

UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

**FACTORES DE RIESGO QUE SE ASOCIAN CON MANTENER CONDICIÓN DE
RIESGO DE SALUD MENTAL EN ESCOLARES QUE HAN PARTICIPADO EN UNA
INTERVENCIÓN PREVENTIVA**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA, MENCIÓN
PSICOLOGÍA CLÍNICA INFANTO JUVENIL**

ALUMNO: CRISTIAN ALCAÍNO MALDONADO

PROFESORA TUTORA: MYRIAM GEORGE

ASESORA METODOLÓGICA: LORETO LEIVA

SANTIAGO, 2013

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección Nacional del Programa Habilidades para la Vida, Departamento de Salud del Estudiante, JUNAEB, particularmente a Ana María Squicciarini N. y Javier Guzmán P.

A mi profesora tutora, Myriam George L.

A mi asesora metodológica, Loreto Leiva B.

A mis evaluadores de tesis, Vania Martínez N. y Andrés Antivilo B.

Y muy especialmente a mi madre, padre, hermano, hermana, familia, amigos y amigas.

RESUMEN

La prevención en salud mental infantil es la única intervención sostenible para reducir los trastornos mentales. Su progreso depende de la comprensión de los factores de riesgo individual y ambiental moderadores de la trayectoria del desarrollo. Se investiga ¿qué factores de riesgo individual, familiar y escolar se asocian con mantener condición de riesgo de problemas de salud mental en escolares que han participado de una intervención preventiva? El marco metodológico es cuantitativo y de diseño no experimental. Los datos fueron recolectados mediante instrumentos estandarizados en la población de niños(as) que participaron en el Programa Habilidades para la Vida en la región Metropolitana durante el ciclo de intervención del año 2009 a 2011.

Los factores de riesgo individual moderan principalmente la trayectoria del riesgo de problemas de salud mental. El riesgo en el factor madurez emocional modera problemas de autoestima y desmotivación; el riesgo en los factores aceptación de la autoridad y contacto social moderan problemas de timidez y desobediencia; y el riesgo en los factores de logros cognitivos y atención-concentración moderan problemas de desatención, hiperactividad, desobediencia y agresividad. Se deben focalizar las actividades preventivas principalmente en los factores individuales logros cognitivos, atención-concentración y aceptación de la autoridad para discontinuar la trayectoria del riesgo.

INDICE

1. Introducción	1
2. Marco teórico	7
2.1 Niños en etapa escolar de escuelas vulnerables	7
2.2 Salud mental infantil	9
2.3 Psicopatología del desarrollo infantil	11
2.4 Intervenciones preventivas tempranas	15
2.5 El Programa Habilidades para la Vida	19
3. Objetivos	23
4. Hipótesis	24
5. Marco metodológico	25
5.1 Justificación	25
5.2 Diseño de estudio	25
5.3 Muestra	26
5.4 Técnicas de recolección de datos	28
5.5 Definición de variables	32
5.6 Análisis de datos	37
5.7 Procedimientos	39
5.8 Aspectos éticos	40
6. Resultados	41
7. Conclusiones y discusión	51
8. Referencias bibliográficas	62
9. Anexos	71

1. INTRODUCCIÓN

El primer estudio nacional de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población infanto juvenil, concluye que el 27,8% de niños(as) entre 4 y 11 años presenta trastornos psiquiátricos asociados discapacidad o disfuncionalidad (De la Barra et al., 2010), cifra superior a la reportada por estudios internacionales que muestran una prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población infanto juvenil entre el 17% a 20% (Anderson, William, Mc Gee & Silva, 1987; Bird et al., 1988; Canino et al., 2004; Mc Gee et al., 1990; Puura et al., 1998).

Desde la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Investigación Nacional y el Instituto de Medicina Estados Unidos se señala que el único método sostenible para reducir los trastornos mentales y de conducta es la intervención preventiva (National Research Council & Institute of Medicine [NRC & IOM], 2009; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2004a).

Desde la psicopatología del desarrollo Offord y Bennett (2002), sostienen que no es posible producir una reducción sustancial del sufrimiento de niños con trastornos psiquiátricos mediante el diagnóstico y tratamiento individual, sino mediante el desarrollo de esfuerzos preventivos.

La revisión sistemática de intervenciones preventivas basadas en evidencia en salud mental infantil permite sostener que existen numerosas intervenciones preventivas efectivas para reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección, disminuir los síntomas psiquiátricos y la discapacidad asociada, y la incidencia y prevalencia de determinados trastornos mentales y problemas de salud mental. Las intervenciones preventivas en la niñez y en el contexto familiar y escolar presentan la evidencia más sólida hasta el momento (NRC & IOM, 2009; OMS, 2004a, 2004b).

Las intervenciones preventivas tempranas en niños(as), especialmente provenientes de familias con bajo ingreso y nivel educativo, son particularmente efectivas en retrasar o prevenir el inicio de los trastornos mentales y problemas de salud mental, pues la mayoría de los trastornos psiquiátricos comienzan en la infancia o adolescencia, existe un alto grado de continuidad de trastornos psiquiátricos desde la niñez hacia la adultez, la adversidad psicosocial experimentada en la niñez aumenta el riesgo de trastornos psiquiátricos en la adultez, y las conductas

desadaptativas tempranas se asocian con problemas de salud mental y con una mayor probabilidad de llegar a presentar desórdenes psiquiátricos y conductas riesgosas en y desde la adolescencia (De la Barra et al., 2010; Jenkins, 2008; Kellam, Ensminger & Turner, 1977; Kellam, Brown, Rubin, Ensminger & Hendricks, 1983; Maughan & Rutter, 2008; NRC & IOM, 2009; OMS, 2004a, 2005)

El contexto escolar resulta relevante pues proporciona una visión longitudinal de la adaptación del niño(a) a las conductas esperadas de acuerdo a su edad, ofrece una oportunidad estratégica para detectar mediante tamizaje conductas o factores de riesgo y síntomas tempranos de problemas mentales e intervenir éstos promocional y preventivamente, el clima emocional que se genera en el aula es el factor de mayor peso para el desarrollo favorable de los aprendizajes, y la comunidad escolar como es parte de la red social, permite que confluyan prácticas intersectoriales a nivel de políticas públicas en salud mental preventiva (Cassasus, 2003; Durlak, Weissberg, Dymnicki, Taylor & Schellinger, 2011; Gall, Pagano, Desmond, Perrin, & Murphy, 2000; George, Guzmán, Flotts, Squicciarini, & Guzmán, 2012; NRC & IOM, 2009; OMS, 2001, 2004a).

En Chile, el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del Ministerio de Salud prioriza desde el año 2000 la promoción y prevención de la salud mental infantil mediante acciones intersectoriales con el área de educación considerando que la etapa escolar ha mostrado ser un período favorable para la efectividad de intervenciones, y la escuela un espacio estratégico en términos de cobertura debido a la escolarización obligatoria (Ministerio de Salud [MINSAL], 2001; Minoletti & Zaccaria, 2005).

La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas [JUNAEB] del Ministerio de Educación ha desarrollado desde 1998 experiencias exitosas de salud mental escolar tales como promoción, prevención y detección de problemas de salud mental en educación básica mediante el Programa Habilidades para la Vida (P-HpV) (George et al., 2012; Guzmán et al, 2011; JUNAEB, 2009, 2013).

Sus beneficiarios son niños(as) entre 4 a 9 años, del primer y segundo nivel de transición, y del primer ciclo básico, así como también a sus padres y profesores, de escuelas municipales y

particulares subvencionadas con alto índice de vulnerabilidad socioeconómica y riesgo psicosocial. Actualmente, el P-HpV posee una cobertura nacional, y desde el año 2010 ha incorporado estudiantes de segundo ciclo básico (George et al., 2012; Guzmán et al., 2011; JUNAEB, 2009, 2013).

La intervención del P-HpV sigue el modelo de tres niveles recomendado por la Organización Mundial de la Salud, implementando prevención universal mediante actividades de promoción de la salud mental para todos los estudiantes, profesores y padres de las escuelas participantes, prevención indicada o focalizada mediante talleres para los niños(as) detectados con riesgo, y derivación a profesionales de la red de salud local para los estudiantes con riesgo crítico (George et al., 2012; Guzmán et al., 2011; JUNAEB, 2008, 2009, 2013).

La detección de riesgo se realiza mediante dos instrumentos, el Teacher Observation of Classroom Adaptation Revisado-Revisado [TOCA-RR] (George et al., 2004), y el Pediatric Symptom Checklist [PSC] (George et al., 1995). Ambos instrumentos fueron adaptados y validados en Chile como pruebas de tamizaje de problemas de salud mental para niños(as) de escuelas en situación de vulnerabilidad socioeconómica (George et al., 1995; George et al., 2004; Guzmán et al., 2011; JUNAEB, 2008, 2009, 2010a).

Según los resultados del TOCA-RR, aplicado universalmente en 1° básico, los niños(as) que presentan un perfil específico de riesgo conductual participan en talleres preventivos indicados durante 2° básico, y son reevaluados en 3° básico (Guzmán et al., 2011; JUNAEB, 2008, 2009, 2010a).

Los perfiles agrupan determinados factores de riesgo, y reflejan distintas formas de comportamiento. El perfil azul corresponde a niños con problemas de aceptación de autoridad (son desobedientes y agresivos, hiperactivos y con bajo nivel de atención y concentración), el perfil verde corresponde a niños con problemas de aceptación de autoridad y problemas de contacto social (son desobedientes y tímidos, e hiperactivos o agresivos) y el perfil amarillo corresponde a niños con bajo contacto social (son tranquilos y obedientes, con escasas habilidades sociales, inmaduros y poca motivación por el aprendizaje) (De la Barra et al., 1995; JUNAEB, 2008, 2010a).

Los talleres preventivos buscan reducir el impacto negativo de los factores de riesgo y potenciar los factores protectores con el propósito de estimular el desarrollo de competencias y habilidades en los niños(as) de manera integrada y adaptativa al entorno escolar. Los Talleres son focalizados, es decir, cada perfil de riesgo se corresponde con un taller con objetivos y actividades propias: el Taller Amarillo desarrolla habilidades sociales, autonomía, autoeficacia y autoestima, el Taller Azul desarrolla habilidades de autocontrol, habilidades sociales y empatía, y el Taller Verde desarrolla la sociabilidad, resolución de conflictos y autoestima (JUNAEB, 2009, 2008).

El P-HpV cumple con los requisitos de un programa exitoso de salud pública, pues detecta precozmente conductas de riesgo y trastornos mentales, previene conductas de riesgo y problemas psicosociales, y deriva oportunamente a centros de atención en salud mental a escolares en los cuales el riesgo es crítico y que necesitan de un diagnóstico clínico y tratamiento; (Minoletti, 2009). La revisión sistemática de intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en niños aporta evidencia respecto de los efectos positivos de la intervención preventiva del P-HpV (Medwave, 2007).

Un estudio realizado para evaluar el impacto de la actividad preventiva del P-HpV en escolares de primer ciclo básico con riesgo psicosocial, concluye que para los niños(as) con perfil conductual de riesgo en 1° básico, que participaron del taller en 2° básico, y fueron reevaluados en 3° básico, el 64,7% sale del perfil (George, Guzmán, Hartley, & Squicciarini, 2005).

Los escolares que salen de la condición de riesgo después de participar del P-HpV, obtienen en el SIMCE (Sistema de Medición de la Calidad de la Educación) en 4° básico 15 puntos más en promedio, respecto de los escolares que no salieron de la condición de riesgo (Delgado, Zúñiga & Jadue, 2006). La presencia de problemas de salud mental detectada en 1° básico es el segundo predictor más fuerte de bajos resultados en el rendimiento de la prueba SIMCE en 4° básico Guzmán et al. (2011).

En consecuencia, es posible sostener que el modelo de intervención preventivo del P-HpV logra disminuir los factores de riesgo y los perfiles conductuales de riesgo de desarrollar conductas desadaptativas de los niños(as). Sin embargo, una parte de éstos escolares no salen del

perfil conductual de riesgo o mantienen la condición de riesgo de problemas de salud mental; aunque hayan participado en el taller preventivo en 2° básico.

Para el progreso de las intervenciones preventivas en salud mental infantil, se recomienda avanzar en el conocimiento de la especificidad de los factores de riesgo para los distintos problemas de salud mental (ej. factores de riesgo para conducta disruptiva), y fortalecer el estudio de los factores de riesgo individual (ej. sexo) y ambiental (ej. familiares o escolares) como posibles moderadores de la manifestación de problemas de salud mental, lo que permitiría conocer para quiénes es más efectivo un programa preventivo en particular según su riesgo inicial (Greenberg, Domitrovich & Bumbarger, 2000; Jane-Llopis, 2004; OMS, 2004a; Maughan & Rutter, 2008; NRC & IOM, 2009).

Siguiendo las recomendaciones previas, el presente estudio se centra en identificar los factores individuales y ambientales (familiares y escolares) que podrían moderar que un grupo de niños(as) continúe en condición de riesgo después de participar en una intervención preventiva efectiva.

Se analizará la trayectoria de cada perfil de riesgo entre el momento pre y post intervención, permitiendo observar cómo evolucionan las conductas de los escolares. Se estudiarán los factores de riesgo que se asocian con el grupo de niños que mantiene y sale de la condición de riesgo.

La investigación contribuye teóricamente a la psicopatología del desarrollo infantil desde la epidemiología analítica y a la prevención en salud mental infantil desde la psicología clínica infantil, identificando los procesos y los mecanismos de interacción de los factores de riesgo individual, familiar y escolar que moderarían la mantención de la condición de riesgo, luego de participar de una intervención preventiva.

Desde un punto de vista práctico, contribuye al perfeccionamiento de las estrategias de una intervención preventiva efectiva, pues permite proponer modificaciones en el diseño de los talleres para los niños(as) que mantienen condición de riesgo según los factores de riesgo que se asocian a éste grupo.

Socialmente se contribuye, en el largo plazo a la salud mental de niños(as) de escuelas vulnerables beneficiados por la intervención preventiva del P-HpV.

La pregunta de la presente investigación entonces es ¿qué factores de riesgo individual, familiar y escolar se asocian con mantener condición de riesgo de problemas de salud mental en escolares que han participado de una intervención preventiva?, a partir de la cual se derivan las siguientes preguntas:

¿Cómo es la condición de riesgo de problemas de salud mental que presentan los niños(as) antes y después de participar de una intervención preventiva?

¿Qué factores de riesgo individual, familiar y escolar presentan diferencias entre los niños(as) que mantienen y salen de la condición de riesgo, en el momento pre y post intervención?

¿Qué factores de riesgo individual, familiar y escolar presentan diferencias entre el momento pre y post intervención, en los niños(as) que mantienen y salen de la condición de riesgo?

Para responder las preguntas previas el presente estudio analiza la población de todos los niños(as) que participaron en la intervención preventiva del P-HpV en la región Metropolitana durante el ciclo del año 2009 a 2011, utilizando en un marco metodológico cuantitativo y diseño no experimental (ex post facto), transversal y longitudinal de cohorte

La viabilidad de la investigación fue especialmente beneficiada en la etapa de recolección datos, pues se facilitaron las bases de datos del reporte de respuestas y resultados de los instrumentos TOCA-RR y PSC del año 2009 y 2011 de la población señalada.

2. MARCO TEÓRICO

Los principales ejes del marco teórico dicen relación con niños(as) en etapa escolar de escuelas vulnerables, la salud mental infantil, la psicopatología del desarrollo infantil, las intervenciones preventivas, y el Programa Habilidades para la Vida.

2.1 Niños(as) en etapa escolar de escuelas vulnerables

La niñez intermedia

La etapa escolar corresponde al período de la niñez intermedia, comprendido entre los 6 a 11 años aproximadamente, donde la escuela resulta ser la experiencia central para el desarrollo principalmente cognoscitivo y socioemocional, pues por un lado, la demanda académica pone a prueba las habilidades cognitivas del niño(a) enfrentándolo(a) con el éxito y/o fracaso, y en consecuencia influyendo en su autoestima, y por otro lado, se requieren habilidades socioemocionales para los nuevos desafíos interpersonales con pares y adultos, poniendo a prueba su capacidad adaptativa (Almonte, 2003; Giménez, 2008; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001; Papalia, Wendkos & Duskin, 2010; Shaffer & Kipp, 2007).

A nivel cognoscitivo, se encuentra en desarrollo la etapa de las operaciones o pensamiento concreto, que se caracteriza principalmente por la capacidad de pensamiento lógico y resolución de problemas concretos, limitados temporal y espacialmente, al aquí y ahora. Son capaces de descentrar su pensamiento, de comprender el punto de vista de los demás, dejándolos preparados para desarrollar la capacidad empática (Giménez, 2008; OPS, 2001; Papalia, et al., 2010; Shaffer & Kipp, 2007).

A nivel socioemocional, gracias al descentramiento toman más conciencia de sus emociones y las de los demás, pueden regular mejor sus emociones y conducta, y tienen conciencia de las reglas de su cultura relacionadas con la expresión emocional aceptable, se encuentra en desarrollo un autoconcepto es más realista, equilibrado, amplio e integrado (Giménez, 2008; Papalia, et al., 2010; Shaffer & Kipp, 2007).

La tarea primordial es el logro de un sentimiento de competencia mediante la resolución exitosa de las demandas académicas, interpersonales, conductuales, y de convivencia, en el

contexto escolar y familiar, el cual influirá en su autoestima y autoeficacia (Erikson, 2000; OPS, 2001; Papalia, et al., 2010; Shaffer & Kipp, 2007).

La escuela

La escuela tiene un importante rol no sólo en el desarrollo cognoscitivo de los niños(as), sino que también en el desarrollo socioemocional (Durlak et al., 2011)

El aprendizaje depende fundamentalmente de la calidad de las relaciones interpersonales al interior del aula, particularmente, el clima emocional y la percepción que tienen los docentes en cuanto a las causas del desempeño de sus alumnos (Casassus, 2003; Durlak et al., 2011).

Los niños que presentan dificultades adaptativas en la interacción con sus pares y profesores debido a limitaciones en sus recursos cognitivos, emocionales y sociales, verán afectado el normal curso de su desarrollo produciendo problemas de salud mental (Almonte, 2003; George et al., 2004; Milicic, Mena, López & Justiniano, 2008; Papalia, et al., 2010; Shaffer & Kipp, 2007).

Debido a la escolaridad obligatoria, parte importante de la vida del niño transcurre en la escuela, por lo que resulta sumamente efectivo integrar a las políticas escolares estrategias promocionales y preventivas de salud mental (Lahtinen, Lahtinen, Riikonen & Ahonen, 1999; NRC & IOM, 2009; OMS, 2004a).

La vulnerabilidad

El proceso de escolaridad también es influenciado por la vulnerabilidad social de la escuela, la que está determinada por variables geográficas, económicas y de salud (De la Barra, et al., 1995).

Las comunidades que viven en circunstancias socioeconómicas de pobreza están expuestas a factores de riesgo y pérdida de factores protectores para su salud mental que aumentan la probabilidad de emergencia de trastornos mentales y problemas de salud mental (Jenkins, 2008; Patel & Kleiman, 2003; Patel & Jané-Llopis, 2005).

Desde una perspectiva epidemiológica, pobreza significa bajo estatus socioeconómico (medido por clase social o ingreso), desempleo y bajo nivel de educación (Patel & Kleiman, 2003; Saraceno & Barbui, 1997).

Los efectos de la pobreza son más robustos que cualquier otro factor demográfico en el incremento de riesgo de problemas y trastornos de salud mental en niños (Macmillan, McMorris & Kruttschnitt, 2004; NICHD Early Child Care Research Network, 2005).

La mayor vulnerabilidad a problemas de salud mental producto de la pobreza se relaciona principalmente con inseguridad, desesperanza, riesgo de violencia, mala salud física, limitadas oportunidades, menor acceso a servicios sanitarios y apoyos psicosociales (Lahtinen, et al., 1999; Patel & Kleiman, 2003).

Los costos directos e indirectos de la mala salud mental agravan la situación económica y ponen en marcha un círculo vicioso de pobreza y problemas mentales (Patel & Kleiman, 2003)

Desde la perspectiva clínica infanto juvenil, la vulnerabilidad es una predisposición identificable y medible a un trastorno específico, que si bien aumenta el riesgo para desarrollar un trastorno, necesita que también se presenten otros factores de riesgo para que éste se exprese (Institute of Medicine, 1994). La vulnerabilidad del niño frente a los factores de riesgo varía en los diferentes momentos del desarrollo, de modo que, dependiendo de la etapa evolutiva en que se encuentre el menor, puede desencadenar diversas reacciones que varían en intensidad, duración y profundidad (Almonte, 2003).

2.2 Salud Mental Infantil

La OMS define el concepto de salud mental como “bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional, reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente” (OMS, 2004b, p.7).

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del MINSAL de Chile concibe la salud mental como “la capacidad del individuo y los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectiva y relacionales, el logro de sus metas

individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común” (MINSAL, 2001, p. 2 y 3).

El niño(a), como individuo en desarrollo, recibe la influencia de múltiples factores en distintos periodos de su evolución, con los cuales interactúa. Los problemas de salud mental infantil surgen cuando se rompe el equilibrio del individuo con su ecosistema, alterando su bienestar psicosocial. De este modo resulta un desarrollo dentro de los parámetros normales, con problemas de salud mental o trastornos bien definidos. (García, 2003).

Los investigadores en ciencias sociales y biológicas están tomando cada vez más una perspectiva del curso de la vida en el desarrollo de la salud (Maughan & Rutter, 2008).

La teoría del curso de vida/campo social de Sheppard Kellam y colaboradores, que ha servido de fundamento para la investigación, detección y prevención de factores de riesgo en el desarrollo temprano asociados a consecuencias en la adultez, propone un constructo bidimensional de la salud mental infantil, con una dimensión social/externa denominada status de adaptación social (SAS) y una dimensión individual/interna llamada bienestar psicológico (BP) (Kellam, Branch, Agrawal, y Ensminger, 1975; Kellam, et al., 2008).

La teoría del curso de vida/campo social plantea que en cada estadio de desarrollo el entorno social demanda exigencias a las personas, y que estas exigencias provienen de diferentes campos sociales, tales como la escuela, la familia, el grupo de pares. La escuela es un campo que demanda que los niños(as) pongan atención, obedezcan reglas, aprendan y socialicen adecuadamente con sus pares y profesores. En cada uno de estos campos existen personas encargadas de definir y evaluar la respuesta del niño(a) a las demandas para adaptarse al medio, utilizando criterios específicos de éxito y de fracaso. Los padres o tutores funcionan como evaluadores naturales en las familias, los pares en el grupo de pares y los profesores en la sala de clases. El proceso de interacción entre la demanda y la respuesta se denomina adaptación social y la evaluación de la interacción se designa como status de adaptación social (SAS) (Connell & Furman, 1984; George et al., 2004; Kellam, et al., 1975; Kellam & Rebok, 1992; Kellam, et al., 2008).

El bienestar psicológico (BP) se refiere a los estados internos del individuo, es decir, cómo se siente el individuo psicológicamente. El BP se puede relacionar recíprocamente con el SAS, pues el éxito o fracaso en el SAS (ej. fracaso académico) puede afectar el estado de su BP (ej. baja autoestima), y a su vez, el estado de su BP (ej. baja autoestima) puede afectar el éxito o fracaso en el SAS (ej. fracaso académico). Los evaluadores pueden reforzar al niño(a) por los éxitos o reducir el refuerzo e incrementar el castigo por los fracasos, disminuyendo el BP (George et al., 2004; Ialongo, 2002; Kellam, et al., 1975, Kellam, et al., 2008).

La teoría del curso de vida/campo social de Kellam y colaboradores es parte de los fundamentos teóricos del Programa Habilidades para la Vida para la evaluación e intervención preventiva en escolares (George et al., 2004; Guzmán et al., 2011; JUNAEB, 2008, 2009, 2010a).

2.3 Psicopatología del desarrollo infantil

La psicopatología del desarrollo se preocupa de los factores que influyen en el inicio y el curso de trastornos emocionales y conductuales en niños y adolescentes, mediante tanto el estudio transversal de la manifestación psiquiátrica (enfoque sincrónico), como el estudio longitudinal de los cambios que éste experimenta con el desarrollo (enfoque diacrónico) (Almonte, 2003; Offord & Bennett, 2002).

La psicopatología del desarrollo integra el conocimiento proveniente de diversas disciplinas complementarias, principalmente la psicología del desarrollo, la psicología clínica, la psiquiatría y la epidemiología (Offord & Bennett, 2002).

La epidemiología, particularmente la epidemiología analítica, contribuye a la psicopatología del desarrollo infantil tratando de explicar la etiología de los trastornos psiquiátricos. Se basa principalmente en estudios longitudinales, y su objetivo es comprender los mecanismos por los cuales los procesos del desarrollo pueden ser afectados por factores de riesgo generando trastornos psiquiátricos específicos, y por otro lado, cómo los procesos del desarrollo pueden verse favorecidos por factores protectores, permitiendo plantear estrategias preventivas en las distintas etapas del desarrollo (García, 2012; Verhulst, 1998).

Factores de riesgo

Según el Institute of Medicine (1994) de Estados Unidos, los factores de riesgo son características o variables de tipo biológicas, psicológicas y sociales que incrementan la probabilidad de desarrollar trastornos o problemas de salud mental en un individuo expuesto a éstas (en comparación a alguien elegido al azar de la población general), anteceden el inicio del trastorno, y pueden encontrarse a nivel del individuo, la familia, la comunidad o las instituciones que le rodean.

La OMS (2004a), señala que los factores de riesgo pueden ser por ejemplo a nivel individual déficits de atención, inmadurez y descontrol emocional, incompetencia social, habilidades y hábitos de trabajo deficientes, discapacidades de lectura, fracaso académico, discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos, enfermedad médica; a nivel familiar el embarazo temprano, conflicto familiar o desorganización familiar, clase social baja, enfermedad mental de los padres, abuso de sustancias por parte de los padres; a nivel ambiental la pobreza, la guerra y la desigualdad.

Desde la psicopatología del desarrollo infantil, se señala que los factores de riesgo pueden ser internos o externos a la persona, y se agrupan en cinco niveles: 1) características individuales (ej. género, temperamento), 2) factores parentales y familiares (ej. psicopatología en miembros familiares, conflictos parentales, estatus socioeconómico), 3) características del grupo de pares (ej. conducta disruptiva), 4) características escolares (ej. liderazgo, rendimiento académico), y 5) cualidades comunitarias o vecinales (ej. barrios malos, apoyo social) (Offord & Bennett, 2002).

Se distingue entre factores de riesgo causales, correlatos, marcadores y otros factores de riesgo no causales. Las intervenciones preventivas que se centran en factores de riesgo causales poseen grandes probabilidades de reducir la incidencia o severidad de un trastorno futuro, mientras que las intervenciones que se enfocan en los correlatos, marcadores o factores de riesgo no causales provocan escaso o ningún efecto en el trastorno. Los correlatos de un trastorno pueden estar asociados con éste pero contribuir poco o nada a su ocurrencia, de hecho, el trastorno puede originar el correlato; los marcadores, que son variables fijas (ej. sexo), no se pueden modificar; y los factores de riesgo no causales del trastorno constituyen variables

modificables que preceden al trastorno pero, si no se relacionan causalmente con éste, cambiarlos no ocasiona ningún impacto en los resultados (Offord & Bennett, 2002).

Existen tres principios etiológicos a partir de los factores de riesgo: la multiplicidad, la especificidad y el timing. La multiplicidad señala que el riesgo de sufrir un trastorno depende del número de factores de riesgo causal que se encuentren presentes y acumulados, tres o más factores incrementan el riesgo significativamente. La especificidad se refiere a que ciertos factores de riesgo causales se asocian con un trastorno y no con otros, en este sentido, se ha progresado poco en demostrar la especificidad de los factores de riesgo, inclusive la evidencia sugiere más bien que los factores de riesgo son comunes a múltiples resultados, es decir, inespecíficos. El timing indica que la influencia de un factor de riesgo causal depende de la etapa de desarrollo del individuo, es decir, las variables que constituyen factores de riesgo en una etapa de la vida puede no serlo en otras etapas (Institute of Medicine, 1994; Offord y Bennett, 2002).

En cuanto al timing, las estructuras psicopatológicas infantiles, se organizan y expresan de determinadas formas, dependiendo de la edad y del momento evolutivo que atraviesa el niño. El mismo síntoma puede tener diferentes significados y la misma circunstancia ambiental puede implicar variadas repercusiones según la edad (Torres, Domínguez & Rodríguez, 2004).

Trayectoria del desarrollo

La investigación ha confirmado la asociación entre un amplio espectro de factores de riesgo (adversidades) tempranas y el incremento del riesgo para trastornos posteriores en el curso de la vida, sin embargo estas posibles consecuencias psicopatológicas son diversas, y por el momento el estudio de los mecanismos mediadores (más que las consecuencias fenotípicas) permitirá demostrar mayor especificidad (Maughan & Rutter, 2008).

Existen trayectorias múltiples para manifestaciones similares y diferentes resultados originados en la misma trayectoria. Por ejemplo, se ha tratado de comprender cuáles son las trayectorias individuales que llevan a un sujeto a adaptarse en forma competente, a pesar de haber sido expuesto tempranamente a adversidad, enfatizando la importancia de entender el funcionamiento de niños y adolescentes que han reanudado una adecuada adaptación, después de haber divergido en la trayectoria del desarrollo. Por lo tanto, un enfoque de desarrollo puede

ayudar en la prevención y reducción de la carga individual y social de los trastornos mentales (Cicchetti & Toth, 2009).

El estudio de los efectos a largo plazo de la exposición temprana a factores de riesgo se debe concentrar no sólo en la identificación de los factores de riesgo, sino que además en comprender cómo operan éstos. En relación al primer punto, la investigación ha mostrado la existencia de factores de riesgo distal (indirecto) y proximal (indirectos). Por ejemplo, la pobreza familiar en la niñez (factor de riesgo distal) está largamente mediada por el funcionamiento familiar o la calidad de las relaciones parento-filiales (factor de riesgo proximal), es decir, sus efectos en la niñez y consecuencias posteriores son ampliamente indirectos. Respecto del segundo punto, los estudios (principalmente genéticos), han mostrado que los factores de riesgo ambientales son en realidad factores mediadores ambientales (Cova, 2004; Maughan & Rutter, 2008).

Mediante estudios longitudinales (especialmente retrospectivos), se ha demostrado que existen tanto continuidades como discontinuidades en el curso de la vida y el inicio y persistencia de los síntomas y trastornos psiquiátricos, introduciendo el concepto de trayectoria del desarrollo; y que el vínculo entre un factor de riesgo temprano y un trastorno futuro puede ser indirecto, y depende de otras variables mediadoras (Maughan & Rutter, 2008; Offord y Bennett, 2002).

Se observan principalmente dos procesos subyacentes diferentes en las variaciones de la secuencia del desarrollo. La continuidad heterotípica plantea que existe una continuidad en el curso de los trastornos individuales, pero que sus manifestaciones cambian con la edad, reflejando diferentes expresiones de la misma causa subyacente. Las progresiones psicopatológicas proponen que un trastorno y/o sus discapacidades asociadas funcionan directa o indirectamente como factores de riesgo para un segundo distinto trastorno (Maughan & Rutter, 2008).

Las cadenas causales constituyen un concepto teórico para explicar la trayectoria del desarrollo, mediante los conceptos de factores mediadores y moderadores. Los factores mediadores representan una variable que vincula una variable independiente con un resultado, donde la variable independiente origina el mediador, lo que a su vez causa el resultado. Los

factores moderadores interactúan o moderan la influencia de una variable independiente en el resultado. La evidencia sugiere que una variable puede actuar como mediadora en un caso y moderadora en otro, y además que la asociación entre una variable mediadora y un resultado limita el impacto de una intervención (Cova, 2004; NRC & IOM, 2009; Offord y Bennett, 2002).

Actualmente, la epidemiología infantil provee la siguiente evidencia: 1) la edad típica de inicio para la mayoría de los trastornos de la adultez, ocurre en la niñez temprana (preponderantemente en el sexo masculino) y en la adolescencia (comúnmente en el sexo femenino), 2) la persistencia de trastornos desde la niñez hacia la adultez es alta, reflejando la continuidad homotópica (continuidad de un mismo trastorno en el tiempo), sin embargo, parte de los trastornos en la adultez fueron en la niñez de un tipo diferente, lo que destaca la importancia de la comorbilidad secuencial o continuidad heterotópica (continuidad de un trastorno a otro en el tiempo), 3) la comorbilidad y la continuidad homotópica y heterotópica son más marcadas en las niñas que en los niños (Maughan & Rutter, 2008).

Gran parte del impacto posterior de los trastornos y factores de riesgo (adversidades) tempranos parece probable que se manifieste a través de la duración de las cadenas de efecto que se ponen en marcha en los diferentes dominios del desarrollo, por tanto la clave para el futuro es el estudio de los mecanismos de riesgo específico (Maughan & Rutter, 2008).

2.4 Intervenciones preventivas tempranas

Desde la psicopatología del desarrollo Offord y Bennett (2002), reportan que 1) el número de niños con trastornos psiquiátricos excede entre un 10 a 20% la capacidad de los servicios clínicos para evaluarlos y tratarlos, 2) alrededor de 40 a 60% de las familias que inician un tratamiento porque su hijo tiene un trastorno psiquiátrico se retira prematuramente del mismo, 3) muchos padres de niños con alto riesgo de problemas emocionales o conductuales no participan en programas de capacitación, 4) el intervalo de tiempo entre el momento en que los padres buscan ayuda y aquél en que realmente reciben tratamiento puede ser considerable, y 5) se dispone de muy poca evidencia de tratamientos efectivos para los trastornos psiquiátricos infantiles, por lo que, afirman que la única estrategia sostenible en la reducción significativa de niños con trastornos psiquiátricos es la prevención.

Según la OMS (2004a), el Instituto de Medicina de Estados Unidos propone en 1994 una nueva clasificación para la prevención en salud mental basada en el sistema de clasificación de prevención de enfermedades físicas de Gordon (1983, 1987; citado en Institute of Medicine, 1994), que reemplaza el sistema de clasificación de salud pública de prevención primaria, secundaria y terciaria.

En el nuevo sistema de clasificación, el espectro de intervenciones para los trastornos mentales se compone de prevención, tratamiento y mantenimiento, y el término prevención es reservado sólo para aquellas intervenciones que ocurren antes de la aparición inicial de un trastorno (Institute of Medicine, 1994).

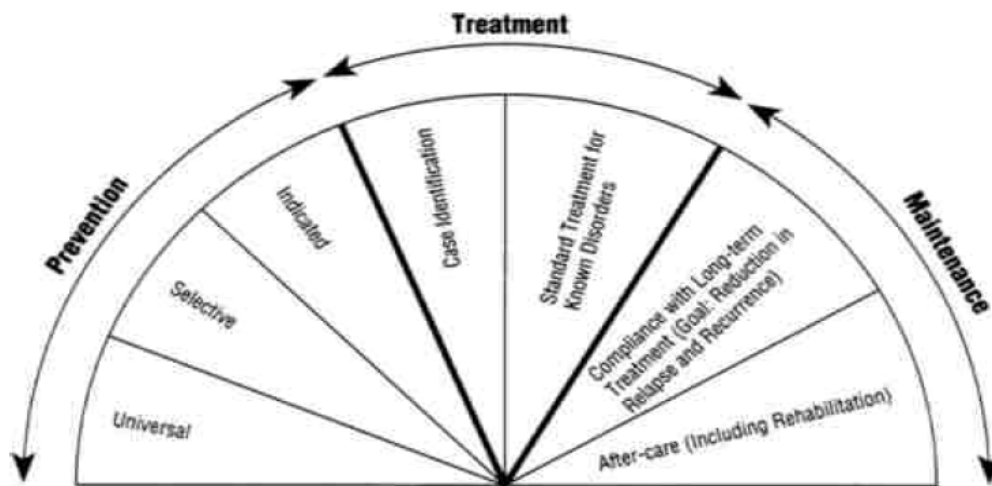


Figura 1: Espectro de intervenciones de salud mental para los trastornos mentales

Fuente: “The mental health intervention spectrum for mental disorders”, por Intitute of Medicine, 1994, *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*, p.23. Copyright 1994 National Academy of Sciences.

La prevención se compone de 1) prevención universal, 2) prevención selectiva, y 3) prevención indicada. La prevención universal se dirige al público general o a toda una población que no ha sido identificada sobre la base de un riesgo individual, es decir, la intervención es deseable para todos en dicha población. Se considera ventajosa cuando presenta un bajo costo por persona, es efectiva aceptable para la población, y existe un bajo riesgo de problemas de salud

mental. La prevención selectiva se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar trastornos mentales es significativamente mayor que el promedio. El riesgo puede ser inminente o de por vida. Los grupos de riesgo pueden ser identificados sobre la base de factores de riesgo biológico, psicológico o social que se encuentran asociados con el inicio de un trastorno mental. Resulta apropiada si las intervenciones no exceden un nivel moderado de costo y si los efectos negativos son mínimos o inexistentes. Se debe tener la precaución de no incluir miembros que presenten trastornos mentales. La prevención indicada o focalizada se dirige a individuos con alto riesgo, que presentan muy pocos, pero detectables signos o síntomas que prefiguran un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican predisposición a un trastorno mental, pero que no cumplen con los criterios diagnósticos para el momento. Se considera razonable inclusive si la intervención presenta cierto riesgo y altos costos. Se debe tener la precaución de clasificar individuos que necesitan tratamiento como necesitando prevención indicada (Institute of Medicine, 1994).

El objetivo general de los tres tipos de prevención es reducir la incidencia de nuevos casos, retrasar el inicio del trastorno, y reducir y prevenir en el corto plazo los casos nuevos. El retraso del inicio de trastorno no sólo tiene beneficios para el individuo, sino que también para la familia. Adicionalmente, un objetivo de la prevención indicada podría ser reducir la duración los síntomas tempranos y detener la progresión de la severidad los síntomas para las personas que no cumplen con los criterios diagnósticos (Institute of Medicine, 1994).

Las tres estrategias preventivas pueden ser integradas dentro de un plan global de salud pública, y especialmente en escenarios de atención de salud primaria, escuelas, sitios de trabajo, iglesias, y otros espacios. Las personas que no pueden tener acceso a las intervenciones preventivas o para quienes la intervención preventiva no es efectiva, deben disponer rápidamente de servicios de tratamiento y mantenimiento (Institute of Medicine, 1994).

Los límites entre prevención y tratamiento son difusos no sólo en el campo clínico, sino que también en la investigación. La falta de precisión en la definición de términos, como por ejemplo, ocurrencia, enfermedad, discapacidad, ha permitido que diversas actividades sean etiquetadas como investigación en prevención. Por ello, se propone utilizar el término investigación preventiva para referirse sólo a la investigación de intervenciones preventivas de

tipo universal, selectiva e indicada. El Servicio de Salud Pública de Estados Unidos define la investigación preventiva como sólo la investigación diseñada para producir resultados aplicables a intervenciones para prevenir la ocurrencia de enfermedades o discapacidad, o la progresión de la enfermedad cuando es detectable pero asintomática (Institute of Medicine, 1994).

La investigación preventiva corresponde a estudios orientados a elucidar la cadena causal, etiología y mecanismos de las enfermedades agudas y crónicas, contribuyendo al desarrollo de intervenciones preventivas a futuro (Institute of Medicine, 1994). Se compone de una fase de pre-intervención y otra de intervención. La pre-intervención incluye 1) identificar los factores de riesgo de la enfermedad o discapacidad, 2) desarrollar métodos para identificar la enfermedad mientras se encuentra en un estado asintomático controlable, y 3) refinar los procedimientos metodológicos y estadísticos para la evaluar cuantitativamente el riesgo y medir los efectos de las intervenciones preventivas. La intervención incluye 1) desarrollar intervenciones biológicas, ambientales y/o conductuales para prevenir la manifestación de la enfermedad o discapacidad, o la progresión de la enfermedad en estado asintomático, y 2) además, realizar ensayos y demostraciones clínicas y comunitarias para evaluar las intervenciones preventivas y fomentar su adopción (Institute of Medicine, 1994).

Desde la propuesta del nuevo sistema de clasificación del espectro de intervenciones, se ha progresado mucho en materia intervención preventiva. La investigación ha permitido identificar intervenciones preventivas beneficiosas para diversos problemas de salud mental, en diferentes las etapas del desarrollo, desde antes de la concepción hasta la adultez joven inclusive, y en los distintos contextos familiar, escolar y comunitario. Actualmente se dispone de intervenciones preventivas basadas en evidencia especialmente para maltrato infantil, fracaso académico, violencia escolar, problemas de conducta, depresión, abuso de sustancias, conducta sexual de riesgo y ansiedad, orientadas sobre todo para preescolares, escolares, y adolescentes, tanto en el contexto familiar como escolar (NRC & IOM, 2009).

Las intervenciones preventivas en escolares que presentan un enfoque ecológico integral, promueven el aprendizaje socioemocional, el mejoramiento de las habilidades individuales de los estudiantes y la participación de los padres, influyen positivamente en la salud mental (Durlak, et al., 2011; NRC & IOM, 2009; OMS, 2004a; Vitaro & Tremblay, 2008).

Las intervenciones preventivas deben considerar: (Greenberg, et al., 2000; Jané-Llopis, 2004; NRC & IOM, 2009; OMS, 2004a): 1) fomentar la evaluación del impacto de las intervenciones en relación a diferentes dimensiones específicas (ej. costo-efectividad, impacto en el logro académico); 2) examinar la relación entre calidad de la ejecución y efectividad de los resultados, sobretodo en programas que operan a gran escala; 3) optimizar el seguimiento de los participantes después de las intervenciones para conocer su trayectoria; 4) garantizar la evaluación y tratamiento de individuos pertenecientes a grupos con elevado riesgo de presentar trastornos mentales. Las escuelas ofrecen una importante oportunidad para detectar mediante tamizaje riesgo y síntomas tempranos de problemas mentales, emocionales y conductuales entre niños, e implementar programas promocionales y preventivos de salud mental; 5) potenciar el desarrollo de programas efectivos para problemas internalizantes (ej. depresivos); 6) avanzar en el conocimiento de la especificidad de los factores de riesgo, esto es, conocer los factores de riesgo particulares para los distintos problemas de salud mental (ej. factores de riesgo para conducta disruptiva); y 7) fortalecer el estudio de los factores individuales (ej. sexo) y ambientales (ej. familiares o escolares) como moderadores o responsables de que un programa preventivo funcione, lo que permitiría saber para quiénes es más efectivo un programa en particular según su nivel de riesgo inicial.

2.5 El Programa Habilidades para la Vida

A nivel nacional, desde 1998 la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) del Ministerio de Educación, ha desarrollado experiencias exitosas de salud mental escolar tales como promoción, prevención y detección de problemas de salud mental en educación básica mediante el Programa Habilidades para la Vida (Guzmán et al., 2011).

Los principios básicos de éste Programa en la construcción del comportamiento infantil son preponderantes el rol y el sentido que tienen las interacciones con los adultos significativos en los ámbitos cotidianos del hogar y escuela. La intervención psicosocial es más efectiva y eficiente si se inserta en los contextos naturales en los que los niños crecen y se desarrollan. Por ello, la escuela es la mejor alternativa para proteger a niños vulnerables, minimizar daños en su desarrollo biopsicosocial y disminuir así problemas psicosociales futuros. La prevención focalizada en escolares requiere la detección de la población de mayor riesgo psicosocial para

garantizar los resultados de estas acciones. La instalación a nivel comunal de los programas de intervención psicosocial requiere de una red local que facilite y asegure una coordinación eficiente entre la escuela y los servicios de apoyo psicosocial existente (JUNAEB, 2008, 2009).

El P-HvV se estructura en unidades, cada una con estrategias y actividades propias, continuas y progresivas, incorpora los niños(as), sus padres o apoderados y educadores desde el primer nivel de transición hasta cuarto año básico (JUNAEB, 2009).

Detección de problemas psicosociales y conductas de riesgo

La detección de problemas psicosociales y conductas de riesgo, se realiza en la escuela mediante el Teacher Observation of Classroom Adaptation Revisado-Revisado [TOCA-RR] contestado por el profesor jefe (George et al., 2004; JUNAEB, 2009), y en el hogar mediante el Pediatric Symptom Checklist [PSC] respondido por los padres (George et al., 1995; JUNAEB, 2009).

El TOCA-RR evalúa el comportamiento del niño en sala de clases según la observación del profesor, requiere 3 meses mínimo de conocimiento del niño, se aplica al profesor en forma individual, detecta específicamente los siguientes factores de riesgo: aceptación de la autoridad, contacto social, logros cognitivos, madurez emocional, atención y concentración, y nivel actividad (JUNAEB, 2009, 2010).

Siguiendo un criterio clínico los factores de riesgo presentes son agrupados en tres cadenas de riesgo denominadas perfiles conductuales de riesgo psicosocial: el perfil **amarillo** reúne niños(as) con riesgo en contacto social, logros cognitivos, madurez emocional y aceptación de la autoridad o nivel de actividad; el perfil **azul** agrupa niños(as) con riesgo en aceptación de la autoridad, nivel de actividad, atención-concentración y logros cognitivos; y el perfil **verde** configura niños(as) con riesgo en contacto social, aceptación de la autoridad o nivel de actividad (JUNAEB, 2009, 2010).

El PSC evalúa el funcionamiento psicosocial del niño en el hogar según la observación de los padres, se aplica a éstos en reuniones, citaciones, y en última instancia, se envía al hogar (JUNAEB, 2009, 2010).

El procedimiento para realizar la detección es el siguiente. Primero se aplican los instrumentos a los padres y profesores de todos los niños de 1° básico, y luego en base a los resultados obtenidos en el TOCA-RR se identifican los niños que configuran perfil de riesgo, siendo éstos niños los que participarán de los talleres preventivos durante 2° básico, y finalmente se reaplican los instrumentos en 3° básico para los niños identificados con perfil de riesgo en 1° básico, con el propósito de conocer su evolución (JUNAEB, 2009, 2010).

Prevención de problemas psicosociales y conductas de riesgo

La prevención de problemas psicosociales y conductas de riesgo, tiene por objetivo reducir el impacto negativo de los factores de riesgo y potenciar los factores protectores, mediante talleres preventivos durante 2° básico para los niños identificados con perfil de riesgo en 1° básico con el propósito de estimular el desarrollo de competencias y habilidades en los niños(as) de manera integrada y adaptativa al entorno escolar en coherencia con la concepción de salud mental del modelo teórico del Curso de vida/Campo Social de Kellam y colaboradores (JUNAEB, 2008, 2009).

Según la evidencia la pesquisa de cadenas de riesgos específicos permiten mayor eficacia de la intervención preventiva. Luego de la detección de los perfiles de riesgo en 1° básico, se forman grupos de niños(as) que trabajan durante 2° básico mediante la metodología de taller, que para el P-HpV se denominan Talleres Preventivos. La presencia de cualquier perfil de riesgo constituye el único criterio válido de inclusión para los niños(as) en el Taller Preventivo (JUNAEB, 2008, 2009).

Los Talleres Preventivos se realizan durante el transcurso del 2° básico con niños(as) agrupados según perfiles de riesgo de acuerdo con los factores de riesgo detectados el año anterior (JUNAEB, 2008, 2009).

La intervención preventiva posibilita que la interacción entre variables o factores del individuo y su ambiente produzca un cambio en la trayectoria del riesgo hacia una adaptación positiva. Existen modelos teóricos y estrategias de intervención preventiva que apoyan el desarrollo de competencias (JUNAEB, 2008, 2009)

La intervención preventiva considera objetivos diferenciados según el perfil de riesgo para diseñar los talleres. Estos objetivos definen los distintos énfasis en las habilidades a reforzar o desarrollar. En este sentido, los talleres preventivos son focalizados, es decir, cada perfil de riesgo se corresponde con un taller con objetivos propios: el Taller Amarillo Sol desarrolla habilidades sociales, autonomía, autoeficacia y autoestima para los niños en perfil de riesgo amarillo sol; el Taller Azul Profundo desarrolla habilidades de autocontrol, habilidades sociales y empatía para los niños en perfil de riesgo azul profundo; y el Taller Verde Esperanza desarrolla la sociabilidad, resolución de conflictos y autoestima para los niños en perfil de riesgo verde esperanza (JUNAEB, 2008, 2009).

Los talleres preventivos se planifican y desarrollan según las orientaciones técnicas y metodológicas del manual Cada Taller que consta de 10 sesiones para los niños con frecuencia semanal, en el mismo horario y lugar; 3 sesiones para los padres; y 2 sesiones para los profesores jefes. Estas sesiones incluyen con el objetivo de sensibilizar, comprometer y contribuir con la actividad en el contexto familiar y aula respectivamente. Las fichas de registro permiten el seguimiento de la evolución individual y grupal por sesión, y la evaluación de las sesiones con padres y profesores (JUNAEB, 2008, 2009).

Derivación, atención y seguimiento de niños detectados con problemas de salud mental y/o psicosociales.

El proceso de detección de riesgo permite identificar niños(as) que presentan *riesgo crítico*, los que requieren ser derivados para su diagnóstico clínico y tratamiento en el sistema de salud primario o especializado mediante un procedimiento basado en índices especiales especialmente elaborados para este propósito. Los índices especiales construidos son los siguientes (JUNAEB, 2009);

En el Índice especial afectivo (IEA): El niño presenta criterios de depresión según la observación de los padres en el hogar. Estos casos requieren de una entrevista clínicamente sus padres mediante pauta semiestructurada para determinar necesidad de derivación.

Los niños que presenten IEHT sin información PSC deben ser entrevistados clínicamente sus padres mediante pauta para determinar necesidad de derivación

Los niños que presenten IECH deben ser derivados al sistema de salud. El Índice especial crítico hiperactivo (IECH): El niño presenta criterios de déficit atención con/sin hiperactividad según la observación del profesor en el aula y de los padres en el hogar,

Los casos emergentes percibidos por el profesor y/o padres como de alto riesgo psicosocial deben ser entrevistados por los profesionales del programa clínicamente mediante pauta para determinar necesidad o condiciones familiares para la derivación. Si presentan criterios de riesgo del TOCA-RR deben ser incorporados en los talleres preventivos y actividades del P-HpV en general.

Para realizar seguimiento se registra el número de niños y/o familias derivadas y atendidas en el sistema de salud, los diagnósticos, las indicaciones, los tratamientos, los especialistas tratantes, la adherencia de la familia al tratamiento y se programan y realizan reuniones clínicas con el equipo de salud local (JUNAEB, 2009).

3. OBJETIVOS

Objetivo General:

Identificar los factores de riesgo individual, familiar y escolar que se asocian con mantener condición de riesgo de problemas de salud mental después de participar de una intervención preventiva en niños(as) en etapa escolar de escuelas vulnerables.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar los(as) niños(as) según su condición de riesgo antes y después de la una intervención preventiva.
2. Comparar transversalmente los factores de riesgo individual, familiar y escolar entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo, en el momento pre y post intervención preventiva.
3. Comparar longitudinalmente los factores de riesgo individual, familiar y escolar entre el momento pre y post intervención preventiva, en el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo.

4. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Hipótesis Investigación:

Determinados factores de riesgo individual, familiar y escolar se asocian con mantener condición de riesgo de problemas de salud mental después de una intervención preventiva en niños(as) en etapa escolar de escuelas vulnerables.

Hipótesis Específicas:

1. Después de la intervención preventiva, el porcentaje de niños(as) que saldrá de la condición de riesgo será mayor que el porcentaje de niños(as) que mantendrá condición de riesgo.
2. Al comparar transversalmente en el momento pre-intervención, el grupo que mantendrá y el que saldrá de la condición de riesgo, habrá determinados factores de riesgo individual que presentarán una diferencia significativa.
3. Al comparar transversalmente en el momento post-intervención, el grupo que mantendrá y el que saldrá de la condición de riesgo, habrá determinados factores de riesgo individual que presentarán una diferencia significativa.
4. Al comparar transversalmente en el momento pre-intervención, el grupo que mantendrá y el que saldrá de la condición de riesgo, habrá determinados factores de riesgo individual, familiar y escolar que presentarán una asociación significativa.
5. Al comparar trasversalmente en el momento post- intervención, el grupo que mantendrá y el que saldrá de la condición de riesgo, habrá determinados factores de riesgo individual, familiar y escolar que presentarán una asociación significativa.
6. Al comparar longitudinalmente el momento pre y post intervención habrá determinados factores de riesgo individual que presentarán una diferencia significativa en el grupo que mantendrá condición de riesgo.
7. Al comparar longitudinalmente el momento pre y post intervención habrá determinados factores de riesgo individual que presentarán una diferencia significativa en el grupo que saldrá de la condición de riesgo.

8. Al comparar longitudinalmente el momento pre y post intervención habrá determinados factores de riesgo individual, familiar y escolar que presentarán una asociación significativa, tanto en el grupo que mantendrá y como en el grupo que saldrá de la condición de riesgo.

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Justificación

Se ha optado por el enfoque de investigación de carácter cuantitativo, siguiendo las siguientes características propuestos por Hernández, Fernández y Baptista (2010) para éste:

1) La investigación es positivista, es decir, la realidad se concibe como externa y objetiva; 2) la posición del investigador es neutral y distante respecto del fenómeno en estudio, es decir, busca proceder tanto en la recolección como análisis de los datos de modo objetivo, sin emitir juicios subjetivos; 3) las metas de la investigación dicen relación con describir la relación entre variables (los factores de riesgo y la condición de riesgo); 4) el marco teórico que guía la investigación puede ser modificado en función de la nueva evidencia obtenida; 5) las variables del estudio son definidas conceptual y operativamente, para su facilitar su medición objetiva; 6) las hipótesis del estudio son definidas previamente, y se pretenden contrastar empíricamente para su verificación o refutación; 7) el diseño de la investigación es predeterminado y estructurado; 8) la población se constituye por gran cantidad de sujetos; 9) la recolección de datos se basa en instrumentos de medición estandarizados, y la naturaleza de éstos es cuantitativa; 10) finalmente, el análisis de los datos se basa en las hipótesis predefinidas, y se realiza posteriormente a la recolección de datos mediante procedimientos estadísticos descriptivos.

5.2 Diseño de Estudio

El diseño de la presente investigación es de tipo no experimental (ex post facto) y longitudinal de cohorte, e incluye análisis transversales.

Según Hernández, et al. (2010) la selección del diseño de investigación depende del: 1) planteamiento del problema; 2) la formulación de hipótesis; y 3) los alcances de la investigación.

El problema de estudio contribuye en el progreso de la investigación en intervenciones preventivas mediante la identificación de los factores de riesgo (individual, familiar y escolar)

moderadores de que niños(as) no salgan de la condición de riesgo luego de participar de una intervención preventiva, por lo que, presenta un carácter exploratorio en dicho ámbito.

Siguiendo los objetivos y las hipótesis de investigación, se pretende: 1) caracterizar la condición de riesgo de los sujetos entre el momento pre y post intervención, 2) diferenciar los factores de riesgo (individual, familiar y escolar) de los sujetos que mantienen y salen de la condición de riesgo, en el momento pre y post intervención, y 3) comparar los factores de riesgo entre el momento pre y post intervención, en los sujetos que mantienen y salen de la condición de riesgo por tanto, el estudio presenta alcances descriptivos.

Considerando los argumentos recién expuestos, el diseño de la presente investigación es:

1) No experimental (ex post facto). Los sujetos que pertenecen al grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo no es provocada intencionalmente. Se realizan inferencias de las relaciones entre la variable factores de riesgo y la condición de riesgo tal como se han dado en su contexto natural. La investigación no experimental presenta mayor validez externa, por lo que sus resultados son más generalizables (Hernández, et al., 2010).

2) Longitudinal pues interesa comparar los cambios a través del tiempo de la variable factores de riesgo entre el momento pre y post-intervención, tanto en el grupo que mantiene como en el que sale de la condición de riesgo. De cohorte pues se realiza seguimiento de los cambios en un mismo grupo poblacional: los niños(as) que participaron durante todo el ciclo de la intervención preventiva entre el año 2009 y 2011 (Hernández, et al., 2010).

2) Transversal descriptivo pues interesa diferenciar la variable factores de riesgo entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo en dos momentos determinados: pre intervención en el año 2009 y post intervención en el año 2011 (Hernández, et al., 2010).

5.3 Muestra

La unidad de análisis del presente estudio consiste en: 1) niños y niñas; 2) en etapa escolar; 3) de escuelas con vulnerables; 4) participantes de una intervención preventiva.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, la población del presente estudio consiste en todos los niños(as) que participaron en el Programa Habilidades para la Vida en la región

Metropolitana durante todo el ciclo de intervención del año 2009 a 2011, es decir, los niños(as) detectados con riesgo en 1° básico 2009, que asistieron a los talleres preventivos en 2° básico 2010, y que fueron reevaluados en 3° básico 2011.

Se ha seleccionado el ciclo de intervención del año 2009 a 2011 en la región Metropolitana por motivos de factibilidad de acceso, y actualidad de la población.

En esta investigación se usan bases de datos, y considerando que ha sido posible acceder a estas en forma completa, se trabaja con toda la población.

La cantidad de niños(as) detectado con riesgo en 1° básico 2009, que asistió a los talleres preventivos en 2° básico 2010 y que fue reevaluado en 3° básico 2011, corresponde a 176 casos. La asistencia a Taller preventivo en 2° básico se registra en la reevaluación en 3° básico, por tanto, todos los niños(as) que sí asistieron presentan reevaluación.

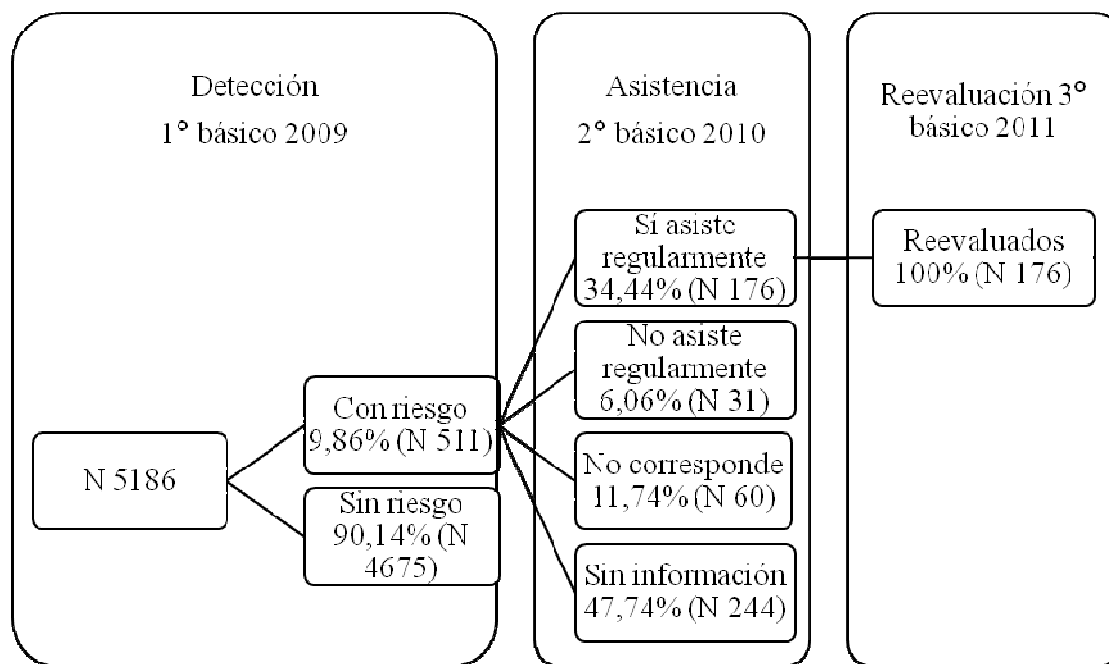


Figura 2: Niños(as) que participaron en el Programa Habilidades para la Vida en la región Metropolitana durante todo el ciclo de intervención del año 2009 a 2011.

5.4 Técnicas de recolección de datos

La presente investigación se realizó con las bases de datos de la aplicación del TOCA-RR y PSC, de 1° básico del año 2009 y 3° básico del año 2011, de la región Metropolitana, información proporcionada por la Dirección nacional del Programa Habilidades para la Vida del Departamento de Salud del Estudiante de JUNAEB. Los datos fueron recolectados mediante los señalados instrumentos TOCA-RR y PSC.

Teacher Observation of Child Adaptation-Revised Revised (TOCA-RR)

El Teacher Observation of Classroom Adaptation – Revised (TOCA-R) fue desarrollado originalmente por Sheppard Kellam y colaboradores del Johns Hopkins University and American Institute for Research para realizar estudios de carácter epidemiológico (Werthamer-Larsson, Kellam & Wheeler, 1991), se basa en el modelo teórico de salud mental de Kellam (Connell & Furman, 1984; George et al., 2004; Kellam, et al., 1975; Kellam & Rebok, 1992; Kellam, et al., 2008).

El TOCA-R ha sido rigurosamente validado en lo predictivo, en su capacidad para describir de manera confiable las conductas de niños(as) escolares. Los ítems que lo componen muestran variabilidad suficiente como para identificar la presencia de escolares con factores de riesgo y conductas desadaptativas asociadas a problemas de salud mental y con una mayor probabilidad de llegar a presentar desórdenes psiquiátricos y conductas riesgosas en y desde la adolescencia. El cuestionario lo responde el profesor y se refiere a la conducta del niño o niña en la sala de clases (Kellam, et al., 1977; Kellam, et al., 1983). Presenta una confiabilidad con valores entre 0,81 y 0,93 (Rains, 2003).

El TOCA-R fue adaptado y validado para Chile. Se determinó una confiabilidad (según alfa de Cronbach, es decir, medida de consistencia interna) entre 0,74 y 0,95 para las diferentes escalas (George et al., 1995; Siraqyan & Mores, 1993). Se incorpora como instrumento de pesquisa universal del riesgo en el P-HpV en 1998 y posteriormente, el equipo metodológico del Programa lo revisa dando origen a su última versión denominada Teacher Observation of Classroom Adaptation – Revised Revised (TOCA-RR). Los resultados de la revisión permiten revalidar los constructos o factores, reducir el número de ítems del instrumento, y constatar

características psicométricas de validez y confiabilidad similares a las presentes en el instrumento original (George et al., 2004).

Los factores de riesgo detectados por el TOCA-RR se organizan según la presencia y asociación clínica de éstos en cadenas de riesgo denominadas perfiles conductuales de riesgo (De la Barra et al., 1995; George et al., 2004; George et al., 2005; JUNAEB, 2009, 2010a).

Para la aplicación del TOCA-RR se programa una entrevista estructurada con el profesor. Existe una Guía que orienta los distintos pasos de la aplicación (JUNAEB, 2010a).

El cuestionario tiene tres secciones. La primera registra datos demográficos, tales como, sexo, curso, edad, RUT, RBD de la escuela, nombre de la escuela, comuna, repitencia previa. En la segunda el profesor califica globalmente el rendimiento del niño como estudiante en la siguiente escala: excelente, bueno, regular, malo, probable fracaso o fracaso; y su conducta en clase en la siguiente escala: excelente, buena, regular, mala, muy mala, extremadamente mala. La tercera sección es el cuestionario propiamente tal, con 31 ítems que el profesor puntúa en una escala de 1 (casi nunca) a 6 (casi siempre). Cada ítem describe una conducta del niño(a) en la sala de clases, las que se agrupan en 6 áreas de comportamiento: Aceptación de autoridad (AA): se relaciona con conductas agresivas y desobediencia; Contacto social (CS): se refiere a integración con pares, participación en actividades y relación con profesores; Logros cognitivos (LC): se relaciona con la motivación y eficiencia en el trabajo escolar; Madurez emocional (ME): se refiere a comportamientos de autonomía emocional; Atención y concentración (AC): evalúa la capacidad de prestar atención, persistir en la tarea y la distractibilidad; Nivel de actividad (NA): se relaciona con la capacidad de permanecer tranquilo y evalúa las conductas hiperactivas (JUNAEB, 2010a).

Los resultados del TOCA-RR permiten detectar riesgo para cada una de las seis áreas del comportamiento (factores de evaluación) mediante puntajes de riesgo, es decir, si el puntaje de un factor de evaluación supera un percentil determinado se concluye presencia de factor de riesgo (JUNAEB, 2010a). De acuerdo a las características psicométricas del instrumento, el puntaje de riesgo se calcula en base al percentil 75 para las escalas AA, CS, LC, ME y las escalas AC y NA con el percentil 85. Hay diferencias en las medias aritméticas entre hombres y mujeres sólo en las

escalas AC y NA, por lo que se usan puntos de corte diferentes según sexo en ambas (JUNAEB, 2010a).

Tabla 1

Factores de evaluación y riesgo

Factor de Evaluación	Abreviación	Factor de Riesgo	Descripción
Aceptación de la Autoridad	AA	Desobediencia y Agresión	Conductas agresivas y desobediencia
Contacto Social	CS	Inhibición social y conducta tímida	Dificultad de integración social con pares, de participación en actividades y en la relación con profesores(as)
Logros Cognitivos	LC	Déficit cognitivo y desmotivación para el aprendizaje	Desmotivación para el aprendizaje y baja eficiencia en el trabajo escolar
Atención y Concentración	AC	Problemas de concentración	Incapacidad de prestar atención, dificultad para persistir en la tarea y distractibilidad
Madurez Emocional	ME	Inmadurez Emocional	Bajo grado de autonomía e independencia emocional, según niveles esperados para la edad
Nivel de Actividad	NA	Hiperactividad	Incapacidad de permanecer tranquilo y presencia de conductas hiperactivas

Luego, a partir de la presencia de determinados factores de riesgo detectados por el TOCA-RR se construyen cadenas de riesgo las que son denominadas perfiles de riesgo. La construcción de los perfiles de riesgo está basada en la evidencia aportada por Kellam y colaboradores acerca de que determinadas conductas desadaptativas pesquisadas a edades tempranas constituyen indicadores de riesgo para presentar problemas de salud mental en la adolescencia y adultez. Los perfiles reflejan distintas formas de comportamiento observables en exceso o déficit: niños con problemas de aceptación de autoridad (perfil azul), niños con problemas de aceptación de autoridad y problemas de contacto social (perfil verde) y niños con bajo contacto social (perfil amarillo). Un niño con un perfil conductual de riesgo corresponde a

un niño que presenta un puntaje elevado en al menos un factor, de las distintas combinaciones posibles de factores elevados. Se considera sin perfil de riesgo psicosocial a cualquier niño con puntajes menor a una *DE* sobre el promedio en todos los factores, y con perfil de riesgo psicosocial a cualquier niño que presente en uno o más factores del TOCA-RR puntaje mayor a una *DE* sobre el promedio normalizado (De la Barra et al., 1995; Kellam et al., 2008; JUNAEB, 2010a)

Tabla 2

Perfiles de riesgo

Perfil de Riesgo	Criterio	Descripción
Azul Profundo	Puntean riesgo en AA + NA + AC + LC	Niños hiperactivos
		Desobedientes y Agresivos Con bajo nivel de atención y concentración
Verde Esperanza	Puntean riesgo en CS + AA o NA	Niños tímidos y Desobedientes
		Con hiperactividad o Agresividad
Amarillo Sol	Puntean riesgo alto en CS + LC + ME Puntean riesgo bajo en AA o NA	Niños tranquilos
		Obedientes e Inmaduros Con escasas habilidades sociales y poca motivación por el aprendizaje

Los niños(as) que presentan cualquier perfil de riesgo deben asistir a talleres preventivos diseñados específicamente para cada uno de estos perfiles. Existe un Manual que estandariza la aplicación de cada tipo de Taller e incorpora criterios clínicos para su desarrollo (JUNAEB, 2008, 2010a)

Pediatric Symptom Checklist (PSC)

El Pediatric Symptom Checklist (PSC) fue desarrollado originalmente por Michael Jellinek y colaboradores del Hospital General de Massachusetts como instrumento de tamizaje para ser contestado por los padres de niños(as) de 6 a 12 años en las salas de espera de consulta pediátrica con el propósito de medir el funcionamiento psicosocial del niño(a) (Jellinek, Murphy & Burns, 1986; Jellinek, et al., 1988).

El PSC ha sido uno de los instrumentos de tamizaje psicosocial más utilizados para niños en Estados Unidos, validado en una muestra nacional y en diversas subpoblaciones y recomendado para su uso en varios estados. Estudios recientes han demostrado una alta correlación entre el PSC y un número de escalas breves de tipos específicos de psicopatologías altamente aceptadas (Ambrosini, 2000, George et al., 2004; Kelleher, McInerney, Gardner, Childs & Wasserman, 2000; Kovacs, 1985; Semansky, Koyanagi & Vandivort-Warren, 2003).

El PSC fue adaptado y validado para Chile (George et al., 1995; Guzmán et al., 2011; Siraqyan & Mores, 1993), y presenta una confiabilidad comparable a la de Achenbach (George & Rodríguez, 1997; Toledo, De la Barra, López). La primera sección registra datos de la familia: edad de la madre al nacer el niño(a), si el niño vive con el padre biológico, si el niño tiene una enfermedad mental que necesita control permanente o que lo hace faltar al colegio más de una vez al mes, si algún familiar que vive con el niño(a) ha sido hospitalizado o necesita tratamiento o recibe pensión de invalidez por enfermedad mental o psicológica, y si la familia participa habitualmente en actividades de la iglesia, centro de madres junta de vecinos, clubes deportivos, agrupaciones culturales, políticas o recreativas. La segunda sección corresponde al cuestionario de conductas que contiene 33 preguntas (ítems) acerca de conductas desadaptativas y problemas emocionales en los niños(as), las cuales son evaluadas por el apoderado(a) del niño(a) (madre, padre u otro), en una escala de nunca (1), a veces (2) o muy seguido (3). La suma de los puntajes en cada ítem proporciona un puntaje global que refleja el funcionamiento psicosocial del niño(a). Si el puntaje global es igual o superior en un determinado punto de corte (65 puntos), significa que el niño(a) presenta disfunción psicosocial. Se dispone de una guía de aplicación que informa y solicita consentimiento de los padres (JUNAEB, 2010a).

5.5 Definición de las variables

5.5.1 Definición de la variable Condición de Riesgo de problemas de Salud Mental.

5.5.1.1 Definición conceptual

Siguiendo el principio etiológico de la multiplicidad y especificidad de los factores de riesgo, la propuesta teórica de las cadenas causales para explicar la trayectoria del riesgo, y la evidencia de que determinadas conductas desadaptativas pesquiasadas a edades tempranas

constituyen indicadores de riesgo para presentar problemas de salud mental en la adolescencia y adultez (De la Barra et al., 1995; Kellam et al., 2008; Maughan & Rutter, 2008; Offord & Bennett, 2002;), la condición de riesgo de problemas de salud mental se entiende en el presente estudio como la configuración de cadenas de riesgo clínicamente relevantes según la presencia y concomitancia de determinados factores de riesgo de problemas de salud mental.

5.5.1.2 Definición operacional

La condición de riesgo de problemas de salud mental se mide a través del instrumento TOCA-RR el que permite detectar la presencia (o ausencia) de factor de riesgo en seis constructos clínicos: aceptación de la autoridad (desobediencia –agresividad), contacto social (timidez), logros cognitivos (desmotivación), atención-concentración (desconcentración-inatención), madurez emocional (inmadurez) y nivel de actividad (hiperactividad) (George et al., 2004).

Los factores de riesgo presentes son agrupados siguiendo un criterio clínico en tres cadenas de riesgo específicas denominadas Perfiles conductuales de riesgo psicosocial: el perfil azul agrupa niños(as) con riesgo en aceptación de la autoridad, nivel de actividad, atención-concentración y logros cognitivos; el perfil verde configura niños(as) con riesgo en contacto social, aceptación de la autoridad o nivel de actividad; y el perfil amarillo reúne niños(as) con riesgo en contacto social, logros cognitivos y madurez emocional y riesgo en aceptación de la autoridad o nivel de actividad (De la Barra et al., 1995; George et al., 2004; George, et al., 2005; JUNAEB, 2008, 2010a).

Los resultados del cuestionario TOCA-RR pueden presentar uno de los siguientes valores: perfil amarillo, perfil azul, perfil verde o sin perfil de riesgo (JUNAEB, 2009, 2010a, 2010b).

Se considera condición de riesgo de problemas de salud mental la presencia de cualquier perfil de riesgo (amarillo, azul o verde), y se considera ausencia de condición de riesgo de problemas de salud mental si el escolar no presenta ninguno de los tres perfiles de riesgo descritos.

Según el modelo del P-HpV, los niños(as) que son detectados con perfil conductual en 1° básico participan del taller preventivo durante el 2° básico, y son reevaluados en 3° básico, con el mismo instrumento TOCA-RR (George et al., 2005; JUNAEB, 2009, 2010a). Los resultados posibles de la re-aplicación son: mantener, cambiar o salir del perfil en 3° básico.

Tabla 3

Posibles trayectorias de la condición de riesgo entre pre y post intervención

Condición de riesgo entre pre y post intervención						
Momento	Mantener Condición de Riesgo				Salir de la Condición de Riesgo	
	Mantener en 3ero básico perfil detectado en 1ero básico		Cambiar en 3ero básico a otro perfil distinto del detectado en 1ero básico		Salir en 3ero básico del perfil detectado en 1ero básico	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
	Amarillo	Amarillo	Amarillo	Azul Verde	Amarillo	Sin riesgo
Perfil de riesgo	Azul	Azul	Azul	Amarillo Verde	Azul	Sin riesgo
	Verde	Verde	Verde	Amarillo Azul	Verde	Sin riesgo

5.5.2 Definición de la variable factores de riesgo individual, familiar y escolar

5.5.2.1 Definición conceptual

Se configurarán factores de riesgo individual, familiar y escolar siguiendo las orientaciones teórico-conceptuales de la Organización Mundial de la Salud (2004a), del Institute of Medicine de Estados Unidos (1994), y el aporte epidemiológico de Offord y Bennett a la psicopatología del desarrollo (2002). Se entenderá por 1) factores de riesgo individual el género o sexo, enfermedad médica o discapacidad, déficits de atención, inmadurez y descontrol emocional, habilidades y hábitos de trabajo deficientes, incompetencia social; 2) factores de riesgo familiares son embarazo temprano, enfermedad mental o psicopatología de los padres, y

bajo apoyo social en el barrio, y 3) factores de riesgo escolares son el fracaso académico y desviación conductual del grupo de pares.

5.5.2.2 Definición operacional

La variable factores de riesgo individual, familiar y escolar se mide a través de los instrumentos TOCA-RR (JUNAEB, 2009, 2010a, 2010b) y PSC (JUNAEB, 2009, 2010a, 2010b).

A continuación, se presenta una tabla de la definición operacional de las variables, ésta incluye las subvariables que componen los factores de riesgo individual, familiar y escolar, el instrumento utilizado para medir cada una de éstas, y una recodificación con fines prácticos del valor original de la base de datos.

Tabla 4

Definición operacional de la variable factores de riesgo individual, familiar y escolar

Variable Operacional	Subvariables	Técnica de Recolección de Datos	Valor Original	Valor Recodificado
Factores de riesgo individual	Sexo	TOCA-RR	Femenino	Femenino
			Masculino	Masculino
	Factor de evaluación del comportamiento: Aceptación Autoridad	TOCA-RR	Riesgo	Presencia de riesgo
			Riesgo muy bajo	Ausencia de riesgo
			No riesgo	Ausencia de riesgo
			Puntaje Bruto	Puntaje Bruto
	Factor de evaluación del comportamiento: Contacto Social	TOCA-RR	Riesgo	Presencia de riesgo
			No riesgo	Ausencia de riesgo
			Puntaje Bruto	Puntaje Bruto
			Riesgo	Presencia de riesgo
	Factor de evaluación del comportamiento: Logros Cognitivos	TOCA-RR	No riesgo	Ausencia de riesgo
			Puntaje Bruto	Puntaje Bruto

	Factor de evaluación del comportamiento: Madurez Emocional	TOCA-RR	Riesgo No riesgo Puntaje Bruto	Presencia de riesgo Ausencia de riesgo Puntaje Bruto
	Factor de evaluación del comportamiento: Atención Concentración	TOCA-RR	Riesgo No riesgo Puntaje Bruto	Presencia de riesgo Ausencia de riesgo Puntaje Bruto
	Factor de evaluación del comportamiento: Nivel Actividad	TOCA-RR	Riesgo Riesgo muy bajo No riesgo Puntaje Bruto	Presencia de riesgo Ausencia de riesgo Puntaje Bruto
	Disfunción psicosocial	PSC	Sí No Puntaje Bruto	Presencia de riesgo Ausencia de riesgo Puntaje Bruto
	Edad de la madre al nacer el niño	PSC	Menos de 18 años 18-35 años Mayor de 35 años	Presencia de riesgo Ausencia de riesgo
	El padre biológico vive con el niño(a)	PSC	Sí No	Ausencia de riesgo Presencia de riesgo
Factores de riesgo familiar	El niño(a) tiene enfermedad que necesita control permanente o que lo hace faltar al colegio más de una vez al mes	PSC	Sí No	Presencia de riesgo Ausencia de riesgo
	El niño(a) vive con un familiar que ha sido hospitalizado, necesita tratamiento o recibe pensión de invalidez por enfermedad mental	PSC	Sí No	Presencia de riesgo Ausencia de riesgo
	La familia participa habitualmente en actividades sociales	PSC	Sí No	Ausencia de riesgo Presencia de riesgo
Factores de riesgo escolar	Calificación del rendimiento	TOCA-RR	Excelente Bueno Regular	Buena (Ausencia de riesgo) Regular (Ausencia de riesgo)

		Malo	
		Probable fracaso	Mala (Presencia de riesgo)
		Fracaso	
		Excelente	
		Bueno	Buena (Ausencia de riesgo)
		Regular	Regular (Ausencia de riesgo)
		Mala	
		Muy mala	Mala (Presencia de riesgo)
		Extremadamente mala	
		Sí	Presencia de riesgo
		No	Ausencia de riesgo
Calificación del comportamiento	TOCA-RR		
Repitencia	TOCA-RR		

5.6 Análisis de los datos

Se usó estadística descriptiva e inferencial mediante el programa SPSS, específicamente prueba t Student para muestras dependientes e independientes para las variables continuas, y chi cuadrado en el caso de las variables categóricas.

Se analizaron 2 grupos de condición de riesgo (mantener y salir) y 2 momentos de medición (pre y post intervención).

La hipótesis 1 se corresponde con el objetivo 1, las hipótesis 2, 3, 4 y 5 con el objetivo 2, y las hipótesis 6, 7 y 8 con el objetivo 3.

Respecto de la caracterización de los niños(as) según su condición de riesgo antes y después de una intervención preventiva (objetivo 1):

Para contrastar la hipótesis 1 se procedió a establecer una tabla de contingencia entre la condición de riesgo pre y post intervención, permitiendo observar la condición de riesgo post-intervención para cada uno de los perfiles detectados pre-intervención.

Respecto de la comparación transversal de determinados factores entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo, tanto en el momento pre como post intervención preventiva (objetivo 2):

Para contrastar la hipótesis 2 y 3 de variables continuas se procedió a efectuar en el momento pre y post intervención la prueba t de Student para muestras independientes, permitiendo comparar transversalmente los factores de evaluación del comportamiento y disfunción psicosocial (correspondientes a la variable factores de riesgo individual) entre los grupos mantener y salir de la condición de riesgo.

Para contrastar la hipótesis 4 y 5 de variables categóricas se procedió a efectuar en el momento pre y post intervención la prueba chi cuadrado con análisis de residuos, permitiendo comparar transversalmente la presencia y ausencia de todos los factores de riesgo individual, familiar y escolar, según mantener y salir de la condición de riesgo.

Respecto de la comparación longitudinal de determinados factores entre el momento pre y post intervención preventiva, tanto en el grupo que mantiene como el que sale de la condición de riesgo (objetivo 3):

Para contrastar la hipótesis 6 y 7 de variables continuas se procedió a efectuar en el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo la prueba t de Student para muestras dependientes, permitiendo comparar longitudinalmente los factores de evaluación del comportamiento y disfunción psicosocial (correspondientes a la variable factores de riesgo individual) entre el momento pre y post intervención.

Para contrastar la hipótesis 8 de variables categóricas se procedió a efectuar tanto en el grupo que mantiene como en el que sale de la condición de riesgo la prueba chi cuadrado con análisis de residuos, permitiendo comparar longitudinalmente la presencia y ausencia de todos los factores de riesgo individual, familiar y escolar, entre el momento pre y post intervención.

5.7 Procedimientos

Para poder realizar el análisis de datos se realizaron los siguientes procedimientos:

1) Se fusionaron las bases de datos en una nueva base de datos integrada. La nueva base de datos contiene en el año 2009 las respuestas y resultados del TOCA-RR y PSC de 1° básico, y en el año 2011 las respuestas y resultados del TOCA-RR y PSC de 3° básico.

2) Se calculó la cantidad de casos presentes en el año 2009 y 2011. Resultaron 22.415 casos en 2009 y 17.329 casos en 2011.

3) Se eliminaron los siguientes casos atípicos: a) RUT incompletos con valor 0 y menos de 8 dígitos; b) RUT duplicados; c) casos con datos incompletos, es decir, que presentaban valor “9” en la variable TOCA9 del TOCA-RR que significa TOCA con al menos un ítem incompleto; y d) casos con perfil azul c y perfil azul v, es decir, que presentaban valor “perfil azul c” o “perfil azul v” en la variable TOCA1 del TOCA-RR.

4) Se calculó nuevamente la cantidad de casos pareados entre el año 2009 y 2011. Resultaron 5.186 casos pareados.

5) Se determinó la condición de riesgo de problemas de salud mental en 2009 para los 5186 casos pareados. Resultó que 9,86% (N 511) de los casos se encontraba con riesgo, y que el 90,14% (N 4675) se encontraba sin riesgo.

6) Se determinó la asistencia a taller preventivo en 2010 para los casos detectados con riesgo en 2009. De los casos que se encontraban con riesgo el año 2009 (N 511), sólo 34% (N 176) sí asistió regularmente a taller preventivo. Como se señaló en la sección muestra, todos los niños que asistieron presentan reevaluación en 2011.

7) Se efectuó el análisis estadístico para los niños(as) participantes de todo el ciclo de intervención preventiva, es decir, todos los niños(as) detectados con riesgo en 2009, que asistieron regularmente a Taller en 2010 y fueron reevaluados en 2011 (N 176).

8) Se redactaron los resultados y conclusiones con las tablas y gráficos necesarios.

5.8 Aspectos éticos

La presente investigación obtuvo la autorización para el uso de las bases de datos secundarias solicitada por escrito a la Dirección Nacional del Programa público Habilidades para la Vida.

La carta de autorización incluyó el título de la investigación, la garantía de confidencialidad, el compromiso de devolución de un informe de resultados, la manifestación de disponibilidad del investigador frente a dudas durante y posteriormente al proceso de investigación, y finalmente un formulario de autorización que establece el convenio entre el investigador y la persona responsable de autorizar el acceso a la base de datos del reporte de respuestas y resultados de los cuestionarios TOCA-RR y PSC de 1° y 3° básico de la región Metropolitana, de los años 2009 y 2011. La carta de autorización se encuentra adjunta en la sección de anexos.

No se proporcionó ni proporcionará información que permita identificar personas y/o establecimientos educativos. Si eventualmente resulta necesario señalar un nombre propio, se utilizará un nombre de fantasía. Asimismo, el investigador responsable se compromete a entregar un informe escrito de la investigación para el contribuir al perfeccionamiento de las estrategias del Programa y a la salud mental de los escolares.

6. RESULTADOS

Los resultados se organizan según los objetivos y las hipótesis. El objetivo 1 se corresponde con la hipótesis 1, el objetivo 2 con las hipótesis 2, 3, 4 y 5, y el objetivo 3 con las hipótesis 6, 7 y 8.

Primero se presenta la caracterización de los niños(as) según su condición de riesgo antes y después de la intervención preventiva; luego la comparación transversal de los factores de riesgo individual, familiar y escolar entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo, tanto en el momento pre como post intervención preventiva; y finalmente la comparación longitudinal de los factores de riesgo individual, familiar y escolar entre el momento pre y post intervención preventiva, tanto en el grupo que mantiene como el que sale de la condición de riesgo.

Tanto en la comparación transversal como longitudinal, se presentan primero los resultados de las subvariables **continuas** (**nivel de riesgo** según puntaje bruto) y luego las **categoriales** (**cantidad de niños(as) con presencia de riesgo**). Sólo se reportan diferencias y asociaciones significativas.

Todas las subvariables correspondientes a la variable factores de riesgo individual, familiar y escolar se encuentran en un nivel de medición categorial. Sólo las siguientes subvariables correspondientes a la variable factores de riesgo individual se encuentran en nivel de medición categorial y continuo: los seis factores de evaluación del comportamiento (Aceptación Autoridad, Contacto Social, Logros Cognitivos, Madurez Emocional, Atención Concentración y Nivel de Actividad) y el factor disfunción psicosocial.

6.1 Caracterización de los niños(as) según su condición de riesgo antes y después de la una intervención preventiva.

Para responder a este objetivo se procedió a comparar la condición de riesgo entre el momento pre y post intervención para 176 niños(as) que participaron durante todo el ciclo de una intervención preventiva entre los años 2009 y 2011¹.

Tabla 5

Trayectoria de la condición de riesgo entre el momento pre y post intervención de los niños(as) que participaron durante todo el ciclo de intervención entre los años 2009 y 2011

		Condición de riesgo post-intervención			
		Sale	Mantiene		
Condición de riesgo pre-intervención		Perfil Sin riesgo	Perfil de riesgo Amarillo	Perfil de riesgo Azul	Perfil de riesgo Verde
Perfil de riesgo	<u>n 15</u>	13	2	0	0
Amarillo	% 100%	86,7%	13,3%	0%	0%
Perfil de riesgo	<u>n 23</u>	17	0	2	4
Azul	% 100%	73,9%	0%	8,7%	17,4%
Perfil de riesgo	<u>n 138</u>	109	3	8	18
Verde%	% 100%	79%	2,2%	5,8%	13,0%
Total	<u>N 176</u>	139	5	10	22
	% 100%	79%	2,8%	5,7%	12,5%

Trayectoria del total de casos

Del 100% (n 176) de niños con perfil pre-intervención, 79% (n 139) sale de la condición de riesgo y 21% (n 37) mantiene condición de riesgo. Este último porcentaje corresponde a la suma del porcentaje total de cada uno de los perfiles de riesgo en el momento post-intervención: perfil amarillo 2,8% (n 5), perfil azul 5,7% (n 10), y perfil verde 12,5% (n 22).

¹ Esto corresponde a la hipótesis 1

Trayectoria del total de casos en el grupo que mantiene condición de riesgo

Del 100% (n 37) de casos que mantiene condición de riesgo, 59,5% (n 22) mantiene el mismo perfil de riesgo (2 mantienen perfil amarillo, 2 perfil azul y 18 perfil verde) y 40,5% (n 15) cambia a otro perfil de riesgo (4 cambian de perfil azul a perfil verde, 3 de perfil verde a perfil amarillo, y 8 de perfil verde a perfil azul).

Trayectoria de cada uno de los perfiles

Del 100% (n 15) de niños con perfil amarillo pre-intervención, 86,7% (n 13) sale de la condición de riesgo y 13,3% (n 2) mantiene condición de riesgo; del 100% (n 23) de niños con perfil azul pre-intervención, 73,9% (n 17) sale de la condición de riesgo y 26,1% (n 6) mantiene condición de riesgo; y del 100% (n 138) de niños con perfil verde pre-intervención, 79% (n 109) sale de la condición de riesgo y 21% (n 29) mantiene condición de riesgo.

El perfil de riesgo que más sale de la condición de riesgo es el amarillo con un 86,7% (n 13), luego el verde con un 79% (n 109), y por último el azul con un 73,9% (n 17).

El perfil de riesgo que más mantiene condición de riesgo es el azul con un 26,1% (n 6), luego el verde con un 21% (n 29), y por último el amarillo con un 13,3% (n 2).

Trayectoria de cada uno de los perfiles en el grupo que mantiene condición de riesgo

Del 100% (n 15) de niños con perfil amarillo pre-intervención, 13,3% (n 2) continúa en éste perfil; del 100% (n 23) de niños con perfil azul pre-intervención, 8,7% (n 2) continúa en éste perfil y 17,4% (n 4) cambia a perfil verde; y del 100% (n 138) de niños con perfil verde pre-intervención, 13% (n 18) continúa en éste perfil y 5,8% (n 8) cambia a azul y 2,2% (n 3) cambia a amarillo.

El perfil de riesgo amarillo tiende a mantener el mismo riesgo (13,3% continúa en amarillo); el perfil azul tiende a cambiar a otro riesgo (17,4% cambia a verde), y en segundo lugar a mantener el mismo riesgo (8,7% continúa en azul); y el perfil verde tiende a mantener el mismo riesgo (13% continúa en verde), y en segundo lugar a cambiar a otro riesgo (5,8% cambia a azul y 2,2% cambia a amarillo).

La trayectoria de la condición de riesgo se puede graficar del siguiente modo:

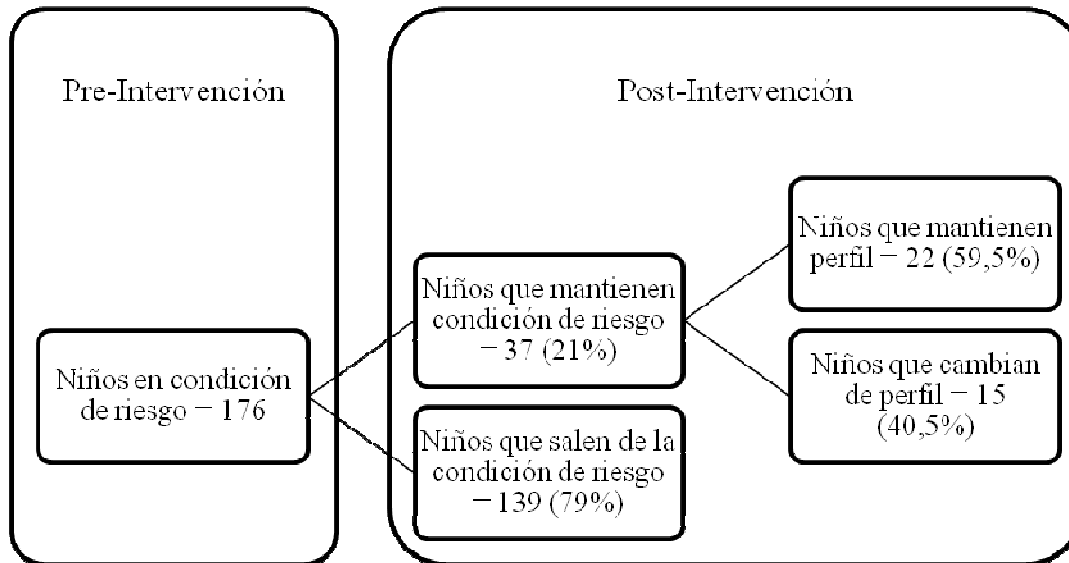


Figura 3: Trayectoria de la condición de riesgo entre el momento pre y post intervención preventiva.

6.2 Comparación transversal de los factores de riesgo individual, familiar y escolar entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo, tanto en el momento pre como post intervención preventiva.

Comparación de subvariables continuas.

a) Se procedió en el momento **pre intervención** a comparar mediante prueba t student para muestras independientes los seis factores de evaluación del comportamiento (Aceptación Autoridad, Contacto Social, Logros Cognitivos, Madurez Emocional, Atención Concentración y Nivel de Actividad) y el factor disfunción psicosocial, todos correspondientes a la variable factores de riesgo individual, entre el grupo que mantiene y el grupo que sale de la condición de riesgo².

Se encontró que antes de la intervención preventiva entre el grupo que mantiene y el que sale de la condición de riesgo ningún factor presentó una diferencia significativa ($p > \alpha = 0,05$).

² Esto corresponde a la hipótesis 2

Antes de la intervención preventiva, entre el grupo que mantiene y el que sale de la condición de riesgo existe un *nivel de riesgo* similar en los factores de evaluación del comportamiento y el factor disfunción psicosocial.

b) Se procedió en el momento **post intervención** a comparar mediante prueba t student para muestras independientes los seis factores de evaluación del comportamiento (Aceptación Autoridad, Contacto Social, Logros Cognitivos, Madurez Emocional, Atención Concentración y Nivel de Actividad) y el factor disfunción psicosocial, todos correspondientes a la variable factores de riesgo individual, entre el grupo que mantiene y el grupo que sale de la condición de riesgo³.

Se encontró que después de la intervención preventiva entre el grupo que mantiene y el que sale de la condición de riesgo sólo los seis factores de evaluación del comportamiento presentaron diferencias significativas ($p < \alpha = 0,05$). El factor disfunción psicosocial no presentó diferencias significativas. Ver valores en la tabla 6.

Tabla 6

Factores de riesgo que presentan una diferencia significativa entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo en el momento post intervención.

Factor de riesgo	Momento Post Intervención				Prueba t para muestras independientes	
	Grupo de Comparación					
	Mantiene (n = 37)		Sale (n = 139)		t	p
	X	DE	X	DE		
Individual						
Aceptación Autoridad	30.84	10.284	19.00	8.086	7.453	.000
Contacto Social	19.62	6.348	14.14	5.972	4.899	.000
Logros Cognitivos	17.27	4.407	11.68	5.034	6.158	.000
Madurez Emocional	23.14	5.677	19.08	5.804	3.795	.000
Atención Concentración	18.65	4.498	13.37	4.892	5.924	.000
Nivel Actividad	11.05	4.170	8.77	3.773	3.200	.002

³ Esto corresponde a la hipótesis 3

Después de la intervención preventiva, el grupo que mantiene condición de riesgo presenta significativamente un mayor *nivel de riesgo* (en los seis factores de evaluación del comportamiento), en comparación con el grupo que sale de la condición de riesgo.

Comparación de subvariables categóricas

a) Se procedió en el momento **pre-intervención** a comparar mediante prueba chi cuadrado la frecuencia de presencia y ausencia de riesgo de cada uno de los factores pertenecientes a la variable factores de riesgo individual, familiar y escolar, según mantener o salir de la condición de riesgo⁴.

Se encontró que antes de la intervención preventiva la frecuencia de presencia y ausencia de riesgo de ningún factor presentó una asociación significativa ($p > \alpha = 0,05$) según mantener o salir de la condición de riesgo.

Antes de la intervención preventiva, *la cantidad de niños con riesgo* en cada uno de los factores individual, familiar y escolar es similar entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo.

b) Se procedió en el momento **post-intervención** a comparar mediante prueba chi cuadrado la frecuencia de presencia y ausencia de riesgo de cada uno de los factores pertenecientes a la variable factores de riesgo individual, familiar y escolar, según mantener o salir de la condición de riesgo⁵.

Se encontró que después de la intervención preventiva la frecuencia de presencia y ausencia de riesgo de los siguientes factores de evaluación del comportamiento: Aceptación Autoridad, Contacto Social, Logros Cognitivos, Madurez Emocional y Atención Concentración (correspondientes a la variable factores de riesgo individual), y los factores Calificación del rendimiento y del comportamiento (correspondientes a la variable factores de riesgo escolar) presentaron una asociación significativa ($p < \alpha = 0,05$) según mantener o salir de la condición de riesgo. Ningún otro factor presentó una asociación significativa. Considerando los residuos (Gardner, 2003), se pudo observar específicamente que la frecuencia de presencia de riesgo para

⁴ Esto corresponde a la hipótesis 4

⁵ Esto corresponde a la hipótesis 5

los factores señalados se asocia significativamente con el grupo que mantiene condición de riesgo. Ver valores en tabla 7.

Tabla 7

Factores de riesgo que presentan una asociación significativa según mantener y salir de la condición de riesgo en el momento post intervención

Factor de riesgo	Momento Post Intervención				X^2	p
	Grupo de Comparación					
	Mantiene (n = 37)		Sale (n = 139)			
	Presencia	Ausencia	Presencia	Ausencia		
	%	%	%	%		
Individual						
Aceptación Autoridad (con riesgo)	94,6	5,4	68,1	31,9	10.55	.001
Contacto Social (con riesgo)	73	27	20,1	79,9	37.96	.000
Logros Cognitivos (con riesgo)	78,4	21,6	30,9	69,1	27.20	.000
Madurez Emocional (con riesgo)	54,1	45,9	26,6	73,4	10.04	.002
Atención Concentración (con riesgo)	75,7	24,3	29,5	70,5	26.14	.000
Escolar						
Calificación del rendimiento (mala)	29,7	70,3	9,4	90,6	21.39	.000
Calificación del comportamiento (mala)	37,8	62,1	8	92	35.23	.000

Después de la intervención preventiva, *la cantidad de niños con riesgo* en los factores de evaluación del comportamiento (exceptuando Nivel de Actividad), y en calificación del rendimiento y comportamiento, es mayor en el grupo que mantiene condición de riesgo.

6.3 Comparación longitudinal de los factores de riesgo individual, familiar y escolar entre el momento pre y post intervención preventiva, tanto en el grupo que mantiene como el que sale de la condición de riesgo.

Comparación de subvariables continuas

a) Se procedió en el **grupo que mantiene** condición de riesgo a comparar mediante prueba t student para muestra dependientes entre el momento pre y post intervención los seis factores de evaluación del comportamiento (Aceptación Autoridad, Contacto Social, Logros

Cognitivos, Madurez Emocional, Atención Concentración y Nivel de Actividad) y el factor disfunción psicosocial, todos correspondientes a la variable factores de riesgo individual⁶.

Se encontró que en el grupo que mantiene condición de riesgo entre el momento pre y post intervención ningún factor presentó una diferencia significativa ($p > \alpha = 0,05$). El grupo que mantiene condición de riesgo, presenta un *nivel de riesgo* similar entre el momento pre y post intervención en los seis factores de evaluación del comportamiento y en el factor disfunción psicosocial.

b) Se procedió en el **grupo que sale** de la condición de riesgo a comparar mediante prueba t student para muestra dependientes entre el momento pre y post intervención los seis factores de evaluación del comportamiento (Aceptación Autoridad, Contacto Social, Logros Cognitivos, Madurez Emocional, Atención Concentración y Nivel de Actividad) y el factor disfunción psicosocial, todos correspondientes a la variable factores de riesgo individual⁷.

Se encontró que en el grupo que sale de la condición de riesgo sólo los factores de evaluación del comportamiento presentaron diferencias significativas ($p < \alpha = 0,05$). El factor funcionamiento psicosocial no presentó diferencias significativas. Ver valores en la tabla 8.

Tabla 8

Factores de riesgo que presentan una diferencia significativa entre el momento pre y post intervención en el grupo que sale de la condición de riesgo

Factor de riesgo	Grupo que sale de la condición de riesgo ($n = 139$)				Prueba t para muestras dependientes	
	Momento de Intervención					
	Pre		Post		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>X</i>	<i>DE</i>	<i>X</i>	<i>DE</i>		
Individual						
Aceptación Autoridad	26,17	7,879	19,00	8,086	9,641	,000
Contacto Social	19,79	4,700	14,14	5,972	9,405	,000
Logros Cognitivos	15,13	4,475	11,68	5,034	7,988	,000
Madurez Emocional	21,83	5,663	19,08	5,804	4,481	,000
Atención Concentración	16,34	4,393	13,37	4,892	7,479	,000
Nivel Actividad	11,01	4,169	8,77	3,773	6,554	,000

⁶ Esto corresponde a la hipótesis 6

⁷ Esto corresponde a la hipótesis 7

El grupo que sale de la condición de riesgo, presenta una disminución en el *nivel de riesgo* sólo en los factores de evaluación del comportamiento entre el momento pre y post intervención.

Comparación de subvariables categóricas

Se procedió, tanto en el grupo que mantiene como en el que sale de la condición de riesgo, a comparar mediante prueba chi cuadrado la frecuencia de presencia y ausencia de riesgo de cada uno de los factores pertenecientes a la variable factores de riesgo individual, familiar y escolar, entre el momento pre y post intervención⁸.

En el **grupo que mantiene** condición de riesgo la frecuencia de presencia y ausencia de riesgo del factor de evaluación del comportamiento Madurez Emocional (correspondiente a la variable factores de riesgo individual) presentó una asociación significativa entre el momento pre y post intervención: ($X^2(1, N = 37) = 12,09, p < .05$). Considerando los residuos (Gardner, 2003), se pudo observar específicamente que la frecuencia de presencia de riesgo pre-intervención se asocia significativamente con la frecuencia de presencia de riesgo post-intervención: 83,3% de los niños(as) con presencia de riesgo pre intervención continúa presentando riesgo post intervención.

En el grupo que mantiene condición de riesgo, post intervención hay significativamente *más niños con presencia que ausencia de riesgo* en el factor de evaluación del comportamiento Madurez Emocional, respecto del total de niños con riesgo en este factor pre intervención.

En el **grupo que sale** de la condición de riesgo la frecuencia de presencia y ausencia de riesgo de los factores de evaluación del comportamiento Logros Cognitivos y Atención Concentración (correspondientes a la variable factores de riesgo individual) y de los factores Padre vive con el niño y La familia participa de actividades sociales (correspondientes a la variable familiar) presentaron una asociación significativa ($p < \alpha = 0,05$) entre el momento pre y post intervención. Considerando los residuos (Gardner, 2003), se pudo observar específicamente para los factores mencionados que la frecuencia de presencia de riesgo pre-intervención se asocia

⁸ Esto corresponde a la hipótesis 8

significativamente con la frecuencia de presencia de riesgo post-intervención. Ver valores en la tabla 9.

Tabla 9

Factores de riesgo que presentan una asociación significativa entre el momento pre y post intervención en el grupo que sale de la condición de riesgo.

Factor de riesgo	Grupo que sale de la condición de riesgo (n = 139)				X ²	p
	Comparación Pre-Post					
	Presencia- Presencia	Presencia- Ausencia	Ausencia- Presencia	Ausencia- Ausencia		
	%	%	%	%		
Individual						
Logros Cognitivos (con riesgo)	44.4	55.6	12.1	87.9	16.58	.000
Atención Concentración (con riesgo)	46.5	53.5	21.9	78.1	8.66	.003
Familiar						
Padre (no) vive con el niño	81.4	18.6	21.4	78.6	45.44	.000
La familia (no) participa de actividades sociales	67.9	32.1	27.9	72.1	21.40	.000

En el grupo que sale de la condición de riesgo, a) post intervención hay significativamente *más niños(as) con ausencia que presencia de riesgo* en el factor de evaluación del comportamiento Logros Cognitivos y Atención Concentración, respecto del total de niños con riesgo en estos factores pre intervención; y b) post intervención hay significativamente *más niños con presencia que ausencia de riesgo* en los factores Padre vive con el niño y La familia participa de actividades, respecto del total de niños con riesgo en estos factores el momento pre-intervención.

7. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La trayectoria del desarrollo de los perfiles presenta mayor discontinuidad de riesgo. Dentro del grupo que mantiene condición de riesgo se presenta mayor continuidad homotópica que heterotópica. El perfil de riesgo más resistente es el azul, luego el verde y finalmente el amarillo. El perfil azul se encuentra moderado principalmente por los factores de riesgo individual Atención Concentración (desatención) y Logros Cognitivos (desmotivación), el perfil verde está moderado principalmente por la relación distal o indirecta entre los factores de riesgo Aceptación de la Autoridad (agresión, impulsividad, desobediencia) y el factor de riesgo Contacto Social (timidez), y el perfil amarillo se encuentra moderado fundamentalmente por el factor Madurez Emocional (inmadurez).

7.1 De la trayectoria de la condición de riesgo entre antes y después de la intervención

Trayectoria del total de casos

El porcentaje de niños(as) que sale de la condición de riesgo (79%, n 139) es mayor que el porcentaje de niños(as) que mantiene condición de riesgo (21%, n 37)⁹.

La efectividad de la intervención preventiva es mayor que la reportada por un estudio previo (George et. al, 2005). Sin embargo, la conclusión previa se debe considerar con cautela pues existen diferencias metodológicas, específicamente en la muestra, entre dicho estudio y la presente investigación. El estudio presentado por George et al. (2005) usó la muestra de la población nacional, la que incluía un número de casos superior (N 575) y de las distintas regiones del país, en cambio, la presente investigación usó sólo la muestra de la región metropolitana (N 176).

La intervención preventiva del P-HpV reduce la duración los síntomas tempranos y detiene la progresión de la severidad los síntomas para las personas que no cumplen con los criterios diagnósticos, en coherencia con los objetivos de la prevención focalizada o indicada planteados por el Institute of Medicine (1994).

⁹ Se confirma la hipótesis 1.

Siguiendo a Maughan y Rutter (2008), la trayectoria del desarrollo sigue procesos de discontinuidad de riesgo para los niños detectados en condición de riesgo de problemas de salud mental antes de la intervención.

Trayectoria del total de casos en el grupo que mantiene condición de riesgo

En general, en el grupo que mantiene condición de riesgo, se tiende más a continuar presentando la misma condición de riesgo (59,5% mantiene el mismo perfil de riesgo) que a cambiar a otra (40,5% cambia a otro perfil de riesgo).

La trayectoria del desarrollo sigue en el grupo que mantiene condición de riesgo procesos de continuidad tanto homotípica como heterotípica, aunque se observa mayor continuidad homotípica del riesgo de problemas de salud mental.

Trayectoria de cada uno de los perfiles

El perfil más resistente a la intervención es el azul (73,9% sale y 26,1% mantiene), luego el verde (79% sale y 21% mantiene) y por último el amarillo (86,7% sale y 13,3% mantiene).

El mayor o menor nivel de resistencia de los perfiles se puede comprender considerando los principios etiológicos de multiplicidad y especificidad de los factores de riesgo planteados por Offord y Bennett (2002), y los objetivos de la prevención indicada definidos por el Institute of Medicine (1994).

Consistente con el principio de la multiplicidad, el perfil azul es el más resistente pues se configura a partir de cuatro factores de riesgo, lo que aumenta la probabilidad de riesgo de trastorno mental para los niños que presentan este perfil. Siguiendo este principio, se habría esperado que el perfil amarillo fuese más resistente que el perfil verde, considerando que el amarillo reúne tres factores de riesgo y el verde dos. Posiblemente esta discrepancia se explique por la cualidad de los factores de riesgo que componen cada perfil, en lugar de la cantidad de éstos. El siguiente párrafo propone una explicación para la resistencia de los factores basada en la cualidad de éstos.

De acuerdo con el principio de especificidad, la mayor resistencia del perfil azul se puede comprender considerando que los factores de riesgo que lo componen corresponderían a síntomas

del trastorno por déficit de atención (con o sin hiperactividad) y trastorno conductual. La mayor resistencia del perfil verde respecto del perfil amarillo puede deberse al nivel de riesgo en el factor aceptación de la autoridad relacionado con desobediencia, agresividad e impulsividad. Tanto el perfil verde como el amarillo presentan riesgo en el factor aceptación de la autoridad, sin embargo el perfil amarillo se caracteriza por un bajo riesgo en éste, lo que implica diferencias en la expresión conductual de ambos perfiles. Los niños(as) con perfil amarillo presentan conductas pasivas y obedientes, en cambio los niños con perfil verde presentan conductas agresivas y desobedientes, las que se corresponderían con síntomas de trastorno conductual.

La mayor resistencia de los perfiles azul y verde sugiere posiblemente la necesidad de realizar modificaciones en diseño de los talleres focalizados para éstos, y la comprensión de los factores de riesgo que moderan su trayectoria del riesgo puede contribuir a identificar qué competencias y habilidades se deben reforzar.

La menor resistencia del perfil amarillo se puede entender como la efectividad de la prevención indicada, particularmente en el diseño de los objetivos y actividades del taller preventivo amarillo para la intervención del riesgo en los factores Contacto Social (asociado a timidez), Madurez Emocional (asociado a inmadurez), Logros Cognitivos (asociación a desmotivación) y el bajo riesgo en los factores de Aceptación de la Autoridad (asociado a desobediencia) o Nivel de Actividad (asociado a pasividad), lo que se corresponderían con síntomas de problemas afectivos.

Trayectoria de cada uno de los perfiles en el grupo que mantiene condición de riesgo

Respecto de cada uno de los perfiles en el grupo que mantiene condición de riesgo, el perfil amarillo tiende a continuar presentando el mismo riesgo (13,3% continúa en amarillo), el perfil azul tiende más a cambiar que a mantener el riesgo (17,4% cambia a verde y 8,7% continúa en azul), y el perfil verde tiende más a mantener que a cambiar el riesgo (13% continúa en verde, 5,8% cambia a azul y 2,2% cambia a amarillo). La trayectoria del desarrollo sigue en el perfil amarillo procesos de continuidad homotópica, en el perfil azul mayor continuidad heterotópica que homotópica, y en el perfil verde mayor continuidad homotópica que heterotópica.

Los dos perfiles más resistentes a la intervención (el azul y verde) presentan trayectorias tanto homotípicas como heterotípicas, sin embargo el perfil azul destaca por continuidad heterotípica y el perfil verde por continuidad homotípica. El perfil menos resistente y que evidencia mayor reducción (el perfil amarillo), sólo presenta continuidad homotípica.

Cada perfil de riesgo se compone de una cadena específica de factores de riesgo. Tanto el perfil azul como el perfil verde presentan riesgo en los factores Aceptación de la Autoridad (desobediencia, agresión, impulsividad) y Nivel de Actividad (hiperactividad). El Perfil azul se diferencia del perfil verde por configurar riesgo en los factores de Atención Concentración (desatención) y Logros Cognitivos (desmotivación), mientras que el perfil verde se caracteriza por presentar riesgo en el factor Contacto Social (timidez).

La mayor continuidad heterotípica del perfil azul posiblemente se debe a que en el grupo de niños(as) que mantiene condición de riesgo la intervención indicada del Taller preventivo Azul resulta particularmente efectiva para un subgrupo de niños(as) en la mejora de la desatención (factor Atención Concentración) y desmotivación (factor Logros Cognitivos), continuando sólo en riesgo en el factor Aceptación de la Autoridad (desobediencia-agresión-impulsividad) y el factor Nivel de Actividad (hiperactividad), factores que también presenta el perfil verde. Sin embargo, la manifestación de riesgo en el factor Contacto Social (timidez y dificultad de contacto social) – específica del perfil verde - para niños(as) que antes se encontraban en perfil azul puede ser consecuencia indirecta o distal especialmente del factor de riesgo en Aceptación de la Autoridad. Las conductas impulsivas y agresivas no sólo representan un déficit en autocontrol y habilidades sociales, sino que además afectan la percepción que tienen de sí mismos respecto de sus competencias para iniciar o establecer contacto social, generando retraimiento, inhibición, inseguridad.

La trayectoria del desarrollo en el grupo que mantiene condición de riesgo, tanto en general como en cada uno de los perfiles puede ser comprendida desde la perspectiva de las cadenas causales mediante los factores mediadores y moderadores.

A continuación, se profundizará en la identificación y comprensión de los factores de riesgo individual, familiar y escolar que moderan la continuidad homotípica y heterotípica en el grupo que mantiene condición de riesgo, y la efectividad de la intervención preventiva.

7.2 De la comparación de los factores de riesgo entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo

Antes de la intervención preventiva, ningún factor de riesgo individual, familiar y escolar presentó diferencias entre el grupo que mantiene y el que sale de la condición de riesgo.

Es decir, no fue posible identificar factores de riesgo individual (específicamente los seis factores de evaluación del comportamiento y el factor disfunción psicosocial) con diferencias significativas entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo¹⁰. Tampoco fue posible identificar factores de riesgo individual, familiar y escolar con asociaciones significativas según mantener o salir de la condición de riesgo¹¹.

Por lo tanto, **antes** de la intervención preventiva el nivel de riesgo en los factores individuales y la cantidad de niños con riesgo en cada uno de los factores individual, familiar y escolar es similar entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo

Considerando que todos los niños(as) se encontraban en condición de riesgo resulta consistente no observar diferencias entre ambos grupos.

Después de la intervención preventiva, sólo algunos factores de riesgo individual (específicamente los factores de evaluación del comportamiento) y sólo algunos factores de riesgo escolar (específicamente los factores calificación del rendimiento y comportamiento) presentaron diferencias entre el grupo que mantiene y el que sale de la condición de riesgo. Ningún factor de riesgo familiar presentó diferencias.

¹⁰ Se rechaza la hipótesis 2

¹¹ Se rechaza la hipótesis 4

Específicamente, los seis factores de evaluación del comportamiento correspondientes a la categoría factores de riesgo individual presentaron **diferencias significativas** entre el grupo que mantiene y sale de la condición de riesgo¹².

Específicamente, los factores de evaluación del comportamiento (exceptuando Nivel de Actividad) correspondientes a la categoría de factores de riesgo individual, y los factores Calificación del rendimiento y del comportamiento correspondientes a la categoría de factores de riesgo escolar se **asocian significativamente** con el grupo que mantiene condición de riesgo¹³.

Por lo tanto, el grupo que mantiene condición de riesgo presenta un nivel de riesgo peor en los seis factores de evaluación del comportamiento, y además una mayor cantidad de niños con riesgo en los factores de evaluación del comportamiento (exceptuando Nivel de Actividad), y en calificación del rendimiento y comportamiento, en comparación al grupo que sale de la condición de riesgo.

Resulta consistente encontrar que el grupo que mantiene condición de riesgo presente riesgo, especialmente en los factores de evaluación del comportamiento pues a partir de éstos se configuran los perfiles de riesgo que en la presente investigación corresponden a la condición de riesgo de problemas de salud mental.

Se observa que la cantidad de niños con riesgo en el factor Nivel de Actividad continúa presente de forma similar entre ambos grupos después de la intervención. Desde el principio etiológico del timing, el riesgo en este factor puede corresponder más bien a una expresión conductual propia de los inicios de la niñez intermedia, más que a una manifestación psicopatológica sintomática de hiperactividad, lo que puede explicar que no existan diferencias en éste factor entre los niños que mantienen y salen de la condición de riesgo.

La presencia de riesgo en los factores escolares calificación del rendimiento y comportamiento resulta comprensible entendiendo la salud mental infantil desde la perspectiva del curso de la vida (Kellam, Branch, Agrawal, y Ensminger, 1975; Kellam, et al., 2008). La mala evaluación de la adaptación social (status de adaptación social) del niño(a) a las demandas

¹² Se confirma la hipótesis 3

¹³ Se confirma la hipótesis 5.

del contexto escolar desde la perspectiva del profesor(a) puede afectar el bienestar psicológico, y éste a su vez puede incidir la capacidad adaptativa escolar. La evidencia respalda que los niños que presentan problemas de salud mental presentan un peor rendimiento académico (Guzmán et al., 2011).

7.3 De la comparación de los factores de riesgo entre antes y después de la intervención preventiva

En el **grupo que mantiene** condición de riesgo, sólo un factor de riesgo individual (específicamente el factor de evaluación del comportamiento Madurez Emocional) presentó diferencias entre antes y después de la intervención. Ningún factor de riesgo familiar y escolar presentó diferencias.

Es decir, no fue posible identificar factores de riesgo individual con diferencias significativas entre el momento pre y post intervención¹⁴. Sólo fue posible identificar un factor de riesgo individual (el factor de evaluación del comportamiento Madurez Emocional) asociado significativamente entre el momento pre y post intervención¹⁵.

El nivel de riesgo y la cantidad de niños con riesgo en cada uno de los factores individual, familiar y escolar es similar entre antes y después de la intervención, exceptuando el factor Madurez Emocional. Después de la intervención hay más niños(as) (83,3%) con presencia que ausencia de riesgo en éste factor.

Por tanto, si bien éste grupo mantiene condición de riesgo, no se observa un empeoramiento ni mejoramiento en el nivel del riesgo, especialmente en los seis factores de evaluación del comportamiento (con excepción del factor Madurez Emocional), los que se relacionan con la construcción de las cadenas de riesgo denominadas perfiles de riesgo.

El factor Madurez Emocional desempeña un rol importante moderando la trayectoria del desarrollo del perfil de riesgo amarillo, pues sólo forma parte en la cadena de riesgo de éste perfil. La relevancia del factor de evaluación del comportamiento Madurez Emocional se

¹⁴ Se rechaza la hipótesis 6.

¹⁵ Se confirma la hipótesis 8 en el grupo que mantiene condición de riesgo

encuentra en la contribución que desempeña en la comprensión la continuidad exclusivamente homotípica del perfil amarillo, y la continuidad heterotípica del perfil verde hacia el perfil amarillo.

En el **grupo que sale** de la condición de riesgo, sólo algunos factores de riesgo individual (específicamente los factores de evaluación del comportamiento) y sólo algunos factores de riesgo familiar (específicamente los factores Padre vive con el niño y La familia participa de actividades) presentaron diferencias entre antes y después de la intervención. Ningún factor de riesgo escolar presentó diferencias.

Fue posible identificar factores de riesgo individual con **diferencias significativas** entre el momento pre y post intervención¹⁶. Específicamente, en los seis factores de evaluación del comportamiento.

Por tanto, se refuerza la relevancia de los factores de riesgo individual, específicamente, los factores de evaluación del comportamiento (con la excepción del factor Nivel de Actividad) en la moderación del riesgo y efectividad de la intervención preventiva.

Fue posible identificar factores de riesgo individual y familiar **asociados significativamente** entre el momento pre y post intervención¹⁷. Específicamente para la variable factores de riesgo individual en los factores Logros Cognitivos y Atención Concentración y para la variable factores de riesgo familiar en los factores Padre vive con el niño y La familia participa de actividades.

En el grupo que sale de la condición de riesgo, el nivel de riesgo en los seis factores individuales y la cantidad de niños(as) con riesgo en los factores de riesgo individual Logros Cognitivos y Atención Concentración, es menor después de la intervención. Sin embargo, la cantidad de niños(as) con riesgo en los factores Padre vive con el niño y La familia participa de actividades, es mayor después de la intervención.

¹⁶ Se confirma la hipótesis 7

¹⁷ Se confirma la hipótesis 8 en el grupo que sale de la condición de riesgo

Se observa un mejoramiento en el nivel del riesgo, especialmente en los seis factores de evaluación del comportamiento, evidenciando la relevancia de éstos factores como moderadores en la discontinuidad de la trayectoria de la condición de riesgo. Sin embargo, los factores de evaluación del comportamiento Logros Cognitivos y Atención Concentración destacan en la reducción y trayectoria de las cadenas causales de riesgo. Si se refuerza la intervención de éstos factores en el perfil azul, sobretodo el segundo que sólo forma parte de éste perfil, se puede modificar su cadena de riesgo, contribuyendo a la reducción del perfil más resistente, y de este modo también a la reducción de la condición de riesgo en general. El perfil azul presenta mayormente continuidad heterotípica hacia el perfil verde, por lo que su reducción también puede aportar en la reducción y trayectoria hacia el segundo perfil más resistente.

Si bien en los factores familiares Padre vive con el niño y La familia participa de actividades se observa un empeoramiento, no obstaculizan que éste grupo pueda salir de la condición de riesgo, por tanto no moderan relevantemente la discontinuidad en la trayectoria del desarrollo de los perfiles de riesgo.

Contribución a la psicología clínica infanto juvenil

Se contribuye teóricamente a la psicopatología del desarrollo infantil, particularmente desde la epidemiología analítica, mediante la comprensión de factores moderadores de cadenas causales en la trayectoria del desarrollo.

Los factores de riesgo individual y escolar, especialmente los primeros, presentan un rol relevante moderando la trayectoria de cadenas de riesgo específicas. La presencia de riesgo en Aceptación de la Autoridad (asociado a impulsividad), Contacto Social (asociado a timidez), Madurez Emocional (asociado a inmadurez), Logros Cognitivos (asociado a desmotivación) y Atención Concentración (asociado a desatención) son factores de riesgo individual que moderan significativamente la continuidad en la trayectoria de cadenas causales relacionadas posiblemente con síntomas de trastornos por déficit de atención, conducta disruptiva y problemas afectivos. La trayectoria del riesgo presenta principalmente continuidades homotípicas, sin embargo para el perfil azul asociado con síntomas por déficit de atención, la continuidad tiende a ser mayormente heterotípica, posiblemente debido a la relación distal o indirecta entre el factor de riesgo

Aceptación de la Autoridad (desobediencia, agresividad, impulsividad) y el factor de riesgo Contacto Social (timidez).

Se contribuye teóricamente a la prevención de la salud mental infantil mediante el estudio de factores de individuales, familiares y escolares moderadores de la efectividad de la intervención preventiva temprana indicada para condición de riesgo de problemas de salud mental infantil. Los factores de riesgo individual en Aceptación de la Autoridad, Contacto Social, Madurez Emocional, Logros Cognitivos y Atención Concentración constituyen los factores que fundamentalmente moderan el funcionamiento de la intervención preventiva sobre la condición de riesgo de problemas de salud mental específicos. Específicamente, el factor de riesgo en Madurez Emocional modera la efectividad de la prevención indicada sobre la condición de riesgo de problemas de autoestima, desmotivación e hipoactividad (perfil amarillo), y los factores de riesgo en Aceptación de la Autoridad y Contacto Social moderan la prevención sobre la condición de riesgo de problemas de timidez, desobediencia, agresividad o hiperactividad (perfil verde), y los factores de riesgo en Logros Cognitivos y Atención Concentración son responsables de moderar el funcionamiento de la prevención focalizada en la condición de riesgo de problemas de desatención, desconcentración, hiperactividad, desobediencia, agresividad (perfil azul) correspondientes a síntomas del trastorno por déficit de atención y trastorno conductual.

Limitaciones

El tamaño de la muestra (N 176) limitó la posibilidad de encontrar asociaciones significativas en la comparación longitudinal de los factores de riesgo. Si bien se trabajó con toda la población, producto de la eliminación de casos atípicos y el bajo registro de asistencia regular a Talleres preventivos la cantidad de casos se vio significativamente mermada.

Siguiendo la recomendación de Gardner (2003), se invalidaron las asociaciones significativas que presentaron una frecuencia esperada menor a 5 en más del 20% de las casillas para la prueba chi cuadrado. Producto de esta decisión metodológica se excluyeron factores de riesgo que presentaron asociaciones significativas entre el momento pre y post intervención. El criterio de invalidación se cumplió especialmente en el grupo que mantiene condición de riesgo (n 37).

En el grupo que mantiene condición de riesgo se excluyeron 1) los factores de riesgo individual correspondientes a tres factores de evaluación del comportamiento (Aceptación de la

Autoridad, Logros Cognitivos y Atención Concentración) y el factor disfunción psicosocial; 2) los factores de riesgo familiar en Padre vive con el niño(a), El niño(a) tiene enfermedad y el niño(a) vive con un familiar con enfermedad; 3) y el factor de riesgo escolar en calificación del comportamiento.

En el grupo que sale de la condición de riesgo se excluyó sólo el factor de riesgo familiar en El niño(a) tiene enfermedad. El factor de riesgo El niño(a) tiene enfermedad fue clasificado como factor de riesgo familiar por motivos metodológicos prácticos, sin embargo debería haber sido incluido dentro de la categoría de factores de riesgo individual, siguiendo la conceptualización teórica. No obstante, el factor no modera la continuidad en la trayectoria del riesgo, es decir, no obstaculiza que éste grupo pueda salir de la condición de riesgo.

Recomendaciones

Si se aumenta el tamaño de la muestra se podrían encontrar más factores de riesgo con asociaciones significativas. En este sentido, se sugiere mejorar el sistema de registro y sistematización de la información de la intervención preventiva del P-HpV, especialmente en las fichas de registro y la digitación informática de éstas realizada por los ejecutores.

Complementariamente, en futuras investigaciones se recomienda considerar en el estudio de la trayectoria de la condición de riesgo general, y de los perfiles, si existe derivación por índice especial, y si existe diagnóstico y si asiste regularmente al tratamiento. La prevención indicada en las cadenas de riesgo, particularmente el perfil azul puede requerir complementariamente de tratamiento para lograr su reducción.

Se sugiere focalizar las actividades en el Taller preventivo Azul en los factores de riesgo Logros Cognitivos y Atención Concentración mediante el desarrollo de habilidades de autocontrol, y en el Factor Aceptación de la Autoridad para prevenir su posible influencia indirecta o distal en el factor de riesgo Contacto Social; en el Taller preventivo Verde en la interacción entre los factores de riesgo Aceptación de la Autoridad y Contacto Social a través de competencias sociales; y en el Taller preventivo Amarillo en el factor de riesgo Madurez Emocional mediante la mejora del autoestima y autoeficacia.

8. REFERENCIAS

- Almonte, C. (2003). *Características de la psicopatología infantil y de la adolescencia*. En Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. (Eds.) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*, (p. 87-105) (3era edición), Santiago: Mediterráneo.
- Ambrosini, P. (2000). Historical development and present status of Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal american academy child adolescent psychiatry*, 39, 49-58.
- Anderson, J., William, S., Mc Gee, R. & Silva, P. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. *Archives of General Psychiatry*, 44, 69-76.
- Bird, H., Canino, G., Rubio-Stipec, M., Gould, M., Ribera, J., Sesman, M., et al. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico: the use of combined measures. *Archives of General Psychiatry*, 45, 11, 20-6.
- Canino, G., Shrout, P., Rubio-Stipec, M., Bird, H., Bravo, M., Ramírez, R., et al. (2004). The DSM-IV Rates of Child and Adolescent Disorders in Puerto Rico. Prevalence, Correlates, Service Use, and the Effects of Impairment. *Archives of General Psychiatry*, 61, 85-93.
- Casassus, J. (2003). *La escuela y la (des)igualdad*. (1ª Ed.). Chile: Editorial LOM.
- Cicchetti D. & Toth S. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: the coming of age of the discipline. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 16-25.
- Connell, J. & Furman, W. (1984). *The study of transitions: Conceptual and methodological issues*. En Emde, R. & Harmon, R. (Eds.) *Continuities and discontinuities in development*, (p. 153-173) (1st edition), New York: Plenum Press

- Cova, F. (2004). La psicopatología evolutiva y los factores de riesgo y protección: el desarrollo de una mirada procesual. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, Vol. 13, N°1, 93-101
- De la Barra, F., Escobar, B., Melipillán, R., Pihan, R., Rioseco, P., Saldivia, S., et al. (2010). Epidemiología de trastornos mentales infanto juveniles en Chile. Documento no publicado. FONDECYT 1070519.
- De la Barra, F., López, C., George, M., Toledo, V., Siraqyan, X. & Rodríguez J. (1995). Perfiles conductuales de escolares de primero básico del área occidente de Santiago. *Revista de psiquiatría*, Vol. 12, N°2, 67-73. FONDECYT N° 1930116
- Delgado, I., Zúñiga, V. & Jadue, L. (2006). *Estudio comparativo de escolares que participaron del Programa Habilidades para la Vida y SIMCE 4° básico 2005*.
- Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R. & Schellinger, K. (2011). The impact of enhancing student's social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, 82, 405-432.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado. Edición revisada y ampliada*. (1° Ed.). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- García, R. (2003). *Salud mental en el niño y el adolescente*. En Almonte, C., Montt, M. & Correa, A. (Eds.) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*, (p. 79-86) (3era edición), Santiago: Mediterráneo.
- García, R. (2012). *Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes*. En Almonte, C. & Montt, M. (Eds.) *Psicopatología infantil y de la adolescencia*, (2da edición), Santiago: Mediterráneo.
- Gardner, R. (2003). *Estadística para psicología usando SPSS para Windows*. (1ª Ed.) México: Editorial Pearson Educación
- Gall, G., Pagano, M., Desmond, S., Perrin, J. & Murphy, M. (2000). Utility of psychosocial screening at a school-based health center. *Journal of school health*, 70, 292-298.

- George, M., Siraqyan, X., Mores, R., De la Barra, F., Rodríguez, J., López, C., et al. (1995). Adaptación y validación de dos instrumentos de pesquisa de problemas de salud mental en escolares de primero básico. *Revista de psicología Universidad de Chile*, 5, 17-26.
- George, M., Squicciarini, A.M., Zapata, R., Guzmán, M.P., Hartley, M. & Silva, C. (2004). Detección precoz de factores de riesgo en salud mental de escolares. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, Vol. 13, N°2, 9–20.
- George, M., Guzmán, M.P., Hartley, M. & Squicciarini, A. (2005). Prevención efectiva de conductas de riesgo en escolares. XXIII Congreso anual de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. Ponencia. Valdivia, Noviembre 2005.
- George, M., Guzmán, J., Flotts, M., Squicciarini, A. & Guzmán, M. (2012). Salud mental en escuela vulnerables: evaluación del componente promocional de un programa nacional. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*, Vol. 21, N°2, 55-81.
- Giménez, D. (2008). *Psicología del desarrollo. Desde la infancia a la vejez*. (1° Ed.). México: Editorial Mc Graw Hill.
- Greenberg, M, Domitrovich, C. & Bumbarger, B. (2000). *Preventing Mental Disorders in School-Age Children: A Review of the Effectiveness of Prevention Programs*. Prevention.
- Guzmán, M., Jellinek, M., George, M., Hartley, M., Squicciarini, M., Canenguez, K., et al. (2011). Mental health matters in elementary school: first-grade screening predicts fourth grade achievement test scores. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Vol 20, N°8, p.401-411
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ª Ed.). México: Editorial McGraw-Hill

- Ialongo, N. (2002). Wedding the Public Health and Clinical Psychological Perspectives as a Prevention Scientist. *Prevention & Treatment, Vol. 5, N°1, Art. 4*, páginas no especificadas.
- Intitute of Medicine (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. National Academy Press. Washington D.C, EE.UU.
- Jane-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 89*, 67-77. Madrid, España
- Jellinek, M., Murphy, J. & Burns, B. (1986). Brief psychosocial screening in outpatient pediatric practice, *Journal of Pediatrics, 109*, 371-378
- Jellinek, M., Murphy, M., Robinson, E., Feins, A., Lamb, S. & Fenton, T. (1988). Pediatric Sympton Checklist: screening school-age children for psychosocial disfuncion. *Journal of Pediatrics, 112*, 201-209
- Jenkins, J. (2008). *Psychosocial Adversity and resilience*. En Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. et al (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry*, (p. 377-390) (5th edition), Oxford: Blackwell Publishing
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2008). Talleres preventivos: manual de apoyo técnico/metodológico. 1era edición, Santiago, Chile.
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2009). *Programa Habilidades para la Vida*. (2ª Ed.) George, M. & Hartley, M. (Eds.).
- Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2010a). *Instrumentos de detección de conductas de riesgo en niños de primero básico: TOCA-RR y PSC. Aplicación en el Programa Habilidades para la Vida. Documento de consulta para equipos ejecutores del programa habilidades para la vida*. Material no publicado.

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2010b). *Descripción de reportes de respuestas y resultados del TOCA y PSC. Sistema de apoyo al Programa Habilidades para la Vida*. Material no publicado.

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2013). *Habilidades para la Vida* Recuperado el 28 de febrero de 2013, de http://www.junaeb.cl/prontus_junaeb/site/artic/20100112/pags/20100112114344.html

Kellam, S., Branch, J. Agrawal, K. & Ensminger, M. (1975). *Mental health and going to school: The Woodlawn Program of assessment, early intervention, and evaluation*. (1st Ed.). Chicago: University of Chicago Press

Kellam, S., Ensminger, M. & Turner, R. (1977). Family structure and mental health of children. Concurrent and longitudinal community Wide Studies. *Archives of General Psychiatry*, 34, 1012-1022

Kellam, S., Brown, C., Rubin, B., Ensminger, M. & Hendricks, C. (1983). *Pathes leading to teenager psychiatric symptoms and substance use: Developmental epidemiological studies in Woodlawn*. En Guze, S. Earis, F.& Barret, J. (Eds.) *Childhood psychopathology and development*, (p. 17-51) (1st edition), New York: Raven Press

Kellam, S. & Rebok, G. (1992). *Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials*. En McCord, J. & Tremblay, R. (Eds.) *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence*, (p. 162-195) (1st edition), New York: Guilford Press

Kellam, Sh., Brown, H., Poduska, J., Ialongo, N., Wang, W., Toyinbo, P., et al. (2008). Effects of a universal classroom behavior management programn in first and second grades on young adult behavioral psychiatric and social outcomes. *Drug and alcohol dependence* 95 (Suppl1): S5-S28

Kelleher, K., McInerny, T., Gardner, W., Childs, G. & Wasserman, R. (2000). Increasing identification of psychosocial problems: 1979-1996. *Pediatrics*, 105, 1313- 1321

- Kovacs, M. (1985). The children's depression, inventory (CDI). *Psychopharmacology bulletin*, 21, 995-998
- Lahtinen, E., Lahtinen, V., Riikonen, E. & Ahonen, j. (Eds.) (1999). *Framework for promoting mental health in Europe*. Hamina: Ministry of Social Affairs and Health, STAKES, National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Macmillan, R., McMorris, B. & Kruttschnitt, C. (2004). Linked lives: Stability and change in maternal circumstances and trajectories of antisocial behavior in children. *Child Development*, 75, 205-220.
- Maughan, B. & Rutter, M. (2008). *Development and psychopathology: A life course perspective*. En Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. et al (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry*, (p. 160-181) (5th edition), Oxford: Blackwell Publishing
- Mc Gee, R., Fecham, M., William, S., Fortridge, F., Silva, P. & Kelly, J. (1990). DSM-III disorder in a large sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 6, 11-9.
- Medwave (2007). *Intervenciones basadas en la evidencia en el ámbito de la prevención de la salud mental en familias con niños de 0 a 6 años*. Revisión sistemática de la literatura. Medwave Estudios. Santiago, Chile.
- Milicic, N., Mena, M., López, V. & Justiniano, B. (2008). *Clínica Escolar: Prevención y Atención en Redes*. (1° Ed.). Santiago: Editorial Ediciones UC.
- Ministerio de Salud de Chile (2001). *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría*. (2da Ed.). Ministerio de Salud, Santiago.
- Minoletti, A. & Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 18(4/5), 346-358

- Minoletti, A. (2009). Una pregunta sobre las políticas públicas en salud mental escolar, Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Red de protección social PROTEGE. Material no publicado.
- National Research Council & Institute of Medicine. (2009). *Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities*. Committee on Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. Mary Ellen O'Connell, Thomas Boat, and Kenneth E. Warner, Editors. Board on Children, Youth, and Families, Division of Behavioral and Social Sciences and Education. The National Academies Press. Washington, DC, EE.UU.
- NICHD Early Child Care Research Network (2005). Duration and developmental timing of poverty on children's cognitive and social development from birth to third grade. *Child Development*, 76, 795-810.
- Offord, D. & Bennett, K. (2002). *Prevention*. En Rutter, M. & Taylor, E. (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry*, (p. 881-899) (4th edition), Oxford: Blackwell Publishing
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo*. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud. (2004a). *Prevención de los trastornos mentales*. Intervenciones efectivas y opciones de políticas públicas. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2004b). *Invertir en Salud Mental*. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo*. ¡Cada madre y cada niño contarán!. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2010). *Desarrollo Humano*. (11^a Ed.). México: Editorial McGraw-Hill

- Patel, V. & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2003, 81 (8), 609-615
- Patel, V. & Jané-Llopis, E. (2005). *Pobreza, exclusión social y grupos en desventaja*. En Hosman, C. Jané-Llopis, E. & Saxena, S. (Eds.) *Intervenciones efectivas y opciones de políticas*, Oxford: Oxford University Press
- Puura, K., Almqvist, F., Tamminent, T., Piha, J., Rasamen, E., Kumpulainen, K., et al. (1998) Psychiatric disturbances among prepuberal children in South Finland. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 33, 310-8.
- Rains, C. (2003). Teacher Observation of Child Adaptation-Revised (TOCA-R) (Fast Track Project Technical Report). Disponible en www.fasttrackproject.org.
- Saraceno, B. & Barbui, C. (1997). Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 285-9
- Semansky, R., Koyanagi, C. & Vandivort-Warren, R. (2003). Behavioral health screening policies in medicaid programs nationwide. *Psychiatric services*, 54, 736-739
- Shaffer, D. & Kipp, K. (2007). *Psicología del desarrollo. Infancia y Adolescencia*. (7° Ed.). México: Editorial Thomson.
- Siraqyan, M. & Mores, R. (1993). Construcción de una batería para la evaluación de problemas de salud mental en niños de primer año básico en escuela de sectores populares. Tesis de grado para optar al título de psicólogo, Escuela de Psicología, Universidad Diego Portales.
- 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. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 35, 17-24
- Torres A., Domínguez M. & Rodríguez J. (2004). La psiquiatría Infantil, Hoy: (II) Principales fundamentos teóricos. *Avances en Salud Mental Relacional*. Vol.3, N°3, páginas no especificadas

- Verhulst, F. (1998). *La epidemiología en psicopatología infantil. Cuestiones generales y estudios de prevalencia*. En Rodríguez-Sacristán, J. (Ed.) *Psicopatología del niño y del adolescente*, (p.79-106) (2da edición), Sevilla: Secretariado de publicaciones.
- Vitaro, F. & Tremblay, R. (2008). *Clarifying and maximizing the usefulness of targeted preventive interventions*. En Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. et al. (Eds.) *Child and Adolescent Psychiatry*, (p. 989-1008) (5th edition), Oxford: Blackwell Publishing
- Werthamer-Larsson, L. Kellam, S. & Wheeler, L. (1991). Effect of first-grade classroom environment on child shy behavior, aggressive behavior, and concentration problems. *American Journal of Community Psychology*, 19, 585-602

9. ANEXOS

9.1 TOCA-RR 1° básico

27

/ /
Fecha aplicación

OBSERVACION AL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES 1° EB

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

RBD | | | | | | | | | | -- | _____
Escuela (nombre - sigla) comuna

Profesor(a): _____ Iniciales profe: _____ CURSO: _____
nombre (usar siempre la misma) nivel letra

Nombre del niño _____ Sexo: ()
Ap. Paterno Ap. Materno Nombres 1=F 2=M

RUT | | | | | | | | | | - | edad | | |
años meses

ESCALA DE CALIFICACIÓN

- 1 = Casi nunca 4 = frecuentemente
2 = rara vez 5 = muy frecuentemente
3 = a veces 6 = casi siempre

Marque con un circulo la alternativa que corresponda a lo que observa en el niño

1. COMPLETA LAS TAREAS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
2. ES AMISTOSO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
3. BUSCA DEMASIADA ATENCION DEL PROFESOR	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
4. SE CONCENTRA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
5. DESOBEDECE LAS REGLAS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
6. ES SOCIABLE / INTERACTÚA CON SUS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
7. TRABAJA BIEN SOLO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
8. DAÑA O HIERE A OTROS FISICAMENTE	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
9. PRESTA ATENCION	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
10. SE APEGA Y ANDA DETRÁS DE LOS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
11. ROMPE OBJETOS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
12. APRENDE DE ACUERDO A SU CAPACIDAD	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
13. ES GRITON CON LOS DEMAS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
14. JUEGA CON LOS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
15. SE DISTRAE FACILMENTE	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
16. ES SEGURO DE SI MISMO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
17. DEMUESTRA ENTUSIASMO Y AGRADO POR APRENDER.	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
18. MIENTE	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
19. BUSCA DEMASIADA ATENCION DE LOS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

**ESCALA DE CALIFICACIÓN**

- 1 = Casi nunca 4 = frecuentemente
2 = rara vez 5 = muy frecuentemente
3 = a veces 6 = casi siempre

Marque con un circulo la alternativa que corresponda a lo que observa en el niño

20. SE AFERRA AL PROFESOR	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
21. PERSISTE EN LA TAREA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
22. NO PUEDE ESTAR SENTADO TRANQUILO.	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
23. CORRE MUCHO Y TREPA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
24. INICIA PELEAS CON SUS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
25. TIENE MUCHOS AMIGOS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
26. SE PARA FRECUENTEMENTE Y CAMINA POR LA SALA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
27. NECESITA AFECTO PARA MOTIVARSE EN EL TRABAJO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
28. REACCIONA NEGATIVAMENTE FRENTE A LA CRITICA Y EL FRACASO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
29. NO CUMPLE REGLAS SIN PROTESTAR / TRAMITA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
30. COMPARTE CON SUS COMPAÑEROS / ES SOLIDARIO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
31. ESTA DISPUESTO A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS Y EXTRAPROGRAMATICAS.	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

PUNTAJE GLOBAL

A. CUÁL ES SU CALIFICACION DEL PROGRESO DEL NIÑO COMO ESTUDIANTE

1. Excelente
 2. Bueno
 3. Regular
 4. Malo
 5. Probable fracaso
 6. Fracaso

B. CUÁL ES SU CALIFICACION GLOBAL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN CLASE.

1. Excelente
 2. Bueno
 3. Regular
 4. Mala
 5. Muy mala
 6. Extremadamente mala

OBSERVACIONES FINALES DEL PROFESOR:

9.2 TOCA-RR 3° básico

29



/ /

Fecha aplicación

PARA 3° EB

OBSERVACION AL COMPORTAMIENTO EN LA SALA DE CLASES

TOCA-RR

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

RBD

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

Escuela
(nombre - sigla) _____ comuna _____

Profesor(a) _____ Iniciales profe: _____ CURSO: _____
nombre (usar siempre la misma) nivel letra

Nombre del niño _____ Sexo:
Ap. Paterno Ap. Materno Nombres 1=F 2=M

RUT

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

 -

--	--

 edad

--	--

años meses

1. MISMO CURSO, (CON LOS MISMOS COMPAÑEROS) DE 1° E. BÁSICA (1) SI (2) NO
2. MISMO (A) PROFESOR (A) DE 1° E. BÁSICA (1) SI (2) NO
3. MISMA ESCUELA DE 1° E. BÁSICA (1) SI (2) NO
4. REPITIÓ ALGUN CURSO (1) SI (2) NO ¿CUAL? _____

ESCALA DE CALIFICACIÓN

- | | |
|----------------|------------------------|
| 1 = Casi nunca | 5 = muy frecuentemente |
| 2 = rara vez | 6 = casi siempre |
| 3 = a veces | |

4 = frecuentemente

Marque con un círculo la alternativa que corresponda a lo que observa en el niño

1. COMPLETA LAS TAREAS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
2. ES AMISTOSO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
3. BUSCA DEMASIADA ATENCION DEL PROFESOR	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
4. SE CONCENTRA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
5. DESOBEDECE LAS REGLAS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
6. ES SOCIABLE / INTERACTÚA CON SUS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
7. TRABAJA BIEN SOLO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
8. DAÑA O HIERE A OTROS FISICAMENTE	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
9. PRESTA ATENCIÓN	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
10. SE APEGA Y ANDA DETRÁS DE LOS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
11. ROMPE OBJETOS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
12. APRENDE DE ACUERDO A SU CAPACIDAD	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
13. ES GRITON CON LOS DEMAS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
14. JUEGA CON LOS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
15. SE DISTRAE FACILMENTE	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
16. ES SEGURO DE SI MISMO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
17. DEMUESTRA ENTUSIASMO Y AGRADO POR APRENDER.	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
18. MIENTE	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
19. BUSCA DEMASIADA ATENCION DE LOS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
20. SE AFERRA AL PROFESOR	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

2 = rara vez
3 = a veces

5 = muy frecuentemente
6 = casi siempre

Marque con un circulo la alternativa que corresponda a lo que observa en el niño

21. PERSISTE EN LA TAREA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
22. NO PUEDE ESTAR SENTADO TRANQUILO.	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
23. CORRE MUCHO Y TREPA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
24. INICIA PELEAS CON SUS COMPAÑEROS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
25. TIENE MUCHOS AMIGOS	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
26. SE PARA FRECUENTEMENTE Y CAMINA POR LA SALA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
27. NECESITA AFECTO PARA MOTIVARSE EN EL TRABAJO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
28. REACCIONA NEGATIVAMENTE FRENTE A LA CRITICA Y EL FRACASO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
29. NO CUMPLE REGLAS SIN PROTESTAR / TRAMITA	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
30. COMPARTE CON SUS COMPAÑEROS / ES SOLIDARIO	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre
31. ESTA DISPUESTO A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS Y EXTRAPROGRAMATICAS.	Casi nunca 1 2 3 4 5 6 casi siempre

PUNTAJE GLOBAL

A. CUÁL ES SU CALIFICACION DEL PROGRESO DEL NIÑO COMO ESTUDIANTE

1. Excelente
 2. Bueno
 3. Regular
 4. Malo
 5. Probable fracaso
 6. Fracaso

B. CUÁL ES SU CALIFICACION GLOBAL DE LA CONDUCTA DEL NIÑO EN CLASE.

1. Excelente
 2. Bueno
 3. Regular
 4. Mala
 5. Muy mala
 6. Extremadamente mala

OBSERVACIONES FINALES DEL PROFESOR:

9.3 PSC 1 y 3º básico

CUESTIONARIO PARA PADRES PSC

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

	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	nunca	a veces	muy seguido ()

9.4 Carta de autorización de Encargada Nacional del Programa Habilidades para la Vida

Santiago, 30 de Noviembre de 2011

Estimada Ana María Squicciarini Navarro
Encargada Nacional del Programa Habilidades para la Vida
Departamento de Salud del Estudiante
JUNAEB, Dirección Nacional

Junto con saludar, solicito Ud. su colaboración en la investigación que me encuentro realizando en el marco de mi tesis para optar al grado de magister en psicología, mención psicología clínica infante juvenil, impartido por el Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales y la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

La investigación busca estudiar la relación entre determinados tipos de factor de riesgo y determinados tipos de condición de riesgo de problemas de salud mental después de una intervención preventiva.

Su colaboración consistiría en proporcionar la base de datos del reporte de respuestas y resultados de los cuestionarios TOCA-RR y PSC de 1° y 3° básico de la región Metropolitana, de los años 2009 y 2011 respectivamente, del Programa Habilidades para la Vida.

Cabe señalar que en la tesis no se proporcionará información que permita identificar personas y/o establecimientos educativos. Si eventualmente resulta necesario señalar un nombre propio, se utilizará un nombre de fantasía. Asimismo, el investigador responsable se compromete a entregar un informe escrito de la investigación en formato de la Revista de Psicología de la Universidad de Chile después de la aprobación oficial de la defensa de la Tesis.

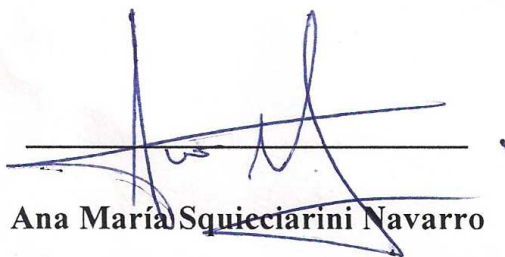
Si se encuentra de acuerdo con la solicitud expresada firme, por favor, el formulario de autorización que se presenta en la siguiente página.

Desde ya, manifiesto mi disponibilidad ante cualquier consulta. Mi correo electrónico es cristian.alcaino@gmail.com.

Ps. Cristian Alcaíno Maldonado
Alumno Magíster en Psicología Clínica Infante Juvenil
Universidad de Chile

Formulario de autorización

Yo **Ana María Squicciarini Navarro**, encargada Nacional del Programa Habilidades para la Vida del Departamento de Salud del Estudiante de JUNAEB Dirección Nacional **autorizo proporcionar a Cristian Alcaíno Maldonado**, alumno del magíster en psicología mención psicología clínica infanto juvenil del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales y la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, **la base de datos del reporte de respuestas y resultados de los cuestionarios TOCA-RR y PSC de 1° y 3° básico de la región Metropolitana, de los años 2009 y 2011 respectivamente**, del Programa Habilidades para la Vida.



Ana María Squicciarini Navarro
Encargada Nacional del Programa Habilidades para la Vida
Departamento de Salud del Estudiante
JUNAEB, Dirección Nacional

Santiago, 30 de Noviembre de 2011