

**Di Bártolo, Inés**

*La relación entre factores de riesgo para la salud mental y psicopatología en la niñez*

Revista de Psicología Vol. 1, N° 2, 2005

Este documento está disponible en la Biblioteca Digital de la Universidad Católica Argentina, repositorio institucional desarrollado por la Biblioteca Central "San Benito Abad". Su objetivo es difundir y preservar la producción intelectual de la Institución.

La Biblioteca posee la autorización del autor para su divulgación en línea.

Cómo citar el documento:

Di Bártolo, I. (2005). La relación entre factores de riesgo para la salud mental y psicopatología en la niñez [en línea]. *Revista de Psicología* 1(2).

Disponible en: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/factores-riesgo-salud-mental-ninez.pdf> [Fecha de consulta:.....]

## **La relación entre factores de riesgo para la salud mental y psicopatología en la niñez**

Inés Di Bártolo  
Pontificia Universidad Católica Argentina

### **Resumen**

Las investigaciones indican que los niños expuestos a tres o más factores de riesgo para la salud mental presentan una prevalencia alta de trastornos mentales. En este estudio de campo se comparan dos muestras de niños de 6 a 8 años, una de riesgo y una control (N=50). Mientras que ninguno de los niños de la muestra control presentó un nivel clínico de indicadores de asociados a psicopatología, el 64% de los niños de riesgo lo hizo. Se encontró además que la incidencia de dicho nivel clínico aumentaba significativamente junto con la cantidad de factores riesgo. Para seleccionar las dos muestras se utilizó la Lista de Factores de Riesgo y la incidencia de indicadores asociados a psicopatología se midió con el Cuestionario de Comportamiento Infantil. Los resultados respaldan las ideas postuladas teóricamente sobre vulnerabilidad de un niño a las fallas del ambiente cuando estas se acumulan.<sup>1</sup>

### **Abstract**

Research indicates that children exposed to three or more risk factors for mental health show a high prevalence of mental disorders. In this field of study two samples of children between 6 to 8 years are compared, a risk sample and a control one (N=50). While none of the children in the control sample showed a level of clinical indicators associated to a psychopathology, 64% of risk children did. In like manner, it was found that the incidence of the clinical level increased significantly together with the amount of risk factors. In order to select the two samples the List of Risk Factors was used and the incidence of indicators associated to psychopathology was measured with the Children Behavior Questionnaire (CBQ). The results support the theoretically stated ideas about the vulnerability of a child before failures in the environment when these accumulated.

---

Correspondencia: Inés Di Bártolo  
Facultad de Psicología y Educación. Pontificia Universidad Católica Argentina  
CP 1107AFD. Buenos Aires. Argentina  
inesdibartolo@ciudad.com.ar

*Palabras clave:* Children, Family relations, Risk factors, Sociocultural factors, Psychopathology, Parent child relations, Parental role. Niñez, Relaciones Familiares, Factores de riesgo, Psicopatologías, Relaciones de los progenitores, Rol parental.

### ***La relación entre factores de riesgo para la salud mental y psicopatología en la niñez***

Los factores que intervienen en el proceso de la salud y la enfermedad mental son de origen múltiple: individuales, vinculares, familiares y sociales. Los trastornos o la salud mental en la niñez pueden ser conceptualizados como la síntesis de distintos niveles ecológicos en los que el niño está inserto. El desarrollo individual está contenido dentro de progresivas áreas de influencia y tiene lugar en el ambiente familiar, en el cual los sistemas interno y externo se superponen e interactúan. En los últimos años, numerosos estudios epidemiológicos han permitido identificar una serie de variables cuya presencia en la vida de un niño constituye un riesgo potencial para su salud mental. (Erikson et al, 1985; Greenberg et al, 1993; Haggerty et al, 1994; Rutter, 1995, 1999; Rutter et al, 1995; Shaw, 1997; Goodman et al, 1998; Greenberg, 1999; Laucht, 2000; Oyen et al, 2000; Davis et al, 2000). Estos son los denominados factores de riesgo y son definidos como *aquellas características del individuo, su familia, su entorno, u otras circunstancias que aumentan el riesgo del desarrollo de psicopatología respecto de otros individuos que no están expuestos a dichos factores* (Haggerty et al, 1994). Son entonces factores de riesgo todas las condiciones existenciales del niño o de su entorno que comportan un riesgo de enfermedad mental superior al que se observa en la población general, tal como surge de los estudios epidemiológicos (Laucht, 2000).

A partir de una revisión de la literatura sobre el desarrollo, Greenberg, Speltz, y DeKlyen (1993) construyeron un modelo etiológico multifactorial que contempla cuatro dominios generales de riesgo para explicar la etiología de los trastornos mentales en la infancia:

- a. Características del niño (temperamento, vulnerabilidad biológica, funciones neurocognitivas, salud física).
- b. Calidad de las relaciones del niño (tipo de apego, disponibilidad de los padres, etc).

- c. Características del manejo parental (disciplina demasiado estricta, expectativas poco realistas hacia el niño, etc).
- d. Estresores familiares (conflictos conyugales, hogar monoparental, problemas económicos, familia numerosa, etc).

Un niño puede estar expuesto a factores de riesgo en uno, dos, o varios de estos dominios. La separación de estos dominios para su comprensión y descripción no excluye el hecho de que la presencia de factores de riesgo en un dominio (por ej. estrés familiar por dificultades financieras) pueda dar lugar a la producción de otro factor de riesgo en otro dominio (depresión de los padres), o en más dominios.

Los factores de riesgo intrafamiliares son los que tienen la máxima incidencia en la salud mental de los niños (Shaw, 1997; Rutter, 1999; Greenberg, 1999). En especial, las prácticas parentales inadecuadas, los conflictos conyugales y la psicopatología de los padres están entre los predictores más fuertes de psicopatología en la niñez. (Erikson, 1985; Rutter et al., 1990; Sameroff, 2000). Pero la influencia de estos factores intrafamiliares no es independiente de los otros factores considerados. Ha sido demostrado que los efectos de los factores de riesgo familiares son mayores en presencia de adversidad social. Los efectos de los conflictos conyugales, prácticas parentales inadecuadas o psicopatología de los padres son más negativos en las familias de bajos recursos. ¿Cuál es la causa de esta relación entre factores intrafamiliares y factores externos? Lo que los estudios indican es que los factores de riesgo familiares, que afectan más directamente la cualidad del estilo parental, tienen más posibilidades de tener un impacto negativo sobre la salud mental del niño cuando la cualidad del estilo parental está aún más comprometida por condiciones de adversidad social (Shaw, 1993, Barnebie, 2002). Los recursos de un medio social aventajado pueden amortiguar el impacto de determinados factores de riesgo intrafamiliares, y a la inversa, variables familiares que conllevan un riesgo para el ejercicio de una buena parentalidad quedan potenciados por condiciones sociales y económicas negativas (Di Bártolo 2003,b). Una madre deprimida o con un trastorno de la personalidad, ya con una capacidad disminuida para enfrentar la crianza de sus hijos, que además tenga que enfrentar dificultades económicas, tendrá aun más comprometidas sus habilidades como madre e influenciará en forma más

negativa la salud mental de sus hijos. Las dificultades económicas así como otros factores de riesgo de orden social o ambiental, hacen que sea más difícil que se puedan cumplir adecuadamente las funciones parentales. Por este motivo, la privación económica está asociada estadísticamente a la aparición de psicopatología, aunque en sí misma pueda constituir un riesgo indirecto. Su potencia de riesgo deriva de cómo complica el funcionamiento familiar más que de la privación económica como tal.

La comprensión de esta dinámica se vuelve más clara a partir de la distinción entre *indicadores* de riesgo de *mecanismos* de riesgo. (Rutter, 1999). Los *indicadores* o *factores de riesgo* son aquellas variables que han demostrado estar estadísticamente asociadas con psicopatología. La individualización de estos factores se lleva a cabo a través de estudios epidemiológicos. Los *mecanismos de riesgo*, en cambio, constituyen el proceso a través del cual uno o varios factores de riesgo se hacen efectivos. Algunos factores de riesgo actúan como tales porque dan lugar a otros factores que son patogénicos. Por ejemplo, aunque el divorcio de los padres comporta cierto riesgo en sí mismo, la mayor parte del riesgo deriva del conflicto familiar que precede y es consecuencia de la ruptura, y de las interrupciones en la parentalidad que están asociadas a este conflicto, más que del hecho en sí mismo de que la pareja de padres esté separada. Aunque algunos factores no representan un riesgo directo en sí mismos, están asociados a la aparición de psicopatología porque predisponen y catalizan otras experiencias que son las que en realidad mediatizan el riesgo.

Un factor de riesgo no es directamente psicopatogénico; es una representación de probabilidad, de tal manera que una acumulación de circunstancias puede sesgar el desarrollo hacia un resultado desfavorable. Los estudios longitudinales demuestran que el número total de situaciones de riesgo que afectan a un individuo puede ser más predictivo de un resultado negativo que la exposición a cualquier *tipo* específico de factor de riesgo (Zeanah, 1997). No hay una relación lineal entre riesgo y resultado. Una situación patogénica para un niño determinado puede ser un desafío que fortalezca a otro, ya que los factores que producen alteraciones negativas en el desarrollo no son distintos de los que producen variaciones adaptativas (Sameroff, 2000). Sin embargo, cuando las interferencias en el desarrollo se acumulan el pronóstico se vuelve progresivamente

más negativo. El concepto de “trayectoria de riesgo” implica que el impacto de un factor de riesgo depende de su trayectoria específica en cada individuo. Un elemento fundamental para evaluar el efecto del factor es la concurrencia de factores. Un factor de riesgo refuerza a otro, llevando a resultados cada vez más negativos en la vida posterior (Rutter, 1990). En un estudio, Greenberg, DeKlyen, Speltz & Endriga (1997) encontraron que era altamente improbable que un niño con riesgo en menos de dos dominios recibiera un diagnóstico clínico, mientras que niños con diagnóstico clínico tenían 34 veces más posibilidades de tener riesgo en los cuatro dominios. Los factores de riesgo individuales no ejercen su influencia en forma aislada sino en interacción con otras influencias. Es el número de estos factores y su efecto combinado lo que modela el desarrollo (Sameroff, 2000; Rutter 1990). La relación entre cualquier factor de riesgo único y el desarrollo posterior tiende a ser muy débil, ya que muchas variables están involucradas en determinar un resultado. Tomado aisladamente, un manejo parental inadecuado, la enfermedad crónica del niño, la criminalidad del padre o su bajo nivel de educación, tienen pocas probabilidades de “causar” un desorden (Greenberg, 1999). Pero es evidente que con la intersección de tres, cuatro o más factores de riesgo en la dinámica de un niño, hay una probabilidad creciente de problemas ulteriores. Numerosos estudios han demostrado esto empíricamente (Erickson et al., 1985; Shaw et al., 1997; Belsky, 1999). El riesgo serio emana de la acumulación de factores de riesgo. En comparación con los modelos de riesgo único, los modelos de riesgo múltiple han demostrado ser buenos predictores del desarrollo individual (Osofsky, et al 1995 1999, Sameroff, 2000). La acumulación de factores de riesgo en la vida de un niño tiene un efecto exponencial en las consecuencias que produce. Cada factor de riesgo que se suma potencia todos los factores de riesgo preexistentes, multiplicando el efecto negativo.

El objetivo del trabajo de campo que a continuación se describe fue el de establecer la incidencia de la exposición acumulada a los factores de riesgo seleccionados para este estudio sobre la salud mental de un niño. En primer lugar se comparó la incidencia de indicadores asociados a psicopatología en niños en situación de riesgo para la salud mental y en niños que no estuvieran en dicha situación. Luego se procedió a verificar si entre los niños en riesgo

aquellos expuestos a un mayor número de factores de riesgo presentaban índices mayores de indicadores asociados a psicopatología.

### **3. Metodología**

#### **3.1. Diseño:**

El presente estudio es un estudio comparativo y correlacional. Se midió la categoría diagnóstica de dos muestras, de riesgo y control, para comparar la incidencia de indicadores asociados a psicopatología. Adicionalmente la muestra de riesgo se dividió en cuatro subgrupos según el número de factores de riesgo a los que un niño estuviera expuesto para verificar la asociación estadística entre la categoría de riesgo y la categoría diagnóstica.

#### **3.2. Población:**

Los participantes fueron 50 niños de entre 6 y 8 años. El 28% de los niños tenía 6 años, el 44% 7 años y el 28% 8 años. Todos estaban escolarizados, cursando entre primer y tercer grado. El 54% eran mujeres, y el 46% varones. Las muestras fueron seleccionadas para configurar dos grupos:

- Grupo de riesgo: con tres o más factores de riesgo (50%)
- Grupo control: con menos de tres factores de riesgo (50%)

El número de factores de riesgo que presentó cada niño en particular fue variable. En el grupo de riesgo la media de factores de riesgo por sujeto fue de 8.08 y en el grupo sin riesgo, de 0.56.

A los individuos de ambos grupos se los contactó como parte de la población general de los servicios de consulta pediátrica, escuelas primarias e instituciones para niños. Se invitó a los padres o tutores contactados a que los niños participaran de la presente investigación. Los padres o tutores de los niños firmaron su consentimiento informado para poder ser incluidos en la presente investigación. La información obtenida sobre los participantes es confidencial y fue utilizada solamente para los fines de la investigación.

### **3.3. Instrumentos de medición:**

#### *A. Cuestionario sobre el comportamiento infantil (Child Behavior Check List, Achenbach, 2001)*

El *Cuestionario sobre el comportamiento infantil* (CCI) es un instrumento estandarizado para relevar problemas observables en niños y adolescentes de entre 6 y 18 años. Consta de 118 ítems que describen específicos problemas emocionales y conductuales (por ej: “rompe reglas”, “llora mucho”, “es sonámbulo”, “no puede concentrarse”, etc), y dos ítems abiertos para consignar problemas adicionales. Es completado por los padres, que deben clasificar cada ítem (0, 1 ó 2) de acuerdo a cuánto se ajusta a la descripción del niño en el momento presente o en los últimos seis meses.

El puntaje total se obtiene a partir de la suma de puntajes parciales relevados por áreas que configuran síndromes. Cuanto más alto es el puntaje bruto que se obtiene, mayor es el número de problemas que ese niño presenta, y a partir de determinado nivel se consideran clínicamente significativos. Permite obtener puntajes brutos, puntajes T que discriminan entre los niveles clínicos y no clínicos, y percentiles. Los puntajes brutos obtenidos a su vez se vuelcan a una tabla de equivalencias en la que cada puntaje bruto corresponde a un puntaje T. De acuerdo al puntaje T se establece la categoría diagnóstica:

C = Clínico

F = Fronterizo

N = Normal

La categoría fronteriza abarca los percentiles 93 a 97 de la muestra de la población relevada para la construcción del instrumento (muestra no clínica). La categoría clínica correspondió a los percentiles arriba del percentil 97.

El puntaje de corte para el puntaje total de problemas relevados es el siguiente:

24 a 59: categoría normal

60 a 63: categoría fronteriza

63 a 100: categoría clínica



La obtención de un puntaje alto indica una desviación clínicamente importante porque refleja numerosos problemas. Cuando un niño recibe la categoría clínica ha obtenido un puntaje que supera los puntajes obtenidos por el 98% de los niños de la misma edad medidos en una muestra normativa de 1753 niños norteamericanos.

Se realizó una baremización local del instrumento sobre la versión anterior (1991) del *Cuestionario de comportamiento infantil*. En dicho estudio de estandarización (Samaniego, 1998), el puntaje de corte establecidos valores de la muestra normativa de la ciudad de Buenos Aires fue de 59 puntos, resultado que es el mismo obtenido en la estandarización que se utiliza en el presente estudio. El inventario ha demostrado un poder de discriminación satisfactorio entre población clínica y población general en el contexto argentino. También ha presentado características de validez y confiabilidad satisfactorias. En la estandarización hecha en nuestro país a partir de la técnica de grupos contrastados se obtuvieron valores normales para población urbana y puntajes de corte.

Como para esta investigación se utilizó la última versión del *Cuestionario de comportamiento infantil* (Achenbach, 2001), los puntajes de corte se basaron en la normativización realizada por el autor en la muestra original. Sin embargo cabe mencionar que los puntajes obtenidos en los niños de la muestra control de esta investigación tienen una alta consistencia con los valores obtenidos en la muestra general original realizada por el autor.

### ***B. Lista de factores de riesgo para la salud mental en la niñez (Di Bártolo, 2003)***

A partir de estudios epidemiológicos existentes (Goodman et al, 1998; Davis, et al, 2000; Landy, 2000; Laucht, 2000 ) y en base a investigaciones sobre muestras de riesgo (Oyen et al, 2000) se elaboró una lista de factores de riesgo para la salud mental en la niñez (Di Bártolo, 2003). Esta lista contempla 20 factores de riesgo. Los factores pertenecen a una gama amplia para asegurar una variabilidad suficiente que diera lugar a una distribución significativa entre los sujetos. Esta lista fue desarrollada para seleccionar individuos expuestos a factores de riesgo para realizar la investigación sobre una muestra de riesgo. Por lo tanto, no hay datos disponibles sobre su confiabilidad o validez.

A partir de la entrevista y el relevamiento de datos con padres y tutores es posible establecer la situación y la categoría de riesgo.

Situación de riesgo:

si = en riesgo (presencia de tres o más factores de riesgo)

no = sin riesgo (no hay más de tres factores de riesgo)

Categoría de riesgo:

0 = 0, 1 ó 2 factores de riesgo

1 = 3, 4 ó 5 factores de riesgo

2 = 6, 7 ó 8 factores de riesgo

3 = 9, 10 ó 11 factores de riesgo

4 = 12, 13 ó 14 factores de riesgo

5 = 15, 16 ó 17 factores de riesgo (ausente en la muestra)

6 = 18, 19 ó 20 factores de riesgo (ausente en la muestra)

### 3. 4. Descripción de la muestra:

A continuación se describen y grafican las frecuencias y las medidas de tendencia central y variabilidad respecto del número de factores de riesgo por niño en ambas muestras.

**Tabla 1: Frecuencia relativa y acumulada del número de factores de riesgo por sujeto en la muestra de riesgo (si) y la muestra control (no)**

En riesgo		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
no	Valid 0	17	68.0	68.0	68.0
	1	2	8.0	8.0	76.0
	2	6	24.0	24.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	
si	Valid 3	3	12.0	12.0	12.0
	4	1	4.0	4.0	16.0
	5	2	8.0	8.0	24.0
	6	2	8.0	8.0	32.0
	7	3	12.0	12.0	44.0
	9	4	16.0	16.0	60.0
	10	2	8.0	8.0	68.0
	11	6	24.0	24.0	92.0
	12	2	8.0	8.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

**Tabla 2: Comparación de las medidas de tendencia central y variabilidad respecto del número de factores de riesgo por sujeto en ambas muestras:**

Niños en riesgo: Número de factores de riesgo por sujeto	Niños sin riesgo: Número de factores de riesgo por sujeto
Media: 8.08	Media: 56
Mediana:9	Mediana: 0
Moda 11	Moda 0
Desviación estándar 3.01	Desviación estándar .87
Varianza 9.08	Varianza .76
Rango 9	Rango 2
Mínimo 3	Mínimo 0
Máximo 12	Máximo 2

En la población medida se encontraron cinco categorías de riesgo:

- 0 = 0, 1 ó 2 factores de riesgo
- 1 = 3, 4 ó 5 factores de riesgo
- 2 = 6, 7 ó 8 factores de riesgo
- 3 = 9, 10 ó 11 factores de riesgo
- 4 = 12, 13 ó 14 factores de riesgo

La totalidad de la muestra control se ubicó en la categoría 0, con menos de tres factores de riesgo. De la muestra de riesgo, el 16 % de los niños presentó la categoría de riesgo 1; el 20% la categoría 2; el 24% la categoría 3 y el 40% la categoría 4.

**Tabla 3: Distribución de frecuencias de las categorías de riesgo para la muestra de riesgo**

	Frecuency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	4	16.0	16.0	16.0
2	5	20.0	20.0	36.0
3	6	24.0	24.0	60.0
4	10	40.0	40.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	

## 4. Resultados

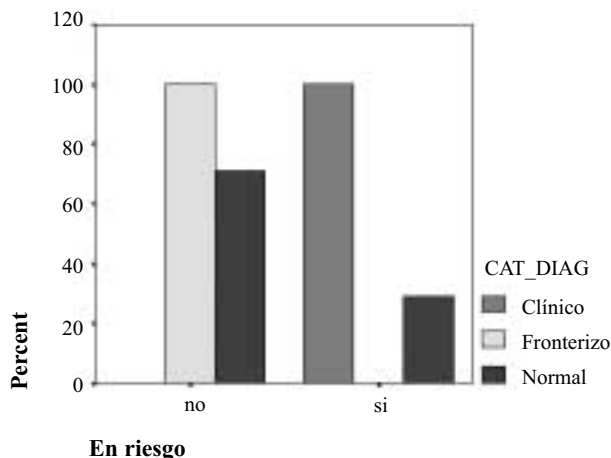
### 4.1. Comparación entre la muestra de riesgo y la muestra control:

Categorías diagnósticas según situación de riesgo (en riesgo/sin riesgo): Al comparar los datos obtenidos respecto de las categorías diagnósticas en el grupo de riesgo y en el grupo control se observa que el 64% de los niños en situación de riesgo se ubicó en la categoría clínica, mientras que el restante 36% se ubicó en la categoría normal. De los niños de la muestra control en cambio, ninguno obtuvo la categoría clínica. El 88% de estos niños se ubicó en la categoría normal, y el 12% restante en la categoría fronteriza. Estos valores confirman las hipótesis de que entre los niños sin riesgo predomina la categoría normal.

**Tabla 4: Tabulación cruzada de la situación de riesgo y la categoría diagnóstica**

Más de 3 FR	Frecuency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
no Valid Fronterizo	3	12.0	12.0	12.0
Normal	22	88.0	88.0	100.0
Total	25	100.0	100.0	
si Valid Normal	9	36.0	36.0	100.0
Clínico	16	64.0	64.0	64.0
Total	25	100.0	100.0	

**Gráfico 1: Situación de riesgo y categoría diagnóstica**



Para analizar estadísticamente la hipótesis acerca de la relación entre las variables *situación de riesgo y categoría diagnóstica* y evaluar si había entre ellas una asociación estadísticamente significativa se llevó a cabo la prueba de chi cuadrada ( $\chi^2$ ).

**Tabla 5: Prueba de chi cuadrada para las variables situación de riesgo y categoría diagnóstica:**

	Valor	Grados de libertad
Chi cuadrada	24.452	2
Nivel de confianza obtenido: 0.1 $p= 0.1$		

Para que la chi cuadrada sea significativa a nivel de confianza 0.1 con dos grados de libertad, se necesita un valor mínimo de 9.210 El valor obtenido (24.452) es superior. Por lo tanto la chi cuadrada es significativa al 0.1. Este nivel de significancia estadística implica un nivel muy alto de certeza: este resultado puede ocurrir por azar una vez o menos en cien ensayos. Las dos variables medidas (situación de riesgo y categoría diagnóstica) están correlacionadas con un nivel confianza de 0.1. Por lo tanto *se acepta la hipótesis de investigación sobre la correlación entre la presencia de una situación de riesgo para la salud mental y el aumento de la incidencia de indicadores asociados a psicopatología.*

*Resultados de las categorías diagnósticas expresados en puntajes:*

Al comparar los puntajes obtenidos en el *Cuestionario de comportamiento infantil* en cada muestra también es evidente la diferencia entre los dos grupos. La muestra de riesgo obtuvo un puntaje medio de 67.48, con una desviación estándar de 10.82, y un rango de 48 a 86. El puntaje de corte por encima del cual

se considera un caso con categoría clínica es de 63 a 100. Los niños con este puntaje se ubican a partir del percentil 98 de la población.

En la muestra control el puntaje medio fue de 49.88, muy por debajo del puntaje clínico. La desviación estándar fue de 6.88, con un rango de 38 a 60. Estos valores se corresponden muy cercanamente a los valores obtenidos por el autor del *Cuestionario de comportamiento infantil* al validar el instrumento en una muestra muy amplia de la población general.

**Tabla 6: Puntajes obtenidos en el Cuestionario de comportamiento infantil en las muestras de riesgo y control.**

#### Descriptive Statistics

En riesgo	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
no PUNTCBCL	25	38	60	49.88	6.88
Valid N (listwise)	25				
si PUNTCBCL	25	48	86	67.48	10.82
Valid N (listwise)	25				

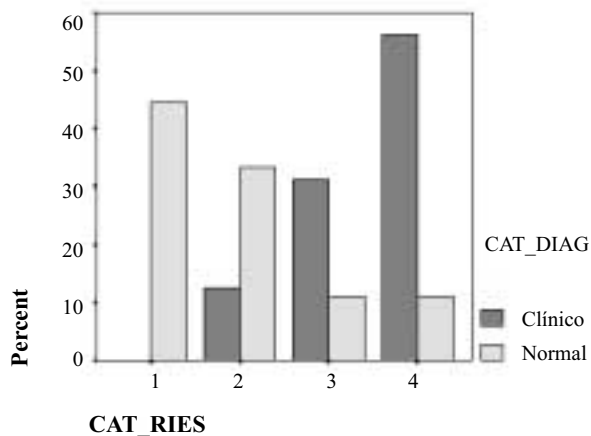
#### **4. 2. Comparación entre subgrupos de riesgo:**

Una vez establecida la diferencia de grupos entre los niños en riesgo y los niños sin riesgo, se procedió a evaluar si entre los niños en riesgo la incidencia de indicadores asociados a psicopatología aumentaba a medida que aumentaba el número de factores de riesgo. Para llevar a cabo este objetivo se analizó la relación entre la categoría de riesgo y la categoría diagnóstica.

En el grupo de riesgo sólo se encontraron las categorías diagnósticas clínico y normal. Ningún niño en este grupo fue clasificado con la categoría frontera. Entre los niños con categoría de riesgo 1, el 100% obtuvo la categoría diagnóstica normal. En la categoría de riesgo 2, el 60% tuvo la categoría diagnóstica normal, y el 40% clínica. En la categoría 3, sólo el 20% tuvo la categoría normal, y el 80% fue de categoría clínica. En la categoría 4 el 10% fue normal, y el 90% clínico.

**Tabla 7: Categorías diagnósticas según categoría de riesgo****CAT\_RIES \* CAT-DIAG Crosstabulation**

		CAT DIAG		Total
		Clínico	Normal	
CAT_RIES	1		4	4
	2	2	3	5
	3	5	1	6
	4	9	1	10
Total		16	9	25

**Gráfico 2: Categorías diagnósticas según categoría de riesgo**

Para verificar la existencia una asociación estadísticamente significativa entre la categoría de riesgo y la categoría clínica se llevó a cabo la prueba de chi cuadrada:

**Tabla 8: Análisis de chi cuadrada categoría diagnóstica según categoría de riesgo**

	Valor	Grados de libertad
Chi cuadrada	12.269	3
Nivel de confianza obtenido: 0.1 p =0.1		

Para que la chi cuadrada sea significativa a nivel de confianza 0.1 con 3 grados de libertad se necesita un valor mínimo de 7.815 El valor obtenido (12.269) es superior. Por lo tanto la chi cuadrada es significativa al 0.1. Este resultado implica que las dos variables medidas (categoría diagnóstica y categoría de riesgo) están correlacionadas con un nivel muy alto de confianza. Por lo tanto *se acepta la hipótesis de investigación sobre la correlación entre el aumento del número de factores de riesgo y el aumento de la incidencia de indicadores asociados a psicopatología: a mayor cantidad de factores de riesgo mayor cantidad de indicadores asociados a psicopatología.*

#### *Resultados de las categorías diagnósticas expresados en puntajes:*

Al comparar los puntajes obtenidos en el Cuestionario de comportamiento infantil en cada categoría de riesgo de la muestra de riesgo también es evidente el aumento en los puntajes obtenidos a medida que aumenta la categoría de riesgo.

**Tabla 9: Puntajes obtenidos en el Cuestionario de comportamiento infantil según la categoría de riesgo**

#### Report

		CAT_RIES				
		1	2	3	4	Total
PUNTCBCL	Mean	56.50	60.60	66.00	76.20	76.20
	N	4	5	6	10	10
	Std. Deviation	2.38	9.02	9.14	7.89	7.89



En la categoría de riesgo 1, se obtuvo un puntaje medio de 56.50, con una desviación estándar de 2.38. El puntaje de corte por debajo del cual se considera un caso con categoría clínica es de 59. Es decir que el puntaje medio obtenido en esta categoría se ubica en los valores de la población con categoría normal. En las restantes tres categorías los puntajes medios están todos por encima de lo que corresponde a los valores de la categoría normal. En la categoría 2, la media es de 60.60, que correspondería al puntaje para la categoría fronteriza, y en las categorías 3 y 4, con valores de 66 y 76.20 los puntajes corresponden a la categoría clínica.

## 5. Conclusiones

Luego de comparar la incidencia de indicadores asociados a psicopatología en los distintos grupos y subgrupos de niños que participaron de la investigación, expuestos a un número variable de factores de riesgo, es posible responder a las preguntas formuladas al plantear el estudio de campo. Los niños en situación de riesgo para la salud mental presentan una incidencia de indicadores asociados a psicopatología considerablemente mayor que los niños que no están expuestos a esta situación, y esta incidencia aumenta a medida que aumenta el número de factores de riesgo a los que está expuesto un niño. En cambio, los niños considerados sin riesgo para la salud mental, presentan predominantemente una categoría diagnóstica normal. Tanto la hipótesis sobre la diferencia de grupos, entre el grupo de riesgo y el grupo sin riesgo, como la hipótesis del aumento de incidencia de indicadores asociados a psicopatología a partir de la acumulación de factores de riesgo, resultaron sustentadas por los datos.

Un hallazgo inesperado para este estudio fue que la incidencia de indicadores asociados a psicopatología recién se hizo evidente a partir de un número muy alto de factores de riesgo. Los niños en la primera categoría del grupo de riesgo (categoría 1), expuestos a menos de seis factores de riesgo, no presentaban una presencia clínicamente significativa de dichos indicadores. Pero estos resultados deben relativizarse en virtud de que fue el grupo menos numeroso dentro de las cuatro categorías del grupo de riesgo (16% de la muestra de riesgo), y de que su número puede no haber sido suficientemente representativo. Sin embargo, esta situación refuerza la hipótesis de que el riesgo real para la salud mental provie-

ne de la acumulación de factores, y que pocos factores de riesgo no tienen incidencia sobre la salud mental y la psicopatología.

Los resultados expuestos respaldan las ideas postuladas teóricamente sobre la importancia de las experiencias de un niño en el contexto familiar y social y de su vulnerabilidad a sus fallas cuando éstas se acumulan. En el estudio de los trastornos infantiles es de importancia fundamental el análisis de las características del ambiente que rodea al niño. La relación de un niño con sus padres y la forma en que es tratado por ellos, han demostrado ser elementos de máxima importancia en el desarrollo emocional de un niño. Pero no es suficiente identificar una perturbación vincular para explicar la etiología de un trastorno mental en un niño. Ya sea directamente, como en el caso de factores como personalidad de los padres, o indirectamente, como en el caso de la situación socio-económica de la familia, múltiples variables tienen impacto sobre la cualidad de los vínculos de un niño con sus padres. La parentalidad está fuertemente determinada por los sistemas en los que la familia está inserta (Osofsky, 1995; 2000; Barnebie, 2002). La interconexión de diferentes sistemas que operan en diversos niveles de complejidad permite apreciar cómo mucho factores de riesgo se condensan en la relación padres-hijo. En esencia, una perspectiva integral de la etiología convierte una variable independiente, como el vínculo entre los padres y el hijo, en una variable dependiente, una variable que debe ser explicada en sí misma (Belsky, 1999). Esto implica que no es suficiente comprender una determinada patología como una consecuencia de una mala vincularidad entre los padres y el hijo: es preciso contemplar aquellas variables en juego que resultan en que esos padres se vinculen mal con su hijo.

Para comprender la situación emocional de un niño entonces, no es suficiente con relevar y clasificar sus síntomas; ni siquiera es suficiente con analizar profundamente su personalidad. Un niño como individuo está inserto en un contexto familiar de cuyas características depende, y la familia a su vez está inserta en un contexto social que tiene impacto sobre ella. Estos sucesivos sistemas se combinan entre sí para llegar a un resultado particular. Ningún eslabón en la cadena puede ser soslayado para alcanzar una comprensión integral de la etiología de un trastorno mental en un niño. La comprensión profunda y completa en cada caso en particular es lo que guía las específicas intervenciones clínicas. A

nivel general, conocer cuáles son y cuál es la dinámica de los factores que ponen en riesgo la salud mental en la niñez permite actuar antes de la instalación de los trastornos, a través de la implementación de estrategias de prevención primaria.

Los especialistas dedicados a la salud mental en la infancia deben mantener una doble perspectiva, una volcada hacia el niño y la calidad de sus vínculos, y otra volcada hacia sus padres y sus posibilidades. En la gran mayoría de los casos los padres protegen a sus hijos y buscan su bienestar. Cuando los padres ejercen inadecuadamente sus funciones, las situaciones que conducen a ello tienen que ser investigadas y comprendidas. Lo que se busca no es juzgar a los padres sino en cambio comprenderlos para poder reparar a través del trabajo clínico.

## Bibliografía

- ACHENBACH, T. (2001) *Manual for the Aseba School-Age Forms and Profiles* ASEBA- Child Behavior Checklist, Research Center for Children, Youth and Families, Inc..
- BALBERNIE, R. (2002): An infant in context: multiple risks, and a relationship *Infant mental health*,. 23 (3), pp. 329–341.
- BELSKY, J. (1999): Interactional and contextual determinants of attachment security. En J.Cassidy &P.R. Shaver (eds), *Handbook of attachment* New York: The Guilford Press, págs: 249 –264.
- DAVIS, H.; DAY, C.; COX, A.; CUTLER, L. (2000) Child and Adolescent Mental Health Needs Assessment and Service Implications in an Inner City Area. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 1359–1045 (200004) 5:2 SAGE Publications (London, Thousand Oaks and New Delhi) Vol. 5(2): 169–188; 012063.
- DI BÁRTOLO, I. (2002) Patrones de apego e indicadores de psicopatología infantil en una muestra de riesgo. *Plan de tesis doctoral*, inédito.
- DI BÁRTOLO, I. (2003, a): Los Factores de riesgo para la Salud mental en la Niñez. *Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Memorias de las X Jornadas de Investigación. Aportes de la Investigación en Psicología. I*, pp. 46-49
- DI BÁRTOLO, I. (2003,b): El estudio de la resiliencia en poblaciones de riesgo *Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Memorias de las X Jornadas de Investigación. Aportes de la Investigación en Psicología. I*, 50-53.
- ERICKSON, M. F.; SROUFE, L. A.; EGELAND, B. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in preschool in a high-risk sample. In I. Bretherton Y E. Waters (Eds), Growing points of attachment theory and research, *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, (1-2, serial No 209), pp.147-156.

- GREENBERG, M. T. (1999) Attachment and Psychopathology in Childhood, en *Handbook of Attachment, Theory, Research, and Clinical Applications* J.Cassidy, P.Shaver (Eds) New York :The Guilford Press.
- GREENBERG, M. T.; CICHETTI, D.; CUMMINGS, E.M. (1990) *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.
- GREENBERG, M. T.; DEKLYEN M.; SPELTZ, M. L.; ENDRIGA, M. C. (1997). Attachment security in preschoolers with and without externalizing problems: A replication. *Development and Psychopathology*, 3, pp. 413-430.
- GREENBERG, M. T.; SPELTZ, M. L.; DEKLYEN M. (1993) The role of attachment in the early development of disruptive behavior problems. *Development and psychopathology*, 5, pp.191-213
- GOODMAN, S. H.; HOVEN, C. W.; NARROW, W. E.; COHEN P.; FIELDING, A.; ALEGRIA, M.; LEAF, P. J.; KANDEL; MCCUE, S.; HORWITZ, M.; BRAVO, M.; MOORE, R.; DULCAN M. K. (1998) Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: The National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study *Society of Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33.
- HAGGERTY, R. J.; SHERROD, L. R.; GARMEZY, N.; RUTTER, M. (1994): *Stress, Risk, and Resilience in Children and Adolescents: Processes, Mechanisms, and Interventions*. New York: Cambridge University Press.
- JENKINS, J. N.; SMITH, M.A. (1990): Factors protecting children living in disharmonious homes: maternal reports. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29: 60-69.
- KAGAN, J. (1984): *The Nature of the Child*. New York: Basic Books.
- LANDY, S. (2000): Assessing the risks and strengths of infants and families in community-based programmes. En J.D.Osofsky &H.E.Fitzgerald (Eds.), *WAIMH handbook of infant mental health: Vol.2.Early intervention,evaluation,and assessment*, New York: John Wiley & Sons,Inc. pp.335 –375.
- LAUCHT, M. (2000) Behavioral Sequelae of Perinatal Insults and Early Family Adversity at 8 Years of Age *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Pediatrics*, 105 pp.662-670.

- OSOFSKY, J. D.; COHEN, G.; DRELL, M. (1995): The effect of trauma on young children: A case of 2-year-old twins. *International Journal of Psychoanalysis*, 76, pp. 595 –607.
- OSOFSKY, J. D.; HANN, D. M.; PEEBLES, C. (1993): Adolescent Parenthood: Risks and opportunities for mothers and infants. In C.H.Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press. pp.106 –119.
- OSOFSKY, J. D.; THOMPSON, M. D. (2000): Adaptive and maladaptive parenting: Perspectives on risks and protective factors. En J.P.Schonkoff & S.J.Meisals (Eds.), *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: Cambridge University Press. pp.54 –75.
- OYEN, A. S.; LANDY, S.; HILBURN-COBB, C. (2000): Maternal attachment and sensitivity in an at-risk sample *Attachment and Human Development*, Vol 2, Issue 2.
- PHELPS, J. L.; BELSKY, J.; CRNIC, K. (1998) *Earned security, daily stress, and parenting: a comparison of five alternative models*. *Development and Psychopathology*, 10 pp. 21-38.
- RUTTER, M. (1981) Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, pp. 323-356.
- RUTTER, M. (1989) Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, pp. 23-51.
- RUTTER, M. (1995) Psychosocial adversity: risk, resilience and recovery. *Southern African Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 7 pp. 75-88.
- RUTTER, M. (1999) Resilience concepts and findings: implications for family therapy, *Journal of Family Therapy*, 21, Issue 2.
- RUTTER, M., CHAMPION, L.; QUINTON, D.; MAUGHAN, B.; PICKLES, A. (1995) Understanding individual differences in environmental risk exposure. In: P. Moen, G.H. Elder Jr. and K. Luscher (eds) *Examining Lives in Context: Perspectives on the Ecology of Human Development* (pp. 61-93). Washington, DC: American Psychological Association.
- SAMANIEGO, V. C. (1998): El Child Behavior Checklist: su estandarización y aplicación de un estudio epidemiológico." Problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad. Informe final. Beca UBACYT. Biblioteca de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

- SAMEROFF, A.(2000): Ecological perspectives on developmental risk. En J.D.Osofsky &H.E.Fitzgerald (Eds.),WAIMH handbook of infant mental health:Vol.4New York:John Wiley & Sons, Inc. .pp.1 –33
- SHAW, D. S.; OWENS, E. B.; VONDRA, J. I.; KEENAN, D.; WINSLOW, E.B. (1997) Early risk factors and pathways in the development of early disruptive behavior problems. *Development and Psychopathology*, 8, pp. 679-700.
- SROUFE, L. A. (1997) Psychopathology as development. *Development and Psychopathology*, 9, pp. 251-268.
- ZEANAH, C. H.; BORIS, N. W.; LARRIEU, J.A.(1997): Infant development and developmental risk: A review of the past ten years. *American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32 (2), pp. 165 –178.

## Notas

<sup>1</sup> Este trabajo de investigación fue realizado en el marco del programa de estímulo a la investigación y aportes pedagógicos de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Católica Argentina