

CAPITULO 2

La vulnerabilidad psicosocial en datos

1. Introducción

En este capítulo se exponen los aspectos más relevantes del proyecto de investigación que se llevó adelante en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue: *Salud Mental infantil y vulnerabilidad psicosocial. Estudio epidemiológico en niños escolarizados de la ciudad de Cipolletti*. El proyecto se inició en 2010 y finalizó formalmente en 2013. Sin embargo, las dificultades en el trabajo de campo, la complejidad del análisis de los cientos de estadísticos descriptivos obtenidos y el análisis cualitativo complementario, determinaron que en un proyecto posterior se completaran estas tareas. Al mismo tiempo, se desarrolló un estudio exploratorio con el objetivo de diseñar un instrumento que evaluara condiciones de salud mental y desarrollo integral de niños y niñas finalizado en 2017.

Este proceso de varios años de investigación, tuvo como antecedente más inmediato la indagación epidemiológica de alcance nacional sobre *Problemáticas de Salud Mental en la Infancia. Proyecto de investigación AUAPSI-MSAL* (Ministerio de Salud, 2010). Este estudio se realizó en el marco de un convenio institucional firmado en 2006 entre el Ministerio de Salud de la Nación y la Asociación de Unidades Académicas de Psicología de las Universidades Nacionales (AUAPSI). Participaron las Universidades Nacionales de Buenos Aires, La Plata, Mar del Plata, Tucumán, Córdoba, San Luis y Comahue. Por su parte, la Universidad Nacional de Rosario realizó una investigación paralela con un propósito similar, aunque con diferente metodología.

La creación de la Carrera de Psicología en 2004, en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Comahue, fue determinante para la participación en esa investigación nacional. La Facultad pasó a integrar formalmente AUAPSI. Esto permitió que sus representantes participaran de las reuniones con el Ministerio de Salud de la Nación con el propósito de realizar la investigación antes mencionada. Un hecho inédito en la historia de la cooperación institucional entre este Ministerio y las Universidades Nacionales.

Al momento de la firma del Convenio en el año 2006, los estudiantes de Psicología estaban finalizando el cursado del segundo año. Luego de una intensa capacitación, diecinueve estudiantes “avanzados” participaron como encuestadores. El equipo responsable de la investigación se conformó con la Mgter. Alicia Estevez, representante de la Facultad en la Unidad de Coordinación del Ministerio de Salud y AUAPSI, la Dra. María Elisa Cattaneo fue Coordinadora Técnica Regional del proyecto, el Mgter. Alfredo Ruiz fue Coordinador del Trabajo de Campo y el Sr. Julio Dello Russo participó como personal de apoyo en tareas administrativas.

En esa ocasión, las unidades primarias de muestreo fueron las escuelas primarias públicas y privadas de las ciudades de Buenos Aires, La Plata, Mar del Plata, Tucumán, Córdoba, San Luis y, por la región, las ciudades de Cipolletti y General Roca. Posteriormente, mediante procedimientos aleatorios se seleccionaron los niños y niñas de 6 a 11 años que conformaron las muestras secundarias locales. Se recogieron datos mediante una Encuesta Sociodemográfica, el CBCL (*Child Behavior Check List*) y un Cuestionario de Eventos Vitales Estresantes. Los informantes fueron los padres o responsables de los niños y niñas.

La investigación nacional permitió establecer que, sobre 5.697 sujetos de 6 a 11 años, un 4,3 % de los niños y niñas quedaban incluidos en la categoría de muy *alta* vulnerabilidad y un 10,9% en *alta* vulnerabilidad. Cabe señalar que ambas categorías requieren atención y asistencia psicosocial. Por su parte, en *media* vulnerabilidad se ubicó un 28,3% de los sujetos que requieren medidas específicas de prevención y segui-

miento, mientras que el 56,5% restante quedó comprendido en el nivel de *baja* vulnerabilidad a los cuales cabría destinarles medidas de promoción de la salud (Ministerio de Salud, 2010).

La muestra local se conformó con 245 escolares de Cipolletti y General Roca, por lo tanto, no fue por sí misma representativa del estado de la salud mental infantil en la región, máxime si se considera que la Provincia de Río Negro tiene varias zonas geográficas con características sociodemográficas diferenciadas. Comparativamente con la Muestra Nacional (N= 5.697), la Muestra Comahue puso de manifiesto que la población infantil con mayor presencia de problemáticas psicológicas eran los niños y niñas de las ciudades mencionadas (Ministerio de Salud, 2010). Un 14 % y un 6,7% se ubicaron porcentualmente en las categorías de *alta* y *muy alta* vulnerabilidad respectivamente. Estos resultados se repitieron con frecuencia en algunas escalas estrechas del instrumento básico (CBCL), además de ofrecer algunos datos llamativos dentro de la propia Muestra Comahue. Por ejemplo, en la escala de *Agresividad*, las niñas superaron porcentualmente a los niños tanto en *alta* como en *muy alta* vulnerabilidad. También en las respuestas al Cuestionario de Eventos Estresantes se encontraron diferencias. La más significativa fueron las respuestas al ítem 15 de dicho cuestionario: “algún miembro del núcleo familiar está preso” que alcanzó un porcentaje de 4,5 % frente al 2,5 % de la Muestra Nacional.

En 2007, el Ministerio de Salud recibió el informe de la investigación que finalmente fue publicado en 2010. Sin embargo, a pesar que hubo interés manifiesto por parte de las autoridades del Ministerio y por parte de AUAPSI de continuar el estudio en una segunda etapa, esta propuesta no se concretó.

Los resultados obtenidos en la Muestra Comahue, fueron decisivos para recuperar esa iniciativa a través de la elaboración de un proyecto propio. Éste mantuvo continuidad con la indagación nacional en algunos aspectos, mientras que otros fueron reformulados. En 2010, el proyecto *Salud Mental infantil y Vulnerabilidad Psicosocial. Estudio epidemiológico en niños escolarizados de la ciudad de Cipolletti* fue aprobado por

la Universidad Nacional del Comahue e inauguró una nueva línea de investigación en la Facultad de Ciencias de la Educación.

El marco teórico y algunos datos importantes se han incluido en otros capítulos en razón de su pertinencia a las temáticas abordadas en ellos. En esta ocasión se exponen las reformulaciones realizadas en el proyecto mencionado, se describen los instrumentos utilizados y se presentan los resultados de mayor relevancia, ilustrados con una selección de gráficos y tablas. Al respecto, cabe aclarar que cuando se realizan cuadros comparativos con la investigación nacional, se hace referencia a Muestra Nacional (2007); cuando el comparativo es con la muestra local que formó parte de ella, se indica como Muestra Comahue (2007) mientras que Muestra Cipolletti (2014) alude a nuestra propia investigación.

2. Datos generales de la investigación

El cambio de enfoque general que se le imprimió a la investigación, tuvo varias fuentes importantes. La primera de ellas fue de orden conceptual, ya que en la investigación nacional si bien se avanzó hacia una definición de vulnerabilidad psicosocial, ésta contenía un problema que traía aparejada consecuencias metodológicas y empíricas. Los niveles de vulnerabilidad psicosocial se establecieron mediante desvíos estándar, es decir, el tratamiento estadístico le imprimió un carácter métrico al concepto vulnerabilidad. Un concepto métrico tiene relevancia empírica para una investigación epidemiológica porque es el formato matematizable de un concepto relacional previo: las escalas expresan cuantitativamente determinados hechos o relaciones relativas al objeto medido. En la práctica, la metrización dejaba en un cono de sombras la multidimensionalidad del concepto de vulnerabilidad psicosocial y, especialmente, tornaba problemática la aplicación a un grupo muy particular como lo es la población infantil.

En el convencimiento que según como se definan los fenómenos es como se los investiga, se encaró la forma de resolver estas cuestiones. La hipótesis que orientó la tarea, fue que el esclarecimiento del concepto de vulnerabilidad psicosocial tendría como consecuencia una mayor pre-

cisión del enfoque general de la investigación, mejor adecuación metodológica y en la aplicación de los instrumentos disponibles.

Una vez establecido el marco multidimensional de la vulnerabilidad psicosocial infantil – como se ha expuesto en el Capítulo I–, el cambio de enfoque general consistió en atender primordialmente a la Dimensión Microsocial y a las relaciones entre los factores –objetivos, subjetivos y contingentes– que operan dentro de ella (Capítulo 5). Esta refocalización exigía no descuidar sus vinculaciones con la Dimensión Macrosocial y, especialmente, con la Dimensión Individual dada nuestra formación en el área de la Psicología del Desarrollo (Capítulo 4).

En segundo lugar, se conservaron los instrumentos utilizados en la investigación nacional: Encuesta Sociodemográfica, el CBCL (*Child Behavior Check List*) y Cuestionario de Eventos Vitales Estresantes, pero se introdujeron modificaciones que responden a cuestiones planteadas a la hora del diseño del proyecto.

Como se ha dicho, la pequeña Muestra Comahue 2007 no resultaba representativa ni de las ciudades de Cipolletti y General Roca ni de la región del Alto Valle, sino que sólo tenía valor en el contexto de la Muestra Nacional, razón por la cual los datos relevados no se encontraban discriminados para cada ciudad y provenían exclusivamente de población escolar urbana (6 a 11 años). Cabe señalar que en la zona existe un número importante de niños y niñas que asisten a escuelas rurales. Este grupo puede presentar factores sociodemográficos diferentes al de la población urbana. Esto podría tener como consecuencia que los datos no reflejaran las características de la población infantil en estudio. Por otra parte, la edad inferior de corte –6 años– dejaba fuera del estudio a los preescolares y la edad superior –11 años– excluía a los niños mayores que asisten a la escuela primaria.

En la indagación epidemiológica nacional se utilizó un único informante: los padres o responsables de los niños y niñas. En este tipo de investigaciones, es conveniente utilizar más de un informante. La maestra es otro adulto significativo en la vida de los niños y niñas, por lo tanto, la información proporcionada por ellas tiene grandes implicancias en la per-

cepción de las problemáticas de sus alumnos y alumnas.

En función de estas consideraciones, se introdujeron modificaciones tales como las siguientes: a) se decidió acotar el estudio a la ciudad de Cipolletti; b) se amplió el margen de edades de 5 a 13 años para incluir a los preescolares y a los niños mayores que asisten a la escuela primaria. El instrumento básico de la investigación (CBCL) admite la ampliación de estos márgenes; c) se reajustó el diseño muestral para agregar los niños y niñas que asisten a Jardines y Escuelas primarias rurales del ejido cipoleño; d) además de los padres o responsables de los niños y niñas se requirió la colaboración de las maestras mediante la aplicación de una versión para maestros del instrumento básico CBCL. De este modo, padres y maestras ofrecieron información sobre un mismo niño o niña; e) se reformuló la Encuesta sociodemográfica para padres y se elaboró una Encuesta sociopedagógica para las maestras; f) el tratamiento estadístico de los datos mediante el programa SPSS, fue acompañado de un análisis cualitativo de los mismos, además de análisis de ítems puntuales que presentaban particular interés.

3. Descripción de la investigación

Se trató de un estudio descriptivo de corte, caracterizado como un procedimiento observacional aplicado a una muestra, la cual se examina en un punto dado en el tiempo. Este tipo de estudio permite obtener patrones de distribución de las problemáticas psicológicas y elaborar hipótesis para diseños posteriores.

La población en estudio fueron niños y niñas de 5 a 13 años que concurrían a Jardines y Escuelas primarias públicas urbanas y rurales y a Jardines y Escuelas primarias privadas o públicas de gestión privada de Cipolletti (Río Negro)

La unidad de observación fueron las respuestas a la encuesta total –conformada por tres instrumentos– por parte de los padres o responsables a cargo de los niños y niñas seleccionados y respuestas a la encuesta total –conformada por dos instrumentos– de las maestras sobre esos mismos niños y niñas.

Para el diseño de la muestra se siguieron tres pasos: el primero de ellos fue configurar una muestra de la población preescolar y escolar de la ciudad de Cipolletti, para lo cual se tomaron como base los registros de la población escolarizada a noviembre del año 2010.

El segundo paso fue la elaboración de la unidad muestral primaria conformada por los Jardines y Escuelas primarias públicas –urbanas y rurales– y los Jardines y Escuelas primarias privadas o públicas de gestión privada de la ciudad de Cipolletti. La selección de los establecimientos escolares se basó en el conocimiento del equipo de investigación de la ciudad y sus alrededores. Se siguieron dos criterios: a) ubicación geográfica en zonas y/o barrios de la ciudad y b) características socioeconómicas de dichas zonas y/o barrios. El propósito de dicha selección era lograr que la muestra primaria reflejara las características sociodemográficas de la población escolarizada cipoleña. En el curso del trabajo de campo, se realizaron cambios en las escuelas y jardines previamente seleccionados respetando los criterios antes mencionados.

El tercer paso fue el diseño de la segunda unidad muestral, esto es, la selección de los niños y niñas de 5 a 13 años de edad que asisten a esas escuelas y jardines. Con este propósito se utilizaron los registros de cada salita de 5 años de los jardines y de cada uno de los grados escolares de las diversas escuelas primarias. Mediante un procedimiento aleatorio se seleccionó el número de sujetos a cuyos padres y docentes se aplicaron los instrumentos, previo acuerdo mediante la firma de un formulario de Consentimiento informado.

En la tabla siguiente, se expone el número total de sujetos previstos en el diseño inicial de la muestra para cada tipo de establecimiento y el número de sujetos por cada grado –de primero a séptimo– en el caso de las Escuelas primarias.

Tabla 2

Total Cipolletti	Diseño Muestra	Muestra final
Jardines públicos urbanos	34	43
Jardines públicos rurales	8	10
Jardines privados/o de gestión privada	14	(5+ 9)= 14
Población Preescolar total	56	67
Escuelas primarias públicas urbanas	N= 208. Por cada grado =30	158
Escuelas primarias públicas rurales	N= 42.Por cada grado = 6	46
Escuelas primarias privadas/ de gestión privada	N= 83.Por cada grado = 12	(24 + 69) = 93
Población Escolar total	333	297
Tamaño Total de la muestra	389	364

Se realizaron 364 encuestas a padres o responsables de los niños, pero hay 4 datos perdidos para el sistema, por lo que la Muestra Cipolletti finalmente quedó conformada por un total de 360 sujetos: 186 niños y 174 niñas, 66 preescolares y 294 escolares. Las razones por las cuales no se alcanzó el número previsto inicialmente fueron diversas. Una de ellas fueron las habituales dificultades para la asistencia de los padres o responsables de los niños y niñas a las citaciones de los encuestadores. En el nivel primario fueron más frecuentes las inasistencias, lo que obligó al equipo a redoblar esfuerzos para alcanzar el número de niños y niñas requerido.

Además de los 66 preescolares, se realizó la discriminación por grado de los 294 escolares: Primer grado (47); Segundo grado (42); Tercer grado (47); Cuarto grado (48); Quinto grado (37); Sexto grado (36) y Séptimo grado (37).

Se realizaron 350 encuestas a las maestras, pero hay 5 datos perdidos para el sistema por lo que se consideraron las respuestas sobre un total de 345 sujetos: 179 niños y 166 niñas de los cuales 66 eran preescolares y 279 escolares. Algunas maestras de primaria no respondieron la encuesta por razones diversas –licencias por enfermedad, cambio de colegio o localidad, etc.– lo que obstaculizó la recuperación de los datos de

los niños y niñas sobre los cuales ya se contaba con la información provista por los padres.

Por otra parte, se realizaron cambios de algunos establecimientos escolares, que habían sido incluidos inicialmente en la muestra primaria, bien porque hubo reticencias al trabajo de los encuestadores o bien porque desistieron de participar en el estudio. Como puede observarse en la columna de la derecha de la tabla 2, para completar el número de sujetos requeridos en jardines y escuelas primarias privadas se recurrió a las escuelas públicas de gestión privada (Mutuales, confesionales, etc.).

4. Descripción de los instrumentos

El protocolo completo para padres o responsables de los niños y niñas está conformado por tres instrumentos: Encuesta sociodemográfica, *Child Behavior Check List* (CBCL Padres) y Cuestionario de Eventos Estresantes. En el caso de las maestras, contiene una Encuesta Sociopedagógica y el *Child Behavior Check List* (CBCL Maestros). Se realizó un diseño gráfico de ambos protocolos completos con el propósito de un mejor aprovechamiento del espacio, de la distribución y secuencia de los ítems, para facilitar la recogida de datos por parte de los encuestadores.

4.1. Encuesta Sociodemográfica y Sociopedagógica

Se reformuló especialmente para esta investigación una encuesta sociodemográfica. Esta consta de dos partes, una de ellas requiere información sobre el principal sostén del hogar, actividad laboral de éste, características de la vivienda, edad y nivel educativo de padre y madre, edad y nivel educativo de los cuidadores del niño o niña si los hubiere, tipo de familia, entre otros interrogantes. La segunda parte, contiene preguntas que hacen a los vínculos familiares, organización de la vida cotidiana familiar a través de rutinas, actividades extraescolares y juegos. El propósito de la reformulación fue identificar con mayor claridad aspectos de la vida familiar.

Para el ámbito escolar, se elaboró una encuesta sociopedagógica. Además de las condiciones de la formación docente, se interroga a las

maestras por el grado de conocimiento del niño o niña, por las cualidades de éstos, por las preocupaciones acerca de sus alumnos, —especialmente por los vínculos que establecen—, por los juegos y por la evaluación del rendimiento escolar en distintas asignaturas o áreas, entre otras

4.2. *Child Behaviour Check List (CBCL)*

Creado por Achenbach y Edelbrock en 1983; ha sido estandarizado en distintos países, siendo muy adecuado para investigaciones de tipo *screening*, aunque es apto para realizar estudios de doble fase, esto es, permite la identificación de casos individuales para la realización de entrevistas clínicas u otros estudios complementarios.

En Argentina, si bien hay abundante producción e investigación sobre las problemáticas psicológicas en la infancia, hasta fecha relativamente reciente presentó una notable carencia de estudios epidemiológicos. Samaniego (2004) validó el CBCL en Argentina en una investigación realizada en el partido de San Isidro, Provincia de Buenos Aires, en el que utilizó este instrumento para un estudio de doble fase. La muestra estuvo constituida por 453 niños y niñas entre 6 a 11 años. En la fase *screening* arrojó una prevalencia de 20,3%. Por su parte, investigadores uruguayos reseñaron una indagación epidemiológica —utilizando el CBCL— realizada en 2006 con una muestra de 513 niños montevidianos, señalando una media de problemas totales de 31,8 % y una prevalencia de problemas emocionales y conductuales diagnosticables de 20,1 % (Viola, Garrido y Varela, 2008).

El CBCL es un cuestionario estandarizado para registrar problemas comportamentales de niños entre 4 y 18 años en el cual se solicita a diferentes informantes que estimen la presencia de esos problemas calificándolos como 0 = no es cierto (*nunca*); 1 = es cierto algunas veces o de cierta manera (*a veces*); 2= es muy cierto o a menudo cierto (*siempre*).

Cada una de las versiones para Padres o Maestros del CBCL (Achenbach, T.; Edelbrock, C.,1983) (Achenbach, T.; Edelbrock, C.,1986) contiene 113 ítems, algunos de ellos están formulados específicamente para cada informante. El CBCL contiene nueve (9) escalas estrechas que

apuntan a conjuntos de problemas específicos: *Quejas somáticas, Retraimiento, Ansiedad-Depresión, Antisocialidad, Problemas de atención, Problemas de pensamiento, Problemas sociales, Problemas sexuales y Agresividad*. Las escalas amplias, *Internalizante y Externalizante*, caracterizan dos modalidades de presentación de los problemas.

Este instrumento se basa en una concepción de la psicopatología infantil que entiende que los problemas comportamentales son manifestaciones sintomáticas que forman un *continuum* en el cual todos los sujetos presentan el problema en mayor o menor grado. (Ministerio de Salud, 2010).

4.3 Cuestionario de Eventos Vitales Estresantes

Este cuestionario "...permite obtener una medida del estrés experimentado por la familia, en términos de sucesos y cambios vitales estresantes en la unidad familiar" (Ministerio de Salud, 2010, p. 43). Contiene 16 ítems a los cuáles el informante responde si los eventos que se indagan se han producido o no en el último año. Se incluye un ítem adicional sobre algún evento no mencionado en el cuestionario.

5. Tratamiento de los datos

El procesamiento estadístico de los datos se realizó mediante el programa SPSS. Del mismo modo que en la investigación nacional, los niveles de vulnerabilidad psicosocial se establecieron mediante desvíos estándar a partir de un puntaje bruto promedio, resultando cuatro niveles: *baja* (puntajes igual o menor al promedio), *media* (puntajes mayores al promedio en menos de un desvío), *alta* (puntajes mayores en más de un desvío pero menores a dos) y *muy alta* (puntajes mayores a dos desvíos) para todas las escalas, amplias y estrechas del CBCL.

Los estadísticos descriptivos de las Encuestas sociodemográficas (padres) y sociopedagógicas (maestras) se expresaron en porcentajes, así como las respuestas al Cuestionario de Eventos Vitales Estresantes. Se realizó un análisis cualitativo complementario de estos datos y se elabo-

raron hipótesis en el marco de la reformulación conceptual de la investigación, algunas de ellas se exponen en otros capítulos.

6. Estimación de prevalencia de problemáticas psicológicas

Uno de los objetivos generales de la investigación fue estimar la prevalencia de problemáticas de Salud Mental en niños y niñas escolarizados en la ciudad de Cipolletti. Se entiende por prevalencia la proporción de sujetos de una población que presentan ciertas características o atributos durante un determinado período de tiempo. En consecuencia, los porcentuales de los niveles de *alta* y *muy alta* vulnerabilidad psicosocial en conjunto son los indicadores de prevalencia de problemáticas psicológicas en la población estudiada.

Desde la información provista por los padres o responsables de los 360 niños y niñas, se obtuvieron los siguientes datos: *muy alta* vulnerabilidad psicosocial 4,5 %, *alta* vulnerabilidad psicosocial 12,2 %, mientras que *media* vulnerabilidad es de un 27,4 % y *baja* vulnerabilidad alcanza el 55,9 %.

Desde la información provista por las maestras sobre 345 niños y niñas se obtuvo que *muy alta* vulnerabilidad psicosocial es del 5,5 %, *alta* un 11,1 %, *media* un 20,1 % y *baja* vulnerabilidad psicosocial es del 63,3 %.

Gráfico 1 - CBCL Padres

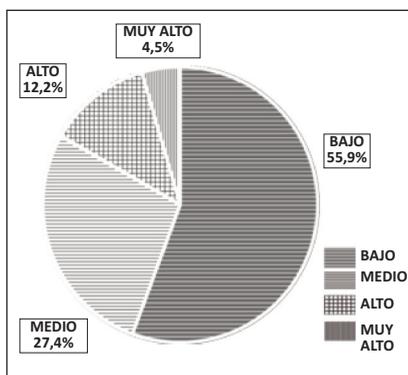
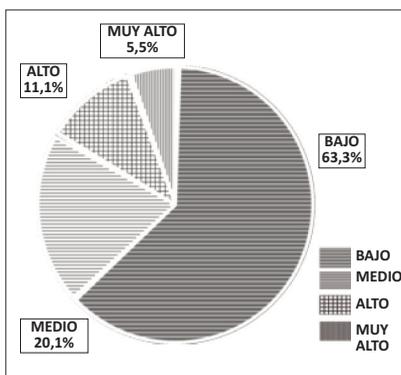


Gráfico 2 - CBCL Maestros



En síntesis, en CBCL Padres, la prevalencia alcanzó un 16,7 % y en CBCL Maestros, se obtuvo un porcentaje de 16,6 %.

Se realizó un análisis comparativo de prevalencia con los datos obtenidos en la investigación epidemiológica nacional del año 2007 sobre la Muestra Nacional y la Muestra Comahue 2007, tal como se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 3

Comparativo de prevalencia de problemáticas de salud mental											
Muestra Cipolletti 2014 N= 360				Muestra Comahue 2007 N= 245				Muestra Nacional 2007 N= 5.697			
M.Alta	Alta	Media	Baja	M.Alta	Alta	Media	Baja	M.Alta	Alta	Media	Baja
4,5%	12,2 %	27,4 %	55,9 %	5,7 %	14,9 %	25,3 %	54 %	4,3 %	10,9 %	28,3%	56,5 %
Prevalencia: 16,7 %				Prevalencia: 20,6 %				Prevalencia: 15,2 %			

Con respecto a la Muestra Comahue 2007, la Muestra Cipolletti 2014, mostró una tendencia decreciente en los niveles de *muy alta* y *alta* vulnerabilidad psicosocial, es decir, una menor prevalencia. La tendencia es ligeramente ascendente en los niveles de *media* y *baja*. Los resultados en los cuatro niveles de la Muestra Cipolletti 2014 mantienen diferencias porcentuales poco significativas con la Muestra Nacional 2007.

A pesar de la leve disminución operada en la presencia de problemáticas psicológicas durante los siete años transcurridos entre ambos estudios, los datos de prevalencia revelan que aproximadamente un 16 a 17 % de la población infantil de 5 a 13 años de Cipolletti requirió medidas de atención y asistencia psicosocial. Estos datos resultan consistentes tanto desde la información provista por los padres como la ofrecida por las maestras.

7. Mapa de distribución de prevalencia

El segundo objetivo general de la investigación fue elaborar un mapa de distribución de la población infantil por problemáticas de salud mental más frecuentes relacionado con niveles de vulnerabilidad psicosocial. Este mapa se realizó mediante tres procedimientos.

7.1. Primer procedimiento

El procedimiento consistió en identificar la presencia de problemáticas psicológicas específicas desde las nueve escalas estrechas del instrumento básico de la investigación. En el cuadro siguiente, se exponen los porcentajes por niveles de vulnerabilidad psicosocial y las escalas estrechas del CBCL en la Muestra Cipolletti 2014 (N= 360 de 5 a 13 años de edad). Se incluye además con propósitos comparativos los datos obtenidos en esas escalas en la investigación epidemiológica nacional por la Muestra Comahue 2007, (N= 245 de 6 a 11 años de edad).

Tabla 4

Escalas Estrechas	Comparativos Escalas estrechas CBCL y Niveles de Vulnerabilidad							
	Muestra Cipolletti – 2014				Muestra Comahue – 2007			
	Bajo	Medio	Alto	M. Alto	Bajo	Medio	Alto	M. Alto
Quejas Somáticas	72,2	16,9	9,2	1,7	60,9	9,2	18,4	11,5
Retraimiento	60,3	26,1	9,7	3,9	50,6	32,2	10,3	6,9
Ansiedad-depresión	57,8	28,5	10,3	3,4	52,9	28,7	11,5	6,9
Antisocialidad	60,6	23,4	12,6	3,4	63,2	26,4	6,9	3,4
Problemas de Atención	56,4	27	12,2	4,4	55,2	31	10,3	3,4
Problemas Sociales	57,1	24,2	15,6	3,1	65,5	21,8	6,9	5,7
Problemas Sexuales	78,6	15	4,2	2,2	78,2	0	12,6	9,2
Agresividad	52,9	31,2	11,4	4,5	62,2	18,4	17,2	2,3
Problemas de Pensamiento	59,2	30,8	5,3	4,7	No figuran datos en Tablas			

Para las comparaciones de escalas estrechas en ambas muestras se consideran juntos los porcentuales de *alta* y muy *alta* vulnerabilidad.

En tal sentido, se puede observar una tendencia significativamente decreciente en las escalas de *Retraimiento* de 17,2 % a 13,6 %; en *Ansiedad-Depresión* que pasó de 18,4 % a 13,7 % y *Agresividad*, de 19,5 % a 15,9 % en la Muestra Cipolletti 2014. Por el contrario la tendencia es significativamente creciente en las escalas de *Antisocialidad* de 10,3% a 16 %, en *Problemas de atención* que pasó de un 13,7 % a un 16,6% y *Problemas sociales* que en la Muestra Comahue 2007 obtuvo un 12,6 % y en la Muestra Cipolletti 2014 alcanzó un 18,7 %. Se destaca que el nivel de *alta* vulnerabilidad es el que más contribuye a este aumento en las tres escalas mencionadas pero la escala *Problemas sociales* muestra la mayor diferencia porcentual en los siete años transcurridos en ambas investigaciones.

Descriptivamente, las problemáticas que comprende esta escala son: la dependencia excesiva de los adultos; preferencia por estar con niños o niñas menores a su edad y por actuar como si fuera más chico, no tiene buenas relaciones con otros niños; recibe burlas de los demás, es torpe y poco coordinado en sus movimientos e incluye el exceso de peso entre otros aspectos.

Con respecto a otros datos que figuran en el cuadro, se observa que la escala estrecha *Quejas somáticas* mostró una abrupta disminución porcentual entre los niveles de prevalencia –*alta* y muy *alta* vulnerabilidad psicosocial con un 10,9 %– en la Muestra Cipolletti 2014 con respecto al 29,9 % en la Muestra Comahue 2007.

La escala *Quejas somáticas* incluye aquellas manifestaciones de malestar físico de los niños y niñas que sin causa médica conocida refieren los padres; por ejemplo: dolores, náuseas, ronchas, vómitos, retortijones, etc. También si se siente mareado o se cansa demasiado, entre otras.

Esta escala presentó los porcentajes más elevados de todos los centros urbanos relevados del país según consta en el Informe de la investigación epidemiológica nacional (Ministerio de Salud, 2010). Es tan notable la diferencia, que consideramos perfectamente posible que haya existido un error en la estimación por parte de los encuestadores sobre la presencia de estos problemas. Como se recordará las opciones de calificación de las respuestas en el CBCL son tres: 0 = no es cierto (nunca pre-

sente); 1 = es cierto algunas veces o de cierta manera (a veces presente), 2= es muy cierto o a menudo cierto (siempre presente). Esta última calificación aumenta los puntajes brutos para esta escala.

Por su parte, en la Muestra Nacional 2007, se observa que figura sin ningún porcentaje (0 %) el nivel de *media* vulnerabilidad en la escala *Problemas Sexuales*. Es cuando menos curioso, que ninguna de las ciudades relevadas haya recogido datos sobre 5.697 sujetos que pudieran incluirse en este nivel por lo cual cabe conjeturar que se cometió un error en el tratamiento estadístico de los datos. (Ministerio de Salud, 2010). Cuestión que se repite con la escala *Problemas de Pensamiento* que no figura en tablas e impide establecer una comparación con la Muestra Cippolletti 2014.

En la tabla siguiente puede observarse un comparativo entre los porcentuales de CBCL Padres y CBCL Maestros para todas las escalas estrechas en la Muestra Cippolletti 2014.

Tabla 5

Muestra Cippolletti 2014%	Comparativos Escalas Estrechas CBCL y Niveles de Vulnerabilidad							
	CBCL Padres (N=360)				CBCL Maestras (N=345)			
	Bajo	Medio	Alto	M. Alto	Bajo	Medio	Alto	M. Alto
Quejas Somáticas	72,2	16,94	9,2	1,7	77,3	15,7	4,9	2,1
Retraimiento	60,3	26,1	9,7	3,9	58,8	28,4	7,5	5,3
Ansiedad-Depresión	57,8	28,5	10,3	3,4	53,5	30,2	9,9	6,4
Antisocialidad	60,6	23,4	12,6	3,4	72,2	13,0	9,3	5,5
Problemas de Atención	56,4	27	12,2	4,4	65,8	18,3	10,1	5,8
Problemas Sociales	57,1	24,2	15,6	3,1	53,0	33,1	9,8	4,1
Problemas Sexuales	78,6	15	4,2	2,2	91,0	6,4	1,7	0,9
Agresividad	52,9	31,2	11,4	4,5	64,9	20,9	8,7	5,5
Problemas de Pensamiento	59,2	30,8	5,3	4,7	67,2	27,0	2,3	3,5

Para las docentes las escalas que alcanzan un porcentaje mayor son: *Ansiedad–depresión* con un 16,3 %, *Problemas de atención* con un 15,9 % y le siguen *Antisocialidad* con 14,8 % y *Agresividad* 14,2 %. Estas últimas entre los padres exhiben un 16 % y 15,9 % respectivamente.

En la escala *Ansiedad–depresión* los comportamientos van desde llorar mucho, manifestaciones de tensión, desconfianza, vergüenza, miedo o culpa, perfeccionismo y otras características que el observador tiene que inferir como sentimientos de inferioridad, de soledad o de no ser querido que dependen del grado de conocimiento de la maestra del niño o niña.

En la escala *Antisocialidad*, los comportamientos son claramente observables y con consecuencias concretas tales como juntarse con otros que se meten en problemas, decir mentiras o hacer trampas, robar en la casa y/o la escuela, “hacerse la rata”, uso de lenguaje obsceno, no demuestra sentirse culpable después de “portarse mal”, etc.

Cabe agregar, que en Padres esta escala alcanza el 16 %, pero el nivel de *muy alta* vulnerabilidad es mayor entre las maestras (5,5 %) que entre los padres (3,4 %).

El contexto observacional de los comportamientos infantiles entre padres y maestras muestra aspectos diferenciales. Por ejemplo, la escala estrecha *Problemas sociales* que entre los padres alcanza el 18,7 %, entre las maestras figura con un 13,9 %.

En otro apartado se examinan con más detalle algunas de estas escalas estrechas en Padres y Maestros.

7.2. Segundo procedimiento

El segundo procedimiento consistió en establecer las modalidades de presentación de esas problemáticas en las dos escalas amplias del CBCL: *Internalizante* y *Externalizante*. La Escala *Internalizante* incluye problemáticas psicológicas vinculadas con las escalas estrechas *Retraimiento*, *Quejas somáticas* (sin causa médica conocida) y con *Ansiedad–depresión*. La Escala *Externalizante* incluye *Agresividad* y *Antisocialidad*. En la siguiente tabla, se ilustran los datos obtenidos de estas escalas am-

plias relacionadas con los niveles de vulnerabilidad psicosocial en el CBCL Padres y CBCL Maestros.

Tabla 6

Escalas Amplias CBCL Padres				
Vulnerabilidad	Baja	Media	Alta	M. Alta
Escala Internalizante	59,8 %	24,6 %	11,7 %	3,9 %
Escala Externalizante	57,4 %	25 %	14,2 %	3,4 %
Escalas Amplias CBCL Maestras				
Vulnerabilidad psicosocial	Baja	Media	Alta	M. Alta
Escala Internalizante	60,3 %	24 %	11,3 %	4,4 %
Escala Externalizante	67,2 %	20,3 %	6,4 %	6,1 %

Los resultados del CBCL Maestros en la escala *Internalizante* indican que el nivel *baja* vulnerabilidad comprende el 60,3 % de los niños, el nivel *media* vulnerabilidad presenta un 24 %, el nivel *alta* un 11,3 % y *muy alta* 4,4 %. Ambos informantes –Padres y Maestros– no ofrecen diferencias significativas acerca de su percepción de la presencia de este tipo de problemáticas.

En la escala *Externalizante* se aprecian diferencias significativas especialmente en el nivel *muy alta* vulnerabilidad. En razón de la misma índole de los problemas, éstos pueden ser observados con mayor facilidad por las maestras ya que perturban el clima del aula. Así, para las maestras el 67,2 % de los niños y niñas presenta un nivel de *baja* vulnerabilidad, un 20,3 % se ubica en el nivel *media*, mientras que un 6,4% y un 6,1 % se ubican en el nivel *alta* vulnerabilidad y *muy alta* respectivamente.

7.2.1. Relación entre escalas amplias y sexo

En la tabla siguiente se diferencian las escalas amplias *Internalizante* y *Externalizante* por sexo:

Tabla 7

Relación entre Escalas Amplias CBCL Padres y Sexo				
Varones (186)	Baja	Media	Alta	M.Alta
Escala Internalizante	31 %	14 %	6 %	1 %
Escala Externalizante	30 %	12 %	8 %	2 %
Mujeres (174)				
Baja	Media	Alta	M.Alta	
Escala Internalizante	29 %	11 %	6 %	3 %
Escala Externalizante	28 %	13 %	7 %	1 %

Como se ha dicho, estas escalas amplias expresan modalidades de expresión de problemáticas psicológicas, de este modo puede encontrarse que entre los varones –considerando los niveles de *alta* y *muy alta* vulnerabilidad– hay un predominio de la modalidad *Externalizante* mientras que en las niñas predomina la modalidad *Internalizante*.

En el informe de la investigación epidemiológica nacional – Muestra Nacional 2007– se encontraron relaciones estadísticamente significativas de ambas escalas con el nivel socioeconómico de las familias “Es decir que estas problemáticas son más frecuentes en los niveles socioeconómicos bajos que en los altos” (Ministerio de Salud, 2010, p. 69).

7.3. Tercer procedimiento

Un dato importante para establecer la prevalencia de problemáticas psicológicas procede de relacionar el nivel socioeconómico de las familias con los niveles de vulnerabilidad. Como se ha indicado anteriormente, esta relación fue significativa con respecto a las escalas amplias *Externalizante* e *Internalizante* y con algunas escalas estrechas tales como *Problemas sociales*, *Problemas de atención* y *Problemas de pensamiento* en la Muestra Nacional 2007. A menor nivel socioeconómico mayor presencia de problemáticas psicológicas. Así en el informe de dicha investigación se afirma que:

Se observó una estrecha relación entre el NES de las familias y la presencia de problemas psicológicos en los niños. A mayor NES se registra una menor presencia de problemas, observándose en dicho nivel mayor porcentaje de consultas a referentes del campo de la salud mental. (Ministerio de Salud, 2010, p. 66)

En nuestra investigación, la vinculación de la presencia de problemáticas psicológicas y el nivel socioeconómico, se realizó entre el tipo de establecimiento escolar a la que asisten los 360 niños y niñas de la Muestra Cipolletti 2014 y las escalas amplias *Internalizante* y *Externalizante*. Cabe recordar que la unidad muestral primaria quedó conformada por los Jardines y Escuelas primarias públicas –urbanas y rurales– y los Jardines y Escuelas primarias privadas o públicas de gestión privada de la ciudad de Cipolletti. En la selección de los establecimientos escolares se atendió que reflejara las características sociodemográficas de la población escolarizada del ejido cipolettiense. De este modo, en la muestra secundaria se seleccionaron (199) niños y niñas del ámbito público urbano; (56) del ámbito público rural; (29) del ámbito privado y (76) del ámbito público de gestión privada. Este último completaba el número requerido de sujetos para el ámbito privado, pero dado que presentó características distintas, se decidió discriminarlos a la hora del análisis.

Tabla 8

Tipo de establecimiento escolar y escala Externalizante						
Tipo de establecimiento	N°	Baja	Media	Alta	M. Alta	Total
Jardines y Escuelas Públicas Urbanas	199	34 %	13	5,8%	2,2%	55 %
Jardines y Escuelas Públicas Rurales	56	7%	4,5%	3 %	1,5%	16%
Jardines y Escuelas Privadas	29	6,4 %	1%	0,2%	0,2%	8%
Jardines y Esc. Públicas de Gestión Privada	76	12%	5,8%	3%	0,2 %	21%
Total	360	59,4%	24,3%	12%	4%	100%

VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL Y SALUD MENTAL INFANTIL

Tipo de establecimiento escolar y escala Internalizante						
Tipo de establecimiento	N°	Baja	Media	Alta	M. Alta	Total
Jardines y Escuelas Públicas Urbanas	199	31,6%	14,4%	6,7%	2,5%	55 %
Jardines y Escuelas Públicas Rurales	56	7%	4 %	4%	1 %	16%
Jardines y Escuelas Privadas	29	4 %	3%	1%	0%	8 %
Jardines y Esc. Públicas de Gestión Privada	76	14 %	4%	2,7%	0,3 %	21%
Total	360	56,6%	25,4 %	14,4%	3,8%	100%

Como puede observarse en la tabla, siempre considerando los porcentuales de *alta* y *muy alta* vulnerabilidad psicosocial, tanto en la escala *Externalizante* como en la *Internalizante*, los establecimientos públicos –urbanos y rurales– alcanzan los mayores valores mientras que los establecimientos privados o de gestión privada son significativamente inferiores. A los primeros, en su gran mayoría, asisten niños y niñas de sectores bajos y medios mientras que, a los jardines y escuelas públicas de gestión privada en su gran mayoría, asisten niños de sectores medios y altos. Asimismo, en este tipo de establecimientos, puede observarse una composición social ligeramente diferente –con predominio de sectores medios o predominio de sectores altos– en función de la modalidad de gestión de los mismos (mutual o religioso) y de la ubicación geográfica urbana (centro o periferia). A los establecimientos privados concurren niños y niñas de sectores altos casi exclusivamente.

Esta distribución es consistente con los hallazgos previos (Ministerio de Salud, 2010) que dejaron establecido que la vulnerabilidad psicosocial infantil se encuentra relacionada con el nivel socioeconómico familiar, en este caso, a través del tipo de establecimiento al que asisten los niños y niñas.

7.3.1 Relación entre escalas amplias y niveles escolares

También se elaboró un mapa de distribución de problemáticas de las dos escalas amplias del CBCL (*Internalizante* y *Externalizante*) esta vez relacionado con el nivel preescolar (Jardines) y el nivel escolar (Escuelas primarias). Con ese propósito se trabajó con la submuestra de niños y niñas que asisten a los Jardines (N=66) y la submuestra de niños y niñas que asisten a escuelas Primarias (N = 294).

En la escala *Internalizante*, la submuestra de preescolares presenta porcentajes sugestivos en *alta* vulnerabilidad psicosocial (19,4 %) y *muy alta* (7,4 %) comparativamente con la submuestra de escolares: *alta* (13,2%) y *muy alta* (2,7 %). La interpretación de estos valores puede hacerse desde el punto de vista psicológico: los escolares pueden mantener mayor control sobre la exteriorización de sus comportamientos agresivos y/o transgresores lo que se traduce en menores porcentajes.

8. Aspectos socioeconómicos familiares

En este apartado se exponen algunos datos puntuales sobre aspectos socioeconómicos de las familias participantes en la investigación. En tal sentido, el principal sostén económico del hogar son los padres en un 68,8 %, a los que le siguen las madres con un 23,1 %. El porcentaje restante corresponde en un 4% a las parejas de las madres, los abuelos/abuelas con un 3 % y con un porcentaje menor, figuran los aportes de Desarrollo social.

También se indagó si existe un segundo aportante al sostén económico del hogar: un 37,6 % corresponde a las madres, los padres y parejas de la madre en un 13,6% y con menores porcentajes, figuran otros familiares tales como abuelas y abuelos, hijos mayores, etc. Sin embargo, se destaca que en el 40,7 % de las familias no hay un segundo aporte al sostén del hogar.

Al momento de la encuesta, el 94 % de las personas –principal sostén del hogar– tenían trabajo, de los cuales el 84% tenían un trabajo permanente, un 10% trabajo temporario y desocupados, el 6 %. Este porcentaje se desglosa en un 2,2 % que sí buscaban trabajo, con menor porcentaje figuran aquellos que no buscaban trabajo por ser jubilado/

pensionado, amas de casa o estudiantes y otros no contestaron.

Con respecto a la ocupación del principal sostén, se obtuvieron los siguientes datos: un 4,2% es Empleador, el 22 % es Autónomo, el 70% es Empleado y un 3% recibe planes sociales. Cabe señalar que la categoría empleado al definirse como trabajo en relación de dependencia en el sector público o privado contempla un espectro muy amplio de tareas ya que incluye empleos de baja calificación hasta aquellos que demandan alta calificación.

Si se consideran en conjunto los niveles educativos básicos –Primario incompleto, Primario completo y Secundario incompleto– las madres logran un 33% y los padres un 45%. Esto es, el nivel educativo alcanzado tiene vinculación con trabajos que no requieren calificación o ésta es mínima como trabajadores rurales, personal de maestranza, mucamas, etc.

En el nivel secundario, los padres obtienen un 28% en Secundario completo aventajando a las madres que alcanzan un 24% lo que se relaciona con empleos en el comercio, en la administración pública, en entidades bancarias entre otros. Dentro de la categoría Empleado también se incluyen aquellos trabajos que requieren un título técnico de nivel medio o terciario para tareas de mayor calificación tales como técnicos electricistas, docentes, enfermeras o título universitario para los profesionales que están en relación de dependencia: médicos, profesores, ingenieros, etc. El nivel terciario y universitario completo presenta porcentajes importantes en el cual las madres obtienen un 25 % y los padres logran un 16 %.

Además, se interrogó a los informantes sobre si el principal sostén del hogar cambiaría de trabajo y las razones para hacerlo. El 4% de los informantes no contestó esta pregunta, el 57,5% afirmó que no cambiaría de trabajo y el 38,5% respondió que sí cambiaría. La gran mayoría de ellos manifestó que cambiaría de trabajo por un mejor ingreso o mayor estabilidad (“por una obra social y sueldo fijo”, “por un emprendimiento propio”). Sólo en muy pocos casos expresaron de modo explícito cierto grado de insatisfacción laboral (“porque no le gusta”, “está cansado de la

gente”). En términos generales, el trabajo estable y la satisfacción laboral del principal sostén del hogar inciden favorablemente no sólo en el clima familiar sino sobre la vulnerabilidad psicosocial infantil. Si bien esta asunción no puede generalizarse en términos absolutos, indica que puede operar como un factor protector de la salud mental de los hijos e hijas.

Si bien no fue un objetivo de la investigación establecer relación entre los datos expuestos con los tipos de familia, se puede inferir que la presencia de más de un aportante a la unidad de convivencia, el nivel educativo alcanzado y la categoría ocupacional a la que pertenecen inciden en la calidad de vida familiar en términos socioeconómicos. Si bien estos aspectos influyen en todas las familias más allá de su particular conformación, hemos creído conveniente hacer una brevísima referencia a las familias monoparentales ya que los datos de nuestra investigación indican un aumento del porcentaje de estas unidades de convivencia entre 2007 y 2014.

Según la información provista por diversos investigadores y prestigiosas instituciones, la tendencia creciente a la monoparentalidad se presenta no sólo en todas las provincias argentinas sino también en el ámbito latinoamericano. En tal sentido, puede afirmarse que las familias monoparentales de sectores socioeconómicos bajos presentan una condición de mayor vulnerabilidad psicosocial que otros tipos de familia del mismo sector. Es decir, se encuentran en una situación de carencia efectiva instalada previamente en la cual se conjugan múltiples factores provenientes de dimensiones macrosociales, microsociales e individuales que afectan a todos sus integrantes y particularmente a los niños y niñas. Esto requiere un análisis más complejo que el que puede hacerse aquí. En las familias monoparentales de estratos socioeconómicos altos, el peso relativo de esos factores puede ser muy diferente y pueden contar con estrategias eficaces de afrontamiento o mayores alternativas de mitigación de situaciones vulnerabilizantes.

9. Análisis de escalas estrechas

9.1 Escala estrecha Problemas de atención

La escala *Problemas de atención* fue una de las escalas estrechas

que mostró una tendencia significativamente creciente en los siete años transcurridos entre el relevamiento de la Muestra Comahue 2007 y la Muestra Cipolletti 2014. En el curso de la investigación y antes de obtener estos resultados, se trabajó sobre este tipo de problemáticas a partir de los datos de una muestra parcial (N= 235 niños y niñas). El propósito de este trabajo fue explorar desde un ángulo distinto los problemas de atención dada la creciente divulgación de categorías diagnósticas del DSM IV. Por esta razón, se realizó una reconstrucción metodológica de las categorías Trastorno de déficit de atención (TDA) y Trastorno de Atención con hiperactividad (TDAH) utilizando para ese fin diversos ítems del CBCL.

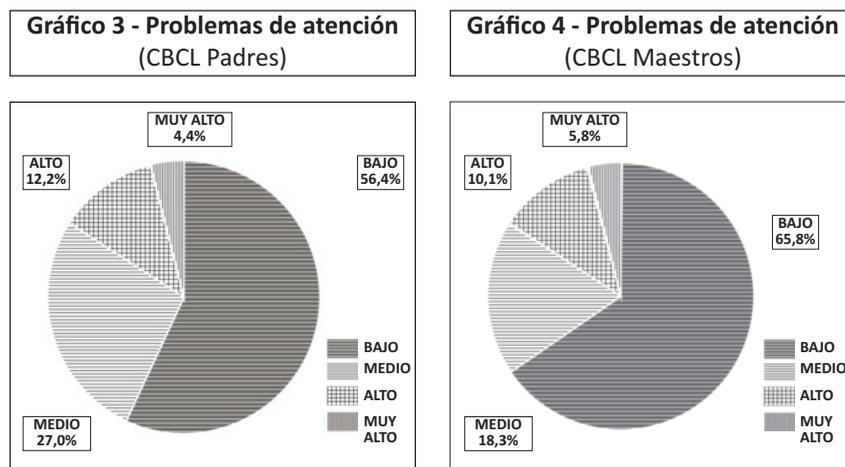
Como se ha dicho anteriormente, el CBCL no indaga clases diagnósticas, conjuntos de síntomas o nosologías psiquiátricas, sino que, basado en una concepción de la psicopatología del desarrollo infantil, se considera que todos los sujetos presentan el problema en mayor o menor grado. Esta diferencia de grado depende de la evaluación del comportamiento por el informante, –en nuestro caso, padres y maestras– en función de la ponderación pre–establecida de las respuestas: 0= *nunca*; 1= *a veces*; 2= *siempre*.

Conviene señalar que algunas preguntas del CBCL requieren del informante una inferencia sobre el estado psicológico del sujeto sobre el que se lo interroga y una evaluación de la frecuencia con la que aparece lo que se infiere. Hay preguntas que demandan una valoración subjetiva mientras que otras refieren a comportamientos claramente observables por lo que no suelen presentarle dudas.

La escala Problemas de Atención incluye comportamientos tales como actuar como si fuera de menos edad, no poder prestar atención sostenida, no poder estar sentado mucho rato, soñar despierto, impulsivo, nervioso o tenso, rendimiento escolar bajo, torpeza en sus movimientos, tiene movimientos nerviosos (tics) y se queda mirando el vacío, entre otros.

En este apartado se expone la prevalencia de este tipo de problemáticas en la muestra completa de 360 niños y niñas desde los datos cap-

turados por el CBCL Padres y por el CBCL Maestros tal como se ilustra en los gráficos siguiente:



Como puede observarse en los gráficos, estos resultados revelan que, entre los padres, este tipo de problemáticas aparece en la distribución porcentual con una gradación casi proporcional mientras que en las maestras, al parecer, hay una menor discriminación en los puntajes medios.

Como se ha mencionado anteriormente, considerando los datos obtenidos en el CBCL Padres, la comparación de la Muestra Cipolletti 2014 con la Muestra Comahue 2007 presentó una tendencia significativamente creciente que pasó de 13,7 % (*alta* 10,3 % y *muy alta* con un 3,4%) a un 16,6% (*alta* 12,2 % y *muy alta* con un 4,4 %). Un dato similar se obtiene si la comparación se realiza con la Muestra Nacional 2007 que para esta escala exhibe un 14,5 % (*alta* 9,7 % y *muy alta* con 4,8 %).

Para las maestras, la escala *Problemas de atención* si bien obtuvo un porcentaje de 15,9 % –similar a CBCL Padres– difiere en los componentes *alta* vulnerabilidad (10,1 %) y *muy alta* con (5,8 %), mientras el primero es más bajo que en padres, el segundo es más alto.

En la Encuesta Sociopedagógica se les preguntó a las maestras ¿qué tan bien conoce al niño/niña? Sobre 345 niños y niñas, en un 12,4 % de los casos las maestras respondieron “no muy bien”, la respuesta “bien” alcanzó el 53 % y “muy bien” el 34,6 %. Además, se interrogó a

las maestras ¿Cómo detecta Ud. problemáticas en los niños/as? La gran mayoría de las maestras respondió que la observación de actitudes en el trato diario es el principal modo de detección de problemáticas. En segundo lugar, mencionaron la escucha de las expresiones o relatos de los niños y entrevistas con los padres.

En general, los conocimientos adquiridos en su formación docente, la experiencia con diversos grupos –que les permite hacer comparaciones–, el grado de conocimiento del niño o niña y el contexto de observación de los comportamientos determinan muchas de las respuestas de las maestras al CBCL.

9.2. Escala estrecha Agresividad

En este apartado se analiza la escala *Agresividad*. Ésta comprende comportamientos tales como discutir mucho, fanfarronear, destruir sus pertenencias o las de otros; desobedecer en la casa y la escuela; meterse en peleas, amenazar o atacar a otros, cambios repentinos de estado de ánimo, burlarse de otros, tener berrinches y ser muy “ruidoso” (habla y/o grita demasiado) entre otros. Como se recordará, la escala estrecha *Agresividad* conjuntamente con *Antisocialidad*, conforman la escala amplia *Externalizante* que mostró diferencias significativas entre padres y maestras, especialmente en el nivel de *muy alta* vulnerabilidad psicosocial.

En particular, *Agresividad* obtuvo en CBCL Padres un 52,9 % en *baja* vulnerabilidad, un 31,2 % en *media*, 11,4 % en *alta* y un 4,5 % en *muy alta*. Por su parte, en el CBCL Maestros se encontró que el nivel *baja* alcanza un 64,9 %, *media* un 20,9 %, *alta* un 8,7 % y *muy alta* vulnerabilidad es del 5,5 % tal como lo ilustran los siguientes gráficos.

Gráfico 5. Agresividad
(CBCL Padres)

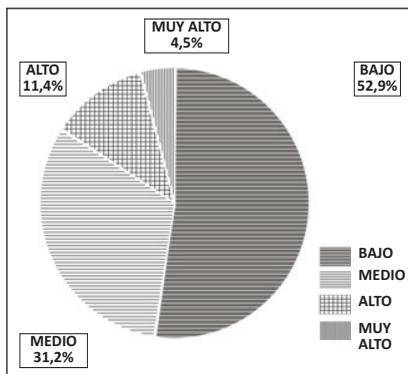
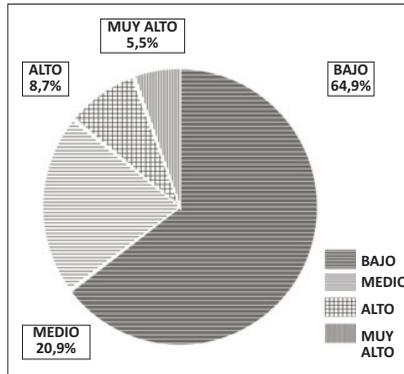


Gráfico 6. Agresividad
(CBCL Maestros)



En comparación con la Muestra Comahue 2007, se observa que, en esta escala, la Muestra Cipolletti 2014 exhibió una tendencia decreciente ya que alcanzó un 15,9 % (11,4 *alta* y *muy alta* 4,5 %) frente al 19,5 % obtenido siete años antes (*alta* 17,2 % y *muy alta* 2,3 %). La variación más importante se produce al interior del conjunto *alta-muy alta*.

En la encuesta Sociopedagógica, se interrogó a las maestras sobre ¿Qué aspectos le preocupan del niño/a?: a) Con relación a su comportamiento; b) Con relación a su estado emocional; c) Con relación a los vínculos con pares y adultos; d) Con relación a sus competencias escolares.

La respuesta mayoritaria de las maestras acerca del comportamiento que más le preocupa fue acerca de la agresividad verbal y/o física que manifiesta el niño o niña. Se acompañó de comentarios tales como: “es competitivo, hiriente con los compañeros”; “considera las peleas como juegos”, “egoísta, escupe y pega”; “golpeaba a las nenas”; “habla mucho y critica a sus compañeros”; “es incapaz de medir el daño que puede causar”; “contestadora, cuestionadora”, “patea como el padre golpador”, “falta de respeto a las normas”, “no acepta reglas”, “manifiesta sus enojos con golpes”, “transgrede límites, interrumpe la clase y a los compañeros”, entre muchos otros del mismo tenor.

De lo expuesto, puede establecerse la estrecha relación de los comportamientos incluidos en la escala *Agresividad* con la existencia y mantenimiento de rutinas en la vida familiar. Al establecer la relación

entre la información provista por las maestras y la información de las madres y padres sobre aquellos niños o niñas que carecen de rutinas —o éstas no se respetan asiduamente—, permitió observar que suelen presentar problemas en la escuela o el jardín. El sistema escolar está organizado sobre rutinas previamente planificadas y establecidas por lo que este tipo de comportamientos no sólo perturba el clima del aula, sino que conlleva consecuencias negativas en los vínculos con adultos y pares.

9.3. Escala Problemas sociales

Esta escala incluye comportamientos tales como actuar como si fuera menor de su edad, ser excesivamente dependiente o apegado a los adultos, no se lleva bien con otros niños o niñas, los demás se burlan a menudo, ser torpe o poco coordinado, manifiesta preferencia por estar con niños o niñas menores y, tiene exceso de peso entre otros aspectos.

Con respecto a la escala estrecha *Problemas sociales*, en la Muestra Cipolletti 2014, ésta alcanzó un 18,7 % (*alta* 15,6 % y *muy alta* 3,1%) tendencia significativamente creciente con respecto a la Muestra Comahue 2007 que obtuvo un 12,6 % (*alta* 6,9 % y *muy alta* 5,7 % *muy alta*).

Por su parte en el CBCL Maestros se obtuvieron los siguientes valores para el nivel *baja* vulnerabilidad 53 %, *media* 33,1 %, el conjunto *alta* 9,8 % y *muy alta*, 4,1 % alcanza el 13,9 % significativamente menor a los resultados del CBCL Padres (18,7 %). Los gráficos siguientes muestran las diferencias.

Gráfico 7. Problemas sociales
(CBCL Padres)

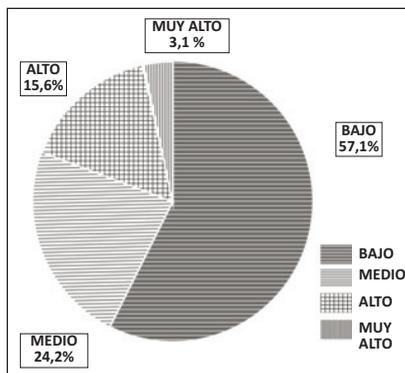
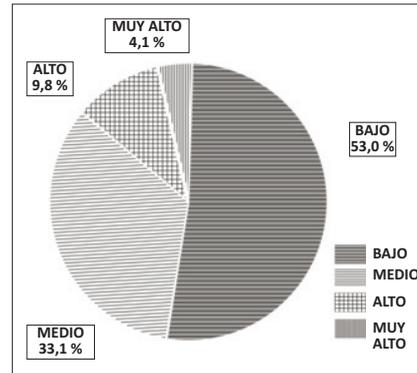


Gráfico 8. Problemas sociales
(CBCL Maestros)



En principio, se pueden interpretar los aspectos diferenciales entre padres y maestras a partir de los contextos observacionales de unos y otros. Se puede conjeturar que los niños y niñas informan más a sus padres que a su maestra sobre las relaciones con sus amigos o compañeros de grado o salita. Según consta en nuestros datos, las madres son las confidentes privilegiadas cuando tienen algún problema.

En la Encuesta Sociopedagógica, las maestras refirieron sus preocupaciones por los vínculos con adultos y pares. Al respecto realizaron numerosos comentarios sobre las dificultades en las relaciones en términos generales y, de un modo más específico, además de los comportamientos agresivos y transgresores, señalaron que “es discriminador, (el negro ese)”, “el trato es según la escala social”, “menosprecia a los compañeros”, “muy apegada a los adultos”, “muy solitario, pone distancia conmigo y con los compañeros”, “no es aceptada”, “se cree superior a todos, vínculos difíciles”, “el placer que siente por burlarse”, “muy posesiva con sus amigos” entre muchos otras acotaciones similares.

10. Análisis de ítems del CBCL

Atendiendo a las consideraciones precedentes, se exploró en detalle algunos de los ítems que se incluyen en la escala estrecha *Problemas sociales*.

Un ítem que presenta similares porcentajes en las respuestas al CBCL por padres y maestras, es el ítem 48: No le cae bien a otros chicos/as. Si se considera las respuestas *a veces* y *siempre*, alcanza un 22,5 % en padres y un 24 % en maestras. Se trata de una inferencia que realizan ambos informantes del comportamiento observado o de la información que proveen los propios niños y niñas. Es el ítem más consistente entre sí de todos los que incluye la escala estrecha *Problemas Sociales*.

En las respuestas al CBCL Padres, se exploró en particular el ítem 55: tiene exceso de peso. Como se recordará, está incluido entre los aspectos relevados por esta escala. Eventualmente, el exceso de peso podría dar lugar a comportamientos discriminatorios por parte de los pares u otras personas.

Los padres responden *nunca*, es decir, que el niño o niña no tiene

exceso de peso en un 84,2 %, *a veces* 6,1 % y *siempre* 9,7 %. A menos que se considere un largo período de tiempo, no se puede tener exceso de peso a veces lo que llevó a los padres a equiparar la respuesta a veces con poco dado los comentarios que realizaron: “Es un poco gordita”. Estos datos se completaron con las respuestas al ítem 53, en el CBCL Padres, come demasiado, que obtuvo *nunca* 66,4 %, *a veces* 23, 1 % y *siempre* 10,3 %.

Como puede observarse, las respuestas siempre, no presentan diferencias significativas en ambos ítems. De ello se deduce, que alrededor del 10 % de los niños y niñas de la muestra –como mínimo– tiene problemas de exceso de peso, es decir aproximadamente 36 sujetos o más. Sin embargo, estos números no se corresponden con las consultas médicas realizadas por los padres en el último año ya que según los registros, el exceso de peso fue motivo de consulta sólo en ocho (8) casos.

11. Problemas de salud y motivos de consulta

En este apartado se detallan las respuestas sobre temas de salud por parte de madres, padres o responsables de los niños y niñas de la Encuesta sociodemográfica y respuestas de las maestras a la Encuesta Sociopedagógica.

El 95,6 % de los padres consideran que sus hijos e hijas tienen buena salud, un 4,2 % la califica como regular y sólo en un (1) caso se evaluó que tiene mala salud. Cuando se los interroga acerca de por qué califican la salud del niño o niña como buena, los padres se orientan por algunos indicadores tales como que requiere pocas veces de atención médica, que come bien, la actividad que despliega y el aspecto general. Este ordenamiento se basa en la frecuencia del tipo de respuestas. En general se interpreta que al hablar de salud se hace referencia exclusivamente a la salud física, sólo hubo una respuesta que no se limitó a esta idea: “es una nena feliz”. Esta vinculación con la salud física se diversifica cuando se interroga ofreciendo opciones sobre el profesional consultado por la salud del niño o niña.

En la Muestra Comahue 2007, la consulta con el pediatra alcanzó el 78 %, con psicólogos el 8,6 %, psicopedagogos el 4,5 %, psiquiatras el

1,2 % y con “otra persona” el 26,1 %. En tal sentido, en la Muestra Nacional 2007, pudo establecerse que 1 de cada 10 madres/padres consulta al psicólogo y 3 de cada 4 al pediatra. (Ministerio de Salud, 2010).

En la Muestra Cipolletti 2014, se introdujeron más opciones de respuesta al interrogante sobre las consultas por la salud del niño o niña en el último año, por lo que se mencionan numerosas consultas con más de un profesional. Así, el 50 % consultó al pediatra, un 9,2 % con psicólogos, un 5 % con fonoaudiólogos, un 3,3 % con psicopedagogos un 3,3 % con neurólogos, 1 % con psiquiatras y un 9% no hizo ningún tipo de consulta. Las consultas con odontólogos, nutricionistas y médicos especialistas rondan el 30 %.

Puede observarse que disminuyen porcentualmente las consultas con el pediatra al mismo tiempo que aumentan con diversos especialistas. Comparativamente con la Muestra Comahue 2007, se mantienen relativamente estables las consultas con psicólogos/as, psicopedagogos/as y psiquiatras pero la inclusión de opciones, permitió discriminar las consultas con neurólogos y con fonoaudiólogos/as. Estas últimas resultaron llamativas por lo que se contrastaron con las respuestas al interrogante sobre los motivos de consulta. Efectivamente, se observó que las madres/padres mencionaron “disfasia expresiva severa”, “no habla”, “le cuesta expresarse” y reiteradas veces figura “dislalia” y “problemas de dicción/pronunciación”.

A pesar de la disminución porcentual de la consulta pediátrica, puede inferirse que el pediatra continúa siendo el primer referente de salud mental infantil.

Por su parte las maestras informaron que se solicitó atención a los Equipos Técnicos de Apoyo Pedagógico (ETAP) del Consejo Provincial de Educación de Río Negro, para el 14 % de los niños y niñas y a otros profesionales en un 12,1 %. Cabe señalar que en estos porcentuales también hubo consultas con más de un profesional.

En cuanto a la severidad de los problemas, resultó inquietante la descripción que realizaron las maestras acerca del tipo de problemas que detectan, por ejemplo: Niña (5,7 años): “demuestra tener demasiado conocimiento sobre temas sexuales para su edad”; Varón (6, 8 años): “Madre

adicta, se quiso suicidar. Padres separados. Padre preso”; Varón (7 años): “Niño desnutrido, padre golpeador”; Varón (11,7 años): “Padres muy severos. El niño teme que lo dejen sin comer si lleva mala nota”; Niña (12,6 años): “Enuresis y encopresis. No juega. La aíslan por el olor”; Niña (8,4 años): “El hermanastro de 14 años se fugó de la casa. Violencia familiar”; Varón (11 años): “Ideas suicidas. Le gustaría que lo filmen en el momento suicida”.

También se interrogó si en el último año algún miembro de la familia realizó consulta psiquiátrica o psicológica. Al respecto se constató que no consultó el 73,1 % y sí consultó el 26,7 %. Este último porcentual se desglosa en un 10,7 % de consultas realizadas por las madres, un 3,3% los padres, los hermanos/as un 5,5 %, el 3 % las abuelas, mientras que el 4,2 % corresponde a consultas de otros familiares.

De los datos de prevalencia antes mencionados, (16,7 %) se deduce que al menos 61 niños y niñas de la Muestra Cipolletti 2014, requirieron medidas de atención y asistencia especializada psicológica, psicopedagógica o fonoaudiológica. En tal sentido, los familiares informantes manifestaron que realizaron este tipo de consultas en un 15 % (54 niños y niñas). Se destaca especialmente que en 13 casos la consulta fue por problemas de lenguaje.

12. Eventos vitales estresantes (EVE)

El Cuestionario de Eventos vitales estresantes indaga aquellas circunstancias o situaciones que se producen en el contexto familiar y que tienen un efecto estresor o potencialmente estresor en la vida de niños y niñas. En la investigación fue utilizado especialmente para caracterizar los Factores contingentes de la Dimensión Microsocial Como se ha descrito anteriormente, este Cuestionario contiene 16 eventos que el informante –padre, madre o responsable– responde si se han producido o no en el último año. Se incluye un ítem adicional que pretende obtener información sobre algún evento no mencionado en el cuestionario. Se utilizó el mismo cuestionario que en la investigación epidemiológica nacional de 2007, aunque se agregaron algunas aclaraciones necesarias ya que se observó que los informantes suelen hacer referencia a eventos

que los conmueven a ellos y no queda claro cómo afecta el evento al niño o niña sobre el que se interroga.

No es la única dificultad metodológica que ofrece este instrumento porque: a) del análisis de los ítems se infiere que la significación de la presencia de estos eventos en la vida de los niños y niñas depende no sólo de la acumulación de eventos producidos en el último año sino de la “calidad” de los mismos, datos que el cuestionario no releva; b) la limitación al último año de la información no permite evaluar la presencia de eventos anteriores que potencialmente puedan tener efectos a largo plazo y, c) la relación entre los eventos estresores y el aumento o disminución de la vulnerabilidad psicosocial infantil requiere previamente una traducción o conversión a puntuaciones de la presencia de los eventos. El propio instrumento impone límites a estas puntuaciones.

Más allá de establecer porcentualmente la frecuencia de los ítems del Cuestionario en la población estudiada, desde el punto de vista cuantitativo no es posible establecer fehacientemente si la presencia de determinados ítems incide en el aumento de la vulnerabilidad psicosocial infantil y en qué medida lo hace.

Esta restricción impide ponderar algunos ítems estrechamente relacionados que, desde un punto de vista estrictamente psicológico, son de suma importancia. Nos referimos al Ítem 3: divorcio o separación de los padres; Ítem 10: discordia o malestar evidente entre los padres e Ítem 8: Clima familiar tenso, aunque este último no hace referencia exclusiva a los padres. Desde un punto de vista cualitativo, estamos en condiciones de afirmar que la presencia de al menos dos de estos eventos siempre aumenta la vulnerabilidad psicosocial infantil.

En el curso de la investigación se revisaron otros cuestionarios que exploran eventos estresantes, en muchos de ellos, los informantes son los propios niños, otros ofrecen sugerencias para el rediseño de este cuestionario tales como la identificación de tres ámbitos estresores cotidianos: salud, escuela y familia para escolares de 6–12 años mientras que otros investigadores focalizaron en el impacto del nivel socioeconómico en población de 9 a 12 años.

El dato más importante que ofrece la bibliografía consultada es

que el bajo nivel socioeconómico está asociado con un mayor número y variedad de eventos estresantes, menores recursos de afrontamiento y síntomas psicológicos o, en nuestros términos, con el aumento de la vulnerabilidad psicosocial infantil como ya ha sido constatado anteriormente con otros indicadores.

Hay que recordar que, desde la perspectiva de nuestra investigación, vulnerabilidad psicosocial es un concepto multidimensional y dinámico por lo cual, la presencia de los eventos antes mencionados tiene mayor incidencia cuando el niño o niña ya se encuentra previamente sujeto a condiciones y/o situaciones vulnerabilizantes que lo ubican en el nivel de *alta* o *muy alta* vulnerabilidad psicosocial. Al respecto, conviene señalar que las condiciones contextuales del desarrollo integral de estos niños y niñas les puede proveer estrategias de afrontamiento familiar e individual o posibilidades de mitigación de los efectos vulnerabilizantes.

Tampoco están exentos los niños y niñas que se encuentran en condiciones de *baja* y *media* vulnerabilidad psicosocial ya que esta “ubicación” puede ser provisional, no hay garantía que ésta no aumente en el futuro. Pueden incidir algunos cambios negativos que provienen de la Dimensión Macrosocial como los que derivan de factores objetivos y subjetivos del contexto Microsocial y las contingencias de la vida familiar. De hecho, en la descripción de las madres y padres de los motivos de consulta por la salud de sus hijos e hijas, algunos informantes refieren a diversos eventos de esta naturaleza tales como separación o divorcio, fallecimiento de la madre o el padre, conflictos familiares, entre otros.

En la tabla siguiente se detallan los resultados obtenidos en la Muestra Cipolletti 2014 que se comparan con los resultados de la Muestra Nacional 2007 y especialmente con la Muestra Comahue 2007. Esto último permitió determinar aquellos ítems que mostraron tendencias crecientes o decrecientes –a partir de una diferencia del 2%– en los siete años transcurridos en ambos estudios.

Aparecen destacados dos ítems con tendencia creciente: Ítem 11: Problemas de adicción de algún miembro de la familia e Ítem 13: Algún miembro del núcleo familiar fue víctima de robo, asalto, atraco.

tabla 9

SUCESOS VITALES ESTRESANTES		CUADRO COMPARATIVO EN %											
		AÑO 2007					AÑO 2014						
		MUESTRA NACIONAL		MUESTRA COMAHUE		MUESTRA CIPOLLETTI		MUESTRA NACIONAL		MUESTRA COMAHUE		MUESTRA CIPOLLETTI	
Nº	Caracterización	5697 sujetos	%	245 sujetos	%	360 sujetos	%	5697 sujetos	%	245 sujetos	%	360 sujetos	%
1	Pérdida de un ser querido	1.185	20,9	51	21,1	72	20	663	11,7	41	16,9	39	10,8
2	Accidentes sufridos por algún miembro de la familiar	510	11	28	16,9	40	11,1	661	11,6	23	9,4	37	10,3
3	Divorcio/separación de los padres	255	4,5	16	6,6	25	6,9	905	15,9	42	17,2	67	18,6
4	Pérdida del empleo de algún miembro de la familia	697	12,3	30	12,3	50	13,9	1.368	24,07	55	22,5	82	22,8
5	Migración, cambio de localidad/país	1.798	31,6	81	33,3	106	29,4	1.134	20	47	19,3	72	20
6	Mudanza, cambio de domicilio	197	3,5	9	3,7	27	7,5	398	7	26	10,7	22	6,1
7	Cambio de colegio del niño	1.249	22	45	18,4	89	24,7	490	8,6	19	7,8	24	6,7
8	Clima familiar tenso	142	2,5	11	4,5	7	1,9	1.002	17,6	63	26,1	45	12,5
9	Problemas de salud de algún ser querido												
10	Discordia o malestar evidente entre los padres												
11	Problemas de adicción de algún miembro de la familia												
12	Problemas de alcoholismo de algún miembro de la familia												
13	Algún miembro del núcleo familiar fue víctima de robo, asalto, atraco												
14	Algún miembro del núcleo familiar fue víctima de actos de violencia												
15	Algún miembro del núcleo familiar está preso												
16	otros												

Con tendencia decreciente el Ítem 2: Accidentes sufridos por algún miembro de la familia; Ítem 3: Divorcio/separación de los padres; Ítem 9: Problemas de salud de algún ser querido; Ítem 12: Problemas de alcoholismo de algún miembro de la familia y el Ítem 15: Algún miembro del núcleo familiar está preso. (Ver tabla 9 pag. anterior)

13. Conclusiones

Desde un punto de vista general, la estimación de prevalencia de problemáticas psicológicas en la ciudad de Cipolletti se encuentra dentro de los márgenes establecidos por otros estudios epidemiológicos que utilizaron el mismo instrumento básico (CBCL. *Child Behavior Check List*). Dichos márgenes fluctúan entre un 15 %, –similar a la investigación epidemiológica nacional de 2007– hasta el 22 %, según otras investigaciones realizadas en el contexto latinoamericano en diversos años.

En nuestra investigación, los datos revelaron que entre un 16 a 17 % de la población estudiada de 5 a 13 años de Cipolletti se encontraban en condiciones de *muy alta* y *alta* vulnerabilidad psicosocial: aproximadamente 61 niños y niñas– requirieron medidas de atención y asistencia. Se destaca la consistencia de la información provista por los padres (16,7 %) y las maestras (16,6 %) ya que no ofrecieron diferencias significativas

Hay que tener en cuenta, que la prevalencia obtenida en determinado momento es influida por cambios en las condiciones vulnerabilizantes provenientes de las dimensiones Macrosocial, Microsocial e Individual que determinan el aumento o disminución de la vulnerabilidad psicosocial infantil. Como se indicó en el cuerpo del capítulo, la prevalencia total de problemáticas psicológicas disminuyó en los siete años transcurridos entre el relevamiento de la Muestra Comahue 2007 y los resultados de la Muestra Cipolletti 2014. Sin embargo, en esta última se observó una tendencia significativamente creciente en las escalas estrechas de *Antisocialidad* (16 %), *Problemas de atención* (16,6%) y *Problemas sociales* (18,7 %) mientras que otras escalas mostraron tendencia decreciente.

Estos datos ofrecen indicadores y sugerencias a la administración local y a otras instituciones para el diseño de políticas. La niñez en condiciones de *muy alta* y *alta* vulnerabilidad psicosocial, requiere intervención desde el plano de la atención. Para los niños y niñas en condiciones de *media* vulnerabilidad, las acciones se orientan a la prevención, mientras que para los sujetos con *baja* vulnerabilidad se requieren medidas tendientes a la promoción de la salud mental.

Cabe agregar, que en la investigación epidemiológica nacional (Muestra Nacional 2007) se estableció la relación entre el nivel socioeconómico bajo de las familias con las problemáticas que capturaban las escalas amplias *Externalizante e Internalizante* y algunas escalas estrechas, tales como las mencionadas *Problemas sociales* y *Problemas de atención*.

Se observó una estrecha relación entre el NES de las familias y la presencia de problemas psicológicos en los niños. A mayor NES se registra una menor presencia de problemas, observándose en dicho nivel mayor porcentaje de consultas a referentes del campo de la salud mental. (Ministerio de Salud, 2010, p. 66)

En lo que hace a las escalas amplias – *Externalizante e Internalizante*– en nuestra investigación esta vinculación se estableció con los establecimientos escolares a los que asisten los niños y niñas. Así se constató que a los establecimientos públicos – urbanos y rurales– asisten niños y niñas de sectores bajos y medios en los cuales ambas escalas alcanzan los mayores valores, mientras que son inferiores en los establecimientos privados o de gestión privada. A los primeros, concurren niños y niñas de sectores altos casi exclusivamente, mientras que, a los jardines y escuelas públicas de gestión privada, asisten niños de sectores medios y altos con predominio de un sector u otro en función de la modalidad de gestión de los mismos y de la ubicación geográfica urbana del establecimiento.

De hecho, la implementación de la modalidad de jornada extendida en algunas escuelas primarias de la Provincia de Río Negro, puede ser considerada una medida que mitiga la vulnerabilidad psicosocial, es-

pecialmente si la población infantil que concurre a ellas pertenece a sectores socioeconómicos bajos, urbanos o rurales.

Cuando se investiga sobre la salud mental de los niños y niñas resulta difícil mensurar el impacto inmediato de los resultados, indicadores y sugerencias que dicha investigación ofrece: las acciones que podrían generarse sólo pueden vislumbrarse en el mediano y largo plazo. En consecuencia, una de las mayores dificultades en el diseño de políticas públicas en este ámbito o relacionadas con la salud mental infantil, es la mirada cortoplacista. Por otra parte, para el diseño se requieren datos preliminares de una población concreta obtenidos mediante una metodología adecuada. Si no se atiende a este punto, la información obtenida con distintos procedimientos y estrategias metodológicas, desde distintas dependencias y organismos, que persigue distintos objetivos, por su misma variabilidad resulta sumamente difícil de coordinar y sistematizar, además de complicar la tarea de construir un cuerpo coherente de conocimiento que facilite su aplicación en la práctica.

Otra cuestión es el desbordamiento de las instituciones que se ocupan de la atención y el descuido de la prevención. Una mejor segmentación de estos planos a partir de la identificación de las condiciones de vulnerabilidad psicosocial de la población infantil a la que deben direccionarse las acciones, implica una mejor distribución de recursos humanos y económicos y puede evitar la superposición de planes diversos o poco efectivos.

Si se toma en consideración que muchas derivaciones de niños a los servicios de salud mental se deben a problemas que la mayoría de ellos manifiestan en algún punto de su desarrollo, los estudios epidemiológicos podrían indicar qué manifestaciones, –y, en qué combinaciones y grados– son frecuentes o probables. (Ministerio de Salud, 2010, 27)

Indudablemente una población infantil más saludable –física y psicológicamente–, en la cual disminuyan los niveles de vulnerabilidad psicosocial y que sea destinataria de programas públicos bien diseñados será una importante contribución al desarrollo social y económico a largo plazo.

14. Referencias Bibliográficas

- Achenbach, T.; Edelbrock, C. (1983) *Manual for the Child Behavior Checklist*. Burlington. USA: University of Vermont.
- _____ (1986) *Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of de Child Behavior Profile*. Burlington. USA: University of Vermont,
- Ministerio de Salud (2010) *Problemáticas de Salud mental en la infancia*. Proyecto de investigación AUAPSI-MSAL. Informe final. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud.
- Samaniego, V. C. (2004) *Prevalencia de Trastornos psíquicos en población escolar de 6 a 11 años de edad*. Informe final. Beca Ramón Carrillo-Arturo Oñativia. Ministerio de Salud de la Nación.
- Viola, L.; Garrido, G.; Varela, A. (2008) "Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos". *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. Volumen 72. N° 1. Agosto de 2008. 9-20