenta la edad de la madre.

Edad del padre.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en retraimiento (sig. = .000; α = .05) en padres de 25 a 30 años y de 41 a 45. En problemas sociales (sig. = .002; α = .05); ansioso depresivo (sig. = .000; α = .05); problemas de pensamiento (sig. = .001; α = .05) con padres de 25 a 30 años y de 46 a 50. Las escalas problemas de atención (sig. = .005; α = .05); conducta antisocial (sig. = .002; α = .05), y agresividad (sig. = .022; α = .05);

internalizante (sig. = .000; α = .05) y externalizante (sig. = .05; α = .05) están asociadas con padres de 25 a 30 años.

Nivel educativo de la madre.

Se obtuvieron asociaciones estadísticamente significativas en la escala problemas sexuales (sig. = .020; α = .05). A menor nivel educativo de la madre, mayor puntaje en los valores de la escala.

Nivel de hacinamiento.

Se obtuvieron valores estadísticamente significativos en la escala ansioso-depresivo (sig. = .020; α = .05); problemas de pensamiento (sig. = .001; α = .05) e internalizante (sig. = .022; α = .05). A mayor nivel de hacinamiento, mayores valores en dichas escalas.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las escalas y el nivel educativo del padre, ya que todos los valores estadísticos superan el valor de α = .05.

Discusión

Los resultados de la muestra clínica denotan un deterioro en la salud mental de los niños y niñas asistidos, respecto de investigaciones anteriores (Luzzi y Slapak, 2013; Samaniego, 2008). En coincidencia con lo observado en la mayoría de los servicios de salud mental infantil (López-Soler et al., 2009), los varones representan una alta proporción en la muestra clínica (69.1 %). Esto podría indicar que desde la mirada de los agentes de derivación –maestros y orientadores escolares–, su comportamiento tiene un mayor impacto. La baja proporción de las niñas (30.9 %), no indicaría que padezcan menos problemas emocionales. Tal vez las manifestaciones del padecimiento psíquico de las niñas no son visualizadas fácilmente por los adultos que realizan las derivaciones a los centros de salud mental infantil. Desde una perspectiva de género, es posible pensar que algunos comportamientos de las niñas no son entendidos como manifestaciones de padeci-

miento al considerarse atributos naturales de las niñas –docilidad, sumisión, acatamiento– y pueden encubrir cuadros psicopatológicos. En ese sentido, de acuerdo con otros estudios (Tajer, 2020), habría que preguntarse qué se considera normal y anormal para cada género.

En cuanto a la edad, la mayor proporción de niños que participaron de la muestra clínica tenía 6 años, coincidentemente con el inicio del nivel primario. Estas derivaciones, al inicio de la escolaridad, pueden responder a la detección temprana de dificultades en el desarrollo de los niños por parte de los actores del sistema educativo, o también, a cierto grado de intolerancia por parte de estos frente a las dificultades en la adaptación a la nueva rutina escolar (Slapak et al., 2002).

Respecto del sexo de los niños y las escalas del CBCL, las niñas presentan una asociación estadísticamente significativa con quejas somáticas e internalizante, y los niños con problemas de atención, conducta antisocial, agresividad y externalizante. Este resultado coincide con estudios nacionales e internacionales (Luzzi y Slapak, 2013; Navarro-Pardo et al., 2012; Ocampo y Palos, 2008; Rescorla et al., 2007; Soler et al., 2010). Como ya fue mencionado, las niñas suelen presentar manifestaciones sintomáticas más adaptativas en la consideración social, mientras que los niños presentan síntomas más desadaptativos como nerviosismo, inquietud y desobediencia. La sintomatología de las niñas es detectada más tardíamente e incluso muchas veces subdiagnosticada (Cova et al., 2005). Esto merece particular atención ya que, según los datos de este estudio, la sintomatología internalizante aumenta a medida que aumenta la edad de los niños. Debe destacarse que las niñas de la muestra clínica también puntúan alto en el síndrome externalizante, aunque menos que los niños. Las conductas disruptivas y agresivas en la niñez, pueden ser expresión de diversa caracterización psicopatológica, que pueden ser manifestación de defensas maníacas contra afectos depresivos, sentimientos que surgen ante situaciones de

pérdida y separaciones. El intenso uso de defensas maníacas genera un disturbo caracterizado por la hiperactividad y la dificultad de concentración. Los altos puntajes en el síndrome externalizante en los niños y niñas de esta muestra podrían guardar relación en algunos casos con pérdidas no elaboradas, tales como la separación de los padres, que en esta muestra constituye el 68.4 %.

Las conductas violentas e impulsivas en niños y niñas suelen estar relacionadas con dificultades en la capacidad de contención familiar (Lansford, 2019). Los niños y niñas llegan a la consulta, en su gran mayoría, por la detección del agente escolar. Esto comporta, como mínimo, cierto grado de negligencia o de desatención por parte de la familia, ya que según datos recogidos en CBCL y en las historias clínicas la sintomatología estaba presente al menos un semestre anterior a la consulta.

La menor edad de madres y padres y el menor nivel educativo de las madres inciden en la sintomatología de los hijos. La menor edad de la madre está asociada estadísticamente con los mayores puntajes en las escalas agresividad y externalizante, y la menor edad de los padres con escalas de síndromes internalizantes y externalizantes. Es probable que la crianza de niños durante la adolescencia y la incidencia negativa de la vulnerabilidad socioeconómica obstaculicen el desarrollo de la capacidad de mentalización y la función reflexiva (Fonagy y Allison, 2014), necesarias para la contención emocional. El menor nivel educativo de la madre también está estadísticamente asociado con las escalas agresividad y externalizante, en ambos sexos, y con síndromes relacionados con la dificultad para el control de los impulsos agresivos. Estos comportamientos en la niñez –fallas en el control de los impulsos– suelen relacionarse con una dificultad de las madres para el desarrollo de la empatía. La capacidad de reflexión del adulto sobre sí mismo y sobre sus vínculos tempranos, permite una mayor objetivación de la problemática del hijo y permite abordar la crianza sin repeticiones patogénicas. En el

caso de madres adolescentes, la escolaridad pudo verse obstaculizada por un embarazo precoz.

En la muestra clínica, el nivel de hacinamiento es muy alto (42.8 %), pero no se registra una asociación estadísticamente significativa con alguna de las escalas, probablemente por tratarse de una muestra muy homogénea socioeconómicamente. Su incidencia debe considerarse en el análisis particular de cada caso.

Respecto de la muestra no clínica, su estudio mediante el CBCL funciona como prueba de *screening* o cribado, que al aplicarse a personas que *a priori* se consideran sanas, constituye una estrategia de prevención para detectar posibles patologías de forma precoz. En nuestro estudio, al tratarse de una muestra intencional, no probabilística, los resultados constituyen una orientación respecto de la salud mental de niños y niñas escolarizados que no reciben asistencia psicológica.

La distribución por sexo es pareja y el promedio total de puntajes es menor respecto de otros estudios nacionales (Samaniego, 2008). Respecto del sexo, los varones presentan puntajes más altos en problemas de atención con una diferencia estadísticamente significativa. En el resto de las escalas no se encuentran diferencias importantes entre los valores obtenidos en ambos sexos. La presencia de problemas de atención en los niños señala la necesidad de continuar la indagación en estudios posteriores con el objetivo de encontrar otras problemáticas asociadas. Este dato alerta acerca del impacto que esta dificultad podría tener en el desempeño académico de los niños y la necesidad de detección temprana de problemas de aprendizaje incipientes.

También se registra una asociación estadísticamente significativa en casi todas las escalas de síndromes del CBCL y la edad de la madre. La madre, en cualquiera de sus rangos de edad, evidencia ser una figura influyente. Los valores promedio de conducta antisocial, agresividad, internalizante y exter-

nalizante disminuyen a medida que aumenta la edad de la madre. Las madres más jóvenes podrían tener dificultades en la contención emocional y en el manejo de los impulsos de sus hijos, condición emocional y cognitiva, que también se podría pensar respecto de los padres varones más jóvenes. La edad del padre también se asocia estadísticamente en casi todas las escalas con rangos de edad variados e incide, fuertemente, en las problemáticas de los niños.

El nivel educativo de la madre está estadísticamente asociado con problemas sexuales: a menor nivel educativo, mayor puntaje en los valores de la escala. Las dificultades en el acceso a la educación suelen estar relacionadas con prejuicios o mitos sobre la sexualidad. Esto podría explicar que las madres con menores recursos educativos entiendan ciertas manifestaciones de la sexualidad de sus hijos como problemáticas.

El nivel de hacinamiento está estadísticamente asociado a las escalas ansioso depresivo, problemas de pensamiento e internalizante. A mayor nivel de hacinamiento, mayores valores en esas escalas. La mayor cantidad de niños en el hogar y el nivel de hacinamiento repercuten en la valoración del sí mismo; el hacinamiento vulnera el derecho a la privacidad e intimidad, que complejiza la socialización y educación (Tuñón y Poy, 2019). Las dificultades de los adultos para reconocer diferencias y particularidades entre los niños convivientes, seguramente en asociación con otros factores, favorecen en ellos conductas de retraimiento y otras modalidades defensivas.

Merece destacarse que, en ambas muestras, el adulto que respondió el instrumento fue la madre del niño, que alcanzó el 80 % de cada muestra. Este dato evidencia que las madres continúan siendo aquellas figuras encargadas de las tareas relacionadas con la crianza y cuidado de los hijos, se hacen cargo de la salud, educación y actividades deportivas de los niños y niñas, aun cuando están en pareja. En el mismo sentido, se ha registrado una elocuente ausencia de datos, en ambas

muestras, respecto de los padres varones de los niños y niñas, que evidencia la ausencia de su figura en la cotidianidad de las familias y la existencia de familias monoparentales, en las cuales solamente la madre es quien está a cargo de la familia.

Algunas reflexiones finales

A partir de los resultados de este estudio se evidencia una asociación entre la presencia de problemas comportamentales en la niñez y algunas variables sociodemográficas de las familias.

Son exiguos los estudios epidemiológicos sobre las problemáticas en salud mental que aquejan a la población infantil en Argentina. Esta carencia constituye un obstáculo para la creación de programas eficientes en prevención y detección temprana de problemáticas de salud mental, con el fin de ampliar las propuestas de atención clínica y capacitar a los profesionales para que las ofertas logren un impacto certero en la población.

Este estudio se encontró con algunas limitaciones para continuar el trabajo de campo por las restricciones sanitarias implementadas por la pandemia de COVID-19. Los datos que aquí se presentan despiertan el interés de replicar el estudio en ambas muestras y considerar el impacto de la pandemia en la población, dado un presunto deterioro de las variables sociodemográficas y las condiciones familiares y educativas de los niños y niñas.

Otra limitación es la homogeneidad socioeconómica de la muestra clínica. Resulta de interés para futuras indagaciones incluir poblaciones que pertenezcan a otros sectores sociodemográficos, asistidas en servicios de salud mental infantil de obras sociales o en forma privada.

A partir de los resultados obtenidos en la muestra no clínica, en próximas investigaciones sería relevante continuar el estudio a través de una muestra probabilística, representativa estadísticamente, que permita efectuar comparaciones tanto con muestras clínicas

como con muestras de diferentes poblaciones.

A pesar de estas limitaciones, este estudio permitió describir, desde la perspectiva epidemiológica y en forma contemporánea, una muestra clínica y una muestra no clínica de niños y niñas escolarizados de una misma localidad. Debe priorizarse la continuidad de una indagación sostenida a los fines de garantizar un seguimiento de las condiciones de la salud mental, especialmente de la patología depresiva que se agrava con la mayor edad de niñas y niños. Resulta de interés ampliar y profundizar el análisis al incorporar la indagación de problemáticas familiares tales como situaciones de violencia, consumo de sustancias psicoactivas, situaciones de pérdida, entre otras problemáticas.

Referencias

- Achenbach, T. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/4-18, YSR, and TRF profiles*. Department of Psychiatry, University of Vermont.
- Albores-Gallo, L., Lara-Muñoz, C., Esperón-Vargas, C., Cárdenas, Z., Pérez, S. y Villanueva, C. (2006). Validity and reability of the CBCL/6-18. Includes DSM scales. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(6), 393-399. <https://psycnet.apa.org/record/2007-19661-007>
- Bianchi, E. (2009, 29 de julio). *Test psicométricos y construcción de la infancia anormal. Aproximaciones desde el análisis del Déficit de Atención e Hiperactividad [presentación en congreso]*. VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales (UBA), Buenos Aires (Argentina).
- Bolsoni-Silva, A., Levatti, G., Guidugli, P. y Marim, V. (2015). Problemas de comportamiento, em ambiente familiar em escolares e pré-escolares diferenciados pelo sexo. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 49(3), 354-364. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28446020007.pdf>
- Cervone, N., Luzzi, A., Slapak, S. y Samaniego, C. (1999). Estudio descriptivo de una población infantil derivada para su asistencia clínica en un centro comunitario. VII Anuario de Investigaciones, 203-222. http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/practicas_profesionales/639_clinica_ninos/publicaciones/Anuario99epidemiologico.pdf
- Cova, F., Maganto, C. y Melipillán, R. (2005). Género, adversidad familiar y síntomas emocionales en preadolescentes. *Psykhé*, 14(1), 227-232. <https://doi.org/10.4067/s0718-22282005000100017>
- Cui, Y., Li, F., Leckman, J., Gou, L., Ke, X., Liu, J., Zheng, Y. y Li, Y. (2021). The prevalence of behavioral and emotional problems among Chinese school children and adolescents aged 6–16: a national survey. *European Child & Adolescent Psychiatry* 30, 233–241. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01507-6>
- Etchegaray, R. (2011). *Problemas psicosociales en la Infancia*. Argentina. SECyT-UNLaM
- Failache, E. y Katzkowicz, N. (2019). Desarrollo infantil en Uruguay: una aproximación a sus determinantes. *Revista Desarrollo y Sociedad*, 1(83), 55-104. <https://doi.org/10.13043/dys.83.2>
- Fonagy, P. y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372–380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Ivanova, M., Achenbach, T., Dumenci, L., Rescorla, L., Almqvist, F., Weintraub, S., Bilenberg, N., Bird, H., Chen, W., Dobrean, A., Döpfner, M., Fombonne, E., Castro Fonseca, A., Frigerio, A., Grietens, H., Hannesdóttir, H., Kanbayashi, Y., Lambert, M., Larsson, B., Leung, P., Liu, X., Minaei, A., Mulatu, M., Novik, T., Ja Oh, K., Roussos, A., Sawyer, M., Simsek, Z., Steinhausen, H., Winkler Metzke, C., Wolanczyk, T., Yang, H., Zilber, N., Zukauskienė, R. y Verhulst, F. (2007). Testing the 8-Syndrome Structure of the Child Behavior Checklist in 30 Societies. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(3), 405-417. <https://doi.org/10.1080/15374410701444363>

- Lansford, J., Malone, P., Tapanya, S., Tirado, L., Zelli, A., Alampay, L. y Steinberg, L. (2019). Household income predicts trajectories of child internalizing and externalizing behavior in high-, middle-, and low-income countries. *International Journal of Behavioral Development, 43*(1), 74-79. <https://doi.org/10.1177/0165025418783272>
- López-Soler, C., Sáez, M., López, M., Fernández, V. y Pina, J. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema, 21*(3), 353-358. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.171481>
- Luzzi, A. M. y Slapak, S. (2013). Estudio de una población clínica de niños desde una perspectiva epidemiológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 22*(1), 67-84. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281930494008.pdf>
- Manterola, C. y Otzen, C. (2014). Estudios observacionales. Los estudios con mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology, 32*(2) 634-645. <https://doi.org/10.4067/S0717-95022014000200042>
- Ministerio de Salud de la Nación, Universidad Nacional de Tucumán, Universidad Nacional de Córdoba, Universidad Nacional de San Luis, Universidad Nacional de Mar del Plata, Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional del Comahue y Universidad de Buenos Aires. (2010). Problemáticas de salud mental en la infancia. Proyecto de Investigación AUAPSI-MSAL Informe Final. *Estudios e Investigaciones en Salud Mental y Adicciones, 1*. <https://doi.org/10.19137/pys-2019-260206>
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (2011). Situación epidemiológica de la Salud Mental Infantil en la Argentina y América Latina durante el periodo 1980-2010. *Sistema de vigilancia epidemiológica en Salud Mental y Adicciones, 6*. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2015.060>
- Nakamura, B., Ebesutani, C., Bernstein, A. y Chorpita, B. (2009). A psychometric analysis of the child behavior checklist DSM-oriented scales. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*(3), 178-189. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9119-8>
- Navarro-Pardo, E., Moral, J., Galán, A. y Beitia, M. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema, 24*(3), 377-383. <https://www.psicothema.com/pdf/4026.pdf>
- Ocampo, D. y Palos, P. (2008). La influencia del temperamento en problemas internalizados y externalizados en niños. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación, 10*(1), 29-48. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80210103.pdf>
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Bilenberg, N., Bjarnadottir, G., Denner, S., Dias, P., Dobrea, A., Döpfner, M., Frigerio, A., Gonçalves, M., Guðmundsson, H., Jusiene, R., Kristensen, S., Lecannelier, F., Leung, P., Liu, J., Löbel, S., César Machado, B Markovic, K., Mas, P., Esmaili, K., Montiroso, R., Plück, J., Pronaj, A., Rodriguez, J., Rojas, P., Schmeck, K., Shahini, M., Silva, J., Van Der Ende, J. y Verhulst, F. (2012). Behavioral/emotional problems of preschoolers: Caregiver/teacher reports from 15 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 20*, 68-81. <https://doi.org/10.1177/1063426611434158>
- Rescorla, L., Achenbach, T., Ivanova, M., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N. y Erol, N. (2007). Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*(3), 130-142. <https://doi.org/10.1177/10634266070150030101>
- Samaniego, V. (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). <https://doi.org/10.4067/s0718-22282005000200008>
- Samaniego, V. (2008). El Child Behavior Checklist: su estandarización en población urbana argentina. *Revista de Psicología Universidad Católica Argentina, 4*, 113-130. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v17.n1.17075>

- Samaniego, V. y Vazquez, N. (2014). El Child Behavior Checklist para niños en edad preescolar (CBCL 1½-5): su estandarización en población urbana de Argentina. *Evaluar*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v17.n1.17075>
- Soler, C., Alcántara, M., Fernández, V. y Castro, M. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.140441>
- Slapak, S., Cervone, N., Luzzi, A., Martínez Mendoza, R., Canale, V. y Padawer, M. (2008). Problemas comportamentales en una población clínica de niños escolarizados. Enfoque epidemiológico. XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. <https://www.academica.org/000-032/160>
- Slapak, S., Cervone, N., Luzzi, A. M., Martínez Mendoza, R., Frylinsztejn, C. y Padawer, M. (2004). Una población clínica de niños del conurbano bonaerense. *Anuario de investigaciones*, 11, 75-82. <https://www.redalyc.org/pdf/2819/281930494008.pdf>
- Slapak, S., Cervone, N., Luzzi, A. M. y Samaniego, C. (2002). Aplicación del enfoque epidemiológico a una población clínica de niños. *Psico-USF*, 7(1), 67-76. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-350544>
- Tajer, D. (2020). *Niñez, Adolescencia y Género*. Noveduc.
- Tuñón, I. y Poy, S. (2019). Pobreza, derechos e infancias en la Argentina (2010-2018). *Documento de investigación*. EDUCA. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/8160>
- Vázquez, N. y Samaniego, V. (2017). Estandarización del Child Behavior Checklist para preescolares de población urbana de Argentina. *Evaluar*, 17(1), 65-79. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v17.n1.17075>
- Viola, L., Garrido, G. y Rescorla, L. (2011). Testing Multicultural Robustness of the Child Behavior Checklist in a National Epidemiological Sample in Uruguay. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 897-912. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9500-z>

Recibido: 10 de julio de 2021

Aceptado: 11 de abril de 2023