

11. Laham, M. (2010). Psicocardiología. Abordaje psicológico al paciente cardíaco. Buenos Aires: Ediciones del Instituto de Psicocardiología.
12. Muller, J.E., Abela, G.S., Nesto, R.W., Tofler, G.H. (1994) Triggers, acute risk factors and vulnerable plaques: the lexicon of a new frontier. J. Am. Coll. Cardiol., N° 23: 809-13.
13. Organización Mundial de la Salud (2004) The World Health Report 2004 - Changing History (http://www.who.int/entity/whr/2004/en/report04_en.pdf), pp. 120-4.
14. Ruiz, R. (1995) Ideas para el estudio de la organización psíquica. La Plata: Editorial de la UNLP.
15. Strike, P. & Steptoe, A. (2005) Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: A systematic review and critique. Psychosomatic Medicine, N° 67: 179-186.
16. Tajer, C. (2008). El corazón enfermo. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL, RESILIENCIA Y TRAUMA: BREVE REVISIÓN CONCEPTUAL

Alicia Estévez, Silvina Serrone, Gimena Molinaroli
Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Nacional del Comahue

RESUMEN

Masten y Gewirtz (2006) sostienen que si bien desde siempre las historias que narran el triunfo de una persona frente a la adversidad han ejercido fascinación sobre la gente, el estudio científico de la resiliencia se inició entre los años sesenta y setenta. En 1990 Rutter sostuvo que el interés por conocer las características de aquellas personas que desarrollan "resiliencia" a pesar de las condiciones adversas de crianza o en circunstancias que aumentan el riesgo de presentar psicopatologías, provenía de tres fuentes: una, el aumento y consistencia de datos empíricos sobre diferencias individuales en poblaciones infantiles de alto riesgo. La segunda se originó en las investigaciones sobre temperamento realizadas en USA en los años setenta. Para comprender la idea anglosajona de temperamento hay que pensar en "tendencias a desarrollar la personalidad de una cierta manera" (Cyrulnik, 2008: 43). La tercera línea tuvo su origen en la observación de las distintas formas en que las personas enfrentan las experiencias vitales (Becoña, 2006). La primera generación de investigaciones eran consistentes entre sí sugiriendo la poderosa influencia del proceso adaptativo común y el interjuego de genes y experiencia en el desarrollo infantil. (Masten y Gewirtz, 2006)

Uno de estos estudios pioneros fue realizado por Werner y Smith con 698 niños nacidos en Kauai (Hawaii) en 1955. La totalidad de la población estudiada estaba en condiciones de riesgo pero aproximadamente un tercio estaba sujeto a múltiples factores de alto riesgo, a saber: pobreza, discordia parental, psicopatología parental y estrés perinatal. El seguimiento de la cohorte se realizó hasta los 40 años. Uno de los hallazgos fue que muchos de los jóvenes del subgrupo de alto riesgo que habían desarrollado problemas en la adolescencia se habían convertido en adultos con relaciones estables y satisfactorias en la familia y el trabajo. Solamente uno de cada seis adultos manifestaba problemas de diversa índole: pobreza, conflictos domésticos, violencia, abuso de sustancias, problemas de salud mental y baja autoestima. (Benard, 2004)

Otra investigación seminal sobre resiliencia surgió de la búsqueda de las causas de la enfermedad mental. Los investigadores se concentraron en los hijos de padres mentalmente enfermos y advirtieron que muchos de estos niños se desarrollaban bien y no presentaban problemas de salud mental. Siguió una perspectiva integrativa y

de colaboración entre los especialistas clínicos y del desarrollo infantil y elaboraron un programa completo de investigación sobre resiliencia que duró varias décadas. (Masten y Powell, 2003)

Estos primeros estudios se centraron en las cualidades de los niños resilientes, consideradas como atributos de los propios niños, solo posteriormente se observó la relación con características de las familias y sus comunidades de pertenencia. (Kotliarenco, Cáceres, y Fontecilla, 1997). Durante bastante tiempo se pensó que resiliencia era equivalente a invulnerabilidad y si bien desde la década del setenta dejó de utilizarse este término, aún hoy se considera que resiliencia y vulnerabilidad son los polos opuestos de un mismo continuo. Así encontramos en revisiones recientes que "La vulnerabilidad se refiere a incrementar la probabilidad de un resultado negativo, típicamente como un resultado de la exposición al riesgo. La resiliencia se refiere a evitar los problemas asociados con ser vulnerable" aunque se admite en forma generalizada que este concepto se utiliza para referirse a "un positivo y efectivo afrontamiento en respuesta al riesgo o a la adversidad". (Becoña.2006:131).

En sentido amplio, la vulnerabilidad afecta a cualquier sistema con un mínimo de organización sea éste natural, artificial o social. Cualquier análisis epistemológico de este concepto debe comenzar reconociendo que la diversidad de criterios responde a las diferentes unidades de análisis que recortan los investigadores y que sus definiciones dependen de los elementos articuladores que toman en consideración en cada dominio. En nuestro caso, - una investigación epidemiológica sobre salud mental infantil- partimos de dos supuestos básicos: a) la cualidad de vulnerable es una condición de todos los seres humanos pero no alcanza a todos por igual ni de la misma manera y b) toda vulnerabilidad es vulnerabilidad psicosocial dado que impacta de modo directo o indirecto sobre los sujetos en estudio. Sin embargo, el examen sería incompleto sino no se despeja previamente vulnerabilidad psicosocial de los conceptos de resiliencia y trauma con los que se lo relaciona en salud y educación. Algunas lecturas simplificadoras entienden que resiliencia es el resultado de la sumatoria de factores protectores mientras que vulnerabilidad es la sumatoria de los factores de riesgo. Dada la abundancia de investigaciones sobre estas temáticas, nos limitaremos a realizar una breve aproximación conceptual a cada uno de ellos y sus vinculaciones.

PALABRAS CLAVE: vulnerabilidad- psicosocial- infantil- resiliencia- trauma

Problemas de investigación en resiliencia

Existen tres tipos de problemas para el estudio de la resiliencia. (Masten y Gewirtz, 2006). En primer lugar, el concepto abarca una gran variedad de fenómenos, -algunos muy específicos- que van desde la recuperación después de la pérdida de uno o ambos progenitores hasta el éxito escolar de los niños que se desarrollan en un contexto de pobreza entre muchos otros que podrían mencionarse. Si bien desde hace dos décadas se han incrementado las investigaciones sigue siendo un concepto difícil de especificar empíricamente y muy relacionado con medidas de éxito y fracaso situacional.(Becoña, 2006). En segundo lugar, resiliencia es un constructo inferencial que implica juicios acerca de un desarrollo infantil deseable así como definiciones de daño, amenaza o riesgo. Masten y Gewirtz (2006) señalan que hay múltiples criterios para sustentar estos juicios y definiciones que implican diversas elecciones metodológicas para capturar los fenómenos. Precisamente esta misma variabilidad dificulta las comparaciones entre las investigaciones y complica la tarea de construir un cuerpo coherente de conocimientos sobre la resiliencia. Becoña (2006) se pronuncia en el mismo sentido: no está fehacientemente establecida la utilidad del constructo a nivel explicativo ya que no se ha podido construir una teoría de la resiliencia. Una revisión histórica del concepto de resiliencia fue realizada por Polk en 1997. Trabajó sobre las características y atributos de la resiliencia identificados hasta ese momento y los combinó dando como resultado una clasificación de cuatro

patrones: el patrón disposicional que contempla atributos físicos, constitucionales, genéticos y atributos psicosociales; el patrón relacional se vincula con la confianza en sí mismo y en otros, el desarrollo de la intimidad y relaciones con el contexto social más amplio ; el patrón situacional se refiere a las habilidades puestas en juego frente a eventos estresores con una actitud activa y realista y una adecuada evaluación de metas y el patrón filosófico o de creencias personales que tienen que ver con una modalidad de encontrar sentido positivo en las experiencias. "La combinación de ellos apresaría completamente el constructo resiliencia". (Becoña, 2006: 129)

El tercer problema de investigación es que están implicados muchos niveles de análisis, del propio sujeto, de la familia y de la comunidad y sus interacciones y no siempre han sido considerados integralmente. (Masten y Gewirtz, 2006).

La resiliencia es una habilidad que procede "de la interacción de diversos elementos en la vida del niño como el temperamento biológico y las características internas, especialmente la inteligencia; el temperamento del niño y el locus de control interno o dominio; la familia y el ambiente y la comunidad en la que vive, especialmente en relación con su crianza y las cualidades de apoyo que están presentes; y, el número, intensidad y duración de circunstancias estresantes o adversas por la que ha pasado el niño, especialmente a temprana edad". (Becoña, 2006: 126). Por ejemplo, la inteligencia del niño ha sido considerado un factor protector así como el éxito escolar pero no se ha estudiado suficientemente las conexiones positivas entre la casa y la escuela, las prácticas efectivas en la sala de clase o cómo en los preescolares los problemas de aprendizaje y el autocontrol se vinculan con la calidad de la parentalidad o el enriquecimiento del entorno de los niños. (Masten y Gewirtz, 2006). Algunos autores argentinos destacan la proximidad del concepto de educabilidad y resiliencia señalando que "Desde la perspectiva de la educabilidad, los estudios sobre resiliencia aportan valiosa información acerca de las interacciones "sujeto-medio" o "naturaleza-crianza" que, sin duda, condicionan las posibilidades de insertarse con éxito en el sistema escolar. Pero además el concepto de resiliencia sugiere que la educabilidad no es un dato dado ni acabado, es una variable esencialmente socio-cultural que, por tanto, puede ser mejorada. Implica, ciertamente, identificar y promover los factores o mecanismos protectores que son observados en los sujetos "resilientes" (López y Tedesco, 2002, p: 10).

Benard (2004) sostiene que la perpetuación de concepciones erróneas acerca de la resiliencia tiene su origen en el modelo médico de psicopatología que ha dominado el campo de investigación. Entiende que muchas de estas investigaciones desmontan mitos acerca del desarrollo infantil ya que proveen conocimiento acerca de las tendencias autocorrectoras que mueven a los niños hacia un desarrollo adulto normal a pesar de las persistentes circunstancias adversas. Para Benard esto pone en cuestión la "seductora" noción de determinismo infantil y lo ejemplifica con los datos de la investigación de Werner y Smith en Hawai que contrastan con los estudios que señalan el poder predictivo de los factores de riesgo ya que la predicción de un devenir negativo alcanza al 20 a 50% de una población de alto riesgo. Según Benard uno de los malentendidos acerca de la resiliencia es pensarla como una cualidad o rasgo de personalidad que poseen algunas personas y otras no. Por el contrario afirma que es una capacidad innata apoyada por factores protectores medioambientales. Para este autor el desarrollo de la resiliencia humana no es otra cosa que el proceso de desarrollo humano saludable, un proceso normativo de adaptación, propio de la especie y aplicable al desarrollo tanto en entornos favorables como los desfavorables.

Trauma y resiliencia

En la tradición francesa resiliencia está considerada como la capacidad de salir relativamente indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar o más poéticamente, "es el arte de navegar en los torrentes" (Cyrulnik 2008: 213). Investigadores franceses definen resiliencia como "la capacidad de una persona o de un grupo de desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los

acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves." (Barudy y Dantagnan, 2005: 56).

En Cyrulnik (2008) resiliencia equivale a la capacidad de resistir el sufrimiento de una herida psicológica así como el impulso de reparación psíquica que nace de esa resistencia lo que permite reestablecer el desarrollo en circunstancias adversas. Desde su perspectiva el estudio de la resiliencia debería trabajar tres planos principales: uno de ellos es la adquisición temprana de recursos internos -que impregnan el temperamento- mediante una espiral interactiva preverbal que pone en marcha guías de desarrollo que explican la forma de reaccionar frente a eventos estresores. La idea de temperamento que desarrolla Cyrulnik reúne dos fenómenos de naturaleza diferente: la biología y la historia. "Hacer que nazca un niño no basta, también hay que traerlo al mundo". Con ello quiere significar que los procesos biológicos de la concepción, gestación y alumbramiento y los circuitos de sentido ofrecidos por los adultos " le servirán como guías de desarrollo y le permitirán tejer su resiliencia" (Cyrulnik, 2008: 50). Otro plano es que "la estructura de la agresión explica los daños provocados por el primer golpe, la herida o la carencia" pero la significación que adquiere ese golpe en la historia personal del herido y en su contexto familiar y social explica la eficacia traumática del segundo golpe, el que se realiza en el plano de la representación. "Por último la posibilidad de regresar a los lugares donde se hallan los afectos, las actividades y las palabras que la sociedad dispone en ocasiones alrededor del herido ofrece las guías de resiliencia que habrán de permitirle proseguir un desarrollo alterado por la herida. Este conjunto constituido por un temperamento personal, una significación cultural y un sostén social, explica la asombrosa diversidad de los traumas". (Cyrulnik, 2008: 27)

Desde esta perspectiva, "La resiliencia es un proceso, un devenir del niño que, a fuerza de actos y palabras, inscribe su desarrollo en un medio y escribe su historia en una cultura" (Cyrulnik, 2008: 214). Una cultura en la que se pueda dar sentido a lo vivido.

Vulnerabilidad psicosocial y resiliencia

Una primera diferencia entre ambos conceptos es etimológica. Resiliencia proviene del término latino *resilio*, que significa "volver atrás de un salto, rebotar" mientras que vulnerabilidad se referencia en *vulnerabilis* esto es, "que puede ser herido o sufrir alguna lesión física o moral". Por esta razón, vulnerabilidad psicosocial tiene una estrecha relación con trauma tal como lo trabaja la tradición francesa. Resiliencia ha sido utilizado en física para describir la resistencia de un cuerpo a un determinado impacto. También se aplica a las propiedades elásticas que tienen algunos materiales de retornar a su forma original luego de ser sometido a deformaciones. El término resiliencia fue importado a las Ciencias Sociales y a la Psicología para significar la capacidad de algunos sujetos para afrontar exitosamente el estrés y los eventos adversos y para adaptarse a las contingencias ambientales. (Becoña, 2006)

Una segunda diferencia es que mientras vulnerabilidad se ligó "desde el siglo XIX- a la adversidad y, específicamente, a la condición de pobreza como "atributo" de individuos y grupos, resiliencia tuvo su origen en la investigación psicopatológica. La premisa del enfoque de la resiliencia era que "nacer en la pobreza, así como vivir en un ambiente psicológicamente insano, son condiciones de alto riesgo para la salud física y mental de las personas". (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1992: 2). Y si bien la premisa no es incorrecta, sí lo son las posconclusiones derivadas: que la vulnerabilidad se reduce a pobreza y que se manifiesta con conductas desadaptadas. Si bien vulnerabilidad psicosocial es un concepto estrechamente ligado a la categoría descriptiva de pobreza, no debe ser reducido sin más a ella ya que ofrece indicadores de procesos causales que van más allá de la condición de pobreza.

Radke-Yarrow y Sherman (1990) señalaron que hay que entender "vulnerabilidad como un fenómeno perceptible en el cual un cierto nivel de estrés, resulta en conductas desadaptativas". Indicaron además que el concepto de vulnerabilidad

refiere "a una dimensión continua del comportamiento que se mueve desde una adaptación más exitosa al estrés, a una menos exitosa". (citado en Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1992: 12). No está claro el significado de éxito y de adaptación que manejan los investigadores americanos ya que algunos comportamientos muestran mecanismos -hiperadaptativos pero empobrecedores- que se ponen en marcha frente al trauma. Son defensas no-resilientes "si no se benefician del efecto corrector de la intersubjetividad" (Cyrulnik, 2008: 173). Autores argentinos señalan que los comportamientos sobreadaptados aparentan ser formas exitosas de afrontar la adversidad pero no implican transformación: no hay metamorfosis del dolor, implican conformismo social y suele ser funcionales a sistemas políticos, sociales y a ciertas prácticas que promueven lo que denominan subjetividad aquileica. (Sivak et al, 2007). Indagaciones recientes revisan la idea que la resiliencia es la capacidad para mantener un funcionamiento adaptativo de las funciones físicas y psicológicas en situaciones críticas atendiendo que nunca es una característica absoluta ni se adquiere de una vez para siempre.

Creemos conveniente aclarar que cuando un término es importado metafóricamente suele conservar la atmósfera semántica original en las aplicaciones al nuevo dominio. Así encontramos que las ideas de fortaleza, dureza, adaptación, plasticidad e inclusive éxito o supervivencia siguen ligadas a las viejas definiciones. Por ejemplo, la idea de "superviviente exitoso" que se encuentra en algunas formulaciones deriva de la aplicación de resiliencia "a aquella persona que ha sobrevivido física y psicológicamente a grandes dificultades vitales y de las que sale exitosamente adelante e incluso llega a triunfar a pesar de tener todo en contra en la niñez, adolescencia o juventud" (Becoña, 2006) Otra idea sobre la que confrontan la tradición americana y francesa es si la resiliencia es una capacidad innata asociada a factores protectores que trascienden condiciones étnicas, clases sociales y entornos geográficos e históricos o es la resultante de un proceso dinámico de desarrollo que varía según la etapa de la vida, las circunstancias y el impacto del trauma, el contexto familiar y social, y que puede expresarse de diferentes maneras en distintas culturas.

Lo más interesante del enfoque de resiliencia es el esfuerzo de identificación de factores protectores. Algunas investigaciones señalan que ningún factor protector por sí solo promueve la resiliencia -como la autoestima o la inteligencia- ya que no son independientes sino que intervienen en forma relacionada. La relación entre factores de riesgo y factores protectores ha dado lugar a tres modelos de resiliencia: compensatorio, protector y desafiante. El primero de ellos es cuando un factor protector actúa compensando un factor de riesgo. El segundo es cuando los factores protectores moderan los efectos de un riesgo con un resultado potencialmente negativo. El modelo desafiante indica que una exposición a altos niveles de riesgo da un resultado negativo pero un nivel moderado de exposición puede dar resultados positivos o menos negativos ya que pone en marcha mecanismos de afrontamiento. Detrás de este modelo está la idea de "inoculación" e "inmunización". (Becoña, 2006). Masten y Gewirtz (2006) refieren que en la actualidad se está produciendo una convergencia de investigaciones sobre competencia, problemas emocionales y comportamentales, desarrollo cerebral y estudios sobre prevención en el proceso del desarrollo, sin embargo, entienden que muchas investigaciones subestiman la importancia de la temprana infancia para la construcción de protectores del desarrollo humano ya que predomina el enfoque de reducción de riesgo y detección temprana de problemas. Precisamente el enfoque que enfatiza la calidad de los vínculos que se establecen tempranamente en el desarrollo es prioritario para la tradición francesa en tanto son generadores de comportamientos resilientes frente al trauma.

Consideraciones finales

La línea francesa no es incompatible con una perspectiva de vulnerabilidad psicosocial en tanto enfatiza el proceso de desarrollo infantil y las trayectorias posibles de ese desarrollo frente a diversas circunstancias vitales potencialmente traumáticas. Los

niños y niñas están afectados por vulnerabilidades específicas porque se encuentran en un proceso de constitución subjetiva y de desarrollo físico e intelectual y subordinados a las condiciones de su entorno familiar y escolar. Además tienen desventajas derivadas de su relación asimétrica con las instituciones del mundo adulto; sobre todo cuando existe desamparo por parte de las instituciones mediadoras: la familia y la escuela y/o por la retirada de las instituciones públicas del diseño de políticas adecuadas. Este es un punto particularmente sensible desde los enfoques de resiliencia y vulnerabilidad psicosocial. Por ejemplo, se ha propuesto que a partir del conocimiento de la resiliencia es posible diseñar políticas de intervención desde un punto de vista clínico "balanceando" entre la vulnerabilidad a la resiliencia, ya sea disminuyendo la exposición a situaciones que atentan contra la salud mental o bien aumentando o reforzando el número de factores protectores, como por ejemplo, reforzar fuentes de apoyo y afecto, favorecer la comunicación y las habilidades de resolución de problemas. (Becoña, 2006). En cierta forma, esta perspectiva se orienta por un modelo de resiliencia -compensatorio, protector o desafiante- para el diseño de políticas "correctoras" de ítems puntuales que inciden en la salud mental infantil. De otras conceptualizaciones se infiere que el constructo resiliencia puede ser utilizado como justificación de la inacción de los organismos públicos.

Por el contrario, entendemos que el enfoque de vulnerabilidad psicosocial está en el núcleo de un planteo de políticas públicas en salud, educación y desarrollo social porque es un concepto multidimensional que se proyecta sobre dimensiones individuales, microsociales (familiares y escolares) y macrosociales con diversos factores intervinientes en cada una de esas dimensiones. Hay factores contingentes tanto en la dimensión individual como en la microsociales y macrosociales que pueden aumentar la vulnerabilidad psicosocial infantil. Hay factores objetivos - económicos, sociodemográficos, sociopolíticos, institucionales etc.-, que pueden "medirse" y además analizarse cualitativamente. Hay factores subjetivos derivados de la percepción de los sujetos, -incluyendo los propios niños- las familias y comunidades acerca de su calidad de vida, expectativas sobre movilidad social y de la efectividad de las estrategias de afrontamiento entre muchos otros ítems. En el plano microsociales estos factores subjetivos tienen incidencia sobre los sistemas de crianza y en la valoración de la oferta pública en educación y la salud. Por lo tanto, depende de la ponderación cualitativa de factores objetivos y subjetivos en cada una de las dimensiones los aspectos que deben considerarse como factores de riesgo o factores protectores de la salud mental infantil. Es un proceso interactivo que puede manifestarse de múltiples maneras y ello incluye trayectorias de desarrollo resiliente.

Referencias bibliográficas

- Barudy, J.; Dantagnan, M. (2005) Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa.
- Becoña, E. (2006) "Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto". Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Vol. 11, Nº 3, pp. 125-146. Madrid: Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología. ISSN 1136-5420/06.
- Benard, B. (2004) Resiliency: what we have learned. San Francisco: WestEd.
- Cyrluk, B. (2008) Los patitos feos. Barcelona: Gedisa.
- Kotliarenco, M. A.; Cáceres, I.; Fontecilla, M. (1997) Estado del arte en resiliencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud. (Consultado 26 de junio de 2011)
- Sivak, R., Ponce, A. Huertas, A. M; Horikawa, C.: Díaz Tolosa, P. Zonis Zukerfeld, R.; Zukerfeld, R. (2007) "Desarrollo resiliente y redes vinculares". XXIII Congreso de Psiquiatría APSA. Mar del Plata. Abril de 2007.
- Masten, A. S.; Gewitz, A.H. (2006) "Resilience in Development: the importance of early childhood". En Tremblay, R. E, Barr, R. G.; Peters, R (eds) Encyclopedia on Early Childhood Development. [on line]. Montreal, Canadá. Centre of Excellence for Early Childhood Development. March 15. Pp: 1-6. Consultado 26 de junio de 2011.

Lopez y Tedesco (2002) "Las condiciones de educabilidad de los niños y adolescentes de América Latina". Buenos Aires: Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación.

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN UNA POBLACIÓN CLÍNICA DE NIÑOS ENTRE 8 Y 12 AÑOS. RESULTADOS PRELIMINARES

Marcelo Juan Grigoravicius, Marcela Pandolfi, Julieta García Poulter, Lucía Cella
Facultad de Psicología. UBA.

RESUMEN

Se presentan resultados preliminares del proyecto de investigación UBACYT (Programación 2010/12) "Consumo de sustancias psicoactivas y expectativas hacia el alcohol en niños escolarizados entre 8 y 12 años", Director: Marcelo Grigoravicius. El objetivo de este proyecto es indagar el consumo de sustancias psicoactivas en niños y niñas entre 8 y 12 años de edad pertenecientes a una población clínica y una población no-clínica. Además se indagan y analizan las actitudes, valores y creencias que los niños poseen respecto del uso de dichas sustancias. Este proyecto continúa relevamientos anteriores, incluyendo a la vez, una franja etárea menor a las estudiadas tradicionalmente. En el presente trabajo se presentan los resultados preliminares de la primera etapa de relevamiento desarrollada durante 2010 con niños de la población clínica.

Metodología

La muestra está conformada por un total de 22 niños: 14 varones y 8 niñas que asisten a un Servicio de atención clínica de niños, dependiente de la Segunda Cátedra de Psicoanálisis: Escuela Inglesa de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, ubicado en un partido del sur del conurbano bonaerense. Ninguno de estos niños cuenta con cobertura social, requisito para recibir asistencia en dicho Servicio. En todos los casos se recibió expresa autorización de sus padres o adultos responsables para la participación en la investigación.

Se administró el CORIN: Conductas de Riesgo en Niños (Miguez, 1998) Fuente: CONICET/Programa de Epidemiología Psiquiátrica. Se trata de un instrumento conformado por 47 ítems de respuesta cerrada, que evalúa situaciones de riesgo de uso de sustancias psicoactivas en niños escolarizados. Indaga la existencia del consumo de sustancias psicoactivas (alguna vez en la vida, en el último año, en el último mes) y las actitudes, valores y creencias relacionadas con dicho consumo. Asimismo, indaga las percepciones del niño acerca de su ambiente familiar. También se administró un protocolo de datos sociodemográficos. Se trata de un instrumento con ítems para la recolección y sistematización de datos como sexo, edad, escolaridad, situación laboral, situación familiar, vivienda, antecedentes familiares de consumo de sustancias psicoactivas, relación con pares.

Resultados y Conclusiones:

Una amplia mayoría de niños, un 90% (20 casos), considera que si un chico de su edad toma cerveza puede dañar su salud, y el mismo porcentaje manifiesta que "si se sirve alcohol en una fiesta, eso puede ocasionar problemas", mientras que sólo el 9% (2 casos) considera que en esa situación "no pasa nada". No obstante se ha registrado que un 36% de la muestra (8 casos), afirma haber tomado alcohol en alguna oportunidad. Este porcentaje está compuesto por un 25% de niños de entre 11 y 12 años y un 75% comprendido entre los 8 y 10 años de edad. Resulta importante resaltar que todos los niños que afirman haber consumido alcohol alguna vez, son los mismos que opinan que la presencia de alcohol en una fiesta puede provocar problemas.

Para concluir, se registra la existencia de consumo de alcohol en edades más