

“Universidad de Chile,
Facultad de Ciencias Sociales,
Facultad de Medicina,
Escuela de Postgrado,
Departamento de Psicología”

**DETECCIÓN TEMPRANA DE PSICOPATOLOGÍA EN ESCOLARES VULNERABLES
DE LA REGIÓN METROPOLITANA**

**“Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica
Infanto-Juvenil”**

Dra. Muriel E. Halpern Gasman

Tutor: Ps. Myriam George

Asesora metodológica: Ps. Iris Gallardo

Santiago 2011

Índice

1. Resumen	4
2. Introducción	6
3. Marco Teórico	15
4. Hipótesis	23
5. Objetivos	23
6. Marco Metodológico	24
7. Resultados	34
8. Conclusiones y Discusión	52
9. Referencias Bibliográficas	60
10. Anexos	68

Agradecimientos

Quiero agradecer a las niñas y niños que vi y los que no pude ver, a sus deseos, a su colaboración generosa, a su potencia para seguir creciendo a pesar de la adversidad.

Quiero agradecer a mi marido y a mi hijo, por el apoyo todo el tiempo y a su infinita paciencia.

Quiero agradecer a mi tutora, Myriam George por su contribución a la Salud Mental Infantil en Chile y por su soporte, empuje para trabajar y su tolerancia conmigo.

Quiero agradecer a mi asesora metodológica, Iris Gallardo, por su gentil disposición y tranquilidad esperanzadora.

Quiero agradecer a mis compañeros de trabajo de la Unidad de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile que me facilitaron poder completar la tesis.

Quiero agradecer a Javier Guzmán y a María Paz Guzmán, por su excelente apoyo para acceder a la información de los niños estudiados y por la coordinación para realizar la investigación.

Quiero agradecer a los equipos ejecutores del P-HpV que me ayudaron a acercarme a los niños en sus escuelas.

Quiero agradecer a los Directores , Profesores y Orientadores de las Escuelas Públicas de Chile por su trabajo incondicional y verdaderamente comprometido.

1. Resumen

Introducción: Los niños que crecen en ambientes de mayor adversidad biopsicosocial presentan mayor riesgo en salud mental y mayor exposición a factores de riesgo. En Chile, el Programa Habilidades para la Vida (P-HpV) de la JUNAEB ha focalizado acciones preventivas en salud mental en las escuelas más vulnerables.

Objetivo principal:

Detectar psicopatología en escolares vulnerables con puntajes de riesgo psicosocial participantes del P-HpV en la Región Metropolitana y las asociaciones con factores de riesgo y protección en salud mental.

Método:

Se analizaron estadísticamente los resultados del Pediatric Symptom Checklist (PSC) de 2.149 escolares de 1° Básico de 2008 detectados con riesgo que se adscribieron a agrupaciones psicopatológicas y se correlacionó los factores de riesgo y protección. Se contrastaron estos resultados con entrevistas psiquiátricas semiestructuradas con el protocolo Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version(Kiddie-SADS-PL-Mex).

Resultados:

Se encontraron seis agrupaciones psicopatológicas (“comportamiento disruptivo”, “hiperactividad”, “depresivo I”, “depresivo II”, “atencional” y “mixto) con asociaciones estadísticamente significativas entre estas y los factores de riesgo. Se encontró asociación entre una menor frecuencia de factores de protección y presencia de factores de riesgo.

Se encontró un 85% de trastornos psiquiátricos en la muestra entrevistada.

Conclusiones y Discusión:

Los resultados del presente estudio son consistentes con el objetivo del P-HpV: el instrumento PSC detecta en los niños con puntajes de riesgo psicosocial, trastornos depresivos, trastornos por déficit atencional e hiperactividad, trastornos disruptivos pero no trastornos por ansiedad. Se encontraron asociaciones significativas con factores de riesgo en salud mental consistentes con hallazgos previos. Los padres de

los niños participantes del P-HpV son sensibles a la presencia de psicopatología en sus hijos. El P-HpV es un programa válido en prevención universal y focalizada. Debe estar articulado con estrategias de atención y tratamiento oportuno por los organismos de salud mental.

Key Words: escolares, familia, vulnerabilidad, riesgo biopsicosocial, salud mental, trastornos mentales, Pediatric Symptom Checklist, K-SADS-PL.

2. Introducción

Enfrentando la vulnerabilidad: hacia una mejor pesquisa de psicopatología en escolares con riesgo psicosocial.

Las niñas y los niños provenientes de *familias multiproblemáticas* presentan una mayor vulnerabilidad en salud durante el crecimiento y el desarrollo. Estos niños vulnerables viven en condiciones de mayor adversidad biopsicosocial lo que se traduce en una mayor exposición a factores de riesgo de tipo biológico, psicológico y social (Adnopo, 2002). La interacción entre la vulnerabilidad y la adversidad biopsicosocial y la presencia de factores de riesgo durante el período de desarrollo temprano pueden conducir a trayectorias evolutivas alteradas, a una mayor incidencia de psicopatología y a un mayor riesgo para presentar disfunción psicosocial (Rutter, 2003, Offord, 2002) lo que puede contribuir a la mantención de un contexto personal disfuncional, con menores niveles de adaptación y de éxito en el período de educación básica, con un mayor riesgo para la adaptación familiar a futuro, aumentando la probabilidad de presentar una mala salud general y especialmente, una mala salud mental (Solar & Irwin, 2005).

Edad escolar: una oportunidad para intervenir en salud mental

El período de *desarrollo escolar* es una etapa sensible y crítica durante la cual se pueden presentar síntomas psiquiátricos que pueden ser detectados en la escuela.

En Chile, se han logrado avances significativos en la escolarización de la población debido al incremento en la cobertura obligatoria, aspecto que ha contribuido al progreso social con un impacto favorable en los indicadores de pobreza y ha permitido que las niñas y niños vulnerables tengan acceso a los programas de promoción y prevención universal en el desarrollo en sus establecimientos educacionales. Sin embargo, los programas de detección, prevención secundaria y de tratamiento de los trastornos mentales de mayor prevalencia en la edad escolar no han tenido la misma cobertura ni prioridad.

En numerosos países desarrollados las escuelas y los colegios han sido utilizados para la pesquisa e intervención en salud mental de niños y adolescentes a través de la aplicación de programas coherentes y eficaces (OMS, 2004). Esto revela la necesidad

de contar con experiencias similares en Chile, con el objetivo de incrementar la cobertura y contribuir a una mejor salud mental escolar.

Programa Habilidades para la Vida: fundamentos para el estudio

En Chile, hace más de diez años, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) a través del Programa de Salud Escolar (PSE) desarrolla un programa de *intervención focalizado* para las comunas que registran mayores índices de riesgo psicosocial denominado *Programa de Habilidades para la Vida* (P-HpV). Para determinar las Escuelas de Alto Riesgo, se utilizan indicadores de ingreso familiar, de la educación de la madre y otros; 20% de las escuelas en Chile se encontrarían en riesgo con una población incluida en el programa de 181.352 escolares (Guzmán et cols., 2011).

Este programa tiene por propósito “desarrollar en la comunidad educativa una respuesta sectorial estructurada” para el éxito académico de los niños incluidos en él. A corto plazo, se propone mejorar los niveles de aprendizaje y a largo plazo, incrementar el bienestar psicosocial y disminuir daños a la salud mental en los niños intervenidos. Este programa constituye una acción beneficiosa para el desarrollo biopsicosocial de las niñas y niños en el primer ciclo básico. Las acciones del programa están dirigidas a reducir los factores de riesgo y a potenciar los factores de protección. Identifica a escolares con mayor riesgo psicosocial a través de la construcción de indicadores denominados “perfiles de riesgo”. Estos son los escolares que asisten a los talleres preventivos implementados por el P-HpV .

En Chile, el P-HpV ha evolucionado desde estudios de prevalencia de problemas en salud mental a la adaptación y validación de los instrumentos de tamizaje así como del desarrollo de intervenciones. Las intervenciones siguen el modelo escalonado de la OMS (promoción/prevenición focalizada/intervención), ha tenido la colaboración de la comunidad local, y la consultoría de autoridades en Salud Mental como Sheppard Kellam y Thomas Anders (Guzmán et cols., 2011).

Para la detección del riesgo psicosocial y la construcción de los perfiles de riesgo en los escolares, el programa utiliza *instrumentos de tamizaje* adaptados y validados en Chile (Estudio OPS; FONDECYT; JUNAEB. Pesquisa de problemas de Salud Mental en

Escolares de Primer Ciclo Básico en el área occidente de Santiago,1992,1998) que son completados por los profesores y los padres; los primeros responden el Teacher Observation of Classroom Adaptation (TOCA-RR) y el Pediatric Symptom Checklist (PSC) los segundos. Este *instrumento de tamizaje* permite detectar a los escolares que están expuestos a diversos riesgos y establece un parámetro denominado disfunción psicosocial (Jellinek et al., 1979, 1986, 1992,1988, 1998, 1999; Murphy et al. 1996; Pagano et al. 1998,2000; Wagman et cols., 2005).

Los resultados del P-HpV son alentadores, habiéndose demostrado que de los escolares que participan en los talleres preventivos y que asisten regularmente a las sesiones, un 64,7% de los escolares salen del riesgo psicosocial (JUNAEB, Sistematización de Resultados 2005).

Además, se ha demostrado un incremento en sus resultados en la evaluación de la prueba SIMCE (JUNAEB, Estudio Comparativo de Escolares que Participaron del P-HpV y SIMCE 4 ° Básico , 2006).

Psicopatología en la infancia: desafíos para su control

Un aspecto inexplorado del P-HpV ha sido la detección de psicopatología en los escolares participantes.

Si bien el PSC ha sido ampliamente validado en estudios de atención primaria en el extranjero y se ha utilizado entrevistas psiquiátricas estandarizadas para confrontar los resultados del tamizaje (Gardner et cols., 2007), en el P-HpV en Chile no ha sido planteado su uso para tales efectos.

La evidencia señala que la psicopatología en la infancia se asocia con desvíos en los patrones de desarrollo normal por lo que es crucial detectarla y tratarla a tiempo (Rutter 1985, 1987, 1990, 1999, 2000, Zeanah et cols., 1997).

Los trastornos mentales de manifestación temprana pueden presentarse como alteraciones del comportamiento y/o de las emociones, asociados a diverso grado de disfunción o discapacidad lo que señala una medida de impacto o severidad del trastorno presentado.

En las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales de la infancia se establecen unidades nosográficas del tipo categorial sin considerar del todo elementos de tipo cualitativo o dimensional. En el intento de incrementar la comprensión para el abordaje de los trastornos mentales la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su versión número 10 (CIE- 10) recoge en su sistema de clasificación multiaxial aspectos del orden psicosocial que pueden estar cumpliendo un rol como factores de riesgo en la presentación de la psicopatología encontrada. Esto cobra relevancia en la psicopatología infantil puesto que es sabido que los factores de riesgo contribuyen a la aparición de trastornos mentales aunque de manera inespecífica.

Como una forma de aproximar la realidad a la investigación en psicopatología infantil, diversos estudios en trastornos psiquiátricos de la niñez y de la adolescencia han utilizado categorías o agrupaciones clínicas psicopatológicas más amplias y orientadoras a establecer posibles diagnósticos. Estas agrupaciones se han definido según los tipos de síntomas presentes.

En varias investigaciones efectuadas con distintos instrumentos de detección destaca la agrupación de la expresión clínica psicopatológica en tres categorías principales definidas como trastornos internalizantes (incluye a los síntomas de la esfera afectiva), trastornos externalizantes (incluye a los síntomas de la esfera conductual) y trastorno inatento (incluye a los síntomas que comprometen la atención y la hiperactividad).

Estas agrupaciones pueden discriminar en grupos gruesos de problemática psiquiátrica, sin embargo, la exploración y determinación en clínica psicopatológica infantil es un proceso que requiere de conocimientos acabados de las complejas características del desarrollo biopsicosocial y de sus trastornos. Es así que ciertas características observables en un niño, como por ejemplo, señalar que un niño “*se distrae con facilidad*” puede ser un elemento típico de un trastorno por déficit atencional de la infancia, pero también puede presentarse en otros trastornos psiquiátricos tales como la depresión infantil o el trastorno por estrés postraumático, por mencionar algunos. Esto puede afectar los resultados de estudios basados en la evaluación de un comportamiento determinado u observable y puede dejar fuera ciertas alteraciones que se pueden obtener de la exploración directa con los niños afectados.

Los diagnósticos en psiquiatría infantil pueden ser efectuados categóricamente a partir de síntomas específicos para un determinado trastorno mental, sin embargo, son dejados de lado aquellos síntomas de menor especificidad pero relevantes que orientan a posibles condiciones comórbidas (los estudios han señalado que existe mayor probabilidad de que los niños que crecen en ambientes de adversidad presenten mayor comorbilidad psiquiátrica) o a factores patoplásticos (Adnopo,2002).

Disfunción psicosocial: detección de psicopatología, asociación con factores de riesgo psicosocial y clasificación en trastornos mentales de la infancia

El P-HpV establece criterios de inclusión en los talleres preventivos a partir de la información combinada de los instrumentos de pesquisa TOCA-RR y PSC denominados *perfiles de riesgo*. Estos perfiles de riesgo han sido construidos a través de procedimientos estadísticos, lo que asegura su validez y confiabilidad a partir de la selección de los seis constructos de riesgo específico detectados por el TOCA-RR lo

que se complementa con la información que aporta el PSC (George et cols, 1995). El P-HpV ha utilizado el PSC de manera complementaria al TOCA-RR.

Pediatric Symptom Checklist (PSC)

El PSC se erige como una herramienta que expande el foco de la atención primaria pediátrica hacia la salud mental como una estrategia de lograr un cuidado más integrado. En EEUU se ha logrado su implementación legalmente y de manera focalizada en los grupos de bajos ingresos.

El PSC ha sido traducido en 24 idiomas y ha sido validado en Holanda, Japón, Austria, Filipinas, Brasil y Chile. Solamente en los Países Bajos se obliga por ley a pesquisar en salud mental a todos los niños. En Chile, solamente se pesquisar en los niños de alto riesgo en las escuelas. (Guzmán et cols., 2011).

El PSC es un instrumento que permite detectar el riesgo psicosocial a través del puntaje asignado a los 33 ítem del cuestionario que señalan actitudes y comportamientos en los niños observados por los padres.

En el extranjero, como una forma de abreviar la aplicación del instrumento PSC se ha utilizado la versión del PSC- 17 con el objetivo de detectar trastornos emocionales y conductuales en niños y adolescentes (Gardner et cols., 1999, 2006, Wagman et al., 2005).

La evidencia en la investigación en psicopatología de inicio temprano señala la utilidad de los instrumentos de pesquisa para detectar los grupos de riesgo que presenta mayor probabilidad para presentar trastornos mentales. Los resultados arrojados por tales instrumentos deben ser profundizados con un análisis clínico con el objetivo de reconocer, diagnosticar e intervenir oportunamente a los afectados.

Proyecciones del estudio: aportes a la implementación de políticas públicas en Salud mental infantil

A partir de la investigación realizada, las proyecciones del estudio están dirigidas a intervenir transversalmente en los distintos niveles de prevención en salud mental y

corroborar la relevancia de la ejecución de programas de prevención en las escuelas como lo es el P-HpV.

En el nivel primario, se espera poder contribuir a detectar los grupos de riesgo a través de la aplicación sencilla y rápida de un instrumento que también puede ser potenciado con el uso adecuado de otros instrumentos de tamizaje. Se enfatiza sobre la capacidad del instrumento para detectar los trastornos mentales de mayor prevalencia en las niñas y los niños de mayor vulnerabilidad psicosocial para así, recibir oportuna intervención y tratamiento.

En el nivel secundario, se espera poder contribuir con la información obtenida respecto de los escolares evaluados por la implementación de estrategias para la atención de estas niñas y niños de manera coordinada y eficaz.

En el nivel terciario se espera poder disminuir el impacto de los trastornos mentales en la etapa evolutiva dada la secuencia conocida como *cascadas de riesgo* que conlleva a una desviación de las trayectorias evolutivas.

La integración de las intervenciones en los diferentes niveles de salud mental en niños y adolescentes permiten abarcar espectros evolutivos en salud.

El presente estudio pretende informar sobre las características de los grupos de mayor vulnerabilidad que han participado en actividades de prevención y que pueden incrementar las acciones de prevención indicada por los agentes de salud mental durante el desarrollo (OMS, Prevención de los trastornos mentales, 2004).

Se espera contribuir al desarrollo e implementación de políticas de salud mental en la etapa evolutiva que incorpore la detección de psicopatología temprana, que considere el efecto de los factores de riesgo sobre el desarrollo infantil, que identifique los factores de protección para su promoción y potenciación y finalmente, limite el impacto de las *cascadas de riesgo* en la vida de estos niños.

Adicionalmente los padres de los niños, adultos responsables de la crianza de los mismos, se convierten en agentes de detección activa de psicopatología, se enriquecen con una mirada de mayor profundidad hacia sus hijos y por lo tanto, pueden convertirse en agentes de cambio social.

Los niños reales: contexto de vida

El estudio está concebido bajo un *enfoque ecosistémico*, paradigma que da cuenta tanto de las características personales (elementos biológicos, genéticos, noxas o estresores perinatales, entre otros) que influyen en el desarrollo biopsicosocial en un determinado contexto.

El contexto puede ser descrito según las condiciones económicas, las características de la estructura y organización familiar, los elementos afectivos y vínculos, los estilos y la calidad de vida, la presencia de enfermedades o trastornos mentales en el grupo familiar, las oportunidades y expectativas educacionales, la regularidad de la asistencia a la escuela y las características de los agentes de atención y programación en salud implicados.

Los niños que asisten a la escuela son de un interés epidemiológico particular pues el grupo está cautivo lo que permite su seguimiento. Además, corresponde a un grupo de mayor vulnerabilidad en su desarrollo biopsicosocial puesto que las demandas evolutivas, tales como el logro de una integración de sí mismos en un desarrollo armónico y saludable pueden repercutir en el desempeño global.

En este período, se pueden afectar factores relevantes para el desarrollo de capacidades o competencias tales como el aprendizaje, la adaptación al grupo de pares y la aceptación de la estructura de autoridad adulta e institucional más allá de sus familias a través del establecimiento de pautas primordiales para los hábitos y rutinas, aspectos que permitirán a futuro enfrentar las dificultades, exigencias, renunciaciones y sacrificios que demanda la sociedad contemporánea globalizada. La detección y la intervención sobre los problemas de inicio temprano pueden traducirse en una buena salud física y mental en los primeros años de vida, lo que a su vez tiene consecuencias sobre los comportamientos y actitudes personales posteriores, en la construcción del autoconcepto, en el establecimiento del autocuidado, en el cuidado de los otros y del entorno y en la capacidad de establecer relaciones de afecto y protectoras de la descendencia.

Desarrollo y salud mental infantil: más allá de las fronteras

La cooperación entre los agentes educacionales, los equipos de atención de salud general y de salud mental junto con las familias de estas niñas y niños vulnerables pueden torcer la mano de los destinos inciertos y muchas veces infelices.

Las transformaciones en la sociedad pueden ser enormes si se logra intervenir oportunamente, ofreciendo una legítima circunstancia de progreso hacia una sociedad más desarrollada y justa.

El desarrollo personal de las niñas, niños y de los adolescentes es una unidad que requiere de consistencias, de estabilidad y de atención permanente por parte del mundo de los adultos. Si a través de políticas de salud mental escolar es posible prevenir complicaciones severas de la adolescencia y la adultez, tales como alteraciones en la conducta o en los estilos de vida que se asocian a una mala salud, las repercusiones de una intervención temprana pueden amplificarse desde el desarrollo individual hacia el desarrollo del país.

La detección temprana de psicopatología puede ser efectuada en la escuela a partir de la información que reportan los padres de sus hijos (Jellinek et al., 1979, 1986, 1992, 1988, 1998, 1999; Murphy et al. 1996; Pagano et al. 1998, 2000; Wagman et cols., 2005).

Esta información puede ser potenciada a través de la observación directa de los equipos psicosociales en la escuela para lograr una oportunidad para el progreso de estas familias en desventaja.

Con estos antecedentes se formulan las siguientes preguntas de investigación:

¿Es posible obtener a partir de la aplicación de un instrumento de tamizaje información específica que oriente a la detección de agrupaciones psicopatológicas más allá de su capacidad de detectar riesgo psicosocial? Si esto es así, ¿Cuál es la frecuencia de niños con riesgo psicosocial que se adscriben a estas agrupaciones psicopatológicas detectadas por el instrumento PSC? ¿Será posible encontrar asociaciones entre los factores de riesgo que detecta el P-HpV al aplicar el PSC con las agrupaciones psicopatológicas encontradas y existirá una asociación inversa entre la presencia de un factor protector y las agrupaciones psicopatológicas encontradas?

3. Marco Teórico

Con el objetivo de mejorar las condiciones de vida, salud y educación de niños y adolescentes en Chile, diferentes estudios y programas han sido efectuados e implementados respectivamente, ya sea como política pública o través de instituciones privadas. El grueso de estas acciones ha estado dirigido a la promoción del sano desarrollo infanto-juvenil en el contexto de adversidad socio-económica con el propósito de permitir una mejor adaptación social y humana.

Pobreza, Adversidad Biopsicosocial y Psicopatología Infantil:

En la actualidad, Chile se encuentra abierto al mundo, lo que ha provocado cambios en las condiciones y estilos de vida locales afectando a la salud mental de la población como lo declarado por el grupo de Consenso en Globalización y Salud Mental de la WPA que estableció que la globalización y sus efectos económicos generan impactos negativos sobre la salud mental de la mayoría de la población más necesitada y que la prevalencia como la discapacidad causada por los trastornos mentales están relacionadas con las condiciones sociales y económicas, particularmente con la pobreza (World Psychiatry Association, 2002). Las familias son sistemas que se encuentran influenciados por la cultura, las creencias y las ideologías locales por lo cual, las decisiones respecto de la salud que tomen los adultos a cargo de los niños pueden impactar en la comprensión, promoción y cuidado del desarrollo biopsicosocial de la población infantil (Kirmayer, 2000).

El Centro Nacional para los Niños en Pobreza de los Estados Unidos informa sobre la asociación entre las condiciones de adversidad psicosocial y el efecto sobre la salud mental de los niños donde se describe que los niños que viven en pobreza tienen mayor probabilidad de experimentar mayor conflictividad interpersonal en sus casas, están más expuestos a la violencia en sus vecindarios y presentan mayores retrasos en su desarrollo físico, cognitivo, lingüístico y emocional, lo que a su vez afecta la preparación y la disposición para iniciar la escolaridad y las capacidades de aprendizaje con un efecto acumulativo que incrementa el nivel de desadaptación y los riesgos en salud mental. Son niños que provienen de familias multiproblemáticas que presentan factores

de riesgo biopsicosociales como abuso de sustancias en los padres, enfermedad mental en la familia, enfermedad física crónica, violencia familiar o doméstica, deficiencias cognitivas, aislamiento social, pobreza, deserción o fracaso escolar, cesantía y discriminación étnica o racial. Estos niños pueden presentar mayores retrasos en su desarrollo, más alteraciones en el lenguaje, mayor cantidad de problemas conductuales y mayor deserción escolar que niños que no son pobres. El bajo nivel socio-económico, los bajos ingresos y el menor nivel educacional de los padres están estrechamente relacionados con las bajas destrezas intelectuales de los niños al iniciar la preescolaridad durante la infancia y la adolescencia (Adnopo & Grigsby, 2002). La bidireccionalidad de las influencias entre los niños y sus padres también moldean el curso del desarrollo (Richters & Weintraub, 1990).

La relación entre educación y desarrollo económico puede ser establecida a través del “Retorno Educativo”, indicador que relaciona años de estudio con logros económicos, siendo un 5% para la educación primaria en Chile, cifra estable que señala una brecha en los ingresos (Contreras, 2006), por otra parte, con mayor frecuencia, las circunstancias materiales desfavorables determinan comportamientos dañinos para la salud y con menor frecuencia, comportamientos promotores de salud (Solar & Irwin, 2005). La calidad de vida se ve afectada por las desigualdades en los estándares sociales así como las características de la vivienda, los sistemas de transporte, el acceso a los sistemas de salud y a la educación, el trabajo y la seguridad social al estar menoscabadas se asocian a comportamientos disociales y a delincuencia (Babb, Martin, & Haezwindt, 2004).

Varios estudios han determinado la asociación entre adversidad psicosocial y trastornos mentales como la observada con la presencia de síntomas depresivos y el abuso de sustancias en la adolescencia (Schilling, Aseltine & Gore, 2007).

Prevalencia de Trastornos Mentales en Niños y Adolescentes:

Para poder evaluar la asociación entre adversidad biopsicosocial y trastornos mentales es necesario determinar la prevalencia en los distintos grupos de la población. En Chile, las frecuencias de presentación de alteraciones del comportamiento y de las emociones

para niños entre 6 y 11 años fueron estimadas con cifras que varían de un 1% a un 14% según los ítem del Child Behavior Checklist (Montenegro, Bralic, Edwards, Izquierdo & Maltes, 1983). Otro estudio chileno evaluó niños en primer año básico y luego en sexto año básico a través de la aplicación de instrumentos a los profesores y a los padres e informaron una prevalencia de 40% para problemas conductuales, emocionales y cognitivos los primeros y un 10% los segundos (de la Barra, Toledo & Rodríguez, 2002). De la misma cohorte, se tomó una muestra de niños de primero básico que fue evaluada a través de una entrevista psiquiátrica semiestructurada y arrojó una frecuencia de 24,2% de diagnósticos sindromáticos, un 53,4% de diagnósticos psicosociales y un 17,2% de discapacidad (Toledo, de la Barra, López, George & Rodríguez, 1997). En un estudio sobre niños y adolescentes hijos de padres con trastorno bipolar se encontró una prevalencia de 46,3% de trastornos psiquiátricos en comparación con un 32,3% en el grupo control todos provenientes del área Norte de Santiago de Chile (García, Montt, Cabrera, Valenzuela, et al., 1998):

Un estudio que describe la salud mental de los hijos de mujeres deprimidas que consultan a servicios de salud de atención primaria de nivel socioeconómico medio bajo y bajo encontró que el 49,8% de los niños presentaba puntajes totales en el Child Behavior Checklist en rango clínico con un 62,2% de síntomas internalizantes y 35,7% externalizantes (Fritsch et al., 2007).

El primer estudio de prevalencia de trastorno psiquiátricos en la población chilena entre 4 y 18 años conducido por el equipo de investigación epidemiológica del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Universidad de Concepción (FONDECYT), ha informado los resultados sobre la prevalencia en una muestra representativa de la provincia de Cautín. Se utilizó en la evaluación de los niños el DISC-IV (Diagnostic Interview for Children) que determina el nivel de discapacidad asociado a los trastornos psiquiátricos DSM-IV. La prevalencia general para un año fue de 28,1%(disminuye a 16,8% si se asocia a discapacidad). Los trastornos por ansiedad fueron los más frecuentes con un 18,9%(disminuyen a 8,7% si se asocia a discapacidad) y de los trastornos específicos se encontró mayor prevalencia para el trastorno por ansiedad de separación (9,5%, disminuye a 4,2% en asociación a discapacidad) y para el

trastorno por ansiedad generalizada (9,2%, disminuye a 2,3% en asociación a discapacidad y para el trastorno por déficit atencional con 4,3% (Vicente et cols., 2010).

Vulnerabilidad, Factores de Riesgo y Factores de Protección:

La principal tarea de la psicopatología del desarrollo es comprender el rol del riesgo, la vulnerabilidad y los procesos protectores en su influencia en el desarrollo y los diferentes tipos de adaptación (O'Dougherty & Masten, 2002). Gracias a los conocimientos en trastornos mentales de la niñez y de la adolescencia se ha podido avanzar en la determinación de los factores de riesgo y protección en los niños que presentan trastornos conductuales y emocionales (Offord & Bennett, 2002), señalándose la asociación entre la presencia de factores de riesgo y de protección con el desarrollo de psicopatología siendo la vulnerabilidad biopsicosocial una resultante de la relación entre los factores de riesgo y el desarrollo de psicopatología (Rutter, 2003). como lo observado en los estudios sobre marginalidad y consumo de drogas en Chile donde se señala que los niños son vulnerables cuando la familia y la escuela fallan en su rol de agentes centrales del desarrollo infanto-adolescente (CONACE, 2005).

Se entiende por factor de riesgo biopsicosocial a un elemento mensurable (cualitativa y cuantitativamente) cuya presencia es previa a la aparición de un problema o trastorno de la salud mental y que su presencia implica una mayor probabilidad de presentar, en aquellos sujetos expuestos, un trastorno mental a futuro en comparación con aquellos que no fueron expuestos. La detección de los factores de riesgo y la consiguiente intervención en ellos permitirá establecer programas de salud orientados a la disminución de la incidencia del trastorno determinado. Los factores de protección corresponden a las condiciones que mejoran las resistencias de las personas a los factores de riesgo y sus trastornos. Pueden modificar, aminorar o alterar la respuesta de una persona a ciertos peligros que predisponen a un resultado desadaptativo (Offord & Bennett, 2002).

El balance entre las influencias de los factores de riesgo y de protección establecen grados de vulnerabilidad que determinan diferentes trayectorias de desarrollo psicosocial (Rutter, 2003).

Expresión Clínica de los Trastornos Mentales en la Infancia:

Numerosos estudios han señalado la sólida asociación entre las relaciones conflictivas/negativas de los padres con sus hijos y la presencia de trastornos externalizantes en la infancia y en la adolescencia del tipo trastorno por déficit atencional e hiperactividad, trastorno de conducta y trastorno oposicionista desafiante, tanto de manera concurrente como longitudinal (Burt, Mc Cue, Krueger & Iacono, 2005). Así mismo, se ha relacionado con el desarrollo de otros comportamientos disruptivos en los niños (agresividad, trastornos de conducta y trastorno oposicionista desafiante) la hostilidad parental, la ausencia de control, las conductas de coerción, la baja competencia y la inconsistencia parental (Jester, Nigg, Adams, Fitzgerald, Putler, Wong & Zuker, 2005). Por otra parte, factores de riesgo común tales como historia parental de trastornos del ánimo o rasgos antisociales, discordia parental, hostilidad materna hacia el niño, problemas de aprendizaje o dificultades en el control inhibitorio se han asociado específicamente con el trastorno oposicionista-desafiante y los trastornos internalizantes (Boylan, Vaillantcourt, Boyle & Szatmari, 2007). El trastorno de conducta depresivo que el grupo diagnóstico de la CIE-10 señala sería distinto al de los niños que presentan un trastorno de conducta o un trastorno depresivo solo, lo que enfatiza las diferencias cualitativas en la presencia comorbilidad psiquiátrica (Simic & Fombonne, 2007) como del curso longitudinal de los trastornos del comportamiento en la infancia que desarrollan trastornos internalizantes posteriormente como resultado de las deficiencias sociales y académicas (Capaldi & Stoolmiller, 1999).

Un estudio que describe las características de trastornos internalizantes y externalizantes reportados por los padres y niños escolares con trastorno por déficit atencional de tipo combinado y trastorno distímico demuestra la asociación preferencial entre ansiedad y trastorno distímico en comparación con el trastorno por déficit atencional de tipo combinado, es decir, el trastorno distímico y la ansiedad representan una expresión fenotípica diferente de un proceso etiológico común subyacente, donde la concurrencia de trastorno por déficit atencional de tipo combinado y trastornos ansiosos permanece incierta (Sanders, Arauca, Karamitsios, Boots & Vance, 2005).

Detección del Riesgo :

La niñez y la adolescencia son períodos críticos para el crecimiento físico y para la adquisición de habilidades y destrezas destacando que la participación de padres, profesores y alumnos a partir de programas integrados que promuevan el logro académico puede afectar el impacto final (Molina, Bedregal & Margozzini, 2001).

La escasa y retardada detección de los problemas en salud mental en niños se ha asociado con psicopatología crónica, atención previa a problemas psicosociales, eventos adversos de vida y problemas académicos (Sourande et cols., 2005).

Si bien las entrevistas diagnósticas clínicas son consideradas el gold standard en la investigación en trastornos mentales, su realización está limitada por los costos y la logística involucrada, por lo que los estudios efectuados en confiabilidad de los diagnósticos de trastornos mentales en adolescentes a través del instrumento CIDI (World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Version 3.0) por el NIMH de los Estados Unidos ofrecen oportunidades para la investigación en epidemiología psiquiátrica (Kessler et cols., 2009).

Numerosos estudios poblacionales en Norteamérica en los ámbitos clínicos y epidemiológicos han utilizado el PEDRIATIC SYMPTOM CHECKLIST (PSC) como instrumento de tamizaje en disfunción psicosocial el cual ha sido ampliamente validado. El cuestionario se basa en la percepción que tienen los padres de sus hijos a través del señalamiento de elementos conductuales y emocionales que pueden indicar disfunción psicosocial (Rauch et cols., 1991), (Pagano et cols., 1996), (Murphy, Kelleher, Pagano, Stulpe, Childs, Nutting & Jellinek), (Pagano, Cassidy, Murphy, Little & Jellinek, 2000), (Jellinek, Evans & Knight, 1979), (Murphy, Arnett, Jellinek, Reede & Bishop, 1992), (Kelleher, Mc Inerny, Gardner, Childs & Wasserman, 2005).

El PSC fue desarrollado en base a estudios previos que sostenidamente demostraron que la disfunción psicosocial y su prevalencia variaba según la presencia de factores sociodemográficos. Los factores que demostraron asociación con los puntajes de riesgo en el PSC son el bajo nivel socioeconómico, provenir de una familia monoparental, la presencia de enfermedad mental parental, la discordia familiar, las características del temperamento del niño y ser de sexo masculino. La prevalencia de disfunción psicosocial se incrementa dos a tres veces en los niños que provienen de hogares de

bajos ingresos, monoparentales y/o con enfermedad mental (Jellinek, Murphy, Little et cols., 1999).

Se han desarrollado versiones abreviadas del PSC para ser aplicadas como instrumento de pesquisa en alteraciones de tipo psicopatológico como es el caso del PSC-17 que ha seleccionado y agrupado elementos sintomáticos en trastornos internalizantes, trastornos externalizantes y trastornos de la atención (Wagman, Mozayeny & Ireland, 2003).

En un estudio de validación del PSC-17 como instrumento de pesquisa de trastornos mentales pediátricos en atención primaria se compararon las subescalas del PSC-17 con los diagnósticos y mediciones del Kiddie-SADS-PL para ansiedad, depresión y psicopatología general. Se concluyó que el PSC-17 es un instrumento más breve que otros cuestionarios de tamizaje y sus resultados son tan buenos como otros instrumentos de pesquisa (Inventario de Depresión Infantil, Autorreporte de Ansiedad, y las subescalas del Child Behavior Checklist), utilizados para detectar trastornos mentales en la atención primaria de salud (Gardner, Lucas & Kolko, 2007).

Las ventajas del uso de cuestionarios como el PSC radican en poder constituirse en un método de detección en población extensa, para valorar de forma global los trastornos mentales en una determinada población (atención primaria) y puede detectar comorbilidad así como valorar la eficacia y efectos secundarios de estudios farmacológicos. Dentro de las desventajas en su uso están los problemas con los puntos de corte (falsos positivos y negativos) por lo que básicamente es un instrumento de orientación y no de diagnóstico (Mojarro, Benjumea, Ballesteros & Soutullo, 2010).

En Chile, el instrumento fue validado en el año 1994 por George y cols. estableciendo un puntaje de corte para riesgo de 65 puntos o más, con la asignación de un correlato numérico de 1, 2 y 3 a “nunca”, “a veces” y “muy seguido” (George, Siraqyan, Mores, de la Barra, Rodríguez, López y Toledo, 1994-1995).

A partir del estudio de adaptación y validación del cuestionario PSC (FONDECYT) del Programa de Habilidades para la Vida (P-HpV) se establecieron variables de riesgo familiar con los datos de la familia que se asociaron con el riesgo global de los niños y son utilizadas en el trabajo con las familias de los niños de P-HpV. Estas variables comprenden: la edad de la madre al nacer el niño, la presencia del padre biológico en el

hogar, la presencia de una enfermedad crónica del niño, el ausentismo escolar, la presencia de trastornos mentales con o sin discapacidad en la familia y la participación de la familia en la comunidad (George, Squicciarini, Zapata, Guzmán, Hartley & Silva, 2004). Por otra parte, este programa detecta el nivel de severidad de problemas de salud mental en la infancia a través de la construcción de índices especiales niños y niñas de 1º básico e implementa una estrategia de derivación a la red local de atención en salud (George, Hartley & Guzmán).

Prevención en Salud Mental Infantil:

Abundante evidencia demuestra que los programas realizados en las escuelas pueden influir sobre la salud mental y reducir los factores de riesgo con resultados que incluyen mejor rendimiento académico, aumento de las habilidades para resolver problemas y capacidad social, disminución de los problemas de internalización y externalización, tales como síntomas depresivos, ansiedad, intimidación de compañeros, uso de sustancias y conducta agresiva y delictiva (OMS, 2004).

Para tales efectos, los programas se han basado en enfoques de prevención dirigida: la prevención selectiva, la cual se enfoca hacia personas o subgrupos de personas cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es mayor que el promedio, evidenciado por factores de riesgo biológico, psicológico o social y la prevención indicada la cual se enfoca sobre la población de alto riesgo que presenta síntomas o signos mínimos pero detectables que alertan sobre un trastorno mental o muestran marcadores biológicos que indican una predisposición a un trastorno mental sin cumplir con los criterios diagnósticos en ese momento determinado(Saxena, Jané-Llopis & Hosman, 2006).

En Chile, se hace imperioso fundamentar las políticas de prevención en salud mental a través de evaluaciones sistemáticas de los indicadores y de los diferentes agentes participantes en el desarrollo y en la salud mental infantil. Las propuestas programáticas deben ser integrales tanto para el control de los factores de riesgo como en la promoción de los factores de protección. Las intervenciones preventivas deben abarcar proporciones significativas de población de riesgos diferenciales, comenzando por los grupos de mayor vulnerabilidad, para poder ir avanzando en equidad y justicia, permitiendo que las garantías de protección de niños y adolescentes sean verdaderas

oportunidades para mejorar los niveles de salud mental, reducir la frecuencia de los trastornos mentales, la discapacidad asociada a ellos e incrementar la calidad de vida de manera progresiva en la población.

4. Hipótesis

1. Los resultados obtenidos del cuestionario Pediatric Symptom Checklist (PSC) de escolares que presentan disfunción psicosocial pueden ser agrupados psicopatológicamente de manera válida.
2. Existe una asociación significativa entre las agrupaciones psicopatológicas obtenidas y las diferentes variables de riesgo contextual.
3. El factor protector se asociará negativamente con las variables de riesgo contextual.
4. Existe una asociación significativa inversa entre el factor protector y el tipo de agrupaciones psicopatológicas encontradas.

5. Objetivos

Objetivo general:

1. Estimar la prevalencia de psicopatología en escolares vulnerables en riesgo psicosocial a través de la reformulación en agrupaciones psicopatológicas del cuestionario PSC aplicado por el P-HpV.

Objetivos específicos:

1. Reformular la información obtenida desde un instrumento de tamizaje para ser utilizado como categorías que agrupan características psicopatológicas.
2. Describir la muestra en conformidad de las agrupaciones psicopatológicas.
3. Describir las asociaciones específicas de las agrupaciones psicopatológicas con las variables de riesgo contextual y con el factor protector.

6. Marco Metodológico

El carácter del estudio realizado es de tipo cuantitativo dado que el fenómeno investigado puede ser medido y cuantificado.

En el presente estudio se formularon hipótesis, se generó un plan para someterlas a prueba y fue conducido en cuatro etapas sucesivas.

Los datos fueron analizados con técnicas estadísticas de tipo bivariado y multivariado.

El tipo de estudio realizado es descriptivo correlacional transeccional de diseño no experimental.

Muestra :

- Recolección de datos:

La muestra se obtuvo a partir de la base de datos del P-HpV y fue autorizada por el Jefe del Programa de Salud del Estudiante de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB).

- Universo vulnerable:

De los 17.612 niñas y niños que asistieron a primero básico durante el año 2008 provenientes de escuelas de la Región Metropolitana participantes del P-HpV se excluyeron 4.125 registros de escolares cuyo registro PSC presentaba datos incompletos, obteniéndose 13.487 registros de escolares con datos completos en el PSC (universo vulnerable) que fueron analizados en su totalidad.

Respecto de este universo se obtiene la muestra vulnerable que es intencionada puesto que se seleccionaron todos los puntajes en riesgo del PSC. Se obtuvo a partir de los registros cuyo del puntaje de corte total en el PSC fue igual o mayor a 65 puntos lo que los categoriza en riesgo obteniéndose un total de 2.149 escolares (muestra vulnerable) que corresponde a un 15,9% del universo vulnerable.

Definición de Variables:

Variable 1: Agrupaciones Psicopatológicas

Corresponde a un sistema clasificatorio exhaustivo respecto de las patologías psiquiátricas que presentan los niños y niñas. Está constituida por tres grupos: grupo internalizante, grupo externalizante y grupo mixto. El grupo internalizante incluye a los síntomas de la esfera afectiva y ansiosa, el grupo externalizante incluye a los síntomas de la esfera conductual con componentes disruptivos y agresivos y el grupo mixto incluye a los síntomas que pueden verse presenten en ambos grupos y requieren de una profundización de su análisis clínico.

Definición operacional: corresponde al puntaje que arrojan los ítem que forman cada una de las agrupaciones en el cuestionario PSC.

Grupo Internalizante	Ítem PSC
Se queja de malestares y dolores	1
El niño tiende a aislarse y estar solo	2
Tiene poca energía/ se cansa fácilmente	3
Teme a situaciones nuevas	10
Se siente triste	11
Se siente pesimista/ cree que las cosas son difíciles y le van a salir mal	13
Está desinteresado en los amigos	15
Se siente poca cosa	18
Consulta médico y no le encuentran nada	19
Le cuesta quedarse dormido/duerme mal	20
Le cuesta separarse de usted	21

Grupo Externalizante	Item PSC
Le cuesta estar tranquilo	4
Tiene malas relaciones con el profesor	5
Pelea con otros niños	16
Es arriesgado	23
Sufre heridas frecuentemente	24
Ignora las órdenes	27
Molesta a los demás	30
Culpa a los demás de sus problemas	31
Toma cosas ajenas	32

Grupo Mixto	Item PSC
Es inquieto	7
Sueña despierto, está en su propio mundo	8
Se distrae fácilmente	9
Es irritable y enojón	12
Le cuesta concentrarse	14
Tiene malas notas	17
El niño piensa que es malo	22
Se aburre	25
Actúa como si fuera más chico/ llora con facilidad	26
Es egoísta	33

Variable 2: Riesgo Contextual

Se refiere a las características de la familia que aumentan la probabilidad de que se presenten problemas de salud mental en escolares vulnerables. Definición Operacional: la información recogida en el cuestionario PSC como “Datos de la Familia”.

Riesgo Contextual	Factor de Riesgo
Edad de la madre al nacer el niño	Edad menor a 25 años al nacer el niño
Presencia/Ausencia del padre en el hogar	Ausencia del padre biológico
Presencia/Ausencia de una enfermedad en el niño que necesita control permanente (cronicidad) o lo hace faltar a la escuela más de una vez al mes	Presencia de enfermedad en el niño
Presencia/Ausencia de enfermedad mental en la familia	Presencia de enfermedad mental en la familia
Presencia/Ausencia de participación de la familia en la comunidad	Ausencia de participación

Variable 3: Factor Protector

Se refiere a la variable cuya presencia disminuye la probabilidad de aparición de conductas desadaptativas por lo tanto de riesgo psicosocial en el escolar.

Definición operacional: puntaje que se obtiene de ítem que describen conductas socioafectivas adaptativas del escolar del cuestionario PSC.

Para determinar su presencia se construyó un índice donde se consideró un puntaje de corte de 8.

Agrupación factor protector	Item PSC
Manifiesta interés por la escuela	6
Expresa sus sentimientos	28
Comprende los sentimientos de los demás	29

Instrumentos:

- **Cuestionario Pediatric Symptom Checklist (PSC) y PSC validado en Chile**

El Pediatric Symptom Checklist diseñado por Jellinek y cols.(1979) es un instrumento de tamizaje breve, que es aplicado a padres de niños entre 6 a 11 años en las salas de espera de las consultas pediátricas y en atención primaria.

El PSC validado en Chile (confiabilidad por consistencia interna alfa de Cronbach 0,853, FONDECYT) , está constituido por 33 preguntas sobre conductas desadaptativas y problemas emocionales frecuentes en los niños (cuestionario de conductas) y por los datos de la familia. Cada ítem del cuestionario de conductas se corrige en una escala de tres puntos cuyos puntajes se suman hasta obtener un puntaje total que establece un puntaje de corte para el riesgo de 65 puntos o más: Hay tres ítem que son corregidos inversamente.

Este instrumento evalúa el riesgo de disfunción psicosocial en el hogar, es completado por los padres de los escolares y es utilizado en el PHV para la detección universal de riesgo psicosocial.

- **Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children (6 -18 años) :Protocolo para los trastornos emocionales y la esquizofrenia en niños. Entrevista K-SADS-PL versión México para niños y adolescentes entre 6 y 18 años.**

El Kiddie SADS-PL-Mex es una entrevista diagnóstica semiestructurada para evaluar episodios actuales y pasados de psicopatología en niños y adolescentes de acuerdo a los criterios DSM-III-R y DSM-IV que genera diagnósticos psiquiátricos de certeza, confiables y válidos (confiabilidad Kappa de Cohen >0,75). Utiliza múltiples informantes

evaluados por un solo clínico y usa el mejor juicio clínico para la integración sintomatológica. Se codifica según el síntoma actual y del pasado. Tiene criterios de salto, suplementos y 46 categorías diagnósticas.

Es importante señalar que no ha sido validada en Chile.

Los diagnósticos principales que se evalúan son: Depresión Mayor, Distimia, Manía, Hipomanía, Ciclotimia, Bipolaridad, Trastorno Esquizoafectivo, Esquizofrenia, Trastornos esquizofreniforme, Psicosis Reactiva breve, Pánico, Agorafobia, Ansiedad de separación, Trastorno evitativo de la infancia y de la adolescencia, Fobia simple, Fobia Social, Ansiedad Excesiva, Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo-compulsivo, Déficit Atencional con hiperactividad, trastorno de conducta, desafiante oposicionista, enuresis, encopresis, anorexia nervosa, bulimia, tics transitorios, Gilles de la Tourette, Tics motores o vocales crónicos, abuso de alcohol, abuso de sustancias estrés postraumático y trastornos adaptativos.

La entrevista K-SADS-PL-Mex consta de tres partes : la primera, es una entrevista introductoria no estructurada de 15 a 20 minutos de duración, la segunda es una entrevista diagnóstica inicial/tamizaje de 45 a 60 minutos de duración y la tercera, corresponde a cinco suplementos diagnósticos que incluyen trastornos afectivos, psicóticos, ansiosos, conductuales, abuso de sustancias y otros con un tiempo variable de duración según los puntajes obtenidos en el tamizaje inicial.

Se aplica a los padres, ambos o uno y al niño o adolescente.

Es el mismo entrevistador el que efectúa la entrevista a los informantes.

Los datos de la entrevista y del reporte de los informantes constituyen una síntesis denominada “diagnóstico mejor estimado”.

A través de la entrevista se logra un tamizaje clínico que provee de los síntomas primarios de los diferentes diagnósticos evaluados en el K-SADS-PL. Las áreas diagnósticas evaluadas en el tamizaje 1 son: trastornos depresivos, Manía, Psicosis, Trastorno de Pánico, Trastorno por ansiedad de separación, Fobia Social/ trastorno evitativo, Fobias específicas/Agorafobia, Sobreansiedad/Ansiedad generalizada, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Enuresis.

En el tamizaje 2, se evalúa: Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa, Déficit Atencional e Hiperactividad, Oposicionismo-Desafiante, Trastornos de la Conducta disocial,

Trastornos por tics, Trastorno por uso de Alcohol, Trastorno por uso de sustancias, Trastorno por estrés postraumático, Encopresis.

Los reactivos en su mayoría se evalúan utilizando una escala de 0 a 3. 0 es sin información disponible, 1 es síntoma no presente, 2 es subumbral y 3 es umbral. El resto de los reactivos se califica en una escala de 0 a 2. 0 es sin información, 1 es no y 2 es sí.

Al completar el tamizaje inicial se debe consignar la Escala Global de Evaluación para niños que fue adaptada de la Escala de Evaluación Global para Adultos (Shaffer, Gould, Brasic, Ambrosini, Fischer, Aluwahlia. Children's Global Assessment Scale, 1983).

Procedimiento:

o Agrupaciones psicopatológicas y factor protector

Los contenidos descriptivos de cada ítem del Pediatric Symptom Checklist (PSC) corresponden síntomas específicos e inespecíficos de categorías psicopatológicas. Los diferentes ítem fueron asignándose a las agrupaciones psicopatológicas. Estas agrupaciones psicopatológicas se basaron en los criterios clínicos de las clasificaciones diagnósticas en trastornos mentales y en la investigación (DSM IV y CIE-10).

Para el factor protector se consideraron tres ítem: manifiesta interés por la escuela, expresa sus sentimientos y comprende los sentimientos de los demás, los que agrupados definen aspectos de adaptación escolar y empatía.

o Selección de la muestra

La selección de la muestra se efectuó a partir de los registros de los PSC de los escolares de Primer Año Básico de 2008 de las Escuelas participantes en el P-HpV de la Región Metropolitana. El universo con el cual se trabajó fueron todos los niños que presentaron riesgo en el PSC según el puntaje de corte que aplica el P-HpV. Está constituyó una muestra intencionada. Los datos fueron facilitados por el Departamento de Salud del Estudiante de la JUNAEB con el acuerdo institucional correspondiente.

Para la entrevista diagnóstica psiquiátrica se entrenó en la aplicación del protocolo K-SADS-PL a los residentes de Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de tercer año de formación de la Clínica Psiquiátrica.

○ **Consideraciones éticas:**

Las entrevistas diagnósticas psiquiátricas de los escolares fueron efectuadas gracias a la coordinación previa con los ejecutores del programa P-HpV quienes informaron y contactaron a los padres de los niños y a los Directores de los establecimientos educacionales de los niños seleccionados.

Previamente, se solicitó la autorización a los Directores de las Escuelas y se les solicitó un consentimiento informado. Se dio la oportunidad de comentar los objetivos del estudio, la relevancia de la detección de los problemas y trastornos de salud mental en la escuela, así como de conocer las principales preocupaciones que para ellos respecto de la salud mental de los escolares en sus establecimientos y en el ejercicio de su trabajo pedagógico.

Por otra parte, cada padre o apoderado firmó el consentimiento informado antes de ser entrevistados sus hijos y a cada escolar se le pidió que leyera en voz alta y firmara su asentimiento explicándosele las características de la entrevista a efectuar.

Las entrevistas se hicieron en las dependencias de las Escuelas a las que asisten los niños y en horario de clases.

Los resultados de las entrevistas diagnósticas psiquiátricas de cada escolar evaluado serán entregados a los ejecutores del P-HpV local con el objetivo de informar a las familias sobre los hallazgos y de coordinar la atención en salud mental para los niños.

○ **Realización de las entrevistas diagnósticas psiquiátricas:**

Las entrevistas fueron llevadas a cabo en las escuelas de la Región Metropolitana a las cuales asistían los niños previa coordinación con los equipos ejecutores del P-HpV. Las entrevistas se efectuaron durante el mes de Diciembre de 2010 y el mes de Marzo de 2011. Es importante señalar que dentro de las dificultades surgidas para la realización de la última etapa del estudio destacan la situación de paro de funcionarios públicos que son parte de los establecimientos educacionales incluidos en el P-HpV que ocurrió en los meses de Noviembre y Diciembre de 2010, lo que interfirió con las visitas a las escuelas. Dos Directores de Escuela rechazaron las entrevistas aduciendo que no querían evaluar a ningún niño. En otro par de comunas se solicitó autorización

de la Corporación de Salud Municipal, por correo electrónico y vía telefónica sin obtener respuesta.

La muestra final seleccionada según representatividad y dada la limitación del plazo, se completó la entrevista solamente a quince escolares de los treinta previstos en la submuestra.

En el presente estudio se entrevistaron solamente a los niños.

Las entrevistas fueron efectuadas principalmente por la autora del estudio. Dos escolares fueron evaluados por los médicos residentes , egresados en Marzo de 2011 del programa de especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile.

- **Procedimiento de análisis de datos:**

Se utilizó la estadística descriptiva con el uso de porcentajes y gráficos para dar cuenta de las características de la muestra y de las variables del estudio.

Se utilizó el programa de análisis estadístico SPSS 15.0 versión español.

Para dar cuenta de las hipótesis se utilizaron análisis multivariado. Para dar cuenta de la hipótesis 1 se utilizó un análisis factorial de componentes principales y para dar cuenta de las hipótesis 2, 3 y se calculó el test estadístico de χ^2 .

7. Resultados

o Análisis descriptivo de la muestra:

El universo vulnerable constituida por 13.487 escolares presentó un puntaje total promedio del PSC de 55,31 puntos, con una desviación standard de 9,0 (IC 95% 55,15-55,46) con un mínimo de 33 puntos y un máximo de 93 puntos.

La distribución por sexo del universo vulnerable proveniente de 13.487 escolares fue de un 48,2% para sexo femenino y un 51,8% para sexo masculino.

La edad promedio fue de 6,4 años (IC 95% 6,39-6,41) con una mediana de 6 años y entre 5 y 11 años.

La muestra de 2.149 escolares corresponde a las niñas y niños que presentaron puntajes de riesgo psicosocial corresponde al 15,9% del universo vulnerable.

De esta muestra de 2.149 niños, el puntaje promedio del PSC fue de 70,18 puntos (IC 95% 69,98-70,38) con una desviación standard de 4,78 y una mediana de 69 puntos.

Respecto de la distribución por sexo en este grupo de escolares, el 37,6% corresponde a sexo femenino y el 62,4% a sexo masculino.

En la comparación según sexo y puntaje de riesgo se obtienen los siguientes resultados (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución según sexo de puntaje de riesgo en universo vulnerable y muestra

	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tamaño Universo vulnerable	6.592	(48,9)	6.895	(51,1)	13.487	(100)
Tamaño Muestra (Puntaje PSC >= 65)	808	(37,6)	1.341	(62,4)	2.149	(100)

○ **Análisis estadístico de la muestra vulnerable**

VARIABLES “Agrupaciones psicopatológicas”:

Verificación de Hipótesis 1:

La reformulación teórica del PSC en tres agrupaciones psicopatológicas fue la propuesta de investigación que debía presentarse como resultado del análisis factorial confirmatorio, sin embargo al realizar un análisis exploratorio de componentes principales (que permitiría visualizar si se presentaban las agrupaciones de la forma que se había propuesto) se encontraron 11 factores que explicaban el 51% de la varianza. Como esta solución factorial no constituía un aporte desde la clínica, se decidió eliminar aquellos ítem que correlacionaban bajo 0,30 con el puntaje total (12 ítem) y realizar un nuevo análisis de componentes, que entregó 7 dimensiones o factores y explicó el 52% de la varianza. En esta nueva solución había tres factores que estaban formados por dos ítem lo que otorga baja validez al factor, razón por la cual se forzó el análisis con los 21 ítem restantes a 6, 5 y 4 factores. Se eligió la mejor solución con 6 factores que explicaron una varianza de 47%. Esta solución es de consistencia clínica psicopatológica y estadística. De estos 6 factores se trabajaron 5 como agrupaciones psicopatológicas y 1 como factor protector (Tabla 2).

Tabla 2.

Factores resultantes Análisis Factorial Exploratorio de Componentes principales

Factor 1

Item PSC	Descripción
16	Pelea con otros niños
27	Ignora las órdenes
30	Molesta a los demás
31	Culpa a los demás de sus problemas
32	Toma cosas ajenas
33	Es egoísta

Factor 2

Item PSC	Descripción
4	Le cuesta estar tranquilo
7	Es inquieto
(10)	Teme a las situaciones nuevas*

* Item resultante en valor negativo

Factor 3

Item PSC	Descripción
11	Se siente triste
13	Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal
18	Se siente poca cosa
22	El niño piensa que es malo

Factor 4

Item PSC	Descripción
2	El niño tiende a aislarse y estar solo
3	Tiene poca energía/ se cansa fácilmente
15	Está desinteresado de los amigos

Factor 5

Item PSC	Descripción
9	Se distrae fácilmente
14	Le cuesta concentrarse

Factor 6

Item PSC	Descripción
6	Manifiesta interés por la escuela
28	Expresa sus sentimientos
29	Comprende los sentimientos de los demás

Nota: Item PSC = Pediatric Symptom Checklist

Los seis factores encontrados se categorizaron en cinco “agrupaciones psicopatológicas” y en un “factor protector” (Tabla 3).

Tabla 3.

“Agrupaciones psicopatológicas” según los factores encontrados en análisis factorial

Variable Agrupación Psicopatológica	Factores
Comportamiento disruptivo	1
Hiperactividad	2
Depresivo I	3
Depresivo II	4
Atención	5

“Factor protector”

Factor Protector	6
------------------	---

Con la información presentada anteriormente se ha dado cuenta del objetivo específico N° 1.

Para el logro del objetivo específico N° 2 se procedió a calcular el análisis de frecuencia de las “agrupaciones psicopatológicas”.

Se midió la frecuencia de las agrupaciones psicopatológicas (Comportamiento disruptivo, Hiperactividad, Depresivo I, Depresivo II, Atención) según los factores encontrados en la muestra de 2.149 escolares. Para tales efectos, se identificaron los puntajes más altos como todos aquellos que tienen un puntaje factorial (estandarizado) mayor a 0,5 y se asignó a una “agrupación psicopatológica mixto” aquellos que obtuvieron puntajes $z > 0,5$ en dos factores o más.

Se encontró para cada agrupación psicopatológica para la muestra de 2.149 niños las siguientes frecuencias: 12,7% sin diagnóstico, 5,5% para la agrupación psicopatológica comportamiento disruptivo, 10,4% para la agrupación psicopatológica hiperactividad, 5,1% para la agrupación psicopatológica depresivo I, 6,6% para la agrupación psicopatológica depresivo II, 9,8% para la agrupación psicopatológica atencional y un 50,1% para la agrupación psicopatológica mixto. Se encontró un 12,7% sin diagnóstico (Tabla 4).

Tabla 4.
Frecuencia “Agrupaciones Psicopatológicas”

Sin Diagnóstico	268	12,7%
	n	%
Agrupaciones Psicopatológicas		
Comportamiento disruptivo	116	5,5%
Hiperactividad	220	10,4%
Depresivo I	107	5,1%
Depresivo II	139	6,6%

Atencional	207	9,8%
Mixto	1060	50,1%

Análisis descriptivo de las variables de riesgo contextual:

Respecto a los variables de riesgo contextual, se encontró para la variable “ edad de la madre al nacer el niño” un 14,8% para edad menor de 25 años al nacer el niño, un 83,4% entre los 25 y 49 años y un 1,8% para madres mayores de 49 años.

Respecto de la variable” presencia/ ausencia del padre biológico” se encontró que un 53,3% tiene presencia del padre y un 46,7% de ausencia.

Respecto de la variable “enfermedad en el niño”, se encontró un 72 % sin enfermedad y un 27,3% con enfermedad.

Respecto de la variable “enfermedad mental en la familia” se encontró un 79,8% sin enfermedad mental y un 20,2% de presencia de enfermedad mental en el entorno.

Respecto de la variable “familia participativa” se encontró un 65,4% que no participa y un 34,6% con participación.

Verificación de la Hipótesis N° 2 :

Existe una asociación significativa entre las agrupaciones psicopatológicas obtenidas y las diferentes variables de riesgo contextual.

Para realizar la comprobación de esta hipótesis se estudió la asociación entre variables “agrupaciones psicopatológicas” y variables “de riesgo contextual” con el test de Xi 2.

Se analizó la asociación entre cada una de las “agrupaciones psicopatológicas” (comportamiento disruptivo, hiperactividad, depresivo I, depresivo II, atencional y mixto) y las variables “de riesgo contextual” (edad de la madre al nacer el niño, ausencia del padre biológico en el hogar, enfermedad limitante, enfermedad mental en la familia, participación de la familia).

Se encontraron nueve asociaciones estadísticamente significativas entre las variables de riesgo contextual con las agrupaciones psicopatológicas.

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables de riesgo “enfermedad limitante” con la agrupación psicopatológica “depresiva II” ($p=0.000$), con la agrupación psicopatológica “atencional” ($p=0.000$), con la agrupación

psicopatológica “depresivo I” ($p=0.001$) y con la agrupación psicopatológica “mixto” ($p=0.005$).

También se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las variables “familia no participativa” y la agrupación psicopatológica “atencional” ($p=0.000$).

La variable “ausencia del padre biológico” se asoció de manera significativa con la agrupación psicopatológica “depresiva I” ($p=0.001$), con la agrupación psicopatológica “mixto” ($p=0.015$) y con la agrupación psicopatológica “Hiperactividad”.

Finalmente, se encontró una asociación significativa entre la variable “Enfermedad mental la familia” con la agrupación psicopatológica “depresivo I” (Tabla 5).

Tabla 5.

Asociación variables de riesgo contextual y agrupaciones psicopatológicas
Valores de χ^2 y significancia estadística

Variable Agrupación Psicopatológica	Variables de riesgo contextual				
	Madre adolescente	Ausencia del padre biológico	Enfermedad en el niño	Enfermedad mental en la familia	Familia no participativa
Comportamiento disruptivo	-	-	-	-	-
Hiperactividad	-	5,289 (0,021)	-	-	-
Depresivo I	-	10,117 (0,001)	11,318 (0,001)	3,953 (0,047)	-
Depresivo II	-	-	14,015 (0,000)	-	-
Atencional	-	-	16,281 (0,000)	-	10,792 (0,001)
Mixto	-	5,863 (0,015)	7,957 (0,005)	-	-

Análisis de la frecuencia de la variable factor protector:

Se encontró un 32,1% de niños con Factor Protector presente (Tabla 6).

Tabla 6.
Frecuencia Variable “factor protector”

Variable Factor Protector	Presencia de Factor	Ausencia de factor protector	Total	Perdidos	Total
Frecuencia	679	1438	2117	32	2149
Porcentaje	32,1%	67,9%	100		

Verificación de la hipótesis N° 4:

Existe una asociación significativa inversa entre el factor protector y el tipo de agrupaciones psicopatológicas encontradas.

Para realizar la comprobación de esta hipótesis se estudió la asociación entre las variables “agrupaciones psicopatológicas” y la variable “factor protector” con el test de χ^2 (Tabla 7).

Se rechaza la hipótesis número 4 puesto que no se encontró una asociación significativa inversa entre factor protector y agrupaciones psicopatológicas.

Con la información presentada antes se ha dado cuenta del objetivo N° 3.

Tabla 7.

Variable “factor protector” / variable “agrupaciones psicopatológicas”

	χ^2	Sig. asintótica (bilateral)
Disruptivo	,962	,327
Hiperactivo	,153	,696
Depresivo I	,021	,885
Depresivo II	,088	,766
Atencional	1,422	,233
Mixto	,427	,513

Verificación de la Hipótesis N° 3 :

El factor protector se asociará negativamente con las variables de riesgo contextual

Análisis de asociación de la variable “factor protector” y variables “de riesgo contextual”.

Se encontró que la asociación entre “factor protector” y “familia no participativa” es significativa. Los niños cuya familia es participativa presenta factor protector y los niños cuya familia no es participativa no presenta factor protector. Se encontró que la asociación entre factor protector y presencia de enfermedad en el niño que le hace faltar a clases es significativa, esto señala que los niños que tienen una enfermedad, no presentan factor protector (Tabla 8).

Tabla 8.

Variable “factor protector” y variable “de riesgo contextual”

	χ^2	Sig. asintótica (bilateral)
Madre adolescente	,141	,932
Padre biológico ausente	2,984	,084
Enfermedad presente en el niño	9,983	,002
Enfermedad mental en la familia	,000	,984
Familia no participativa	13,140	,000

Con la información presentada antes se ha dado cuenta del objetivo N° 3.

Un análisis adicional es el de la variable “factor protector” según distribución por sexo: Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la variable “factor protector” y sexo femenino ($\chi^2 = 14,767$; $p = ,000$) (Tabla 9).

Tabla 9.

Variable “factor protector” y distribución por sexo

Xi2		Protector		Total
		Sin factor	Con factor	
Sexo	mujer	503	296	799(37%)
	hombre	935	382	1317(29%)

El 37% de las mujeres presenta factor protector, en tanto, el 29% de los hombres lo presenta.

Otros análisis relevantes:

Análisis de frecuencia de las agrupaciones psicopatológicas y distribución por sexo:

Se encontró que en la distribución por sexo, las mujeres presentaron mayor frecuencia de las agrupaciones psicopatológicas “comportamiento disruptivo” (6,8% vs. 4,7%), “depresivo I y II (5,8% y 8,6% vs. 4,6% y 5,3%) en comparación con los hombres.

En cuanto a los hombres, estos presentaron mayor frecuencia de la agrupaciones psicopatológicas “hiperactividad”(11,9% vs. 7,9%) y “mixto”(52,2% vs. 46,7%).

Para ambos sexos se encontró una frecuencia de 10% para la agrupación psicopatológica “atencional” (Tabla 10).

Tabla 10.

Frecuencia de variables “agrupaciones psicopatológicas” y distribución por sexo

Variable Agrupación psicopatológica	Frecuencia Sexo Femenino	Frecuencia Sexo Masculino	Total
Sin diagnóstico	117 (14.6%)	150 (11.4%)	267 (100%)
Comportamiento disruptivo	54 (6.8%)	62 (4.7%)	116 (100%)
Hiperactividad	63 (7.9%)	157(11.9%)	220 (100%)
Depresivo I	46 (5.8%)	61 (4.6%)	107 (100%)
Depresivo II	69 (8.6%)	70 (5.3%)	139 (100%)
Atencional	77 (9.6%)	130 (9.9%)	207 (100%)
Mixto	373 (46.7%)	687 (52.2%)	1060 (100%)

Análisis descriptivo del subgrupo con entrevista psiquiátrica:

De los 2.149 escolares que correspondieron a la muestra final, se seleccionó al azar una submuestra de treinta escolares para la aplicación de la entrevista diagnóstica psiquiátrica semiestructurada con el protocolo K-SADS PL. Esta entrevista se realizó con el objeto de confrontar la validez clínica de las agrupaciones psicopatológicas que se crearon con el análisis factorial.

Los niños entrevistados fueron 15 escolares. De ellos, se eliminó un caso (una escolar) por no presentar datos completos en el PSC, habiéndose presentado un error de procedimiento en el momento de la coordinación con el equipo ejecutor del P-HpV local. De los niños entrevistados, se obtuvo una edad promedio de 8,8 años, 11 hombres y tres mujeres.

Los tipos de familia de los escolares se distribuyeron principalmente entre las familias biparentales extendidas y monoparentales extendidas.

Análisis diagnóstico psiquiátrico con entrevista K-SADS-PL:

Respecto de los diagnósticos psiquiátricos no se encontró patología psiquiátrica en dos niños(14,3%). Con un diagnóstico psiquiátrico se encontraron cinco niños (35,7%). Se diagnosticó más de un trastorno psiquiátrico en siete escolares (64,3%). El diagnóstico más frecuente fue Trastorno por Ansiedad de Separación (50%), seguido por el Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (35,7%). Se encontraron seis escolares con más de un Trastorno por Ansiedad (42,9%). En tres niños se observó comorbilidad entre Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad con algún Trastorno por Ansiedad (21,4%) (Tabla 11).

Tabla 11.

Diagnósticos psiquiátricos de la submuestra de escolares con K-SADS PL

Tipo de Diagnóstico Psiquiátrico	Un Diagnóstico n (%)
Trastorno ansiedad separación	1
TDAH	2
Trastorno por ansiedad generalizada	1
Trastorno depresivo no especificado	1
Total niños	5 (35,7%)

Tipo de Diagnóstico Psiquiátrico	Dos Diagnósticos n (%)
Trastorno ansiedad separación + Fobia específica	2
TDAH + T. Estrés posttraumático	1
Total de niños	3 (21,4%)

Tipo de Diagnóstico Psiquiátrico	Tres Diagnósticos o más n (%)
Trastorno ansiedad separación + Fobia específica + T. Ansiedad generalizada	1
TDAH + T. Estrés posttraumático + Fobia Específica	1
TDAH + T. ansiedad separación + T. Ansiedad generalizada	1
Trastorno bipolar no especificado +T. ansiedad separación + T. Ansiedad generalizada + T. Estrés posttraumático	1
Total de niños	4 (28,5%)

Sin patología	n (%)
	2 (14,3%)

Nota: K-SADS-PL= Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version; TDAH= trastorno por déficit atencional e hiperactividad

Respecto de los diagnósticos individuales en la muestra clínica y los resultados de la Escala Global de Evaluación (GAF) para niños se encontraron cinco niños con “alguna dificultad en un área”(70-61), de éstos, tres presentaron comorbilidad (más de un diagnóstico psiquiátrico establecido por el instrumento Kiddie-SADS-PL). Siete niños presentaron un “funcionamiento variable con dificultades esporádicas” (60-51), de los cuales, cuatro presentaron comorbilidad (Tabla 12).

Tabla 12.

Diagnósticos clínicos de la submuestra y GAF

	Dg 1	Dg 2	Dg3	Dg4	GAF
Escolar 1	T. ansiedad separación	-	-	-	60-51
Escolar 2	T. déficit atencional e hiperactividad	-	-	-	60-51
Escolar 3	T. déficit atencional e hiperactividad	T. estrés posttraumático	-	-	60-51
Escolar 4	T. depresivo no especificado	-	-	-	60-51
Escolar 5	T. ansiedad separación	Fobia Específica	T. ansiedad generalizada	-	60-51
Escolar 6	Sin patología	-	-	-	-
Escolar 7	T. bipolar no especificado	T. ansiedad separación	T. ansiedad generalizada	T. estrés posttraumático	60-51
Escolar 8	T. déficit atencional e hiperactividad	T. ansiedad separación	T. ansiedad generalizada	-	70-61
Escolar 9	T. ansiedad separación	Fobia Específica	--		70-61
Escolar 10	T. déficit atencional e hiperactividad	-	-	-	70-61
Escolar 11	Sin patología	-	-	-	-
Escolar 12	T. ansiedad separación	Fobia Específica	-	-	70-61

Escolar 13	T. déficit atencional e hiperactividad	T. estrés posttraumático	Fobia Específica	-	60-51
Escolar 14	T. ansiedad generalizada	-	-	-	70-61

Nota: GAF= Escala Global de Evaluación para niños

Se evaluó la convergencia entre los diagnósticos clínicos obtenidos por la entrevista K-SADS-PL y las agrupación psicopatológicas arrojadas por el análisis factorial exploratorio. Se observó concordancia en la mitad de los casos(Tabla 13).

Tabla 13.

Concordancia entre diagnósticos clínicos por K-SADS y Agrupaciones psicopatológicas

	Agrupación Psicopatológica	Dg Psiq (+/-)	Dg 1	Dg 2	Dg 3	Dg 4
1	MIXTO	+	TDAH	-	-	-
2	SIN DIAGNOSTICO	+	TAG	-	-	-
3	MIXTO	+	TBP NE	TAS	TAG	TSPTM
4	MIXTO	-	-	-	-	-
5	SIN DIAGNOSTICO	+	TDAH	TSPTM	FE	-
6	MIXTO	+	TDAH	TPTM	-	-
7	MIXTO	+	TAS	TAG	FE	-
8	HIPERACTIVO	+	TDAH	-	-	-
9	ATENCIONAL	+	TAS	FE	-	-
10	HIPERACTIVO	-	-	-	-	-
11	SIN DIAGNOSTICO	+	TAS	-	-	-
12	DEPRESIVO I	+	TD NE	TAS	-	-
13	MIXTO	+	TDAH	TAS	TAG	-
14	MIXTO	+	TAS	FE	-	-

8. Conclusiones y Discusión

El propósito de esta investigación fue establecer si los resultados obtenidos del análisis cuantitativo (puntajes de riesgo) y cualitativo (características clínicas) del cuestionario Pediatric Symptom Checklist (PSC) de escolares que presentan disfunción psicosocial pueden ser agrupados psicopatológicamente de manera válida.

Los resultados permiten concluir que los escolares evaluados se adscriben a seis agrupaciones psicopatológicas las que fueron del tipo “comportamiento disruptivo”, “hiperactividad”, “depresivo I”, “depresivo II”, “atencional” y “mixto” las cuales son consistentes con los hallazgos en la literatura Gardner, 2007; Wagman, 2003).

Estas agrupaciones psicopatológicas provenientes del instrumento PSC permiten señalar que éste detecta los trastornos disruptivos, el trastorno por déficit atencional e hiperactividad y con una menor precisión, los trastornos ansiosos como lo encontrado en investigaciones anteriores con el uso del PSC (Gardner, 2007).

Lo anterior permite señalar que el instrumento PSC es válido para la detección de los trastornos externalizantes (comportamiento disruptivo), de los trastornos internalizantes del subtipo depresivo y de los trastornos atencionales e hiperactivos. Dentro del grupo de los trastornos internalizantes, podría ser que los trastornos por ansiedad no sean detectados debido a que el instrumento no contiene suficientes ítem (tan sólo 1) que correspondan a síntomas ansiosos específicos. Tres casos con trastornos ansiosos detectados en la entrevista clínica aparecieron sin diagnóstico en el cuestionario PSC. Es necesario profundizar en la agrupación psicopatológica “mixto” para analizar si los niños con síntomas ansiosos pudiesen tener alguna representatividad allí.

Por otra parte, la evolutividad psicopatológica en los niños, como lo observado en un caso de un niño que se presentaba como una agrupación psicopatológica atencional que dos años después se diagnosticó como un trastorno por ansiedad de separación con una fobia específica asociada puede señalar las diferencias entre el PSC detectado el 2008 y las manifestaciones clínicas registradas dos años después lo que debe ser profundizado para poder conocer la forma en que niños y padres reportan la presencia de psicopatología.

En cuanto a los resultados para el puntaje del PSC se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de los hombres y de las mujeres,

siendo más altos en los niños que en las niñas (19.4% vs. 12.3%) al igual que para los escolares con puntajes de riesgo (62.4% vs. 37.6%) . Esto merecería un estudio más detallado para conocer las forma de presentación de la psicopatología y el dimorfismo sexual en la infancia (mayor presencia de trastorno por déficit atencional e hiperactividad en hombres, mayor presencia de trastornos disruptivos en niñas y de cuadro depresivos) .

En cuanto a los factores de riesgo, se obtuvieron resultados diferentes a los encontrados por el P-HpV (Chile, JUNAEB, Documento de resultados 2005 P-HpV), señalándose para todas las variables frecuencias más elevadas (madre adolescente al nacer el niño, ausencia del padre biológico, enfermedad limitante en el niño, enfermedad mental en la familia , familia no participativa).

Estas diferencias pueden estar explicadas porque en el presente estudio se seleccionaron los resultados del PSC de los escolares con puntaje de riesgo, lo que puede señalar que el grupo de riesgo presenta mayor frecuencia de factores de riesgo contextual en comparación con el grupo total.

Este hallazgo corrobora lo encontrado en la literatura que señala que los niños que provienen de familias multiproblemáticas presentan mayores factores de riesgo biopsicosociales como abuso de sustancias en los padres, enfermedad mental en la familia, enfermedad física crónica y aislamiento social (Adnopolz & Grigsby, 2002).

Respecto de las asociaciones resultantes entre las agrupaciones psicopatológicas y los factores de riesgo contextual, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las agrupaciones psicopatológicas “depresivo I” y “atencional” con el factor de riesgo “enfermedad en el niño”, lo que es consistente con los hallazgos en estudios previos que señalan mayor frecuencia de trastornos internalizantes y de problemas escolares para los niños que presentan enfermedades médicas crónicas (Fritsch S., 2010).

Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre las agrupaciones psicopatológicas “depresivo I”, “mixto” e “hiperactividad” con el factor de riesgo “ausencia del padre biológico”. No es posible establecer cuáles pueden ser las formas

en que se asocian la ausencia del padre biológico con las agrupaciones encontradas. Es necesario profundizar en la manera en que el tipo de hogar en el cual vive el niño (madre jefa de hogar, familia reconstituida, ausencia del padre debido a problemas con la ley, etc.) contribuye al riesgo para presentar trastornos mentales al evaluar las dinámicas bidireccionales entre las características de los niños y sus entornos familiares (Richters & Weintraub, 1990) dado que los factores de riesgo pueden actuar inespecíficamente (Zeanah et cols., 2007).

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la agrupación “atencional” y la “familia no participativa”. Esta asociación podría ser explicada dado que los niños inatentos pueden tener mayores problemas para comprender lo que son los comportamientos apropiados y para relacionarse con los pares lo que puede llevar a aislamiento social a futuro (Weiss & Weiss, 2002).

En cuanto a la asociación entre “enfermedad mental en la familia” y las agrupaciones psicopatológicas, se encontró una asociación estadísticamente significativa con la agrupación psicopatológica “depresiva I”. Esta asociación puede estar explicada por la manera en que los niños reaccionan a la presencia del trastorno mental en la familia. En Chile, la alta prevalencia de Depresión en la población general y en especial en las mujeres pobres (Rojas , Fritsch , Solís , González, Guajardo & Araya , 2006) hace suponer que en un grupo de niños, los elementos sintomáticos que corresponden a la expresión de tristeza, desesperanza, baja autoestima y sentimientos de culpa, se relacione con la transmisión de la depresión a través de procesos ambientales (Lewis, Rice, Harold, Collishaw & Thapar, 2011) y como lo encontrado en el estudio para los hijos de madres deprimidas en Santiago donde un 62,2% de los niños presentaron síntomas internalizantes (Fritsch R.M. et cols., 2007). Es importante señalar que la recuperación de la depresión en las madres se asocia con la disminución de los síntomas psiquiátricos y mejoría del funcionamiento de los niños (Pilowsky et cols., 2008).

En relación con el factor protector se encontró una frecuencia de 32% en el grupo estudiado lo que señala que la mayoría no tiene factor protector.

Los resultados anteriores corroboran que el tipo de población estudiada es un grupo de mayor riesgo, donde la presencia de factores de protección se encuentra disminuida, lo que establece grados de vulnerabilidad que pueden determinar diferentes trayectorias de desarrollo psicosocial (Rutter, 2003).

En cuanto a la asociación entre el “factor protector” y las agrupaciones psicopatológicas, se encontró una asociación significativa entre la presencia del “factor protector” y la agrupación psicopatológica “hiperactividad”. Esto contradice el planteamiento hipotético del estudio que había señalado que se asociarían de manera negativa. Este hallazgo no puede ser explicado con la evidencia actualmente existente.

Respecto de la asociación entre el “factor protector” y los “factores de riesgo contextual” se encontró una asociación significativa entre la presencia de “factor protector” y la presencia de una “familia participativa” lo que puede señalarse como una asociación protectora e inversamente, su ausencia se relaciona con una familia no participativa. Se observó también una asociación significativa entre la ausencia de factor protector y presencia de enfermedad en el niño que le hace faltar a clases. Esta asociación es de particular interés dado que se trataría de niños que presentan enfermedad médica que le hace faltar al menos una vez al mes al colegio, lo que puede constituirse en ausentismo escolar, factor de riesgo para el desarrollo (National Center for Children in Poverty. Children’s Mental Health: Facts for Policymakers, 2006).

A partir de los resultados se pudieron estimar las frecuencias en la muestra seleccionada obteniéndose resultados similares a los encontrados en la literatura para población de atención primaria tamizada para riesgo (Chile, JUNAEB, Documento de resultados 2005 P-HpV; Gardner, 2007; Wagman, 2003).

Se encontró que en la distribución por sexo, las mujeres presentaron mayor frecuencia de las agrupaciones psicopatológicas “comportamiento disruptivo” (6,8% vs. 4,7%) lo que ha sido reportado por el estudio de Epidemiología de los trastornos mentales infanto-juveniles en la provincia de Cautín, Santiago e Iquique(Vicente, de la Barra, 2010) . También se observó una mayor frecuencia de las agrupaciones psicopatológicas “depresivo I y II” en niñas que niños (5,8% y 8,6% vs. 4,6% y 5,3%). Respecto de los segundos, es necesario profundizar en los dos grupos depresivos en las niñas. El primer grupo contiene características depresivas del tipo tristeza,

pesimismo, baja autoestima y sentimientos de culpa que señalan un componente cognitivo del trastorno depresivo. Esto podría indicar un estado afectivo depresivo prolongado, como lo observado en la distimia. En el segundo grupo, se describen características depresivas con impacto en el funcionamiento interpersonal como aislamiento, soledad, baja energía y desinterés en los amigos. Estas diferencias cualitativas requieren mayor exploración pues pueden señalar un grado de impacto o severidad del trastorno depresivo, en especial si se trata de mujeres con problemas en el establecimiento de relaciones interpersonales y síntomas depresivos, elementos psicopatológicos que pueden estar señalando trastornos en el vínculo, desadaptación social y comportamientos de evitación social.

Ambos grupos depresivos pueden relacionarse con mayor riesgo de presentar trastornos afectivos a futuro. Los trastornos depresivos y la distimia de inicio temprano son trastornos frecuentes, recurrentes y se continúan hacia la adultez, se asocian con otros trastornos psiquiátricos, así como con mal funcionamiento psicosocial y escolar, con un aumento del riesgo para consumo de sustancias, con trastorno bipolar y suicidio (Birmaher et cols., 1996).

En cuanto a los hombres, estos presentaron mayor frecuencia de las agrupaciones psicopatológicas “hiperactividad”(11,9% vs. 7,9%) y “mixto”(52,2% vs. 46,7%).

Se encontró una elevada frecuencia de trastornos psiquiátricos en la muestra de los niños seleccionados con puntaje de riesgo en el PSC que fueron diagnosticados con el K-SADS-PL (12/14). De estos, tres presentaron dos diagnósticos psiquiátricos, tres presentaron tres diagnósticos psiquiátricos y uno presentó cuatro diagnósticos psiquiátricos.

El diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue el de trastornos ansiosos. Esto se ha observado en otros estudios en población general (Vicente, B. et cols., 2010) , en estudios de pesquisa (Gardner et cols, 2007) y en estudios clínicos (Last, 1987). Por otra parte, se encontró comorbilidad con otros trastornos ansiosos lo que también ha sido evidenciado en otras investigaciones y es de relevancia clínica para poder profundizar la relación entre la presencia de trastornos ansiosos y la presencia de depresión (Brady & Kendall, 1992). Estos resultados merecen atención es particular al

observar los resultados de las agrupaciones psicopatológicas al no presentarse agrupaciones de tipo ansioso, lo que pudiera estar señalando que los niños con síntomas ansiosos se encuentran en la agrupación psicopatológica “mixto” .

En cuanto a la frecuencia del trastorno por déficit atencional e hiperactividad, se debe profundizar en la relación entre los puntajes de riesgo y la detección del trastorno mismo, puesto que el instrumento presenta una moderada especificidad (Gardner, 2007) lo que puede relacionarse con la mayor frecuencia encontrada en la muestra diagnosticada.

Respecto de los resultados en la Escala Global de Evaluación de los niños, se encontró que la mitad presenta alguna dificultad en un área y la otra mitad con un funcionamiento variable. Estos resultados deben ser vistos en mayor profundidad debido a las implicancias de las asociaciones entre la presencia de psicopatología y los grados de discapacidad asociados en un grupo de riesgo psicosocial como el estudiado, puesto que es necesario diferenciar si los grados de discapacidad se asocian a los trastornos mentales sintomáticos o bien, están en relación con las condiciones de mayor riesgo.

La concordancia entre los diagnósticos clínicos obtenidos por las entrevistas psiquiátricas y las agrupaciones psicopatológicas arrojadas por el análisis factorial exploratorio arrojó un 50%. Esto podría explicarse al menos por tres posibilidades: la primera, es el reducido número de casos clínicos. La segunda, es que los datos del PSC de cada escolar entrevistado fue completado en el año 2008 y las entrevistas fueron llevadas a cabo en 2010 y 2011. El tiempo transcurrido podría indicar evolutividad de la psicopatología en algunos casos y que por ejemplo, un niño que obtuvo un perfil atencional al 2008 sea diagnosticado como un trastorno por ansiedad al 2011, tiene coherencia clínica, puesto que los trastornos ansiosos se pueden manifestar con inatención como síntoma o también, ser comorbilidad frecuente para el trastorno por déficit atencional pues estudios han señalado la presencia de un 20% a un 30% de comorbilidad (Anderson et. cols., 1987; Bird et cols., 1988; Pliszka, 1989; Bowen et cols., 1990; Mc Gee et cols.,1990; Souza et cols., 2003) y en un tercio de los casos (The MTA Cooperative Group, 1999). La tercera posibilidad es que los padres no sean sensibles a la percepción de la psicopatología ansiosa en sus hijos.

Limitaciones del estudio:

El desarrollo de la investigación se vio limitada por factores logísticos y económicos.

Un número elevado de datos no pudo ser analizado del universo por estar incompletos, sin embargo, para el tamaño de la muestra no representa relevancia.

El entrevistador principal fue la autora del estudio lo que puede señalar un sesgo en los resultados de las entrevistas psiquiátricas.

Estos resultados pueden enriquecer y ampliar los criterios de inclusión de tipo psicopatológico para la selección de los niños que asisten a los talleres preventivos que en el P-HpV son aquellos que presentan perfiles de riesgo conforme al instrumento TOCA-RR.

Implicancias clínicas:

Las ventajas de la aplicación del PSC son su brevedad y sensibilidad.

Se obtuvo información relevante para caracterizar las formas en que se presenta la psicopatología infantil en un grupo de riesgo psicosocial y de las asociaciones con los factores de riesgo y de protección.

Esta información contribuye en la detección oportuna y en el diagnóstico de los trastornos depresivos, de los trastornos por déficit atencional e hiperactividad y de los trastornos disruptivos.

Se hipotetiza que no permite la detección de los trastornos por ansiedad por lo que se recomienda enriquecer el tamizaje con otros cuestionarios de buena pesquisa como el autorreporte de ansiedad en adolescentes que está siendo validado en Chile.

El P-HpV es un programa válido en prevención universal y focalizada. Debe estar articulado con estrategias de atención y tratamiento oportuno por los organismos de salud mental.

Los resultados obtenidos pueden ser de gran utilidad para el P-HpV puesto que entrega información con un mayor foco sobre los factores de riesgo y su asociación con psicopatología más específica. Saber que un número significativo de niñas con puntajes de riesgo pueden presentar un trastorno depresivo, representa un desafío para su detección e intervención con el objetivo de reducir los riesgos de presentar un trastorno

depresivo hacia la adolescencia y por lo tanto, impactar positivamente en la salud mental de las mujeres que se constituirán en madres de niñas y niños con características similares.

Esto representa una estrategia de intervención preventiva indicada que puede cambiar la epidemiología en trastornos mentales hasta el momento habida en Chile.

Queda por identificar las características del grupo mixto el cual puede ser abordado con herramientas clínicas a través de cuestionarios complementarios y de diagnóstico.

La cooperación entre los agentes educacionales, la red de salud y las familias ofrece una oportunidad para intervenir en forma dirigida con las diversas estrategias de prevención sobre los niños estudiados que presentan riesgo. Esto ha estado cimentado por las acciones del P-HpV . El P-HpV es un programa en salud mental con cobertura significativa y con resultados positivos para los niños vulnerables que pueden seguir siendo potenciados a través del tratamiento y de la prevención secundaria.

Por otra parte, se concluye que los padres pueden percibir suficientemente bien los comportamientos de sus hijos, aspecto que debe ser trabajado en prevención en Salud Mental (psicoeducación) y para fomentar la comprensión sobre el desarrollo de sus propios hijos, aún en presencia de psicopatología.

Se espera que el presente estudio de mayor respaldo a las acciones efectuadas en la escuela, que se pueda reenfoque la atención en salud mental en las mismas, para disminuir las trabas o efectos de embudo observados durante los procedimientos de derivación de los escolares que requieren de atención especializada en salud mental.

Es necesario definir estrategias combinadas entre Salud y Educación para poder seguir construyendo espacios de convivencia en los hogares y la escuela, que fomenten y propicien el desarrollo individual y colectivo, que cuiden a los grupos vulnerables y que corrijan las desigualdades observadas en el desarrollo psicosocial en la adversidad socioeconómica. Los trastornos mentales en la infancia son serios y limitan las oportunidades para avanzar saludablemente en los grupos de niños con riesgo psicosocial. Es una responsabilidad compartida lo que debe ser plasmada en una política pública eficiente.

9. Referencias Bibliográficas

1. Adnopoz, J., Grigsby, R. K. (2002). High- Risk Children, Adolescents, and Families: Organizing Principles for Mental Health Prevention and Intervention. En Lewis M. (Ed.) *Child and Adolescent Psychiatry*. (pp. 1374-1381).Third Edition. Philadelphia, USA. Lippincott Williams& Wilkins
2. Babb, P., Martin, J., Haezewindt, P.(2004). Focus on Social Inequalities. 2004 Edition. Office for Nacional Statistics. UK
3. Birmaher et cols. (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 35(11):1427-39.
4. Boylan, K., Vaillancourt, T., Boyle, M., Szatmari, P. (2007). Comorbidity of internalizing disorders in children with oppositional defiant disorder . *Eur Child Adolesc Psychiatry*.
5. Brady, E.U. & Kendall, P.C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychol Bull*. 111: 244-255.
6. Burt, A., Mc Gue, M., Krueger, R., Iacono, W. (2005) How are parent-child conflict and childhood externalizing symptoms related over time? Results from a genetically informative cross-lagged study. *Dev Psychopathol*. 17(1) 145-165 .
7. Capaldi, DM., Stoolmiller, M. (1999). Cooccurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to youngadult adjustment. *Dev Psychopathol* .11:59-84.
8. Chile, Ministerio del Interior, CONACE Nacional, Area técnica en prevención. Programa de Marginalidad. Intervención psicosocial. (2005). Prevención selectiva del consumo de drogas para niños y adolescentes en vulnerabilidad social.

9. Consensus Statement on Globalization and Mental Health (2002). *World Psychiatry Association*. En la Web <http://www.wpanet.org>
10. Contreras, D. (2006) Primer Panel. *Revista Capital* n°156 pp. 4-7
11. De la Barra, F., Toledo, V., Rodríguez, J. (2002). Estudio de salud mental en 2 cohortes de niños escolares de Santiago Occidente: I prevalencia y seguimiento de problemas conductuales y cognitivos. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.* 40(1) 9-21.
12. Fritsch, S. (G. Ed.)(2010). Interface between Pediatrics and Children's Mental Health. Trivedi, H.(Cons. Ed.) *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 19(2). Saunders, Elsevier Inc.
13. Fritsch, R.M., Montt, M.E., Solis, J., Pilowsky, D., Rojas, M.G. (2007). ¿Cómo es la salud mental de los hijos de madres deprimidas consultantes a servicios de atención primaria? *Rev Med Chile*; 135: 602-612.
14. García, R., Montt, M.E., Cabrera, J., Valenzuela, C., Sepúlveda, J.E., Almonte, V. C., Almonte, K. C. (1998). Trastornos psiquiátricos en hijos de padres bipolares. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr.* 36(4) 223-232.
15. Gardner, W., Lucas, A. & Kolko, D. (2007). Comparison of the PSC-17 and alternative mental health screens in an at-risk primary care sample. *J.Am.Acad. Child and Adolesc.Psychiatry.* 46(5) , 611-618.
doi:10.1097/chi.0b013e318032384b
16. George, M., Hartley, M. & Guzman MP. "Implementación de Criterios de Derivación a atención en Salud Mental a partir de Screening de Riesgo psicosocial en la Escuela".

17. George, M., Siraqyan, X., Mores, R., de la Barra, F., Rodríguez, J., López, C. & Toledo, V. (1995). Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de 1º básico. *Revista de Psicología*. Vol. V. 17- 26.
18. George, M., Squicciarini, A.M., Zapata, R., Guzmán, M.P., Hartley, M. & Silva C. (2004). Detección Precoz de factores de riesgo de salud mental en escolares. *Rev de Psicología. U. De Chile*. 13 (2) 9-20.
19. Guzmán, M.P., Jellinek, M., George, M., Hartley, M., Squicciarini, A. M., Canenguez K., Kulthau, K., et cols. (2011). Mental Health Matters in Elementary School: First-Grade Screening predicts Fourth Grade Achievement Test Scores. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. DOI 10.1007/s00787-011-0191-3
20. Jellinek, M.S. et cols. (1999). Use of the Pediatric Symptom Checklist (PSC) to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: a national feasibility study. *Archive of Pediatric and Adolescent Medicine*. 153(3):254-260.
21. Jellinek, MS., Evans N. & Knight, R.B. (1979). Use of behavior checklist on a pediatric inpatient unit. *Journal of Pediatrics*. 94: 156-158
22. Jester, J., Nigg, J., Adams, K., Fitzgerald, H., Puttler, L., Wong, M. & Zucker, R. (2005). Inattention/hyperactivity and aggression from early childhood to adolescence: Heterogeneity of trajectories and differential influence of family environment characteristics. *Dev Psychopathol*. 17(1) 99–12.
23. Kelleher, K., Mc Inerny, T. , Gardner W., Childs G & Wasserman R. (2000) Increasing Identification of Psychosocial Problems: 1979-1996. *Pediatrics*. 105(6), 1313-1321.

24. Kessler, R. C. et cols.(2009). National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A): III. Concordance of *DSM-IV/CIDI* Diagnoses With Clinical Reassessments. *J.Am. Child Adolesc. Psychiatry.* 48(4), 386-399.
25. Kirmayer , L. (2000). The Future of Cultural Psychiatry : An International Perspective. Canadian Psychiatric Association. *The Canadian Journal of Psychiatry* . 4(2), 23-29.
26. Last, G.C.(1987). Issues in diagnostic research.(pp. 201-216) . En Last ,G.C & Hersen, M. (Ed.). New York, Plenum.
27. Lewis, G., Rice, F., Harold, G.T., Collishaw, S. & Thapar, A. (2011). Investigating environmental links between parent depression and child depressive/anxiety symptoms using an assisted conception design. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 50(5) 451-459.
28. Mojarro, D., Benjumea, P., Ballesteros, C. & Soutullo. (2010). Historia Clínica y Evaluación Psiquiátrica. En Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. (pp. 3-24). Soutullo C. & Mardomingo, M. J. (Ed.). Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Madrid.
29. Molina, H., Bedregal, P., Margozzini, P. (2001). Revisión sistemática sobre eficacia de intervenciones para el desarrollo biopsicosocial de la niñez. Revisión sistemática sin publicar.2001
30. Montenegro, H., Bralic, S., Edwards, M., Izquierdo, T., Maltes, S. (1983). Salud Mental del escolar: estandarización del inventario de problemas conductuales y destrezas sociales de T. Achenbach en niños de 6 a 11 años. s.l; Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (Chile);. 107 p.

31. Murphy, J.M., Arnett, H., Jellinek, M.S., Reede, J.Y. & Bishop, S.J. (1992). Routine psychosocial screening in pediatric practice: a naturalistic study with the Pediatric Symptom Checklist. *Clinical Pediatrics*. 31: 660-667.
32. Murphy, J.M., Kelleher, K., Pagano, M.E., Stulpe, C., Childs, G., Nutting, P. & Jellinek, M.S. (1997). The Family Apgar and psychosocial problems in children: a report from ASPN and PROS. *Journal of Family Practice*. 46: 54-64.
33. O'Dougherty, M., Masten, A. (1997). Vulnerability and resilience in young children. En Noshpitz, J., Greenspan, S., Wieder, S., Osofsky (Ed.), J. Handbook of Child and Adolescent Psychiatry. Vol 1. Infant and Preschoolers: Development and Syndromes (pp. 202-223). Canadá, John Wiley & Sons.
34. Offord, D. & Bennett, K. (2002). Prevention. En M. Rutter & E. Taylor(Ed.), Child and Adolescent Psychiatry (pp. 881-898) UK, Blackwell Publishers.
35. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Investigación en Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht, (2004). Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas públicas. Informe Compendiado Ginebra. Datos Publicados en Catálogos de la Biblioteca.
36. Pagano, M. et cols.(1996). Screening for psychosocial problems in 4-5 year olds during routine EPSDT examinations: validity and reliability in mexican-american sample. *Clinical Pediatrics*. 129: 864-9.
37. Pagano, M.E., Cassidy, L.J., Murphy, J.M., Little, M. & Jellinek, M.S. Identifying school-age children at risk: the Pediatric Symptom Checklist as a self-report measure. *Psychology in the Schools*. Accepted for Publication.

38. Pilowsky, D. et cols., (2008). Children of Depressed Mothers 1 year after the initiation of maternal treatment: findings from the STAR*D-Child Study. *Am J Psychiatry*. 165(9):1136-47.
39. Rauch, P.K. et cols. (1991). Screening for psychosocial dysfunction in pediatric dermatology outpatients. *Clinical Pediatrics*. 30: 493-497.
40. Richters, J.E., Weintraub, S., (1990). Beyond diathesis: Toward an understanding of High-Risk Environments. Risk and protective factors in the development of psychopathology. *Cambridge University Press*. 67-96.
41. Rojas, M.G, Fritsch, R.M. , Solís, J. , González, M. , Guajardo, V. & Araya , R. (2006). Calidad de vida en mujeres deprimidas en el postparto. *Rev Méd Chile*. 134: 713-720.
42. Rutter, M. (en prensa). The promotion of resilience in the face of adversity. Clarke-Stewart, A & Dunn, J.(Eds.)Families Count: Effects On Child And Adolescent Development. Book of Jacobs Foundation Conference 2003. New York & Cambridge: Cambridge University Press.
43. Sanders, M., Arauca, Y., Karamitsios, M., Boots, M., Vance, A. (2005). Characteristics of internalizing and externalizing disorders in medication-naïve, clinically referred children with attention deficit hyperactivity disorder, combined type and dysthymic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* .39:359-365.
44. Saxena, S., Jané-Llopis, E. & Hosman C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry* 5:1. 2006;5-14.

45. Schilling, E., Aseltine, R., Gore, S.(2007). Adverse Childhood Experiences in Young Adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* . 7:30 doi: 10.1186/1471-2458-7-30.
46. Simic, M., Fombonne, E. (2001). Depressive conduct disorder: symptom patterns and correlates in referred children and adolescents. *J Affect Disord*. 62:175-185.
47. Solar, O., Irwin, A. (2005). Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Discussion paper for the draft En la Web: http://who.int/social_determinants/resources/framework.pdf
48. Sourander, A. et cols. (2005). Recognition of psychiatric disorders, and self-perceived problems. A follow-up study from age 8 to age 18. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 46 (10) 1124–1134 .
49. Souza, I., Pinheiro, M.A., Mattos, P.(2005). Anxiety disorders in an attention-deficit/hyperactivity disorder clinical sample. *Arq. Neuro-Psiquiatr*. vol.63 no.2b , São Paulo .<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2005000300007>
50. Toledo, V., de la Barra, F., López, C., George, M., Rodríguez, J. (1997). Diagnósticos psiquiátricos en una cohorte de escolares de primer año de enseñanza básica del área occidente de Santiago. *Rev. Chil. Neuro-psiquiatr*. 35(1) 17-24.
51. Vicente, B. et cols. (2010). Epidemiología de los trastornos mentales infanto-juveniles en la provincia de Cautín. *Rev. Med. Chile* . 138(8) 965-973.
52. Wagman, I., Mozayeny, S.& Ireland, M.(2003). Brief Psychosocial Screening at Health Supervision and Acute Care Visits. *Pediatrics*. 112;129-133. DOI:10.1542/peds.112.1.129.

53. Weiss, M. & Weiss, G. (2002). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. En Lewis M. (Ed.) *Child and Adolescent Psychiatry*. (pp. 645-670). Third Edition. Philadelphia, USA. Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

10. Anexos

1. PSC versión 2007 (utilizada en el estudio)



PSC VERSIÓN 2007

GUIA DE APLICACIÓN

Observación del comportamiento en el hogar

CUESTIONARIO PARA PADRES PSC

Este cuestionario se entrega a los padres de los niños de 1° y 3° básico que participan del Programa Habilidades para la Vida, para ser llenado por ellos en el contexto escolar, sea en reunión de padres y apoderados o en situación especial citada para la aplicación. Lo ideal es lograr que los padres contesten este instrumento durante la reunión de padres y apoderados. El proceso de aplicación requiere:

1. Explicar el objetivo del cuestionario, sus utilidades y proyecciones, especialmente relacionarlo con necesidades del niño que tienen que ver con el desempeño escolar y su mejor integración a la comunidad escolar.
2. Es fundamental explicar muy claramente que la información recogida es de carácter confidencial y que los datos se manejarán con la debida reserva.
3. La persona a cargo de la aplicación del PSC debe leer a los padres, en voz alta y lentamente, las preguntas respecto de datos de la familia y cada ítem sobre las conductas de sus hijos, respondiendo las dudas que puedan surgir, con explicaciones que no orienten la respuesta.
4. Explicar a los padres la modalidad de respuesta de cada ítem, y lo que significa contestar "nunca", "a veces", "muy seguido", según sea la frecuencia del comportamiento o conducta evaluada por cada ítem.
5. El profesor de curso debiera hacer llegar el cuestionario a los padres y apoderados que no asistieron a esa reunión, con las instrucciones de esta guía. En este caso, se debe solicitar a los padres y apoderados devolver el cuestionario en un plazo no mayor de una semana.



CUESTIONARIO PARA PADRES PSC

____ / ____ / ____
Fecha aplicación

PSC VERSIÓN 2007

- pág 1

FAMILIA DEL NIÑO ES BENEFICIARIA DEL CHILE SOLIDARIO

1=SI
2=NO

Nombre del niño

Ap. Paterno

Ap. Materno

Nombres

RUT

										-	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--

Dirección :

A continuación, marque con un círculo la alternativa que corresponda a la situación de su familia


I. DATOS DE LA FAMILIA

a. Edad de la madre	1) menos de 25 años	2) 25-49 años	3) 50 años o más
b. El padre del niño vive con él	1) SI	2) NO	
c. El niño tiene una enfermedad que necesita control permanente o que lo hace faltar al colegio más de una vez al mes	1) SI	2) NO	
d. Algún familiar que vive con el niño ha sido hospitalizado o necesita Tratamiento o recibe pensión de invalidez por enfermedad mental o psicológica.	1) SI	2) NO	
e. La familia participa habitualmente en actividades de la iglesia, Centro de Madres, Junta de Vecinos, Clubes Deportivos, Agrupaciones Culturales, Políticas o recreativas	1) SI	2) NO	

II. CUESTIONARIO DE CONDUCTAS:

Por favor marque con un círculo la alternativa que corresponda mejor a lo que observa su hijo.

	1	2	3
1. Se queja de malestares y dolores.	nunca	a veces	muy seguido
2. El niño tiende a aislarse y estar solo.	nunca	a veces	muy seguido
3. Tiene poca energía/se cansa fácilmente.	nunca	a veces	muy seguido
4. Le cuesta estar tranquilo.	nunca	a veces	muy seguido
5. Tiene malas relaciones con su profesor.	nunca	a veces	muy seguido
6. Manifiesta interés por la escuela.	nunca	a veces	muy seguido
7. Es inquieto	nunca	a veces	muy seguido
8. Sueña despierto, está en su propio mundo.	nunca	a veces	muy seguido



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE EDUCACIÓN

PSC/VERSIÓN 2007: pág. 2

	1	2	3
9. Se distrae fácilmente	nunca	a veces	muy seguido
10. Teme a las situaciones nuevas	nunca	a veces	muy seguido
11. Se siente triste	nunca	a veces	muy seguido
12. Es irritable y enojón	nunca	a veces	muy seguido
13. Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal	nunca	a veces	muy seguido
14. Le cuesta concentrarse	nunca	a veces	muy seguido
15. Está desinteresado de los amigos	nunca	a veces	muy seguido
16. Pelea con otros niños	nunca	a veces	muy seguido
17. Tiene malas notas	nunca	a veces	muy seguido
18. Se siente poca cosa	nunca	a veces	muy seguido
19. Consulta médico y no le encuentran nada	nunca	a veces	muy seguido
20. Le cuesta quedarse dormido/Duerme mal	nunca	a veces	muy seguido
21. Le cuesta separarse de usted	nunca	a veces	muy seguido
22. El niño piensa que es malo	nunca	a veces	muy seguido
23. Es arriesgado	nunca	a veces	muy seguido
24. Sufre heridas frecuentemente	nunca	a veces	muy seguido
25. Se aburre	nunca	a veces	muy seguido
26. Actúa como si fuera más chico/llora con facilidad	nunca	a veces	muy seguido
27. Ignora las órdenes	nunca	a veces	muy seguido
28. Expresa sus sentimientos	nunca	a veces	muy seguido
29. Comprende los sentimientos de los demás	nunca	a veces	muy seguido
30. Molesta a los demás	nunca	a veces	muy seguido
31. Culpaa los demás de sus problemas	nunca	a veces	muy seguido
32. Toma cosas ajenas	nunca	a veces	muy seguido
33. Es egoísta	nunca	a veces	muy seguido
TOTAL			

2. PSC versión 2010



PSC VERSIÓN 2010 - pág 1

/ /

Fecha aplicación

CUESTIONARIO PARA PADRES PSC

FAMILIA DEL NIÑO ES BENEFICIARIA DEL CHILE SOLIDARIO 1= SI
2= NO

Nombre del niño _____
Ap. Paterno Ap. Ma terno Nombres

RUT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Dirección _____

A continuación, marque con un círculo la alternativa que corresponda a la situación de su familia

I. DATOS DE LA FAMILIA

a. Edad de la madre al nacer el niño o niña	1) menos de 18 años	2) 18-35 años	3) 36 años o más
b. El niño o niña vive con el padre biológico	4) SI	5) NO	
c. El niño tiene una enfermedad que necesita control permanente o que lo hace faltar al colegio más de una vez al mes	1) SI	2) NO	
d. Algún familiar que vive con el niño ha sido hospitalizado o necesita Tratamiento o recibe pensión de invalidez por enfermedad mental o psicológica.	1) SI	2) NO	
e. La familia participa habitualmente en actividades de la iglesia, Centro de Madres, Junta de Vecinos, Clubes Deportivos, Agrupaciones Culturales, Políticas o recreativas	1) SI	2) NO	

II. CUESTIONARIO DE CONDUCTAS:

Por favor marque con un círculo la alternativa que corresponda mejor a lo que observa su hijo.

	1	2	3
1. Se queja de malestares y dolores.	nunca	a veces	muy seguido
2. El niño tiende a aislarse y estar solo.	nunca	a veces	muy seguido
3. Tiene poca energía/se cansa fácilmente.	nunca	a veces	muy seguido
4. Le cuesta estar tranquilo.	nunca	a veces	muy seguido
5. Tiene malas relaciones con su profesor.	nunca	a veces	muy seguido
6. Manifiesta interés por la escuela.	nunca	a veces	muy seguido
7. Es inquieto	nunca	a veces	muy seguido
8. Sueña despierto, está en su propio mundo.	nunca	a veces	muy seguido

	1	2	3
9. Se distrae fácilmente	nunca	a veces	muy seguido
10. Teme a las situaciones nuevas	nunca	a veces	muy seguido
11. Se siente triste	nunca	a veces	muy seguido
12. Es irritable y enojón	nunca	a veces	muy seguido
13. Se siente pesimista/piensa que las cosas son difíciles y le van a salir mal	nunca	a veces	muy seguido
14. Le cuesta concentrarse	nunca	a veces	muy seguido
15. Está desinteresado de los amigos	nunca	a veces	muy seguido
16. Pelea con otros niños	nunca	a veces	muy seguido
17. Tiene malas notas	nunca	a veces	muy seguido
18. Se siente poca cosa	nunca	a veces	muy seguido
19. Consulta médico y no le encuentran nada	nunca	a veces	muy seguido
20. Le cuesta quedarse dormido/Duerme mal	nunca	a veces	muy seguido
21. Le cuesta separarse de usted	nunca	a veces	muy seguido
22. El niño piensa que es malo	nunca	a veces	muy seguido
23. Es arriesgado	nunca	a veces	muy seguido
24. Sufre heridas frecuentemente	nunca	a veces	muy seguido
25. Se aburre	nunca	a veces	muy seguido
26. Actúa como si fuera más chico/llora con facilidad	nunca	a veces	muy seguido
27. Ignora las órdenes	nunca	a veces	muy seguido
28. Expresa sus sentimientos	nunca	a veces	muy seguido
29. Comprende los sentimientos de los demás	nunca	a veces	muy seguido
30. Molesta a los demás	nunca	a veces	muy seguido
31. Culpa a los demás de sus problemas	nunca	a veces	muy seguido
32. Toma cosas ajenas	nunca	a veces	muy seguido
33. Es egoísta	nunca	a veces	muy seguido
TOTAL			

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES Y APODERADOS/AS

Estimado/a padre/madre o apoderado/a:

La Universidad de Chile en colaboración con el Programa Habilidades para la Vida está desarrollando un estudio sobre **la Salud Mental de Escolares chilenos**, para lo cual profesionales de la salud entrevistarán a escolares que participan en el programa. Los médicos psiquiatras realizarán las entrevistas para conocer mejor las fortalezas y los problemas de salud mental que presentan los escolares del primer ciclo básico.

Los niños y niñas que participarán de este estudio han sido elegidos al azar y como su hijo a sido seleccionado queremos solicitarle su consentimiento para participar de estas entrevistas, las que se realizarán en la escuela.

Los resultados respecto de cada niño serán entregados a sus padres, y para aquellos escolares que necesiten apoyo, este será entregado en conjunto con el Programa Habilidades de Junaeb.

La participación en este estudio no considera algún tipo de compensación económica, es completamente libre, voluntaria y sin costo. El rechazo a participar no significará de ninguna manera un cambio en la atención de su hijo ni en el Programa Habilidades para la Vida, ni en su colegio.

Agradecemos sinceramente su colaboración

Dra. Muriel Halpern

Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia de la Universidad de Chile

FECHA:

FIRMA PADRES:

FIRMA PSIQUIATRA:

4. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DIRECTORES DE ESCUELAS

Estimado/a Director/a:

La Universidad de Chile en colaboración con el Programa Habilidades para la Vida está desarrollando un estudio sobre **la Salud Mental de Escolares chilenos**, cuyo objetivo es conocer y profundizar, a nivel personal, el estado de bienestar biopsicosocial de una muestra al azar de niños de primer ciclo básico que participan del Programa. Con este fin, médicos especialistas en Psiquiatría infantil entrevistarán a escolares que durante el año 2009 cursaban el 2º básico; las entrevistas se realizarán en la Escuela y no durarán más de una hora. Se ha solicitado el consentimiento informado de los padres, madres o apoderados y los resultados respecto de cada niño serán entregados a éstos personalmente. Para aquellos escolares que necesiten apoyo especial en salud mental según estos profesionales, este será entregado de manera oportuna y coordinada con el Programa Habilidades de Junaeb.

Para el éxito de este estudio es fundamental contar con su buena disposición colaboración y ayuda para realizar las entrevistas de los niños que resultaron “elegidos” en su escuela,

Agradecemos sinceramente su colaboración

Dra. Muriel Halpern

Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia de la Universidad de Chile

FECHA:

FIRMA DIRECTOR:

FIRMA PSIQUIATRA:

5. ASENTIMIENTO INFORMADO PARA ALUMNAS Y ALUMNOS

Estimada alumna/Estimado alumno:

Como tú has estado participando en tu escuela en las actividades del programa Habilidades para la Vida, te invitamos a asistir a una entrevista personal con doctores (médicos psiquiatras) para conocer como te sientes tú y como es tu relación con tu familia, con tu escuela, con tus amigos. La entrevista a la cual te invitamos no durará más de una hora y va a realizarse en tu escuela. Tus padres han sido informados.

Muchas gracias

Dra. Muriel Halpern

Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia de la Universidad de Chile

FECHA:

FIRMA ALUMNOS:

FIRMA PSIQUIATRA:
