

# LISMEN: Listado de Ítems en Salud Mental

**TESIS DOCTORAL**

**Validación de un instrumento de detección de factores de riesgo de salud mental en la infancia y adolescencia: Listado de ítems en salud mental (LISMEN)**

**Jordi Artigue Gómez. Psicólogo.**

**Abril 2012**

## **TESIS DOCTORAL**

**TÍTULO: Validación de un instrumento de detección de factores de riesgo de salud mental en la infancia y adolescencia: Listado de ítems en salud mental (LISMEN)**

**Doctorando: Jordi Artigue Gómez. Psicólogo.**

### **Directores:**

- **Dr. Jorge L. Tizón García. Psiquiatra. Neurólogo. Psicoanalista. Ex - Director del Servei de Prevenció en Salut Mental – EAPPP. Institut Català de Salut. Barcelona. Profesor de másteres y cursos de posgrado de la Universitat Ramon Llull.**
- **Dr. Manel Salamero Baró. Psiquiatra. Profesor asociado de la Universitat de Barcelona.**

### **Tutor:**

- **Dr. Josep Castillo Garayoa. Profesor. Facultad de Psicología. Universitat Ramon Llull.**

**Departamento de Psicología**

**Universitat Ramon Llull**

*La realidad de la que podemos hablar  
jamás es la realidad en sí.*

Werner K. Heisenberg.

*Obrir els finestrons i esperar un nou dia,  
i trobar altre cop entelats els vidres,  
com aquests meus ulls, que sovint obliden  
que encara hi ha llum per a adreçar la vida.*

*He d'esborrar les nits de ràbia i de feblesa.  
He d'esborrar el pensar que sempre ens toca perdre,  
mirar molt més enllà d'aquesta boia espessa.  
He d'aprendre a lluitar sense tenir cap eina.*

*I el pas del temps, hores repetides,  
va llaurant la pell cada cop menys lliure.*

Despertar (Lluís Llach)

A los pacientes y a sus familias, que siempre nos enseñan, si estamos dispuestos a escucharles más allá de sus demandas, sobre la vida, el sufrimiento y la esperanza.

A aquellas personas con las que he trabajado y conversado largo y tendido sobre el tema y que me han regalado sus reflexiones, palabras y algunas miradas de complicidad, tanto en los acuerdos como en los desacuerdos.

<b>ÍNDICE</b>	<b>Página.</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>2. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS</b>	
<b>2.1. Creación de un instrumento de detección de factores de riesgo.....</b>	<b>11</b>
<b>2.2. Objetivos.....</b>	<b>14</b>
<b>3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b>	
<b>3.1. Factores de riesgo en salud mental.....</b>	<b>15</b>
<b>3.2. Variables del LISMEN en relación a los Factores de riesgo.....</b>	<b>19</b>
<b>4. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA</b>	
<b>4.1. Material y métodos.....</b>	<b>71</b>
<b>4.2. Procedimientos de recogida de muestras.....</b>	<b>72</b>
4.2.1. Estudio 1: Factores de riesgo y antecedentes.....	73
4.2.2. Estudio 2: Factores de riesgo en población general infantil y adolescente.....	74
4.2.3. Estudio 3: Factores de riesgo en población infantil de riesgo psicopatológico.....	76
4.2.4. Estudio 4: Factores de riesgo en población general, menores de 1 año .....	77
<b>4.3. Validación y variables de las bases de datos</b>	
<b>4.3.1. Base de datos LISMEN.....</b>	<b>78</b>
<b>4.3.2. Base de datos CBCL.....</b>	<b>80</b>
<b>4.4. Aspectos éticos.....</b>	<b>82</b>
<b>4.5. Análisis estadístico</b>	
<b>4.5.1. Análisis descriptivo.....</b>	<b>82</b>
<b>4.5.2. Análisis principales.....</b>	<b>85</b>
<b>4.5.3. LISMEN vs CBCL.....</b>	<b>88</b>



<b>5. RESULTADOS</b>	
<b>5.1. Estadística descriptiva LISMEN.....</b>	<b>89</b>
<b>5.2. Estadística descriptiva CBCL.....</b>	<b>99</b>
<b>5.3. Análisis de la fiabilidad y la consistencia</b>	
<b>5.3.1. Kappa.....</b>	<b>101</b>
<b>5.3.2. Alpha de Cronbach.....</b>	<b>105</b>
<b>5.4. Análisis de la sensibilidad: curvas ROC.....</b>	<b>115</b>
<b>5.5. Análisis factorial.....</b>	<b>117</b>
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>125</b>
<b>7. CONCLUSIONES .....</b>	<b>133</b>
<b>8. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>134</b>
<b>9. ANEXOS</b>	
<b>9.1 Anexo 1: LISMEN.....</b>	<b>147</b>
<b>9.2. Anexo 2: Glosario del LISMEN.....</b>	<b>150</b>
<b>9.3. Anexo 3: Bibliografía específica utilizada en la construcción del LISMEN.....</b>	<b>157</b>
<b>9.4. Anexo 4: Estadística descriptiva.....</b>	<b>197</b>
<b>9.5. Anexo 5: Fiabilidad y consistencia interna.....</b>	<b>276</b>
<b>9.6. Anexo 6: Análisis de la sensibilidad: Curvas ROC.....</b>	<b>287</b>
<b>9.7. Anexo 7: Análisis Factorial.....</b>	<b>291</b>

## AGRADECIMIENTOS.

Quiero agradecer la confianza que han depositado en mi aquellas personas que han conocido y conocen esta investigación. En especial a Jorge L. Tizón, verdadero promotor del LISMEN y que ha sufrido, como ninguno, mis dudas e indecisiones.

También a las instituciones que han becado en algún momento este proyecto: Fundació Seny, Fundació Marató TV3, Unitat de Recerca de l'Institut Català de la Salut (ICS) de l'Àmbit de Barcelona ciutat y la afable colaboración de la IDIAP Jordi Gol.

A las personas que integraron el grupo de investigación SASPE de la Unidad de Salud Mental (USM) de St. Martí Nord: Josep Ferrando, Belén Parra, Laia Català, Antonia Parés, Marta Sorribes, Conxita Pérez, Francesc Pareja y Marta Gomà. Y a aquellos excompañeros de la USM que también se interesaron por mi trabajo.

En la recogida de datos quiero agradecer la colaboración de los profesionales de los servicios de pediatría y medicina de familia del ICS de los barrios de la Verneda, la Pau y la Mina, entre ellos, a Josefa Valcarce, Cristina Castellote, Magda Delgado, Xavier Cos, Magdalena Marra, Aurora Rovira, Ramón Ciurana, M Teresa Barriocanal, Pilar Babi, Imma Garrell; de la UFAP: Ana Izquierdo, Pietat Fuster y Angela Martínez; y a los alumnos del prácticum de la Facultat de Psicologia de la UAB d'aquells anys: Toni Fernández, Elisabeth Suades y Laura Godoy.

A Anna Espinal y Natalia Adell del Servicio de Estadística de la UAB por su trato amable.

A los compañeros con los que compartí trabajo y alegrías en el EAPPP hasta el 2011. En especial a los que utilizaron el LISMEN: Anna Oriol, Josep M<sup>a</sup> Gassó, Montse Martínez y a Yanet Quijada. Siempre me animaron y tuvieron palabras de elogio hacia el LISMEN.

A Manel Salamero y Pep Castillo quienes como director y tutor siempre me ayudaron y esperaron pacientemente cuando me costaba avanzar.

A los directores y compañeros de seminarios del Instituto Catalán de Psicoanálisis, quienes con su reflexiones contribuyeron, a veces sin saberlo, con esta investigación.

Y finalmente a mi familia, que me ha soportado y me soporta cuando enfrascado en este trabajo he intentado compaginar la vida familiar con la investigación.

## **1. INTRODUCCIÓN: Concepto de factor de riesgo en salud mental.**

La promoción y prevención de la salud mental se ha convertido en las últimas décadas en uno de los objetivos prioritarios de las políticas sanitarias y sociales (World Health Organization (WHO), 2001 y 2005, declaraciones de Ginebra y Helsinki). Los esfuerzos preventivos se basan en el conocimiento adquirido sobre el origen de los trastornos mentales (Jané-Llopis, 2004). En la historia reciente se considera que Kraepelin y su "Tratado de las enfermedades mentales" marcan el inicio del interés en observarlos y describirlos. Desde la antigüedad se han desarrollado diferentes teorías explicativas sobre su etiología, existiendo un arduo debate entre genetistas y ambientalistas. En la actualidad, este debate se puede considerar superado gracias a conceptos, entre otros, como el del trauma psíquico (Freud, 1893), los acontecimientos vitales estresantes y teorías como la del apego de Bowlby (1986). Hoy en día es comúnmente aceptado el hecho de que la estructuración del aparato psíquico en el niño está íntimamente condicionada por las experiencias relacionales que se producen en los primeros momentos de vida: la percepción de los otros, la reacción a las experiencias sensoriales y la imitación (Feder, Nestler y Charney, 2009).

Desde hace años se viene investigando en teorías del neurodesarrollo sobre las causas de los trastornos mentales graves (Parellada, 2001; Barrantes-Vidal et al., 2003). Recientemente las neurociencias, gracias a descubrimientos como el de las neuronas espejo (Rizzolatti y Sinigaglia, 2006) o el de marcadores afectivos de Damasio (2001), permiten concebir modelos de funcionamiento cerebral explicados a través de la regulación e integración con el entorno, aglutinando teorías para algunos tan distantes como la neurología y el psicoanálisis.

Las neuronas espejo son un grupo de células en las cuales se observó, en experimentos con animales, que se activaban no solamente cuando el animal realizaba determinados movimientos, sino cuando simplemente veía realizar dichos movimientos en otros sujetos de su misma especie. Parafraseando a sus descubridores: son las neuronas que nos ponen en el lugar del otro.

El concepto de marcadores afectivos de Damasio (2001) se refiere a la presencia de emociones secundarias que se modifican en base a experiencias afectivas que a la vez

determinan nuestras elecciones. El autor explica que la amígdala es el centro neurálgico de este condicionamiento emocional.

Cada vez son más los estudios que ejemplifican esta relación entre funcionamiento cerebral y entorno ambiental. En Dinamarca, con una cohorte de 1,38 millones de nacimientos entre 1973 y 1995 (Khashan et al., 2008), se estudia la influencia que tuvo el hecho de que las madres estuviesen expuestas a acontecimientos vitales graves durante el embarazo. Por acontecimientos graves se consideran los hechos siguientes: que uno o más familiares cercanos murieran, fueran diagnosticados de cáncer o sufrieran un infarto agudo de miocardio. A los hijos de estas gestaciones se les realizó un seguimiento desde los diez años hasta su muerte, migración o comienzo del trastorno esquizofrénico. El estudio finalizó en 2005. Los resultados indican que el riesgo de esquizofrenia y otros trastornos mentales graves relacionados fue mayor en hijos cuyas madres sufrieron un acontecimiento vital grave durante el primer trimestre del embarazo, pero no fue así si el hecho traumático ocurría a partir de dicho trimestre o hasta seis meses antes del embarazo. Los autores ponen en evidencia la posible influencia ecológica en determinadas fases del neurodesarrollo.

En general, no se habla de un factor específico que influya en el aumento del riesgo de padecer un trastorno mental grave, es decir de un marcador, sino que suele existir la acumulación de múltiples factores en la biografía de las personas que lo padecen. En Australia, en una cohorte de 661 personas con dicha patología, detectaron que el 82,7% informó de la presencia de acontecimientos traumáticos en su vida (Conus, Cotton, Schimmelmann, McGorry y Lambert, 2007).

En la etiología de los trastornos mentales, esta integración entre las teorías de base genética y las de base ambiental permite que cobren mayor relevancia conceptos derivados de este proceso, como el de factor de riesgo, que es uno de los términos cada vez más utilizados. No es un modelo explicativo en sí, es tan sólo un concepto, y tampoco es totalmente nuevo. En 1818, Heinroth describía, en relación al término *psicosomático*, la existencia de acontecimientos externos a los conflictos emocionales que hacían precipitar una enfermedad mental (Lukoff, Snyder, Ventura y Nuechterlein, 1984).

En medicina se sabe, por ejemplo, que para el desarrollo de la tuberculosis se requiere, además del bacilo de Koch, la presencia de otros componentes (déficit de inmunidad, desnutrición, hacinamiento), algunos de los cuales no tienen sólo un carácter estrictamente biológico. La observación de que la presencia de un factor aumenta el riesgo de contraer una enfermedad, pero no la determina por sí solo, lleva al modelo multicausal. Un factor de riesgo será causa de una enfermedad o trastorno cuando, en su presencia, la probabilidad o el riesgo de enfermar aumente. Se habla así de factor de riesgo y no de causa (Martí et al., 2009). En el ámbito de salud mental, en nuestro país, existen algunas experiencias en estudios con población general, donde se emplea el concepto de factor de riesgo siguiendo el modelo multifactorial utilizado en enfermedades cardiovasculares, como un valor predictivo y preventivo del trastorno depresivo en adultos (Bellón et al., 2006). También en la infancia se ha estudiado el concepto de factor de riesgo en relación a la vulnerabilidad (Pedreira, 1997).

En resumen, un factor de riesgo es un constructo que engloba diferentes acontecimientos ocurridos, o que ocurren, en la vida de una persona y que nos alertan sobre la posible aparición de un sufrimiento o patología, en especial cuando se acumulan a lo largo del tiempo. En el Programa preventivo del “niño sano”, del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, se define el factor de riesgo como toda característica de la persona o cualquier circunstancia de su entorno que conlleve el aumento de la probabilidad de padecer trastornos psicopatológicos con respecto a la población general (Amigó et al., 1999, Tizón et al., 2008).

Este concepto tiene relación con los de trauma y acontecimiento vital (*life events*), pero se opta por esta denominación por las implicaciones que posee de cara a la prevención. También se sabe que no todo acontecimiento vital llega a constituirse en factor de riesgo, por ejemplo, independizarse del domicilio paterno. Pero existen diversos trabajos que evidencian la presencia de un trauma previo a la aparición de un trastorno mental grave (Bendall, Jackson, Hulbert y McGorry. 2008), que relacionan su aparición con la presencia de acontecimientos vitales estresantes (Read, Perry, Moskowitz y Connolly, 2001) e incluso en casos de trastornos mentales transitorios donde se muestra cómo dicho trauma afecta a estructuras neuronales que posteriormente condicionan la conducta (Perry, Pollard, Blakely, Baker y Vigilante,

1995). En definitiva, la aparición de trastornos mentales no se explica sólo con las variables personales ni con el riesgo genético (Obiols y Vicens-Vilanova, 2003), se deben considerar también las variables contextuales (Taboada, Ezpeleta y De la Osa, 1998; Ezpeleta, Granero, De la Osa y Domènech, 2008). Es decir, dos personas con iguales características psicológicas tienen una probabilidad diferente de presentar trastornos mentales si, por ejemplo, la zona donde viven es distinta en cuanto a tasa de desempleo (Gispert et al., 2006). En nuestro ámbito se ha estudiado cómo la prevalencia del trastorno psicótico difiere, a nivel de significación estadística, en dos barrios de características psicosociales delimitadas y atendidas por un mismo equipo de salud mental. En concreto se duplica en la zona de menor nivel socioeconómico, conclusión que realza la importancia de las variables contextuales (Tizón et al, 2009). Además existen investigaciones que afirman que estas variables, mantenidas en el tiempo, son las responsables de determinados síntomas psicóticos, lo que habitualmente se denomina *trayectorias del desarrollo alteradas* (Bentall y Fernyhough, 2008).

En el concepto de factor de riesgo se integran ambos tipos de variables: individuales y contextuales. Este término también se puede utilizar en la conceptualización de la génesis de los trastornos mentales desde diferentes modelos explicativos: el modelo de estrés-vulnerabilidad (Myin-Germeys, Van Os, Schwartz, Stone y Delespaul, 2001); su ampliación, el modelo traumagénico del desarrollo (Read et al. 2001); el modelo del apego, que lo utiliza como factor pronóstico de los síntomas psicóticos (Berry, Barrowclough y Wearden, 2007), y el modelo teórico psicoanalítico (Freud, 1893), basado en el hecho de que la alteración de las primeras relaciones vitales favorecen interacciones emocionales patológicas (Seligman, 1999).

Esta es una idea común a los diferentes modelos: el hecho de que las exposiciones previas a severos o permanentes estresores terminen por incrementar la respuesta a estresores menos intensos de la vida diaria. Es lo que se ha denominado *efecto acumulativo* o *procesos de sensibilización conductual* (Van Winkel, Stefanis y Myin-Germeys, 2008). Es decir, la consideración de los acontecimientos vitales adversos puede ayudar a identificar trayectorias vitales alteradas (Ezpeleta, 2005).

Nuestro objetivo y aportación, con el LISMEN, es el diseño de un listado que intenta englobar la mayoría de estos acontecimientos vitales desfavorables para el desarrollo en la infancia y adolescencia. Se les denomina *factores de riesgo*, dado que su acumulación podría dar origen a un trastorno en salud mental. La utilización de este listado facilita, , el trabajo de técnicos y profesionales a nivel de prevención y detección al disponer de un instrumento de evaluación del riesgo en salud mental. A través de la evidencia que genera se pueden establecer estrategias de prevención e implementar tratamientos con la finalidad de prevenir la aparición de los trastornos, de este modo se satisface la necesidad que los profesionales de la salud tienen en este ámbito (Sasot, 2001; Jané-Llopis, 2004). Su aplicación favorece la exploración biográfica sistematizada de las características y acontecimientos vitales de una persona, especialmente las circunstancias que alteran las primeras relaciones vitales y que propician interacciones emocionales patológicas. En la entrevista hablar de estos hechos, recordarlos y revivirlos, puede facilitar, a la persona y a la familia, la integración de las emociones vividas en relación a dichos acontecimientos. Este *integrar emociones y experiencias* es, por si mismo, uno de los objetivos de las actividades que con finalidad terapéutica se realizan en salud mental.

## **2. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS**

### **2.1. Creación de un instrumento de detección de factores de riesgo.**

La detección de los factores de riesgo en salud mental es una de las posibles vías de detección precoz de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia. Una de las dificultades existentes en esta tarea es la presión asistencial con la que trabajan los profesionales de pediatría y medicina de familia, o los propios maestros, o los técnicos de servicios sociales, o los de servicios de salud mental infanto-juvenil y, en general, de los servicios dirigidos a la infancia. Por este motivo disponer de un instrumento de evaluación en este ámbito permite abordar esta tarea.

A nivel de diagnóstico en los trastornos mentales en infancia y adolescencia existe un instrumento, el Children's Behaviour Checklist (CBCL) de Achenbach y Rescorla (2000) ampliamente utilizado a nivel internacional (Scott et al., 2009) y nacional (Jané, Viñas, Araneda, Valero y Domènech, 2001; San Román, Pedreira, López-Torres, Bonete y Castelló, 2002). Sin embargo, por su estructura, es difícil que sea utilizado en las consultas de atención primaria de salud a no ser que se disponga de un tiempo adecuado o que se aplique en tareas de investigación. El CBCL está destinado a facilitar el diagnóstico dimensional de los trastornos mentales.

Esta dificultad y el hecho de que valore la sintomatología ya establecida sobre un posible trastorno promueve el interés para disponer de otro tipo de instrumento que se pueda usar con finalidad claramente predictiva (Olin y Mednick, 1996; Tizón, 2006), de utilización ágil en las consultas, y que permita determinar el riesgo de sufrir un trastorno mental en la infancia y en el mundo adulto. Existe algún instrumento enfocado a la predicción de patologías específicas (Polaino-Lorente, Mediano y Cortés, 1997; Ezpeleta, Granero, De la Osa y Guillamon, 2000). En lengua inglesa existe una aproximación al diseño de un instrumento de detección de factores de riesgo (MECA – Goodman et al., 1998) pero también de estructura compleja, ya que integra varias pruebas y requiere ser utilizado por profesionales previamente entrenados.

En Catalunya, un equipo de expertos promovido por el Departamento de Salud ha actualizado el apartado de salud mental del Protocolo de actividades preventivas y de prevención de la salud en edad pediátrica (Amigó et al., 1999; Tizón et al., 2008). De



forma que los pediatras, médicos y enfermeras, puedan detectar precozmente vulnerabilidades o factores de riesgo de psicopatología en la infancia. Está orientado como guía clínica y no está preparado para utilizar como lista de control (*checklist*) o instrumento de cribado (*screening*).

Así, se puede considerar como básico el hecho de disponer de un instrumento de utilización ágil en las consultas de pediatría y atención primaria, que permita determinar el riesgo de trastorno mental. En especial, si está destinado a la población general, es decir, a los niños que no están en contacto con los dispositivos psicosociales y psicológicos.

El Listado de Ítems en Salud Mental (LISMEN)<sup>1</sup> fue creado en el año 2003 por algunos miembros del grupo de investigación de la entonces Unidad de Salud Mental de St. Martí Nord (Barcelona), donde se desarrollaba una línea de estudios sobre esquizofrenia y otras psicosis. Cuatro becas de investigación, en especial la concedida por la Fundació La Marató de TV3,<sup>2</sup> han facilitado esta tarea.

Su desarrollo se fundamentó en la conveniencia de contar con un instrumento que englobase los factores de riesgo de padecer un trastorno mental que habitualmente habían sido estudiados de forma aislada o, como mucho, en asociaciones de dos o tres factores. ¿Por qué no crear un listado que los agrupe para que puedan ser estudiados y analizados sin favorecer o perjudicar a determinadas áreas de la prevención?

---

<sup>1</sup> LISMEN: Listado de Ítems en Salud Mental. Tizón, J. L., Artigue, J., Ferrando, J. y Parra, B. Registro de propiedad intelectual de Barcelona: B-3031-06 (13-06-2006).

<sup>2</sup> - Señales de Alerta y síntomas prodrómicos de la esquizofrenia en una población asistencialmente delimitada (Proyecto SASPE: 02E/99). Fundación Seny i ATAM.

- Factores de riesgo en trastornos psicóticos: Diseño de un instrumento de detección preventiva aplicable a la infancia y adolescencia. (Proyecto LISMEN: (TV02/0133/000). Fundació La Marató de TV3. 2001, importe 60.000 €.

- Validación de un instrumento de detección de factores de riesgo de salud mental en la infancia y adolescencia: Listado de Ítems en Salud Mental (LISMEN). Investigador principal: Dr. Jorge L. Tizón. IDIAP Jordi Gol i US Recerca BCN (ICS). 2008 Dotación 3.000 €.

- Validación de un instrumento de detección de factores de riesgo de salud mental en la infancia y adolescencia: Listado de Ítems en Salud Mental (LISMEN). Investigador principal: Jordi Artigue Gómez. Módulos de investigación del IDIAP Jordi Gol i US Recerca BCN (ICS). 2009: Dotación: 120 horas.

Para nombrarlo se designó el acrónimo LISMEN pensando en evitar cualquier término que pudiese estigmatizar a la persona a la que se entrevista. El listado se compone de factores de riesgo, generales y específicos para la salud mental, acontecimientos vitales que pueden, o no, generar vulnerabilidad en el niño e indicadores de alteraciones en el desarrollo. Por este motivo es un listado de salud mental y no únicamente de factores de riesgo.

El primer listado se denominó SASPE, y desde aquel hasta el actual LISMEN (Anexo 9.1 y 9.2, pág. 147 y 150) se han realizado doce versiones en forma experimental. En ellas se han ido incluyendo ítems que provienen de tres orígenes diferentes:

- A. Bibliografía internacional y nacional sobre factores de riesgo en trastornos mentales, en especial en los denominados Trastornos Mentales Severos. (Anexo 9.3, pág. 157)
- B. Factores de riesgo ya utilizados en el Protocolo de actividades preventivas en edad pediátrica de la Generalitat de Catalunya, en el apartado de Salud Mental (PAPEP-SM) (Amigo et al., 1999; Tizón et al., 2008).
- C. Factores identificados y publicados inicialmente en el libro: Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental (Tizón, San-José y Nadal, 1997).
- D. Factores incorporados por los autores desde la experiencia clínica en el diagnóstico y tratamiento de niños en estados de riesgo (Tizón, Artigue, Gomà, Parra y Marzari, 2004).

Las versiones utilizadas en esta investigación constan de 86 ítems que se reparten a lo largo de cuatro franjas de edad: 0-2, 3-5, 6-11, 12-17. Para cada ítem o factor de riesgo se determina: si se encuentra presente, si no se encuentra o si se desconoce su presencia. El LISMEN se responde de acuerdo a la edad del niño o adolescente, siempre se inicia por los ítems que corresponden a la franja de la edad actual para después retroceder hasta llegar a los 0-2 años. Es decir, un chico de 16 años responderá, en primer lugar, a los ítems sobre los factores de riesgo (FR) propios de su edad (franja 12-17) y, a su vez, se explorará retrospectivamente la presencia de FR en

los primeros años de vida (los períodos de 0-2, 3-5 y 6-11). Resulta evidente que se trata de un instrumento que requiere la colaboración de la familia en el caso de que se le proporcione directamente al usuario.

Las versiones experimentales utilizadas para la realización de este estudio son: LISMEN 7.3, LISMEN 7.4 y LISMEN 7.5. Lo que las distingue es el orden empleado para distribuir los ítems según las franjas de edad y la inclusión de dos ítems denominados “Apgar 1 minuto” y “Apgar 10 minutos” en las dos últimas versiones. Este hecho no altera el contenido de los ítems, ya que en el análisis estadístico se ha utilizado el nombre de ítem. Su inclusión vino determinada por el conocimiento, en un momento posterior al inicio de las primeras versiones, de la existencia de bibliografía específica sobre estos ítems y de su relevancia. Dichas referencias se encuentran en el apartado 3.2.

El número de variables a analizar aumenta considerablemente puesto que la mayoría de ítems se repite en diferentes franjas de edad. Por ejemplo, se estudia si un niño ha tenido miedos con dificultades de adaptación (ítem número 15) en las etapas de 0- 2 años, en la de 3-5 años y en la de 6-11 años. No se mide en la etapa de 12-17 años. Por lo tanto este ítem genera tres variables: Miedos 0-2, Miedos 3-5 y Miedos 6-11.

## **2.2. Objetivos.**

Se desea validar y determinar si el listado LISMEN (Listado de Ítems de Salud Mental) puede ser un instrumento adecuado para realizar la exploración y detectar posibles factores de riesgo de trastornos mentales graves en la infancia y en la adolescencia.

Esta finalidad se desglosa en los siguientes objetivos:

- Realizar un análisis descriptivo.
- Realizar un análisis de fiabilidad y de consistencia interna.
- Realizar un análisis multivariante a partir de otro factorial de los 86 ítems.
- Comparar el LISMEN con el cuestionario CBCL para analizar su fiabilidad externa.

Con estos análisis se pretende obtener rigor científico suficiente para validar el LISMEN como un instrumento que facilite la comprensión de la evolución de la persona en el ámbito de la salud mental, más en concreto en la valoración de los riesgos a los que puede estar expuesta y sus consecuencias posibles en el equilibrio emocional.

### **3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

En este apartado se va a exponer, en primer lugar, el marco teórico desde el que se ha elaborado el listado y las principales investigaciones consultadas que generan considerar un determinado acontecimiento vital como un factor de riesgo. En segundo lugar se reseñan las variables del LISMEN en relación a los estudios existentes que fundamentan su inclusión en el cuestionario.

#### **3.1. Factores de riesgo en salud mental**

El concepto de factor de riesgo, tal y como se ha expuesto en la introducción, permite integrar conceptos como acontecimientos vitales y vulnerabilidad, en el sentido de que son hechos que producen una afectación sistémica del desarrollo. La presencia de un acontecimiento vital (por ejemplo, problemas obstétricos) o de un aprendizaje alterado (por ejemplo, retraso en el aprender a caminar sin ayuda) o de un comportamiento inadecuado (por ejemplo, manifestaciones agresivas en la familia) o de una conducta de riesgo (por ejemplo, no tener amigos para jugar) se consideran señales e indicadores de un desequilibrio en el sistema bio-psico-social de la persona. Esta alteración va a distorsionar su funcionamiento. Pueden existir diversas causas en un solo contexto del sistema o distintas causas en varios contextos. De ahí nuestra hipótesis en estudios con factores de riesgo: a mayor número de factores de riesgo, mayores dificultades en el desarrollo y neurodesarrollo, mayor sufrimiento emocional y mayor probabilidad de aparición de un trastorno en salud mental (Artigue et al., 2004). A una persona le resultará más difícil poder equilibrar su estado mental si sufre un elevado número de acontecimientos traumáticos que si tan sólo padece uno de ellos. Evidentemente existen diferencias individuales en cuanto a la afectación de cada persona según su sensibilidad previa o vulnerabilidad y su capacidad de reacción o resiliencia ante los factores de riesgo.

El factor de riesgo actúa como alterador en el desarrollo biológico, cognitivo y emocional y puede provocar la aparición de un trastorno psicopatológico. Su presencia altera la psique de la persona y no permite elaborar las experiencias emocionales

básicas cómo el afecto y la vinculación, necesarias para el desarrollo y crecimiento del niño a nivel de salud mental (Seligman, 1999). Así, unido a este concepto, aparecen el de vulnerabilidad y el de factores de protección. El primero define un estado en que el niño es susceptible de recibir un daño o perjuicio, mientras que el riesgo se refiere a una exposición a una circunstancia (Pedreira, 1997). Por el segundo se entiende a las condiciones que favorecen el desarrollo del niño o la niña (Cyrulnik, 2007; Ezpeleta, L. 2005). Una persona que acumule diversos factores de riesgo, pero con baja vulnerabilidad y adecuados factores de protección, no desarrollaría un trastorno mental como lo haría alguien con alta vulnerabilidad y pocos factores de protección.

Actualmente, las neurociencias también ponen de manifiesto la importancia de las primeras experiencias sensoriales, es decir, de los primeros acontecimientos vitales que tienen repercusión en la estructuración del sistema cerebral y en la transmisión genética. Experimentos con ratas, en laboratorio, mostraron cómo si la madre cuidaba a sus crías con las caricias propias de la higiene y permitiendo el acto de mamar se producía una metilación en los genes diferente a la producida en la madre que no los cuidaba de esa forma (Meaney y Szyf, 2005, citados en Feder, Nestler y Charney, 2009). Este cambio en la metilación se transmite a generaciones sucesivas a nivel genético, es lo que se denomina *epigenética de la evolución*.

A este mismo nivel se sitúan los avances que explican cómo los acontecimientos vividos cuyos recuerdos y sensaciones se graban en la memoria influyen en los comportamientos, conductas y decisiones posteriores a esas vivencias. Mancia (2006) partiendo de la diferenciación entre memoria explícita, o convencional, y memoria implícita propone la memoria implícita como la que recoge la experiencia intersubjetiva. En 1974 Warrington y Weiskrantz describieron las experiencias *priming* realizadas en pacientes con amnesia de Korsakov. En este experimento observaron que los sujetos, cuando recibían listas de palabras para memorizar, su retención era pobre o nula. Pero sí después de haber visto la lista se les daba las tres primeras letras de una palabra que habían visto y se les pedía que completaran la secuencia con “la primera palabra que les viniera a la mente”, se observaba una fuerte tendencia a utilizar palabras correspondientes a la lista presentada previamente. Pero lo hacían sin ser conscientes de ello, en cambio, si se les pedía explícitamente que utilizaran

palabras de la lista, los sujetos eran incapaces de hacerlo. De ahí el término de *memoria implícita*: la presentación de una lista de palabras activa representaciones en la mente que se guardan y permanecen disponibles para dar respuesta a una estimulación análoga posterior (Micuzzi y Seguí, 2006).

El estudio de la memoria implícita repercute en el conocimiento y se estudia desde experimentos sobre traumas psíquicos y experiencias precoces de separación de los progenitores en mamíferos, en ellos se ha mostrado que el hipocampo resulta dañado hasta atrofiarse las neuronas y, por lo tanto, el sistema de memoria explícita no puede funcionar, ya que están comprometidos los aprendizajes y la misma memoria (Karten et. al., 2005, citado en Mancia, 2006). En cambio, en estas condiciones de trauma o privación sensorial en primeras relaciones, la memoria implícita no resulta alterada (circuitos cerebrales vinculados a la amígdala) y es la única memoria donde las experiencias traumáticas pueden ser depositadas. Además está operativa desde los períodos más precoces del desarrollo o, dicho de otra manera, es la única disponible al inicio de la vida. Uniendo estos descubrimientos con la teoría psicoanalítica, Mancia afirma que el hallazgo de dos sistemas de memoria, explícita e implícita, permite inferir dos formas de inconsciente. El inconsciente reprimido, que se podría encontrar en la memoria explícita o autobiográfica. Y el inconsciente no reprimido, que se encontraría en la memoria implícita y que se estructura precozmente antes de los dos años de vida. La memoria implícita tiene similitudes con el concepto de Freud de “recuerdos encubridores” explicado en *Recordar, repetir y elaborar* (Freud, 1914) cuando habla de la importancia de los sueños en la toma de conciencia de experiencias precoces infantiles que no se pueden recordar.

Esta impronta, almacenada en la memoria implícita, tiene una localización neuropsicológica en la amígdala. Damasio y Ledoux (1999 y 2000, citados en Mancia 2006) realizaron experimentos donde se evidenció que la amígdala está fuertemente activada por las emociones y que madura más precozmente que el hipocampo, que sería el representante de la memoria explícita. Las investigaciones sobre el desarrollo del lenguaje han apoyado esta relación entre memoria implícita e impronta sensorial. Por ejemplo, la voz materna muestra que, una vez aprendida y memorizada, puede influir en la tasa de succión del recién nacido en comparación con otras voces (Mehler,

Christophe, 1995, citado en Mancía 2006). Por lo tanto, las carencias afectivas y emocionales, la ausencia de la función de *rêverie* (Bion, 1962) y la forma de hablar y tocar en los primeros meses de vida serán depositados en la memoria implícita (inconsciente no reprimido) y pueden comprometer los procesos de la génesis del pensamiento (Bion, 1980) y del establecimiento de vínculos.

Un síntoma que ponga de manifiesto un trastorno mental o una alteración en cualquier proceso de maduración mental es el resultado de la conjunción de múltiples causas, internas y externas. En el análisis de su origen resulta sugerente proponer la existencia de un diálogo entre las improntas sensoriales vividas y almacenadas y la memoria explícita, ambos receptáculos de los estímulos internos y externos (acontecimientos vitales y/o factores de riesgo). Este diálogo activará la expresión de angustias y ansiedades que se observan en los trastornos de salud mental.

Se hace evidente la importancia que adquiere esta explicación de la génesis del pensamiento y del desarrollo mental, en relación a su base neurológica, para incorporar una visión preventiva en los profesionales que trabajan con las personas y, en especial, con niños. Solo así se puede captar la importancia que tiene, por ejemplo, para una maestra, conocer la biografía y los acontecimientos vitales que han afectado a aquel niño y al clima emocional de su familia. Estos acontecimientos pueden haber provocado improntas que, almacenadas en la memoria implícita como una “lista de palabras” de la experiencia *priming*, pueden activar representaciones mentales de las que el niño no es consciente y que utilizará en determinadas conductas, ya sean conflictivas o no. Las evidencias científicas en este ámbito son cada vez mayores en el sentido de la prevención. Desde el ámbito escolar y sanitario se pueden iniciar estrategias preventivas, específicas e inespecíficas, para los trastornos mentales más frecuentes (Beardslee, Chien y Bell, 2011) donde se incluyan aspectos tan generales como la pobreza y la marginación, y otros tan concretos como el aislamiento relacional y el consumo de tóxicos, todos ellos serán beneficiosos.

A continuación se comentan las variables del LISMEN en relación a los factores de riesgo que las suscitan.

### **3.2. Variables del LISMEN en relación a los Factores de riesgo.**

Tradicionalmente es en los países de habla anglosajona y en los países nórdicos donde se encuentra el mayor número de investigaciones poblacionales sobre factores de riesgo. En ellos se dispone de estudios de cohortes que pueden tener un tamaño elevado y un seguimiento prospectivo de años de evolución.

El diseño del LISMEN se centra en la relación entre la presencia de factores de riesgo y la posterior aparición de un trastorno mental, de cualquier tipo. La realidad es que el mayor volumen de publicaciones se refiere a los denominados *trastornos mentales graves* (TMS) (Catsalut, 2003) y, en concreto, a la esquizofrenia.

A partir de la revisión de esta literatura científica, nacional e internacional, se ha extraído la mayoría de ítems que componen el listado LISMEN. En el Anexo 9.2 (pág 150), se encuentra el glosario de los términos a los que hacen referencia las variables. Al final de este apartado se puede consultar la tabla resumen de la bibliografía específica, donde consta el nombre de la variable, resumido, y la cita correspondiente. Es necesario precisar que el objetivo no ha sido realizar una descripción exhaustiva de los estudios existentes sobre una variable, tan sólo recoger algunos de los más significativos, a ser posible con soporte estadístico, para justificar la inclusión en el LISMEN. La incesante actividad investigadora en el campo de los factores de riesgo en salud mental provoca la continua aparición de nuevos estudios.

#### **1. Problemas obstétricos (v1024)<sup>3</sup>**

Quizás sea uno de los factores de riesgo más analizados en las diferentes investigaciones existentes en salud mental, mayoritariamente en relación al trastorno esquizofrénico. En su trabajo de 1996, Olin y Mednick revisan diferentes estudios en los que se analizan los factores de riesgo para la psicosis. Definen cinco posibles precursores de dicho trastorno en la infancia, entre ellos el de complicaciones obstétricas. Se fijan especialmente en el proyecto Copenhague High Risk, de 1962, en

---

<sup>3</sup>La denominación de cada ítem se compone de la letra *v* de *variable*, el primer número corresponde al orden de la variable, de 1 a 84, y el resto de dígitos se forman con las cifras de la franja de edad. En este caso 024 de 0 a 24 meses. Esta numeración es la que se encuentra en las tablas del apartado de resultados.



el que se estudian a 207 descendientes de madres con trastorno de esquizofrenia y en una cohorte danesa de 9.125 niños estudiados perinatalmente. En estas investigaciones, la probabilidad de desarrollar un trastorno de tipo psicótico, en concreto esquizofrénico, aumenta de forma significativa en las personas que sufrieron complicaciones obstétricas.

En esta investigación, se incluyen dos ítems que hacen referencia directa al test de Apgar, debido a que es quizás el dato objetivo más ampliamente utilizado sobre la existencia de complicaciones obstétricas en el parto. Son pocos los estudios que informan de este dato preciso en sus cohortes de población en referencia a su consideración como factor de riesgo. Jones, Rantakallio, Hartikainen, Isohanni y Sipila (1998) y Dalman et al., (2001) lo utilizan como instrumento de medición de los signos de asfisia y descubrieron que una puntuación baja (inferior a 7 en el estudio de Dalman) se encontraba con mayor frecuencia en personas diagnosticadas de esquizofrenia, aunque sin significación estadística. Esta cohorte estaba compuesta por personas nacidas en la ciudad de Estocolmo (Suecia) a partir de enero de 1960, pero que fueron diagnosticadas de esquizofrenia entre enero de 1971 y junio de 1994. Se detectaron y pudieron estudiar 524 casos y 1.043 controles.

También el mismo grupo (Dalman, Allebeck, Cullberg, Grunewald y Koster, 1999) estudió en Suecia a todos los niños nacidos entre 1973 y 1977 (507.516 niños) y seleccionó a aquellos que posteriormente fueron diagnosticados de trastorno esquizofrénico entre 1987 y 1995: 238 casos. Estudiaron diferentes complicaciones obstétricas y hallaron una asociación estadísticamente significativa entre los casos en que se produjo una preeclampsia como causa de una malnutrición fetal y el aumento del riesgo relativo de padecer dicho desorden. También encontraron mayor frecuencia de casos de gestación acortada y de hipoxia en el parto en las personas que desarrollaron el trastorno.

En el citado estudio de Dalman et al. (2001), además del nombrado test de Apgar, encontraron una la asociación entre el aumento del riesgo de aparición de esquizofrenia y los antecedentes de haber tenido problemas obstétricos. Thomas et al. (2001) incluso especifican que en dicha cohorte son las complicaciones obstétricas las

de correlación más alta con el trastorno esquizofrénico. A la misma conclusión llega McGrath, J. (2000) en su revisión bibliográfica.

En los estudios auspiciados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y realizados en diversos países Jablensky (2000) señaló el problema obstétrico como uno de los seis factores de riesgo identificados que producen un aumento del riesgo relativo de que se produzca el trastorno.

## **2. Bajo peso al nacer (v2024) – Gestación acortada (v3024)**

McGrath (2000) encontró, en su revisión, que en un estudio basado en 700 personas diagnosticadas de trastorno esquizofrénico y en 835 controles se establecía una relación significativa entre la aparición del trastorno y la presencia de alguna de estas cuatro circunstancias: ruptura prematura de membranas, gestación acortada a menos de 37 semanas, uso de incubadora y una tendencia al bajo peso en el momento del nacimiento. Este y otros estudios, como el citado de Jablensky (2000) y la revisión que efectúa Bennedsen (1998) apoyan la inclusión del **bajo peso al nacer** y la **gestación acortada** también como factores de riesgo específicos a medir.

También en la investigación de Jones et al. (1998), que se inició en 1966, se estudia el riesgo de padecer esquizofrenia en una cohorte de 11.017 personas, mayores de 16 años en aquel momento y que vivían en la zona norte de Finlandia. Los casos de riesgo se siguieron hasta los 27 años. Encontraron significativo el aumento de la probabilidad de aparición del trastorno en personas con alguna de estas circunstancias: madres que se consideraban a sí mismas **deprimidas**, tener **bajo peso al nacer** y **gestación acortada**.

En Suiza, entre los años 1963 a 1967 se estudian las consultas realizadas en el Servicio Médico – Pedagógico de Ginebra. El número de niños y niñas que acudieron a dichas consultas fue, en total, de 5.870. Fueron seguidos hasta el año 1988 cuando cumplían entre 25 y 40 años. Estudiaron más de 500 variables de las historias clínicas desde un enfoque médico y pedagógico. Zabala y Manzano (1993) informan de los resultados señalando la existencia de un “perfil clínico” en los datos recogidos –en 35 de las 720

consultas realizadas en los servicios de salud mental de la zona—sobre la infancia de aquellas personas que en la edad adulta desarrollaron un trastorno del tipo esquizofrénico.. Comparadas con las personas que no desarrollaron el trastorno encontraron diferencias significativas en 17 variables que iremos nombrando en relación a los ítems propuestos. En primer lugar figura el citado de **gestación acortada (prematuridad)**.

### ***3. Mala nutrición durante el embarazo (v4024)***

Durante la segunda guerra mundial, una parte de la población holandesa quedó bloqueada por el ejército alemán, lo que produjo una situación dramática de hambruna severa. A este hecho se le denominó *Invierno del Hambre*. Posteriormente, un grupo de investigadores estudió a los descendientes de las mujeres embarazadas durante dicho período y se observó en ellos un mayor número de ingresos hospitalarios con diagnóstico de esquizofrenia. En concreto pertenecían al grupo de mujeres que se encontraba en su primer trimestre de embarazo en aquellos momentos (Susser et al., 1996). Se concluyó, que la mala nutrición durante el primer trimestre de embarazo puede aumentar el riesgo de padecer un trastorno esquizofrénico debido al efecto adverso que origina en el neurodesarrollo fetal.

### ***4. Depresión de la madre durante el embarazo y/o puerperio (v5024) – Estrés o trastorno emocional importante de la madre durante el embarazo (v7024)***

Existen diversos trabajos sobre estas variables, en especial en las cohortes de población del norte de Europa. Así, en la cohorte finlandesa citada en la variable 2, Myhrman, Rantakallio, Isohanni, Jones y Partanen, (1996) desarrollaron un estudio en el que se preguntó a la madre, en cada caso, si su hijo era deseado o no. Observaron un aumento en la incidencia de aparición del trastorno esquizofrénico en el grupo de descendientes no deseados, el 1.5%, mientras que esta se sitúa en el 0,7% en el grupo de descendientes deseados. De ahí concluyeron que se debía conceder importancia a la influencia del estrés durante el embarazo y a las funciones maternas empobrecidas.

Sobre la depresión durante el embarazo, en la misma cohorte, estudiaron su influencia en el posterior desarrollo, en los descendientes, de un trastorno psicótico y concluyeron que existía un aumento del riesgo en aquellos niños que tenían progenitores que ya padecían dicho trastorno. Es decir que la depresión durante el embarazo puede actuar como factor de riesgo en niños ya de por sí vulnerables (Mäki, Rieki, Miettunen, Isohanni, Jones, Murray y Veijola, (2010).

También en el estudio de Zabala y Manzano (1993) se designa a la depresión, en este caso durante el puerperio como una de las variables que integra el “perfil clínico” de riesgo.

Ya se citaba en la introducción, como ejemplo de la relación del estrés con el neurodesarrollo el estudio de Kaashan et al. (2008) donde describen el aumento del riesgo relativo de padecer un trastorno esquizofrénico cuando se produce un acontecimiento vital grave (estrés) durante el primer trimestre del embarazo. Los autores indican que esta situación estresante puede ser similar a la producida por la aparición de un trastorno emocional en el mismo período de gestación. Otras investigaciones como la de situaciones de guerra también apuntan en esta dirección (Van Os y Selten, 1998; Susser et al., 1996).

Estos hallazgos se confirman también en la experimentación con modelos animales. En una investigación realizada en una Universidad de Baltimore (EEUU) estudiaron como la interacción prenatal producida por depresión y ansiedad produce una activación inmunológica que interactúa con dos de los que se ha observado su implicación en trastornos mentales graves (Abazyan, Nomura, Kannan, Ishizuka, Tamashiro y Nucifora. (2010).

En este sentido, reseñar la revisión realizada por Bennedsen (1998) que evidencia una clara relación entre madres gestantes con un trastorno emocional ya diagnosticado, en este caso del tipo esquizofrénico, y la aparición de problemas posteriores en la crianza, ya desde los primeros momentos de vida.

### ***5. Infecciones víricas prolongadas durante el embarazo (v6024)***

Se refiere, en concreto, a gripes, catarros, herpes, toxoplasmosis, en especial en el segundo y tercer trimestre del embarazo. Una de las investigaciones clásicas sobre este factor es la publicada por Mednick, Machon, Huttunen y Bonett (1988). Estudiaron las consecuencias de la epidemia de gripe que sufrió la ciudad de Helsinki en 1957. Se centraron en las mujeres que estaban embarazadas en aquel momento y encontraron que el riesgo de que sus descendientes presentaran un trastorno esquizofrénico aumentaba significativamente en las madres infectadas durante el segundo trimestre de embarazo.

Posteriormente, Buka, Tsuang, Torrey, Klebanoff, Bernstein y Yolken (2001) estudiaron una cohorte de 55.000 embarazos, en diferentes lugares de EE. UU., entre 1959 y 1966. Concluyeron también que las infecciones en el segundo trimestre de embarazo incrementaban el riesgo de psicosis. Entre los descendientes también aparecieron otros diagnósticos en salud mental, pero no alcanzaron niveles de significación estadística.

### ***6. Nacimiento o primeros meses de vida en condiciones de masificación (v8024)***

El nombre de esta variable no se ha modificado hasta el momento, pero las investigaciones consultadas se orientan hacia otros términos, en concreto: nacimiento en grandes ciudades o áreas urbanas densamente pobladas o, simplemente, urbanicidad.

Existen estudios que avalan la tesis de que el riesgo de aparición de trastornos del espectro de la esquizofrenia aumenta si se nace en una zona urbana en lugar de en una zona rural (Jablensky, 2000).

Pedersen y Mortensen (2001) publicaron un estudio realizado sobre 2,66 millones de nacimientos entre los años 1950 y 1993 en la población danesa donde observaron que el riesgo relativo aumenta en las zonas urbanas, en especial las de más de 100.000 habitantes, con respecto a las zonas rurales, pero no se pudieron identificar los factores ambientales que motivan dicho aumento.

### **7. Daños neurológicos perinatales (v9024)**

En la investigación antes citada de Olin y Mednick (1996) se muestra cómo los daños neurológicos aumentan el riesgo relativo de padecer un trastorno psicótico. Se relacionan dichos daños con el bajo peso al nacer y con los déficits en las habilidades motoras y visomotoras.

Una de las investigaciones, ya clásicas, en este ámbito es la del estudio de Fish, Marcus, Hans, Auerbach y Perdue (1992) que utilizan el término *psicodisruptura* para describir dichas alteraciones que encuentran que se producen especialmente en los descendientes de personas diagnosticadas de trastorno esquizofrénico.

### **8. Infecciones en el sistema nervioso central (SNC) (v10024)**

Tanto en las revisiones de Jablensky (2000) como las de McGrath (2000) citadas anteriormente, se señala el aumento del riesgo relativo de padecer un trastorno esquizofrénico en personas que han sufrido en la infancia **infecciones en el sistema nervioso central**. Son, ambos, estudios de casos y controles en los que se comparan los antecedentes.

### **9. Trastorno grave de la relación no sonríe, no realiza contactos visuales, no responde a los estímulos (v11024) – Retraimiento en la relación (v12024)**

La presencia de relaciones precoces alteradas, midiéndolas a través de signos observables entre madre e hijo, se ha señalado como un predictor del aumento de riesgo de padecer un trastorno psicótico en la edad adulta. En su estudio, Zabala y Manzano (1993) compararon a niños con y sin este tipo de trastorno, las diferencias obtenidas fueron significativas respecto al aumento del riesgo relativo de aparición del trastorno cuando se alteran dichas relaciones.

Pero estos comportamientos también se relacionan con el estado de ánimo depresivo en la infancia, según Guedeney y Fermanian (2001). Estos autores diseñaron y validaron la escala ADBB (Alarm Distress Baby Scale) que mide el retraimiento del bebé. Al compararla con otros listados de síntomas observan que existe una validez

convergente entre los comportamientos que estudia su escala (ADBB) y los listados de síntomas de depresión infantil. La escala ADBB analiza cómo se relaciona el bebé (entre los 2 y los 24 meses) a nivel de: expresión facial, contacto ocular, nivel de actividad, gesto de autoestimulación, vocalización, vivacidad en la respuesta a las estimulaciones, relación con el ambiente y capacidad de atraer la atención.

En este sentido, en la cohorte de Copenhague, comprobaron que las personas que en la infancia aprendían a sonreír tardíamente eran más susceptibles de desarrollar algún tipo de problema de salud mental, pero no hallaron una significación estadística en esta relación (Sorensen et al., 2010).

#### ***10. Miedos, dificultades de adaptación, niño difícil de calmar (v13024)***

Se refiere a situaciones de hábitos como el llorar a la hora de dormir, que desbordan las capacidades de calmar y contener de la madre y/o del padre. De igual manera puede ocurrir con el comer, paseos, higiene, etc.

En las clasificaciones diagnósticas se señalan los miedos exagerados o irracionales como síntomas de los trastornos de ansiedad y, en especial de las fobias (American Psychiatric Association –APA–, 1994). En la primera infancia ya pueden observarse conductas similares, excesivas, en determinados hábitos. Su persistencia altera, progresivamente, las relaciones con el entorno y, por ese motivo, se las incluye como factor de riesgo de padecer trastornos psicopatológicos en edades posteriores. Así se denomina en el Protocolo de actividades preventivas en edad pediátrica, en el apartado de salud mental (PAPEP-SM) (Tizón et al., 2008). Este protocolo está promovido por la Generalitat de Catalunya.

#### ***11. Trastorno del sueño: se despierta a menudo, al menos un mínimo de cuatro noches a la semana (v14024)***

Entre 1974 y 1977 se siguió en París una muestra de 415 niños y niñas en edad preescolar (Choquet, Facy, Laurent y Davidson, 1982). Utilizaron cuatro cuestionarios que recogían información sobre la situación familiar, social y el desarrollo físico y

psicológico. Se aplicaron a los 3, 9, 18 y 36 meses. Después de un análisis de conglomerados (*cluster analysis*) identificaron tres grupos de niños a los que les atribuían diferente nivel de riesgo de padecer un trastorno emocional: bajo, medio y alto. Por ejemplo, el grupo alto se caracterizó por la presencia de, como mínimo, 6 de los 17 ítems propuestos por los autores. De estos 17, los dos primeros: se despiertan frecuentemente durante la noche y altera el sueño de los padres son los relacionados con este ítem propuesto.

Posteriormente se desarrolló un estudio (Choquet y Ledoux, 1985) que confirma que este criterio discrimina realmente a los niños que son o no de alto riesgo. Esta investigación se considera relevante por el hecho de mostrar cómo los síntomas de alto riesgo se pueden detectar en los niños de forma precoz.

***12. Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes o similares durante más de tres semanas (v15024)***

En el estudio mencionado anteriormente (Choquet, Facy, Laurent y Davidson, 1982) se cita como una de las posibles situaciones que caracteriza a los niños y niñas estudiados que se incluían en el grupo de alto riesgo de padecer trastornos en salud mental. Por eso se incluye este ítem, ya que su utilización, especialmente en edades tempranas, alerta sobre posibles alteraciones a nivel psicopatológico.

También Pedreira (1997) hace referencia a este hecho cuando describe el perfil del niño de riesgo en base a estudios realizados en guarderías. El perfil de mayor riesgo incluiría a un 10% de los niños y el ítem de tomar medicamentos sedantes entre los 18 y 36 meses sería una de las seis características que lo definirían.

***13. Cohabitación y/o misma cama que algún familiar, más de cuatro meses (v16024)***

Se define como el niño/a que a partir de los 4 meses (aunque se prolongue la lactancia materna) comparte habitación o cama con los progenitores u otros adultos con funciones parentales, de manera que no duerme en la habitación que ha sido pensada para él (que puede ser compartida con hermanos o hermanas).



En nuestra cultura, a los 4 meses, se recomienda iniciar la progresiva separación o autonomización del niño con respecto de la madre, según el citado PAPEP-SM (Tizón et al., 2008). También Pedreira (1997) señala este aspecto como una de las primeras presentaciones del niño vulnerable en relación a que las dificultades para dormir solo son indicadoras de procesos de separación adversos o complicados.

La experiencia clínica ha permitido observar que este acontecimiento vital es más frecuente en personas que padecen alteraciones en el proceso madurativo y que en la edad adulta padecen un trastorno mental grave, de ahí su inclusión como factor de riesgo. En el estudio de validación que aquí se presenta se observa su relevancia (Fig. 5 en el apartado 5.1.).

Este ítem hace referencia a la dificultades que pueden existir en el proceso de individuación del niño, en concreto, a la hora de separarse de sus padres en determinados momentos del día, como el ir a dormir. El sueño es un indicador clave de este proceso (Winnicott, 1993) que también se ha fundamentado teóricamente desde las aportaciones de la teoría del apego (Bowlby,1986).

#### ***14. Anomalías en el juego: agresivo, reiterativo, autolesivo (v17024)***

En los primeros años de vida, el juego es uno de los elementos de relación y maduración básicos que realizan, principalmente, con los padres. En ese contexto, cuando se produce una agresión se puede dirigir hacia los padres o hacia él mismo. El objetivo del ítem es identificar cuándo se consideran reacciones desmesuradas que generalmente indican dificultades para poner límites por sobreprotección o por negligencia.

Estas conductas agresivas se señalan como factor de riesgo en el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008). Así mismo Pedreira (1997) destaca estas reacciones coléricas como una de las características del niño con perfil de riesgo elevado.

### **15. Retraso en el desarrollo psicomotor (v18024)**

Es un ítem que hace referencia a la maduración del sistema nervioso y a teorías como la de la pandismaduración (Fish, Marcus, Hans, Auerbach y Perdue,1992). Según este modelo, el desarrollo psicomotor está alterado, especialmente, en descendientes de personas con un trastorno mental severo. Lo cual, a su vez, avisa de posibles problemas ulteriores en las funciones mentales ligadas a este desarrollo.

En investigaciones en cohortes poblacionales del norte de Europa, en Dinamarca, Schiffman et al. (2009) mostraron cómo un déficit en la adquisición de la coordinación motora tiene relación significativa con el aumento del riesgo de padecer un trastorno del espectro esquizofrénico. En la cohorte del norte de Finlandia de 1966 se señala que un retraso en dicho desarrollo aumenta el riesgo de aparición del trastorno (Isohanni et al., 2005). Conclusión también encontrada en la cohorte británica de 1946 (Jones, Murray, Jones, Rodgers y Marmot, 1994).

Aunque el término no es exactamente el mismo, la variable déficit cognitivo, utilizada frecuentemente en los estudios de la perspectiva del neurodesarrollo, aportaría información en el mismo sentido. La existencia del citado déficit aumenta el riesgo de padecer esquizofrenia en edades posteriores (Cornblatt et al., 2003)

### **16. Fenómenos autosensoriales: balanceo o cabeceo (v19024)**

La variable se refiere en especial a estos dos tipos de movimientos: balanceo y cabeceo, aunque también se puedan detectar frotamientos u otros gestos de autoestimulación. Son conductas o movimientos repetitivos y mecánicos que tienen un componente autosensorial y autocalmante para los estados de ansiedad y que están disociados del resto de conductas del niño y del entorno.

Este tipo de conductas se pueden recoger también con el término de *estereotipiasposturales*. Se señalan así, como factor de riesgo de un posible retraso del desarrollo cognitivo y psicomotor, en el PAPEP-SM(Tizón et al., 2008), por ejemplo el balanceo.

Guedeney y Fermanian (2001) relacionaron estos comportamientos con el estado de ánimo depresivo en la infancia, y los incluyeron en su escala ADBB (Alarm Distress Baby Scale) denominándolos gesto de autoestimulación.

Cabe recordar que el autobalanceo, cuando se realiza de forma persistente, es uno de los indicadores de los trastornos del espectro autista (Coromines, 1991).

### ***17. Retraso en la deambulaci3n (v20024)***

Recientemente, investigadores que estudian las alteraciones perinatales de los nacimientos en Copenhague (Sorensen et al., 2010), incluido en el proyecto Copenhaguen High Risk ya citado, concluyen que existen diferencias significativas en este ítem. La investigaci3n compar3 a los descendientes de 5.765 madres. Estudiaron 12 variables o puntos de desarrollo en el primer a1o de vida y siguieron a los sujetos 46-47 a1os despu3s. De esos descendientes, 92 desarrollaron un trastorno del tipo esquizofrenia, 691 otros des3rdenes psiquiátricos y 4.982 no tienen historial psiquiátrico. El análisis estadístico mostr3 que en cinco de dichas variables o puntos de desarrollo se obtuvieron diferencias entre los sujetos de cada grupo: sonrisa, sostener la cabeza, sentarse, gatear y caminar. Las personas que desarrollan alg3n tipo de trastorno psiquiátrico adquieren estos aprendizajes antes de aquellas que desarrollan un trastorno esquizofrénico, pero despu3s que los individuos sin historial psiquiátrico. Las diferencias son estadísticamente significativas s3lo en el caso de aprender a caminar sin ayuda. Los hallazgos corroboran otras investigaciones que sugieren que los retrasos en el desarrollo se pueden observar desde el primer a1o de vida en los ni1os que luego desarrollan un trastorno mental grave o severo.

En la cohorte británica estudiaron a las personas nacidas en la semana del 3 al 9 de marzo de 1946, en Inglaterra, en total 5.362 individuos (Jones et al., 1994). De entre estos hubo 30 casos de trastorno psic3tico y en ellos se comprob3 que, con respecto al resto de poblaci3n, padecián determinadas diferencias en el desarrollo que se mostraban significativas a nivel estadístico. En primer lugar se1alaron el retraso en la adquisici3n de la capacidad para andar que aumentaba el riesgo de aparici3n del trastorno.

### **18. Separación temprana de los padres (v21024) – Institucionalizaciones tempranas (v22024)**

El primero se refiere a separaciones tempranas de las figuras paternas (que se ha cifrado por conveniencia en 20 días o más en un período de 1 año). Se incluyen aquí las hospitalizaciones, donde no se ha ingresado con el padre o la madre. Puede ser la suma de varios ingresos. También se refiere a circunstancias vitales que implican separaciones: accidentes, enfermedades graves, migraciones, estancias con familiares, etc. En cuanto a las institucionalizaciones, se refiere a las realizadas en instituciones tutelares y/o de justicia.

Aunque son dos ítems diferenciados a la hora de registrar estas circunstancias vitales, se explican de forma conjunta debido a que las implicaciones emocionales subsiguientes se deben al hecho de que se produce una separación temprana de las figuras paternas.

En 1996, Olin y Mednick, señalan esta circunstancia como uno de los hallazgos del estudio de la cohorte perinatal danesa. Encontraron que en los 9.125 niños estudiados en el primer año de vida, cuando hubo elevados niveles de separaciones, se incrementó el riesgo de desarrollar un trastorno de salud mental. Si de estos niños diferenciamos los que tienen algún progenitor diagnosticado de trastorno esquizofrénico, el riesgo en ellos aumenta de forma específica en cuanto a desarrollar el mismo tipo de trastorno que los padres. Este otro grupo de investigadores Parnas, Teasdale y Schulsinger (1985) comparó la influencia de dichas separaciones (hospitalizaciones e institucionalizaciones) en niños descendientes de madres con trastorno esquizofrénico y niños cuyas madres no padecían dicho trastorno. Las conclusiones muestran que, si la disminución de la interacción con la madre se produce durante los primeros cinco años de vida, entonces aumenta el riesgo de padecer un trastorno grave en la edad adulta y con mayor significación en los descendientes de padres con trastorno psicótico.

Los autores sugieren que estos hallazgos se explican a través de la teoría del apego (Bowlby, 1986) en base a las dificultades que supone para el establecimiento del vínculo con las figuras paternas en el primer año de vida. Además pueden ser

indicativas de otros tipos de funcionamiento alterado a nivel familiar. También Pereira (1997) lo considera una de las características del perfil de riesgo elevado en niños entre 18 y 36 meses.

En la misma línea de investigación, Agid et al. (1999) realizaron un estudio de casos y controles con respecto a tres grupos de personas diagnosticadas de trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y trastorno esquizofrénico. En él hallaron que la separación de los padres incrementaba el riesgo de padecer alguno de dichos trastornos. Pero señalaron que, cuando se producía antes de los 9 años, el efecto era mayor si se trataba de una separación permanente, por cualquier motivo, que si el hecho que producía la separación era la muerte. Así, por grupos de pacientes, el incremento mayor se producía en el grupo del trastorno esquizofrénico.

Los autores señalan cómo estos hallazgos se relacionan con los experimentos realizados en animales, en los que se ha podido observar que la privación maternal genera modificaciones a nivel del hipotálamo, que incluye cambios en la liberación de una sustancia proteica que afecta a la transmisión genética. Por ello se concluye que estas separaciones de las figuras paternas pueden modificar estructuras genéticas que hagan que las personas que las han sufrido transmitan a sus descendientes cierta vulnerabilidad y predisposición, a desarrollar con mayor facilidad algún trastorno de salud mental grave si sufren, como sus progenitores, situaciones de separaciones tempranas.

#### **19. *Funciones paternas empobrecidas (v23024) – Funciones maternas empobrecidas (v24024)***

Son dos ítems que se definen en el glosario como: “Funciones empobrecidas. Se producen cuando por diferentes motivos el padre i/o la madre no pueden hacerse cargo total o parcialmente de su hijo. No se interesan por él, apenas lo cogen o lo acarician. No colaboran en los hábitos cotidianos. No pueden organizar su vida para dar una atención a su hijo o hija. No lo incluyen en sus planes de futuro”.

Este “no poderse hacer cargo de su hijo” se ha señalado, en más de una ocasión, como un síntoma de trastorno depresivo. Pero aquí también se deben incluir los estudios que señalan el evidente aumento del riesgo de padecer un trastorno mental grave si uno de los progenitores o los dos están afectados, precisamente, por esta incapacidad psicosocial (Myhrman, Rantakallio, Isohanni y Jones, 1996). Corroboran este rol de los padres estudios con descendientes de madres con trastorno esquizofrénico como los de Tienari et al. (1987; 2004) que señalan la importancia del papel de los padres adoptantes en el desarrollo o no del trastorno. Dicho de otra manera, la vulnerabilidad genética sólo se manifiesta cuando el ambiente en la crianza está alterado.

En este sentido, Schiffman et al (2001) repasan diversas investigaciones en las que se halla una relación inespecífica con respecto a la esquizofrenia, y la evidencia de que un estilo afectivo de relación de los padres con respecto a los hijos, donde predominan las actitudes negativas, críticas e intrusivas, favorece la aparición de diversos tipos de trastornos mentales. Así, en el proyecto Copenhague High Risk, se obtuvo una vinculación entre las relaciones parentales empobrecidas y el desarrollo de un trastorno esquizofrénico, pero no quedaba claro si una circunstancia era consecuencia de la otra o viceversa. En todo caso, confirma que esta variable o ítem, cuando está presente, avisa sobre la aparición de un trastorno mental grave.

No sólo en el campo de dichos trastornos se encuentra esta relación. En una amplia revisión bibliográfica (Taboada, Ezpeleta y De la Osa, 1998), en la que se observaba la existencia de diferentes modelos explicativos se evidenció que la aparición de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia también estaba condicionada por las relaciones de apego entre padres e hijos.

Desde el campo de las neurociencias ya se han citado investigaciones (Meaney y Szyf, 2005, citados en Feder, Nestler y Charney, 2009) en las que se muestra que las primeras relaciones deficitarias, experimentadas en crías de ratones, modifican la transmisión genética y condicionan, por lo tanto, dichas relaciones en sus descendientes. He ahí una base somática a la explicación de cómo las funciones paternas empobrecidas, a través de la alta vulnerabilidad genética, condicionan, a

largo plazo, el desarrollo de trastornos mentales. Esta es la conclusión evidenciada en la revisión de Schiffman et al. (2001).

También desde la teoría del apego se describen las funciones paternas empobrecidas en investigaciones sobre génesis de este vínculo desde el momento del embarazo hasta el primer año de vida (Fonagy, Steele y Steele, 1991). Estas investigaciones destacaron la importancia que tenía la capacidad de la madre para pensar en su hijo en términos psicológicos; se trata de la posibilidad de sostener en su propia mente una representación del niño como alguien que tiene sentimientos, deseos e intenciones propias, y será esta capacidad materna lo que permita predecir el tipo de apego que acabará presentando su hijo.

## ***20. Diferencias en la lactancia materna con respecto a los hermanos (v25024)***

La lactancia materna se ha postulado como factor de protección que disminuye el riesgo de padecer un trastorno mental grave en la edad adulta. Así lo muestran en la investigación realizada en Dinamarca, en la cohorte perinatal de Copenhague, donde comparan la duración de la lactancia en recién nacidos que en la edad adulta desarrollaron un trastorno esquizofrénico con personas que no han padecido dicho trastorno. El resultado es el aumento del riesgo, de hasta 1,7 veces, en aquel grupo de bebés que no recibieron lactancia materna o que si la recibieron fue por un período de tiempo inferior a 2 semanas (Sorensen, Mortensen, Reinisch y Mednick, 2005). Aunque existen otras investigaciones con resultados contradictorios (Leask, Done, Crow, Richards y Jones, 2000), parece que cada vez se extiende más el modelo de que un niño amamantado por su madre obtiene beneficios frente a una variedad de problemas agudos y crónicos. Entre ellos la OMS señala que la función cognitiva es mas elevada entre los niños alimentados con lactancia materna, en comparación con niños que fueron alimentados con leche artificial comercial (Anderson, Johnstone y Remley, 1999, citados en Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2010).

En este sentido la experiencia clínica, en base a la teoría del apego (Bowlby,1986), sugiere también que la lactancia materna es un factor de protección ya que se relaciona con un buen inicio del proceso de vinculación madre-hijo fuera del útero

materno. Se ha postulado que la lactancia materna mucho más larga (al menos un tercio más larga) o mucho más corta (al menos la mitad) que el resto de los hermanos, es decir cuando se producen este tipo de diferencias se pueden utilizar como una señal de alarma en relación a la prevención en salud mental (Tizón 2002).

### **21, Ingresos hospitalarios frecuentes (v26024)**

Los ingresos hospitalarios se consideran un factor de riesgo desde hace años. En el estudio ya citado de Choquet et al. (1982), realizado en la década de los setenta en París, se concluyó que esta circunstancia, cuando se producía durante más de 3 días entre la edad de 18 meses y 3 años, era uno de los ítems que podía caracterizar a los niños denominados *de alto riesgo*, aquellos que podían desarrollar algún tipo de trastorno en salud mental.

Evidentemente, un ingreso hospitalario no siempre conlleva una separación de la madre o de la persona que cuida al niño. Desde hace años los criterios para la hospitalización a esta edad han cambiado y los profesionales promueven, o bien que no sean ingresados o que lo hagan en compañía de algún progenitor. Pero, cuando se produce, se deben tener en cuenta también los argumentos expuestos en el ítem de separaciones tempranas, y considerar que si esta circunstancia como un factor de riesgo, en especial cuando se produce con cierta frecuencia.

### **22. Falta de higiene y cuidados básicos (v27024)**

Se cita, como una señal de alarma, en el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008). Se hace evidente que, cuando se produce dicha circunstancia, en estas edades, se está delante de un abandono de las funciones paternas más básicas, generalmente por una grave alteración de los vínculos relacionales que impide a los progenitores hacerse cargo de las necesidades de sus hijos. La experiencia clínica nos muestra que este hecho puede ocurrir en madres gravemente afectadas por una depresión y en madres y padres diagnosticados de trastorno mental severo.



### **23. Rechazo de alimentación: vómitos (v28024)**

Desde hace unos años se considera que una alteración en la alimentación en los tres primeros años de vida es un factor de riesgo (Choquet et al., 1982). Habitualmente estas dificultades se producen en las culturas denominadas occidentales y se manifiestan en el rechazo a ser alimentados. Es decir, no se establece un hábito de alimentación saludable, el acto de comer se convierte en fuente de conflicto en la relación con el bebé, y esos momentos del día suelen ser no deseados por la madre o el padre. En este sentido, Zabala y Manzano (1993) concluyen en su estudio ya citado, que esta es una de las conductas o síntomas que señalaron que podían definir, agrupados, un aumento del riesgo de padecer un trastorno mental grave.

Tanto este ítem como los tres anteriores se entienden como señales de los procesos de vinculación en la primera infancia, la importancia de dicha vinculación se ha explicado en el ítem de las funciones paternas.

### **24. Abusos sexuales en la infancia (v29024)**

Esta variable se refiere a la presencia de abusos sexuales tanto si el niño o la niña son víctimas como si lo es algún familiar de primer grado con el que conviva. Por abuso sexual se entiende aquella situación en la que el niño o el adolescente se ve involucrado en actividades sexuales que no comprende, a las que no da su consentimiento y que violan los tabús y las normas sociales y legales vigentes en su entorno (Institut Català de la Salut, 1996).

Esta es una de las situaciones vitales investigadas que muestran claramente cómo su presencia favorece la aparición de diversos tipos de trastornos en salud mental (Spataro, Mullen, Burgess, Wells y Moss, 2004). Otros autores señalan también esta evidencia (Read, Van Os, Morrison y Ross, 2005) y en especial apuntan que, si el abuso ocurre lo suficientemente temprano, puede desencadenar anomalías en el neurodesarrollo que aumenten la sensibilidad a estresores que, posteriormente, pueden facilitar la aparición de un trastorno de tipo esquizofrénico (Read et al. 2005).

Sin embargo existen problemas metodológicos para la realización de estudios que relacionen de forma consistente, a nivel estadístico, la presencia de abuso sexual en la infancia con las personas que desarrollan posteriormente una esquizofrenia (Morgan y Fisher, 2007), en especial por la dificultad de disponer de grupo control (Bentall y Fernyhough, 2008).

En otros estudios se ha señalado la dificultad para preguntar sobre la historia de los abusos, incluso cuando esta pregunta se ha protocolizado. Los adultos con diagnósticos más graves en salud mental y, en especial a los hombres, son a los que menos se les preguntó (Read y Fraser, 1998).

Recientemente, Shevlin, Houston, Dorahy, Adamson (2008) compararon dos muestras poblacionales: una de EE. UU. (5.782 participantes) y otra británica (8.580 participantes), de las que extrajeron la siguiente conclusión: la acumulación de traumas aumenta la posibilidad de aparición de un trastorno psicótico. Pero en especial, en la muestra británica, la asociación más alta con el trastorno psicótico la tuvieron los abusos sexuales.

## **25. Agresividad en la familia (v30024)**

Se han investigado las relaciones familiares en relación a la aparición del trastorno psicótico (Alanen, 1997) y se han adoptado diferentes términos para señalar la presencia de alteraciones en las relaciones de tipo agresivo, quizás uno de los más frecuentes en inglés es el de *stress*. En general, los estudios muestran cómo la presencia de *stress* en la familia favorece la aparición de trastornos del tipo esquizofrenia (Lukoff, Snyder, Ventura y Nuechterlein, 1984).

Este ítem en algunas investigaciones también ha sido denominado *violencia en la familia*, aunque esta designación se puede confundir, en nuestro entorno cultural, con el de violencia doméstica, de ahí que se mantenga el término de *agresividad*. Shevlin, Houston, Dorahy, Adamson (2008), citados anteriormente, señalaron que la presencia de violencia en la familia era el segundo trauma más frecuente que se encontró en la

muestra británica estudiada y que se asoció con el desarrollo ulterior de un trastorno del tipo psicótico.

En el proyecto Danish Perinatal High Risk, se investigó focalizando más en estas relaciones y se concluyó que familias con ambientes más estresantes aumentaban el riesgo de aparición de un trastorno del tipo esquizofrenia (Schiffman et al., 2001).

## **26. Padres con trastorno mental severo (v31024)**

La denominación *trastorno mental severo* (TMS) se adopta según la definición utilizada en los dispositivos de salud mental de Catalunya (Catsalut, 2003), pero resulta obvio que nos estamos refiriendo principalmente a los trastornos de tipo psicótico y a la esquizofrenia en particular. En la bibliografía científica, la designación TMS no se utiliza frecuentemente, aunque sí lo sea a nivel clínico-asistencial.

En otro sentido, a este ítem lo denominan algunos investigadores *riesgo genético*. Pero parece que en la transmisión del trastorno de padres a hijos existen más elementos a tener en cuenta, no sólo los genéticos, por ello aquí no se utiliza la expresión citada.

En una revisión bibliográfica, McGrath (2000) señala que el tener un progenitor o los dos con diagnóstico de esquizofrenia es el más robusto de los factores de riesgo identificados, aunque no se haya determinado la existencia de un gen que transmita el trastorno. De la misma forma, Jablensky (2000) encuentra que el aumento del riesgo relativo se sitúa entre el 5% y el 12% para los descendientes de primer grado.

En el proyecto Copenhague High Risk 1962, los resultados fueron casi idénticos, para los descendientes, el porcentaje de personas que desarrollan este tipo de trastorno fue del 12 % (Olin y Mednick, 1996). También los estudios sobre niños adoptados descendientes de uno o dos progenitores con diagnóstico de esquizofrenia muestran cómo la influencia paterna se transmite en la crianza, aunque, si estos eran adoptados por padres “enfermos” aumentaba el riesgo de desarrollar el trastorno, en cambio cuando los padres eran “no enfermos” el riesgo disminuía (Tienari et al, 1987; 2004).

En el protocolo de detección pediátrica de Catalunya es el primero de los antecedentes señalados como factor de riesgo en la infancia (PAPEP-SM, Tizón et al., 2008).

### ***27. Padres con trastornos de consumo y/o abuso de tóxicos (v32024)***

Resulta una evidencia la existencia de comorbilidad entre el consumo de tóxicos y los trastornos mentales, pero existen dificultades para investigar este ítem como un factor de riesgo en los progenitores de personas que han desarrollado dichos trastornos.

En el ámbito de los trastornos psicóticos, en concreto la esquizofrenia, se ha citado anteriormente que el embarazo es un período en el que la presencia de uno o diversos factores de riesgo favorecen el aumento de la probabilidad de padecer trastornos de salud mental en los descendientes. En este sentido, la investigación de Bennedsen (1998) incide en que el consumo de tóxicos en mujeres que en el período de gestación ya están diagnosticadas de dicho trastorno, es uno de los factores que aumentan la probabilidad de que se produzca un desarrollo fetal anormal, infecciones en el embarazo y bajo peso al nacer.

Es difícil aislar el consumo de tóxicos durante el embarazo de otras características personales “de riesgo”, presentes en personas que consumen y que pueden influir en la crianza de los descendientes. En este sentido Zammit et al. (2009) estudiaron la posible aparición de síntomas pre-psicóticos en una muestra de 6.356 niños a la edad de 12 años en diversas ciudades del Reino Unido. Exploraron retrospectivamente factores genéticos y ambientales, incluyeron cuestionarios de antecedentes de los padres en cuanto a consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Los resultados mostraron una fuerte asociación entre el consumo de tabaco y alcohol en las madres y la aparición de síntomas psicóticos en los hijos, no así con el cannabis. Relacionan sus resultados con los experimentos realizados en animales sobre cómo afectan estas sustancias al desarrollo del cerebro en el feto.

### ***28. Nivel socioeconómico marginal (v33024)***

Existen múltiples investigaciones que analizan el estatus económico en relación al desarrollo de trastornos mentales, y que los destacan como el factor que incrementa en mayor medida el riesgo relativo de su aparición (Jablensky, 2000). En estudios en población escolar se ha señalado la importancia de su identificación, puesto que existe

mayor probabilidad de acumulación de factores de riesgo que correlacionan con trastornos psicopatológicos en la pre-adolescencia y adolescencia (Ezpeleta, 2008).

Existen estudios donde se habla de derrota social cuando se agrupa este bajo nivel con migraciones y con un bajo coeficiente intelectual, aunque no estén claros los mecanismos que producen el aumento del riesgo (Selten y Cantor-Graae, 2005).

Incluso la aparición de experiencias subclínicas de psicosis también se ha relacionado con esta variable (Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul y Krabbendam, 2009)

Se ha estudiado también la influencia del lugar donde se vive, urbano o rural, comparando las comunidades urbanas e inmigrantes, se sugiere que hay un efecto del contexto en el que se vive en relación a la aparición del trastorno esquizofrénico (Allardyce y Boydell, 2006). En Barcelona se han comparado dos barrios de diferentes características socioeconómicas y se ha constatado cómo las cifras de incidencia y prevalencia del trastorno psicótico se duplicaban en relación al barrio más desfavorecido (Tizón et al., 2009).

Así, resulta evidente que la aparición de determinados trastornos mentales, y de la esquizofrenia en particular, es el resultado de una trayectoria de desarrollo alterada, en el que influyen tanto factores endógenos como ambientales y, de entre los ambientales, el bajo nivel socioeconómico es el más destacado (Bentall y Fernyhough 2008).

### **29. Psicosis en padre (v34024) – Psicosis en madre (v35024)**

Aunque en el listado son dos ítems, se explican de forma conjunta ya que en la literatura consultada el incremento del riesgo se produce tanto si es uno como si son los dos progenitores los que padecen el citado trastorno.

Estos factores de riesgo son frecuentemente objeto de estudio por los profesionales e investigadores de la salud mental. Existen revisiones bibliográficas que recogen las conclusiones de diversos estudios que analizan el llamado *riesgo* debido a la historia familiar (Olin y Mednick, 1996) en muestras de población de diferentes países (EE. UU, Israel, Dinamarca, Finlandia, Inglaterra, etc.). En estas muestras se estudia a los

descendientes biológicos de padres y/o madres que padecen psicosis. Por ejemplo, en el Estudio Longitudinal del Desarrollo de la Infancia en Jerusalén (Hans et al., 1999), iniciado en 1973, se estudia, a través de dos cohortes, los diferentes trastornos en salud mental que padecen los descendientes de familias de madres que estaban embarazadas y al menos uno de los dos progenitores había sido diagnosticado de esquizofrenia. Los descendientes fueron seguidos hasta la finalización del estudio, cuando tenían entre 12 y 22 años, los resultados se compararon con el de otras familias en las existía otro tipo de trastorno mental y con familias sin ningún tipo de diagnóstico en esta especialidad. Los resultados indican tasas más altas de trastornos en salud mental en los descendientes de padres con esquizofrenia, en ellos aumenta el riesgo de padecer dicho trastorno y tienen tendencia a ser diagnosticados de trastornos de la personalidad, además, con diferencia respecto a los otros dos grupos de padres (Hans, Auerbach, Styr y Marcus, 2004).

Este tipo de resultados esta refrendado por antiguos estudios de cohortes de población en Suiza, Zabala y Manzano (1993) y por nuevas cohortes de Nueva Inglaterra (EE. UU.) (Goldstein, Buka, Seidman y Tsuang, 2010). Por ello es relevante destacar la importancia de esta detección y prevención tanto a nivel cuantitativo como cualitativo. En nuestro entorno, en cuanto al número de descendientes existentes en estas familias y en contra de algunas creencias su fertilidad y fecundidad, es igual, sino mayor, al de la población general (Tizón et al., 2006).

A otro nivel, incluso se citan repercusiones como la de la muerte súbita del bebé, dado que el riesgo de que se produzca aumenta si existe un trastorno esquizofrénico de la madre (Bennedsen, 1998; Bennedsen, Mortensen, Olesen y Henriksen, 2001). De ahí la importancia de este factor de riesgo en el diseño de programas de prevención primaria de la esquizofrenia (McGrath, 2000) dadas las dificultades que plantea la detección de los factores de riesgo en este trastorno (Jablensky, 2000).

### ***30. Psicosis en hermanos (v36024)***

En su revisión bibliográfica sobre la epidemiología de la esquizofrenia, Jablensky (2000) diferencia el riesgo relativo de padecer este trastorno encontrado en estudios

realizados en familias. En aquellas donde un hermano había sido diagnosticado de esquizofrenia, el riesgo era mayor que en aquellas donde no se daba esta circunstancia. Además, la certeza era más evidente si los hermanos eran gemelos monocigóticos, mientras que disminuía si eran dicigóticos y aún era menor si simplemente eran hermanos.

Es evidente, por tanto, que la denominada *carga genética* existe y que el hecho de pertenecer a una familia en la cual, como mínimo, un miembro ha sido diagnosticado con un trastorno esquizofrénico aumenta el riesgo de padecerlo, en mayor grado si es uno o los dos progenitores.

### **31. Situaciones de guerra o catástrofe (v37024)**

Es un hecho evidente que estas circunstancias provocan múltiples cambios bio-psico-sociales en la vida de una persona y, por lo tanto, implican un aumento en sus dificultades de adaptación y una mayor probabilidad de sufrir trastornos en salud mental. Así mismo, dichas situaciones pueden ocasionar algunas circunstancias que aquí se han nombrado anteriormente como factores de riesgo: separaciones tempranas de las figuras paternas, retraso en el desarrollo, mala alimentación, etc.

Sí que se poseen algunos datos específicos sobre dichas repercusiones. En especial un estudio realizado durante la segunda guerra mundial cuando, en 1940, se produjo la invasión de Holanda por parte de Alemania. Con posterioridad se pudo identificar a las mujeres que estaban embarazadas en aquellos meses y estudiar la evolución de sus descendientes. Así se concluyó que, con respecto al trastorno esquizofrénico, hubo un aumento significativo de casos entre las personas cuyas madres habían sufrido dicha circunstancia estresante en el primer y segundo trimestre del embarazo, aunque en el segundo trimestre el riesgo relativo era menor (Van Os y Selten, 1998).

Como en las investigaciones citadas anteriormente para los ítems de mala nutrición y trastorno mental durante el embarazo (Susser et al. 1996; Kaashan et al. 2008), estos resultados señalan una especial relación entre el sistema nervioso central y el neurodesarrollo cuando el feto está en formación, durante el primer trimestre, que le

hace vulnerable a “registrar” cualquier hecho estresante. Esta y otras evidencias se han comparado con los resultados obtenidos en la experimentación sobre lesiones cerebrales en mamíferos , a los que se les provocaban situaciones de sufrimiento emocional en los primeros meses de vida (Agid et al., 1999).

### **32. Niño con enfermedad crónica (v38024)**

Cada vez es más frecuente que la enfermedad crónica se considere como uno de los estresores psicológicos a los que puede estar expuesto un niño, y más si en determinadas ocasiones su tratamiento conlleva hospitalizaciones frecuentes (ítem v26024). En nuestro ámbito, Pedreira (1997) publicó un interesante trabajo sobre la vulnerabilidad en la primera infancia en el que definía la vulnerabilidad alta como una característica que afecta en grado importante al proceso de desarrollo, y comentaba dos hechos externos que generarían dicha vulnerabilidad: la enfermedad crónica y el niño enfermizo. Nótese que, a los hechos externos, el propio doctor Pedreira los denomina *riesgo* y los caracteriza mediante pruebas médicas frecuentes, visitas constantes a servicios, ingresos, intervenciones quirúrgicas. En definitiva lo que denomina *alta frecuentación de los servicios de salud*, con las repercusiones que tienen en el medio familiar y en el escolar. Emocionalmente los define como niños retraídos, tímidos y con tendencia a la depresión.

### **33. Disfunciones del lenguaje: mutismo, tartamudeo, etc. de más de cuatro semanas de duración (v3935).**

Entre los 3 y 5 años existen diferentes disfunciones del lenguaje consideradas normales, pero algunas de ellas indican dificultades importantes en el proceso madurativo del sistema nervioso del niño. En el año 2000, Nicolson et al. publicaron los resultados de un estudio realizado a 49 pacientes que iniciaron un trastorno esquizofrénico en la infancia, alrededor de los 12 años. En su investigación hallaron una asociación significativa entre la presencia de dicho trastorno y haber tenido alteraciones en la adquisición del habla y la utilización del lenguaje. Sugieren que estos



hallazgos corroboran una alteración en el neurodesarrollo cerebral y, por lo tanto, su consideración como factor de riesgo para el desarrollo de un trastorno mental.

En estudios realizados en las muestras británica y suiza, citadas en otros ítems, también se observó una relación positiva entre las dificultades en el proceso de adquisición del lenguaje y la posterior aparición de un trastorno esquizofrénico (Jones et al., 1994; Zabala y Manzano, 1993).

#### ***34. Dificultades de atención y/o concentración (v4035)***

En la misma línea que el ítem anterior, Zabala y Manzano (1993) señalaron las dificultades de atención como una de las 17 variables que caracterizaban el perfil clínico, en la infancia, de las personas que fueron diagnosticadas en edad adulta de un trastorno esquizofrénico. En las investigaciones del programa de detección precoz de la psicosis del programa RAP (Recognition and Prevention) de Nueva York, se estudiaron los antecedentes de 62 casos (Cornblatt et al., 2003) y señalaron los déficits cognitivos, medidos con una escala de dificultades de atención, como uno de los factores de riesgo que definían a estas personas. Las puntuaciones indicativas de mayor déficit de atención se daban en las aquellas personas que presentaban los primeros síntomas psicóticos.

#### ***35. Dificultades en el proceso de lateralización (v4135)***

En un metanálisis de las investigaciones realizadas sobre el proceso de lateralización a nivel cerebral, Sommer, Ramsey, Kahn, Aleman y Bouma (2001) encontraron 19 estudios en los que se analiza exclusivamente la lateralidad entre personas sanas y personas con un trastorno del tipo esquizofrenia. La presencia de lateralidades cruzadas fue significativamente superior en los individuos con este tipo de diagnóstico. Se cree que la lateralidad manual es un buen índice informativo de las dificultades en el neurodesarrollo, tanto en este tipo de patología como en otros diagnósticos en salud mental.

En una cohorte danesa de 265 niños se analizó la relación de lateralidad y diagnóstico de esquizofrenia en dos momentos de su vida, cuando tenían entre 11 y 13 años de edad y entre 31 y 33 años. Los resultados fueron el hallazgo de una relación significativa entre las personas que en la infancia habían sido diagnosticadas de anomalías en el desarrollo de la lateralidad y las que posteriormente desarrollaron el trastorno (Schiffman et al., 2005). En 1993, en el ya citado estudio de Zabala y Manzano, se señalaba esta variable como una de las posibles que integran el “perfil clínico”, según los datos recogidos en la infancia de aquellas personas que en la edad adulta desarrollaron un trastorno del tipo esquizofrenia.

### ***36. Niño triste, infeliz (llanto fácil) (v4235)***

Se suele detectar por los comentarios que, a veces, realizan los progenitores en comparación con otros hijos u otros niños. En otras ocasiones, alguien se lo dice a los progenitores y, entonces y no antes, a estos les llama la atención y lo explican.

En la muestra que estudiaron Choquet et al. (1982) en París, donde identificaron a los niños con un alto riesgo de padecer algún tipo de trastorno mental, señalaron que uno de los ítems que definía a dicho grupo era el niño que se mostraba a menudo insatisfecho. Este estudio se realizó mediante cuatro cuestionarios que fueron respondidos por padres y profesores.

También se considera este ítem, el del niño triste, una característica temperamental en el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008). Si persiste en el tiempo, debe ser considerado factor de riesgo que debe registrarse por parte de los profesionales de pediatría y considerarse la posibilidad de derivación a un servicio especializado de salud mental, ya se presente aislado o en conjunto con otros factores de riesgo.

### ***37. Excitación excesiva, desbordante (v4335)***

Es un factor de riesgo definido como tal en el citado PAPEP-SM (Tizón et al., 2008). Se define como una característica temperamental del niño que, a cualquier edad, puede tener reacciones intensas y desmesuradas, de forma frecuente. Está relacionado con la

dificultad de regular los procesos conductuales en el ámbito de la desorganización motórica y con la impulsividad. Este comportamiento, en edades posteriores a este intervalo, es decir, en mayores de 6 años, puede acompañarse de crisis de cólera y conductas agresivas que, a su vez, ocasionan importantes alteraciones en las relaciones con los adultos y con sus iguales. Estas conductas indican las dificultades de estructuración personal (*del self*) y de establecer vínculos. Por ejemplo, se observa con facilidad en el juego de los niños, cuando no quieren compartir juguetes o cuando no pueden esperar turno para jugar, o con los adultos cuando no pueden aceptar una norma rutinaria. Se relaciona con el trastorno negativista desafiante y con el trastorno disocial en la infancia (APA, 1994).

### **38. Rabietas y enfados frecuentes (v4435)**

Este ítem podría considerarse similar al anterior, pero se han trabajado por separado por la frecuente utilización del término *rabietas*, fácilmente reconocible en el lenguaje coloquial y que hace referencia a un tipo de alteración del comportamiento desmesurado, excesivo y, en ocasiones, fuera de control en relación a una frustración que el niño vive cuando no puede cumplir aquello que deseaba.

Este ítem está relacionado con compartimientos definidos, como desobediencia sistemática y baja tolerancia a la frustración, que también se reconocen cuando resulta difícil calmar a un niño ante una negativa (PAPEP–SM., Tizón et al., 2008). Este tipo de conductas, denominadas *reacciones coléricas*, son una de las características que según Pedreira (1997) definen el alto riesgo de niño a sufrir trastornos. En el estudio de Choquet et al. (1982) también se señalaba este comportamiento como de riesgo, pero con la expresión *a menudo enfadado*.

### **39. Enuresis (v4535) – Encopresis (v4635)**

Son dos alteraciones del control de los esfínteres, que se considera que puede ser adquirido entre los 18–24 meses y los 5 años, pero con una variabilidad importante en cada niño en cuanto a la edad en que se consigue el control. Aunque existen

diferencias culturales entre grupos étnicos, en nuestro ámbito se puede considerar que si, alrededor de los 48 meses, existe descontrol en orina o deposiciones, sea primario o secundario, es indicativo de sufrimiento emocional y, por lo tanto, se considera factor de riesgo (PAPEP–SM., Tizón et al., 2008). Dado que en la adquisición de dicho control existe tanto una implicación psicobiológica como neurológica se recomienda realizar las pruebas pertinentes que permitan descartarla. Una vez dado este paso, debe considerarse un reflejo de una evolución disharmónica en el proceso madurativo del niño.

#### **40. Agresividad, impulsividad y accidentes frecuentes (v4735)**

No es necesario que se produzcan los tres comportamientos a la vez. Los accidentes no tienen porqué ser graves, pero requieren la intervención de profesionales sanitarios y, fácilmente, indican un exceso de impulsividad.

Este tipo de comportamientos, cuando se observan, se suelen denominar bajo los epígrafes de *trastornos de conducta, del comportamiento i/o de la relación* (PAPEP–SM., Tizón et al., 2008). Las agresiones pueden dirigirse a personas, y pueden ser heteroagresiones y autoagresiones, o dirigirse a animales u objetos.

En el estudio realizado en París, Choquet et al. (1982), en el seguimiento a 415 niños, señalaron que los que se encontraban en el grupo de alto riesgo de padecer algún tipo de trastorno en salud mental solían tener accidentes frecuentes. En el mismo sentido, lo señala Pedreira (1997) en su trabajo sobre vulnerabilidad.

#### **41. Niño raro, evita la relación social, no juega (v4835)**

Este tipo de comportamiento puede llamar la atención de profesores y familia, puesto que son los primeros que lo pueden observar, de forma imparcial, y los que, en el contexto educativo, aprecian con mayor sensibilidad las “rarezas” y diferencias. Olin y Mednick (1996) en su revisión de estudios señalan el aislamiento social como uno de los predictores de trastorno mental que, además, los maestros señalan con mayor precisión. Es lo que también Choquet et al. (1982), en el estudio antes citado, señala

como *a menudo insatisfecho*. Esta era una de las posibles condiciones que definirían a los niños como personas de alto riesgo para la salud mental.

#### **42. Notable empeoramiento en su funcionamiento relacional (v4935)**

En este caso, las situaciones de evitación social aumentan de forma progresiva, el niño deja de querer salir y de pedir participar en actividades de grupo. Zabala y Manzano (1993) informan de esta característica en su perfil clínico de niños con riesgo alto de padecer esquizofrenia en la edad adulta, lo denominan *inhibición y pasividad para las relaciones sociales*.

En el estudio de la cohorte británica de 1946, Jones et al. (1994) definieron el juego solitario, en las edades comprendidas entre los 4 y los 6 años, como un predictor del trastorno esquizofrénico; parece lógico considerar que este tipo de juego es el característico de un niño con pobre funcionamiento relacional.

En este sentido, la baja expresividad emocional o el déficit en las habilidades sociales podría asociarse al retraimiento en estas edades. Así, se pudo investigar este comportamiento a través de filmaciones familiares en 32 casos de chicos que después desarrollaron el trastorno esquizofrénico (Walker, Grimes, Davis y Smith, 1993), y compararlo con el de 31 hermanos sanos. Se midieron 9 emociones distintas y se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, en especial en las chicas. Estos resultados apoyan la presunción de que la vulnerabilidad esquizofrénica puede manifestarse en las conductas emocionales mucho antes de que tenga lugar la aparición de los primeros síntomas.

En el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008) se recoge el tipo de comportamiento antes descrito como señal de la posible aparición de trastornos de la relación y/o la comunicación.

#### **43. Problemas frecuentes en el manejo de los hábitos básicos: comer, asearse y dormir. (v5035)**

Habitualmente se trata de niños que a esta edad, entre 3 y 5 años, tienen ellos y sus familias, dificultades para incorporar, de forma organizada, los hábitos más

elementales. Esto es indicativo de una organización mental deficiente y de una incipiente y alterada estructuración de la persona (*del self*). De cualquier acto cotidiano surgen problemas o conflictos: para comer, para ir a dormir. Frecuentemente se chantajea el cumplimiento de las indicaciones paternas.

De cara a la prevención, en el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008) se recogen este tipo de comportamientos como señales de alarma de diferentes tipos de trastornos infantiles. Así, del niño al que habitualmente le fuerzan a alimentarse se dice que puede desarrollar un trastorno de la alimentación.

Aunque la falta de higiene personal es uno de los síntomas que con mayor frecuencia se manejan, asociado a otros, como pródromo del trastorno esquizofrénico, no existen datos aislados de su aparición en la infancia en relación al incremento del riesgo de aparición de dicho trastorno. Sin embargo, sí que se hace evidente, en la experiencia clínica, que la falta de higiene en estas edades indica una grave desorganización familiar que puede originar un trastorno esquizofrénico u otro tipo de trastornos.

#### **44. Problemas de la madre para relacionarse con su hijo (v5135)**

En general, esta situación se produce cuando la madre, por el motivo que sea, sufre en la relación con su hijo y reacciona mostrando insatisfacción o sobreprotegiendo al niño. En el sistema de clasificación 0-3 señala que estas dificultades en la regulación de la relación se manifiestan a través de cuatro tipos de reacciones del niño: temeroso y prudente, negativo y desafiante, inhibido y ensimismado y agresivo e invasor (Zero To Three, 2005). En el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008) se incorporaron como indicadores de dificultades en la relación las rabietas y la oposición, en especial en situaciones sociales con la madre presente.

De forma específica, y para esta edad, se estudió esta alteración de la relación en la muestra británica iniciada en 1946, Jones et al. (1994). Allí se definió a la madre con pocas habilidades para comprender y tratar a su hijo de 4 años de edad, según el criterio de la visitante de salud. Se concluyó que esta dificultad en la relación fue un predictor del trastorno esquizofrénico en la edad adulta.

#### **45. Problemas de relación madre-hijo, en especial en el momento de ir a dormir (v5235)**

Este ítem se centra en las dificultades de separación que se reflejan en ese momento del día, en el paso de la vigilia al sueño. Puede ser frecuente que el niño o la niña no quiera dormir solo/a, que requiera el contacto de los padres o que inicie el sueño en un lugar, aparentemente, poco adecuado como, por ejemplo, el sofá.

Choquet et al. (1982) recogían estas dificultades en su estudio sobre grupos de riesgo, en el que analizaron comportamientos y ambientes familiares. Establecieron que uno de los 17 ítems que podían caracterizar el grupo de alto riesgo era la dificultad para ir a la cama y coger el sueño. Como se ha explicado anteriormente, bastaban 6 de los 17 ítems propuestos para estar incluido en dicho grupo.

También el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008) recoge estos problemas en cuanto a conductas: la negativa de ir a dormir, el balanceo, el rechazo de las caricias, el insomnio sin protestar, los miedos nocturnos. Todas ellas se califican como señales de alarma de un posible trastorno no específico.

Hasta aquí se han ido desglosando una serie de ítems que señalan dificultades en la relación y alteraciones de comportamiento que, en estas edades, son reflejo de las dificultades de mentalización en el niño. Por diversas causas su desarrollo psicobiológico está alterado y la estructuración de su persona (*self*) plantea dificultades y desorganizaciones que se reflejan en las conductas señaladas.

#### **46. Déficit de atención (v53611) – Hiperactividad (v54611)**

El déficit de atención es uno de los síntomas más estudiados en la infancia, tanto que resulta difícil realizar una selección de la amplia bibliografía existente. Así, Zabala y Manzano (1993) ya lo señalaron como una de las variables a tener en cuenta en el perfil clínico referido a la infancia y que predice un aumento de riesgo de la posterior aparición del trastorno esquizofrénico.

Desde el modelo del neurodesarrollo también se estudia el déficit de atención como una de las variables básicas que fundamenta su vigencia como modelo explicativo de la

aparición del trastorno psicótico. Aunque en la bibliografía es más frecuente encontrar la variable déficit cognitivo que déficit de atención, parece que aportaría información en el mismo sentido; así, la existencia del citado déficit aumenta el riesgo de padecer esquizofrenia en la adolescencia y en la edad adulta (Cornblatt et al., 2003).

Se hace difícil distinguir esta variable déficit de atención de hiperactividad (TDAH) en la infancia aplicando estrictamente los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Este déficit, en sí, puede ser predictivo de mayores complicaciones psicopatológicas en la evolución del niño; por eso se nombra como variable, aunque al tener la entidad de trastorno, las investigaciones se centran en estudiar temas de comorbilidad y este no es el objetivo de este estudio. Por lo tanto, se entienden las dos variables como un continuum en el cual las dificultades de mantener la atención son un factor de riesgo de patología mental grave que, a su vez, pueden llegar a constituirse como trastorno.

En un estudio comparativo entre adolescentes de diferentes edades con diagnóstico de TDAH y adolescentes sin dicho diagnóstico (Bagwell, Molina, Pelham y Hoza, 2001) concluyeron que las conductas alteradas, como el rechazo, el aislamiento y la agresividad, se mantienen cuando llegan a la edad adulta. Su recomendación fue el tratamiento específico ya que las alteraciones que ocasionan en las relaciones son importantes y dificultan la maduración emocional de la persona.

En este mismo sentido, Lasa (2008) señala que las relaciones de inestabilidad motriz e hiperactividad estructuran, en el tiempo, un tipo de organización de la personalidad patológica similar a la denominada *trastorno límite de la personalidad en el adulto*.

#### **47. Dificultades escolares: niño que no aprende (v55611)**

En la cohorte británica ya nombrada (Jones et al. 1994), esta era una de las variables que se medían. Se evaluaba a través de test educativos a los 8, 11 y 15 años y los peores resultados se asociaban a aquellas personas que, posteriormente, desarrollaban un trastorno de tipo esquizofrénico.

Es difícil diferenciar esta variable de la de fracaso escolar, de la que existe mayor evidencia en bibliografía científica. Pero resulta interesante señalar este ítem del niño



que no aprende como un inicio de las dificultades que conducirán al fracaso escolar. De esta forma se puede entender y manejar como una alerta de una situación de riesgo antes de sufrir las repercusiones emocionales individuales y familiares que suele producir la situación de fracaso (Isohanni et al., 2005).

#### **48. Retraso en lectoescritura (v56611) – Trastorno en el grafismo (v57611)**

Son dos indicadores de alteraciones en el desarrollo neuropsicológico que pueden presentarse de forma independiente o relacionadas. Zabala y Manzano (1993), las consideraron como unas de las 17 variables que señalan una diferencia significativa entre la existencia del perfil clínico en aquellas personas que en la edad adulta desarrollaron un trastorno esquizofrénico de aquellas que no lo hicieron. El estudio no trata el fracaso escolar o déficit cognitivo de forma global, sino que describe de forma pormenorizada alguno de los déficits, que acompañan al fracaso. El carácter pedagógico de dicho estudio permite considerar y explorar el retraso en la lectoescritura y el trastorno del grafismo, ya que son factores de riesgo difíciles de tener en cuenta desde otros ámbitos.

Este ítem, así como los dos anteriores y el siguiente, son indicadores habituales de dificultades en el neurodesarrollo de la persona. Los profesionales que proponen este modelo del neurodesarrollo como explicativo de la génesis de los trastornos mentales severos los utilizan habitualmente como marcadores de dichos trastornos.

#### **49. Fracaso escolar (v58611)**

Parece evidente que los bajos niveles de capacidad intelectual conducen a dificultades insalvables en cuanto a rendimiento escolar; en nuestro ámbito, se ha denominado *fracaso escolar*. Aunque, la mayor parte de bibliografía consultada se refiere a este mediante la expresión *bajo nivel de coeficiente intelectual*. Sí que se encuentra la designación de *fracaso escolar* en el perfil clínico de la cohorte suiza descrito por Zabala y Manzano (1993).

En el estudio de Isohanni et al. (2005), realizado en la muestra finlandesa, se señala la variable pobres resultados escolares: fracaso escolar como factor que puede influir en el desarrollo de esquizofrenia, dicha variable se concreta en el hecho de repetir curso o de no completar nivel; a esta se asoció el incremento de aparición del trastorno psicótico en aquellas personas que durante la infancia obtuvieron pobres resultados escolares, entre otras variables estudiadas.

Zammit et al. (2004) realizaron un estudio, que duró 27 años, sobre capacidades intelectuales en una cohorte de Suecia constituida por 50.087 hombres, de edades comprendidas entre los 18 y los 20 años. Llevaron a cabo diversas pruebas sobre capacidad intelectual y las relacionaron con la posterior aparición de trastornos mentales. En su estudio concluyeron que en personas con bajos niveles de capacidad intelectual se observaba un incremento del riesgo de padecer un trastorno esquizofrénico, depresión severa o psicosis no afectiva. En cambio, dicha asociación no se manifestaba con respecto a los trastornos bipolares.

En el mismo sentido, Cornblatt et al. (2003), que emplean la expresión *déficit cognitivo* para designar la variable estudiada, llegan a las mismas conclusiones, aunque en este caso realizan su estudio sobre una muestra de 62 sujetos a los que previamente ya se les había detectado riesgo de padecer psicosis. Se analiza, retrospectivamente, la evolución de estos sujetos mediante una entrevista semiestructurada.

#### **50- Enferma con frecuencia (v59611)**

Alude a enfermedades que no son graves pero que interrumpen las capacidades adaptativas de la vida cotidiana del niño o la niña. Esta es una de las variables estudiadas en los niños en edad preescolar de la cohorte francesa (Choquet et al., 1982), en los que se observó la existencia de un alto riesgo de sufrir trastornos en salud mental. En edades superiores a los seis años, esta circunstancia –enfermar con frecuencia– sí se recoge como actividad preventiva en las consultas pediátricas. Es decir se debe prestar atención a ese infante por las repercusiones psicológicas que tiene el estar enfermo de modo continuado: desmotivación para los estudios, tristeza,

irritabilidad. Además, los trastornos emocionales, como los de tipo ansioso, se pueden manifestar a través de alteraciones somáticas (PAPEP-SM) (Tizón et al., 2008).

### **51. Caídas frecuentes (v60611)**

Este ítem hace referencia a aquellas caídas que se producen accidentalmente cuando el niño no parece especialmente torpe, pero su nivel de actividad y de descontrol le lleva a estas situaciones. Está relacionado, en cuanto a continuidad evolutiva, con lo explicado en el ítem agresividad, impulsividad y accidentes frecuentes. Puede ser que no requiera tratamiento médico. Cuando las caídas se producen reiteradamente han sido consideradas una señal de alerta en el PAPEP-SM (Tizón, JL. et al. 2008). Dicha señal se relaciona con la detección de familias de riesgo, es decir, familias que por sus condiciones socio-económicas, cambios sociales y/o culturales están sujetas a situaciones estresantes que les impiden cubrir las necesidades básicas de sus descendientes.

Esta señal o factor sólo se puede entender si se relaciona con otros factores de riesgo aquí descritos como los relacionados con las funciones paternas o con la integración del proceso de maduración psicomotriz. La experiencia clínica nos muestra que, cuando se tiene en cuenta este aspecto y se pregunta, se obtiene información sobre cómo se vive emocionalmente esta supuesta “torpeza” del niño o la niña.

### **52. Dificultades de separación (v61611)**

Se refieren a la realización de las tareas cotidianas o a actividades nuevas que implican separarse de las figuras de vínculo habitual, como padres o familiares. Por ejemplo, dirigirse a un adulto aunque lo conozca, hablar en las tiendas, realizar pequeñas compras por sí sólo. Este ítem quizás podría denominarse *miedos o fobias*, ya que se trata de miedos desproporcionados que limitan la vida cotidiana y que, en general, conllevan un rechazo de la relación en situaciones sociales que les genera inseguridad. La ansiedad de separación se ha vinculado con la teoría del apego, con el apego evitativo, el resistente y el desorganizado (Villanueva y Sanz, 2009) y ha sido

ampliamente estudiado en relación a la aparición de síntomas psicóticos (Berry, Barrowclough y Wearden, 2007).

Esta conducta está considerada factor de riesgo, ya que es indicativa, como mínimo, de la posible presencia de un trastorno de ansiedad generalizada. Así, se define en el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008).

En esta variable, la experiencia clínica también muestra una relación directa entre estos hechos y el tipo de cuidados y educación recibida en el ámbito familiar (Villanueva y Sanz, 2009). Por este motivo es frecuente que esté asociada a otras variables de dicho ámbito antes descritas: miedos, niño difícil del calmar; separación temprana de los padres y funciones paternas y maternas empobrecidas.

### ***53. Terrores nocturnos, de más de un mes de duración (v62611)***

Este ítem debe tenerse en consideración cuando el niño o la niña se despiertan por miedo o terror regularmente y con una intensidad mediana o fuerte a partir de los 2-3 años, donde pueden ser habituales. Debido a la variabilidad individual que puede existir se registra a partir de esta edad, los 6 años. En ocasiones, esta información queda solapada u oculta por los problemas a la hora de ir a dormir ya citados en la variable problemas de relación madre-hijo, en especial en el momento de ir a dormir (v5235), pero, en este caso, los miedos se pueden producir aunque no existan dificultades a la hora de ir a dormir.

Estos terrores nocturnos también han sido descritos en el PAPEP- (Tizón et al., 2008). Se citan como modalidad del insomnio y de un posible trastorno del sueño cuando se mantienen durante más de un mes. Esta alteración es también una señal de alarma, para los profesionales que atienden a niños, sobre el hecho de que puede estar ocurriendo algún problema de tipo emocional.

En edades adolescentes y adultas existen estudios en los que se relaciona la presencia del insomnio con la presencia de trastornos mentales graves, en el especial, la paranoia (Freeman, et al., 2010).

#### **54. Menos de dos amigos (v63611)**

Esta variable alude al hecho de tener amigos de cierta intimidad con los que realizar frecuentes actividades conjuntas. A menudo, en estos casos, al niño o niña le cuesta asignar el nombre de un amigo o amiga.

En una revisión sobre factores de riesgo implicados en la posterior aparición del trastorno esquizofrénico, Jablensky (2000) señaló que las dificultades de ajuste social en la infancia era uno de ellos. También, el estudio publicado por Jones et al. (1994), sobre la cohorte británica de 1946, encontraron que la aparición del trastorno se asociaba al hecho de tener pocas relaciones íntimas antes de los 13 años.

En el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008), se citan estas dificultades. Entre los 6 y 11 años se entienden como una señal de posible presencia de trastornos en la comunicación y en la relación, pero a partir de los 12 años, la ausencia de amigos se entiende como algo más grave, que puede estar indicando un posible trastorno psicótico.

#### **55. No es capaz de seguir normas de convivencia, desobediente en extremo (v64611)**

Este ítem se refiere a situaciones en las que cada propuesta de conducta o de norma se desobedece de forma sistemática, no se acepta ni se plantean alternativas. Se trata de normas colectivas, de educación mínimas, de hábitos, no de normas impuestas arbitrariamente por un progenitor, tutor o cuidador.

Olin y Mednick (1996), en su revisión bibliográfica, incluyeron un estudio que utilizó la cohorte del proyecto de alto riesgo de Copenhague que se centró en sujetos de 15 años, que eran puntuados por sus profesores sobre conductas y comportamientos, la condición era que debían haber tenido a ese alumno, como mínimo, tres años en sus clases. Entre las diferentes conductas inadecuadas señaladas, los problemas disciplinarios son aquellos que se asociaron, con mayor especificidad, al riesgo de aparición de un trastorno esquizofrénico.

### **56. Ansiedad excesiva en situaciones sociales (v65611)**

Esta variable se refiere a la conducta marcada por la inhibición, la timidez, las negaciones y huidas ante situaciones sociales ya sean, previamente, conocidas o no.

En la cohorte británica de 1946 del trabajo de Jones et al. (1994), estudiaron este aspecto recabando la opinión de los profesores. Se controló la variable de coeficiente intelectual. Así, obtuvieron que las puntuaciones altas en ansiedad se relacionaban con un aumento del riesgo de aparición de trastornos del tipo psicótico en la edad adulta.

En otra cohorte de Australia, Scott et al. (2009) estudiaron el comportamiento en la infancia, a los 5 años, a los 14 y a los 21, de niños nacidos entre 1981 y 1983. En este caso, en aquellos niños que fueron evaluados por sus madres, a los 5 años, como con exceso de ansiedad y con dificultad para involucrarse con los demás, se evidenció la existencia de un aumento en el riesgo de padecer, a los 21 años, alteraciones del pensamiento, por ejemplo, de poseer ideas delirantes.

El PAPEP-SM (Tizón et al., 2008) también cita la ansiedad como señal de un posible trastorno emocional por ansiedad excesiva, y se refiere a situaciones en las que el niño o la niña tiene dificultades para manejarse socialmente cuando los padres o las figuras adultas de confianza no están presentes.

En la detección de la psicosis incipiente estas manifestaciones de inhibición y aislamiento social es uno de los factores de riesgo mas frecuentemente señalados por los diversos equipos de investigación y tratamiento internacionales (Vallina, Lemos y Fernández, 2006).

### **57. Maltrata animales (v66611)**

Se refiere al maltrato dirigido a animales, tanto de la familia como ajenos a dicho entorno, a los cuales agrede sin demostrar sentimiento de culpa o arrepentimiento. Esta conducta agresiva e impulsiva se considera, en prevención de pediatría, una señal de la existencia de trastornos de conducta graves (PAPEP-SM, Tizón et al., 2008). Evidentemente, hace referencia a conductas repetidas y reiteradas, no a situaciones puntuales. El maltrato y la crueldad física con animales es uno de los indicadores del

trastorno disocial en la infancia (APA, 1994) y uno de los antecedentes de los trastornos de la personalidad en la edad adulta. En este sentido los niños con estas conductas manifiestan, a través de los animales una falta de empatía y de habilidades para comprender las consecuencias de sus acciones.

### **58. Mentiras reiteradas (v67611)**

La mentira es una forma de eludir la realidad. Se considera un predictor de la posible aparición de un trastorno de conducta, en especial cuando son frecuentes o reiteradas (PAPEP-SM, Tizón et al., 2008). La mentira se puede convertir en una forma frecuente de relacionarse, los motivos para justificarla pueden ser diversos, por ejemplo, uno habitual es evitar un castigo por no respetar una norma social. De ahí, su asociación con los trastornos de conducta disocial (APA, 1994) y, cuando aumenta la gravedad, con el trastorno del control de los impulsos y con el trastorno límite de la personalidad.

El uso continuo de la mentira favorece la aparición de un pensamiento irreal, con cierto componente mágico. Es una muestra de cómo se desarrolla un entrampamiento cognitivo. Así, el niño o el adolescente empiezan a creer en la bondad de su mentira y en la posibilidad de que se haga real, llega incluso, en algunos casos, a crear un mundo paralelo al real. En la consultas de salud mental infanto juvenil se encuentra, con cierta frecuencia, a niños o niñas que explican cómo “hablan” con sus amigos imaginarios, en especial es situaciones en las que están ansiosos y no saben que hacer.

Una evidencia de este planteamiento, del uso reiterado de las mentiras como refugio de los sufrimientos- Su consideración como un factor de riesgo, se encuentra en la investigación realizada por Scott et al. (2009), en dicho trabajo realizado sobre la cohorte australiana de jóvenes hallaron que los niños que a la edad de 5 años fueron evaluados por sus madres como mentirosos correlacionaban con el mayor riesgo relativo de aparición, a los 21 años, de ideas delirantes. De hecho las dificultades de mentalización, representadas por la medición de tareas de falsas, se han utilizado como indicadores de trastorno esquizofrénico en el modelo explicativo de la teoría de la mente(Sprong, Schothorst, Vos, Hox y Van Engeland. 2007).

### **59. Ideas raras o extrañas (v68611)**

Este ítem está relacionado con el hecho de no entender lo que el niño o niña explica o piensa, resulta tan extraño, que no es real, que no tiene que ver con lo que vive. Este ítem y los que se citan a continuación se extraen del *checklist* ERlraos (Maurer, Hörrmann y Schmidt, 2004; Tizón et al., 2008):

- ***Ideas autorreferenciales, tendencia al delirio, pensamiento demasiado particular, raro o extraño (v69611).***
- ***Interferencias en el pensamiento (v70611).***
- ***Desorganización del pensamiento, de las ideas o de su comunicación (v71611)***
- ***Percepciones sensoriales anómalas, particulares o distorsionadas, que NO estén causadas por enfermedad o drogas (v74611).***

El *checklist* valora la presencia o ausencia de síntomas inespecíficos, del pródromo tardío y de síntomas psicóticos durante los últimos 12 meses a la fecha en que se rellena, así como sus cambios de intensidad, y la presencia o ausencia de algunos factores de riesgo.

En este sentido, en la investigación de Van Os et al. (2009) se señala que el 8% de la población sufre experiencias psicóticas subclínicas por las cuales no llega a pedir ayuda. De estas personas, en un 4% se manifiestan síntomas psicóticos que no llegan a estructurarse como trastorno. En la mayoría de los casos, entre el 75% y el 90%, las experiencias desaparecen. Por este motivo resulta útil incorporar como factores de riesgo los citados ítems de síntomas inespecíficos de experiencias psicóticas, ya que pueden presentarse de forma aislada en la pubertad y adolescencia. Su presencia aumenta claramente el riesgo de aparición de un trastorno mental grave en forma de crisis aguda, de ahí su inclusión en este cuestionario.

El PAPEP-SM (Tizón et al., 2008) también considera que estos síntomas son señales que pueden predecir dicho trastorno.



### **60. Tics crónicos (v72611)**

Puede ser un tic crónico o varios, pero repetidos a lo largo de los años, aunque hayan existido períodos en los que hayan desaparecido y, posteriormente, hayan vuelto a aparecer. En ocasiones, unos sustituyen a otros.

En el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008), se citan los tics motores y crónicos, a partir de los 6 años, como manifestación somática de la posible presencia de trastornos emocionales.

### **61. Percepciones sensoriales anómalas, particulares o distorsionadas, que estén causadas por enfermedad o drogas (v73611)**

Este ítem tiene una explicación similar a la realizada en el grupo de ítems extraídos del *checklist* ERlraos. Pero su especificidad causal, el consumo de tóxicos, agrava o acrecienta su importancia en cuanto al aumento del riesgo de padecer trastorno mental, como se explica, posteriormente, en el ítem consumo de tóxicos (v821217).

### **62. Reacciones emocionales y afectivas excesivas, no autolimitadas, descontroladas (v75611)**

Se refiere al llanto, la alegría y la tristeza u otros comportamientos exagerados en relación a la situación o que se alternan con bastante frecuencia. También se ha nombrado en términos de afectos inapropiados (Olin y Mednick 1996) en estudios realizados con adolescentes en los que los profesores eran quienes detectaban dicha conducta que, a posteriori, ha sido uno de los indicadores del aumento de riesgo de padecer un trastorno mental grave.

La emocionalidad excesiva es una característica frecuente en los criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 1994) para diferentes trastornos en salud mental: trastorno histriónico de la personalidad, anorexia, algunas formas de depresión, etc. Por lo tanto, su hallazgo, de forma aislada, es útil como señal de la posible existencia de una alteración emocional. En su génesis está implicada la estructuración y maduración

personal del infante (*el self*) que puede carecer de habilidades sociales y de un control emocional adecuado.

### **63. Comportamiento alimentario alterado, vómitos y cambios bruscos de peso (v761217)**

Se tiene en consideración aunque no exista un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria (APA, 1994) como la anorexia y la bulimia (dejar de comer, picar, particularidades alimentarias, etc.). Este tipo de alteración puede estar precedida, con respecto a la biografía, por otras conductas alimentarias ya reflejadas en el LISMEN, que se caracterizan por la no aceptación de los alimentos (Toro, 1999): rechazo a la alimentación, vómitos frecuentes y problemas con los hábitos básicos como el comer (ítems v28024 y v5035). Así, se consideran señales de alarma de diferentes tipos de trastornos tanto en la edad infantil como al inicio de la adolescencia y así se recogen en el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008), aunque frecuentemente se consideren antecedentes de un trastorno mental grave y en algunos casos se entremezcle la sintomatología psicótica con el trastorno de conducta alimentaria (Sarró, 2009).

### **64. Deterioro de la imagen corporal (v771217)**

Se observa en aspectos como la higiene, el vestir y en la actitud que el adolescente tiene en relación a su propio cuerpo. Se refiere tanto a la apreciación subjetiva del chico o la chica como a la percepción que tienen los otros de esa persona. Los adolescentes que perciben su propia imagen como alterada, pueden estar en riesgo de padecer, fundamentalmente, depresión y anorexia. La influencia social y el rechazo que genera son un componente básico en el aumento del riesgo de patología en salud mental, en especial en los trastornos de tipo alimentario (Toro, 1999).

Por otra parte están las personas que presentan una imagen o apariencia rara y extraña en comparación a los patrones habituales del barrio o zona en la que viven. Puede y suele acompañarse de una mala higiene. Cuando esto sucede, se ha considerado que se puede tratar de uno de los síntomas de desorganización

prepsicóticos (Miller et al., 2003) y que requiere una atención especial, ya que, junto con otros síntomas, constituye el denominado *estado mental de alto riesgo*, previo a la crisis o ruptura psicótica (Quijada, Tizón, Artigue y Parra, 2010).

#### **65. Fatiga crónica (v781217)**

La fatiga crónica se considera como tal cuando impide seguir el ritmo cotidiano de actividades. Se produce de forma continua, no como un comentario más o menos aislado que, sobre la fatiga, puede realizar un adolescente. Es una señal de alarma de diferentes tipos de trastornos, en especial del consumo de tóxicos al inicio de la adolescencia y se recoge en el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008). Esta señal también es un indicador de la comorbilidad entre síntomas psicóticos y abuso de tóxicos que se suele producir con cierta frecuencia.

La disminución notable de energía se denomina *abulia* y está relacionada con este estado de fatiga. Es uno de los síntomas negativos más frecuentes que preceden a la aparición de trastornos mentales graves, de ahí su inclusión en instrumentos de detección (Miller et al., 2003) y su estudio en poblaciones en riesgo de psicosis (Quijada, Tizón, Artigue y Parra, 2010).

#### **66. Cambios de humor (v791217)**

Los cambios de humor pueden ser pronunciados, es decir, alterar de forma importante el estado de ánimo del adolescente en un período de tiempo breve, por ejemplo, en pocas horas. O pueden ser cíclicos, alternando un humor depresivo con otro eufórico. Deben tenerse en consideración e las ideas sobre la muerte y los intentos de suicidio, aunque sean de dudosa intencionalidad, pueden estar ocultos o ser poco expresados.

En la adolescencia, los cambios de humor bruscos y frecuentes se señalan como factor de riesgo de padecer trastornos emocionales por abuso de tóxicos (PAPEP-SM) (Tizón et al., 2008), o de comorbilidad entre síntomas psicóticos y el citado abuso.

### **67. Interés por cuestiones abstractas (v801217)**

Se tiene en consideración cuando dicho interés aísla a la persona, perjudica su creatividad y satisfacción personal. Suele tratarse de un tema concreto que absorbe toda la atención (religión, mitos, leyendas,...). Puede originar rechazo en los demás.

Este ítem también está relacionado con el *checklist* ERlraos y es uno de los indicadores del estado prodrómico del trastorno psicótico que detectaron en su investigación Häfner et al. (1998) y Häfner y Maurer, (2006). Lo denominan preocupación por cosas misteriosa o pensamientos con contenidos inusuales y está incluido en el grupo de los signos más frecuentes previos al inicio del trastorno. Este ítem también se incluye en el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008)

### **68. Discurso verbal extraño (v811217)**

Se entiende por discurso verbal extraño aquel que bien no es comprensible, porque no se entiende a la persona que lo pronuncia, bien alude a temas indescifrables. Los que rodean al orador se cansan de sus intervenciones y tienden a aislarle. Es uno de los indicadores de trastorno psicótico que señala el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008).

Además, tanto este ítem como el anterior se pueden asociar al funcionamiento social deficitario que se designó, en un estudio israelí, como el mejor predictor de un trastorno de tipo psicótico (Davidson et al., 1999). En Israel, debido a la existencia del servicio militar obligatorio, se realizan exámenes médicos, a los 16-17 años, previos a la incorporación a dicho servicio. La investigación se realizó con un cuestionario propio en el que se preguntaba sobre los intereses de los encuestados, sobre sus amigos, si eran centro de atención de sus amigos, si asistían al centro escolar, sobre los deportes que practicaban, sobre el nivel de autonomía en cuidados básicos, etc.

### **69. Consumo de tóxicos (v821217)**

De cualquier tipo, legales o ilegales, pero de forma continua, aunque sólo sea en actividades de fin de semana. Desde hace décadas, se señala una fuerte asociación

entre el consumo de tóxicos y el aumento del riesgo de padecer un trastorno mental grave. En un estudio alemán se midió el consumo en tres intervalos diferentes de tiempo, durante al menos 10 años, y en todos ellos se mostró una fuerte asociación entre dicho consumo y la presencia de experiencias psicóticas (Kuepper et al., 2011).

También del estudio realizado por Isohanni et al. (2005) en la cohorte finlandesa se infiere que dicho consumo es uno de los principales predictores del riesgo de padecer un trastorno de tipo psicótico.

El consumo de tóxicos fue la segunda característica más frecuente que encontraron en una cohorte australiana de pacientes ya diagnosticados de trastorno psicótico, por debajo de la presencia de acontecimientos vitales traumáticos (Conus et al., 2007).

#### ***70. Absentismo escolar (v831217)***

El absentismo escolar se considera como tal cuando es reiterado y fruto de una decisión consciente, aunque sea una conducta evitativa de ansiedad.

La experiencia clínica muestra, de forma frecuente, como existen adolescentes que dejan de ir al centro educativo, sin síntomas externalizantes y que, como mucho, se les diagnostica fobia escolar. Pero estudios como el de Davidson et al. (1999) muestran cómo este tipo de comportamientos pueden estar asociado a síndromes graves como el trastorno psicótico, algo que se puede evidenciar en estudios prospectivos debido a que el absentismo suele acompañarse de aislamiento social y percepciones anómalas. Con respecto a la prevención, este ítem ha sido señalado en el PAPEP-SM (Tizón et al., 2008) como deterioro del funcionamiento académico.

#### ***71. Deportes y juegos con componentes agresivos y violentos (v841217)***

Para valorar esta variable se considera tanto si se realizan con amigos, en familia o individualmente. Se pueden incluir aquí determinados juegos de rol. Cuando dominan en exceso los aspectos agresivos en el juego o en el deporte, se juzga que es comportamiento estimable como un factor de riesgo.

Sobre este ítemse encuentran referencias en el estudio realizado en Edimburgo, sobre el riesgo de sufrir esquizofrenia, para el que se empleó el cuestionario CBCL en un seguimiento de 21 años (Miller, Byrne, Hodges, Lawrie, y Johnstone, 2002). Los resultados para los sujetos de edades comprendidas entre los 13 y los 16 años muestran que diferentes comportamientos, en particular, el retraimiento y la conducta delictual-agresiva, lo predicen.

En Nueva Zelanda, investigaron sobre la relación entre conductas violentas, aparición de primeros síntomas psicóticos y el diagnóstico de psicosis en la edad adulta. Los integrantes de la cohorte fueron personas nacidas en la ciudad de Dunedin, en un año (1972-1973) y fueron seguidos hasta la edad de 26 años. Sus resultados indican una relación directa entre las conductas violentas y el citado trastorno, cuando ya se ha diagnosticado, en especial cuando se asocia a variables de consumo de tóxicos y bajo estatus socio-económico. Pero señalan especialmente que los niños que a partir de 11 años tienen conductas violentas y presentan algún síntoma psicótico son los que poseen el riesgo más elevado de desarrollar el trastorno al llegar a la edad adulta (Arseneault, L., Cannon, M., Murray, R., Poulton, A., Caspi, A. y Moffitt, R. 2003).

Hasta aquí las variables que componen el LISMEN referenciadas según las fuentes de información que motivaron su inclusión en el listado de cribaje. Durante el diseño se debatió su inclusión o no partiendo de dicha información y valorándola según la experiencia clínica de los autores en la asistencia a niños, adolescentes y adultos en servicios de salud mental comunitarios.

A modo de resumen de esta apartado se presentala tabla siguiente donde aparecen las referencias bibliográficas citadas en la explicación de cada ítem.

**Tabla 1:** Referencias bibliográficas de los ítems del LISMEN.<sup>4</sup>

Variable	Título del ítem o factor de riesgo.	Primer autor del estudio o investigación (año)
	Apgar 1 minuto <sup>5</sup>	Dalman et al. (2001) Jones et al. (1998)
	Apgar 10 minutos	Dalman et al. (2001) Jones et al. (1998)
<b>v1024</b>	Problemas obstétricos	Olin et al. (1996) Myhrman et al. (1996) Jones et al. (1998) Dalman, et al. (1999) Jablensky (2000) McGrath (2000) Dalman et al. (2001) Thomas et al. (2001)
<b>v2024</b>	Bajo peso al nacer	Bennedsen (1998) Jones et al. (1998) Jablensky (2000) McGrath (2000)
<b>v3024</b>	Gestación acortada	Zabala et al. (1993) Jones et al. (1998) McGrath (2000);
<b>v4024</b>	Mala nutrición durante el embarazo	Susser et al. (1996)
<b>v5024</b>	Depresión de la madre durante el embarazo y/o puerperio	Jones et al. (1998) Mäki et al. (2010) Zabala et al. (1993)
<b>v6024</b>	Infecciones víricas prolongadas durante el embarazo	Mednick et al. (1988) Buka et al. (2001)
<b>v7024</b>	Estrés o trastorno emocional importante de la madre durante el embarazo	Myhrman et al. (1996) Bennedsen (1998) Khashan et al. (2008)
<b>v8024</b>	Nacimiento o primeros meses de vida en condiciones de masificación	Jablensky. (2000) Pedersen et al. (2001)
<b>v9024</b>	Daños neurológicos perinatales	Fish et al. (1992) Olin y Mednick (1996)
<b>v10024</b>	Infecciones en el sistema nervioso central	Jablensky (2000) McGrath (2000)
<b>v11024</b>	Trastorno grave de la relación: no sonríe, no realiza contactos visuales, no responde a los estímulos	Zabala et al. (1993) Guedeney y Fermanian (2001) Sorensen et al. (2010)
<b>v12024</b>	Retraimiento en la relación	Zabala et al. (1993)
<b>v13024</b>	Miedos, dificultades de adaptación, niño difícil de calmar	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v14024</b>	Trastorno del sueño: se despierta a menudo,	Choquet et al. (1982)

<sup>4</sup>Debido a la longitud de los títulos y nombres de los autores, solo se cita el primer autor y el año. Se ordenan según el año de publicación. Con esta información el lector puede identificar fácilmente el trabajo, bien en la bibliografía o bien en el Anexo 3 donde se comentan estos trabajos referenciados en la tabla.

<sup>5</sup>Estos dos primeros ítems, no numerados, se comentan junto con el de problemas obstétricos. En la primera versión utilizada no se diferenciaron, pero con el avance de la investigación se tuvieron en cuenta los argumentos encontrados a nivel bibliográfico y se consultaron a profesionales de pediatría que aconsejaron realizar este cambio.

	al menos un mínimo de cuatro noches a la semana	Choquet et al. (1985)
<b>v15024</b>	Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes o similares durante más de tres semanas	Choquet et al. (1982) Pedreira (1997)
<b>v16024</b>	Cohabitación y/o misma cama que algún familiar, más de cuatro meses	Bowlby (1986) Winnicott (1993) Pedreira (1997) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v17024</b>	Anomalías en el juego: agresivo, reiterativo, autolesivo	Pedreira (1997) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v18024</b>	Retraso en desarrollo psicomotor	Fish et al. (1992) Jones et al. (1994) Cornblatt et al. (2003) Isohanni et al. (2005) Schiffman et al. (2009)
<b>v19024</b>	Fenómenos autosensores: balanceo y cabeceo	Coromines (1991) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v20024</b>	Retraso en la deambulación	Jones et al. (1994) Sorensen et al. (2010)
<b>v21024</b>	Separación temprana de los padres	Parnas et al. (1985) Olin y Mednick (1996) Agid et al. (1999)
<b>v22024</b>	Institucionalizaciones tempranas	Parnas et al. (1985) Bowlby (1986) Olin y Mednick (1996) Pedreira (1997)
<b>v23024</b>	Funciones paternas empobrecidas	Tienari et al. (1987; 2004) Fonagy et al. (1991) Myhrman et al. (1996) Taboada et al. (1998) Schiffman et al. (2001) Feder et al. (2009)
<b>v24024</b>	Funciones maternas empobrecidas	Tienari et al. (1987; 2004) Fonagy, Steeley Steele (1991) Myhrman et al. (1996) Taboada et al. (1998) Schiffman et al. (2001) Feder et al. (2009)
<b>v25024</b>	Diferencias en la lactancia materna con respecto a los hermanos	Tizón (2002) Sorensen et al. (2005)
<b>v26024</b>	Ingresos hospitalarios frecuentes	Choquet et al. (1982)
<b>v27024</b>	Falta de higiene y cuidados básicos	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v28024</b>	Rechazo de alimentación: vómitos	Choquet et al. (1982) (inapetencia) Zabala et al. (1993)
<b>v29024</b>	Abusos sexuales en la infancia	Read et al. (1998; 2001 y 2005) Spataro et al. (2004) Morgan et al. (2007) Shevlin et al. (2008) Bentall et al. (2008)
<b>v30024</b>	Agresividad en la familia	Lukoff et al. (1984) Alanen (1997) Schiffman et al. (2001) Shevlin et al. (2008)



<b>v31024</b>	Padres con trastorno mental severo	Tienari et al. (1987; 2004) Olin et al. (1996) Jablensky (2000) McGrath (2000)
<b>v32024</b>	Padres con trastornos de consumo y/o abuso de tóxicos	Bennedsen (1998) Zammit et al. (2009)
<b>v33024</b>	Nivel socioeconómico marginal	Jablensky (2000). Selten et al. (2005) Allardyce et al. (2006) Bentall et al. (2008) Ezpeleta (2008) Van Os et al. (2009) Tizón et al. (2009)
<b>v34024</b>	Psicosis en padre	Zabala et al. (1993) Olin et al. (1996) Hans et al. (1999, 2004) Jablensky (2000) McGrath (2000) Goldstein et al. (2010) Tizón et al. (2006)
<b>v35024</b>	Psicosis en madre	Zabala et al. (1993) Olin et al. (1996) Bennedsen (1998) Hans et al. (1999, 2004) Jablensky (2000) McGrath (2000) Bennedsenet al. (2001) Tizón et al. (2006) Goldstein et al. (2010)
<b>v36024</b>	Psicosis en hermanos	Jablensky (2000).
<b>v37024</b>	Situaciones de guerra o catástrofe	Van Os et al. (1998) Agid et al. (1999)
<b>v38024</b>	Niño con enfermedad crónica	Pedreira (1997)
<b>v3935</b>	Disfunciones del lenguaje: mutismo, tartamudeo, etc. de más de cuatro semanas de duración	Zabala et al. (1993) Jones et al. (1994) Nicolson et al. (2000)
<b>v4035</b>	Dificultades de atención y/o concentración	Zabala et al. (1993) Cornblatt et al. (2003)
<b>v4135</b>	Dificultades en el proceso de lateralización	Zabala et al. (1993) Sommer et al. (2001) Schiffman et al. (2005)
<b>v4235</b>	Niño triste, infeliz (llanto fácil)	Choquet et al. (1982) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v4335</b>	Excitación excesiva, desbordante	APA (1994) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v4435</b>	Rabiets y enfados frecuentes	Choquet et al. (1982) Pedreira (1997) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v4535</b>	Enuresis	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v4635</b>	Encopresis	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v4735</b>	Agresividad, impulsividad y accidentes frecuentes	Choquet et al. (1982) Pedreira (1997) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa

<b>v4835</b>	Niño raro, evita la relación social, no juega	Choquet et al. (1982) Olin et al. (1996)
<b>v4935</b>	Notable empeoramiento en su funcionamiento relacional	Zabala et al. (1993) Walker et al. (1993) Jones et al. (1994) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v5035</b>	Problemas frecuentes en los hábitos básicos: comidas, higiene y dormir	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v5135</b>	Problemas de la madre para relacionarse con su hijo	Jones et al. (1994) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v5235</b>	Problemas de relación madre-hijo, en especial en el momento de ir a dormir	Choquet et al. (1982) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v53611</b>	Déficit de atención	Zabala et al. (1993) Bagwell et al. (2001) APA (1994) Cornblatt et al. (2003)
<b>v54611</b>	Hiperactividad	APA (1994) Bagwell et al. (2001) Lasa (2008)
<b>v55611</b>	Dificultades escolares: niño que no aprende	Jones et al. (1994) Isohanni et al (2005)
<b>v56611</b>	Retraso en lectoescritura	Zabala et al.(1993)
<b>v57611</b>	Trastorno en el grafismo	Zabala et al. (1993)
<b>v58611</b>	Fracaso escolar	Zabala et al. (1993) Cornblatt et al. (2003) Zammit et al. (2004) Isohanni et al (2005)
<b>v59611</b>	Enferma con frecuencia	Choquet et al. (1982) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v60611</b>	Caídas frecuentes	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v61611</b>	Dificultades de separación	Berry et al. 2007 Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v62611</b>	Terros nocturnos, de más de un mes de duración	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa Freeman et al. (2010)
<b>v63611</b>	Menos de dos amigos	Jones et al. (1994) Jablensky (2000) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v64611</b>	No es capaz de seguir normas de convivencia, desobediente en extremo	Olin et al. (1996)
<b>v65611</b>	Ansiedad excesiva en situaciones sociales	Jones et al. (1994) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa Scott et al. (2009)
<b>v66611</b>	Maltrata animales	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v67611</b>	Mentiras reiteradas	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa Scott et el. (2009)
<b>v68611</b>	Ideas raras o extrañas	Maurer et al (2004) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v69611</b>	Ideas autorreferenciales, tendencia al delirio, pensamiento demasiado particular, raro o extraño	Maurer et al (2004) Van Os et al. (2009) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v70611</b>	Interferencias en el pensamiento	Maurer et al (2004) Tizón et al. 2008) – Programa nen sa

<b>v71611</b>	Desorganización del pensamiento, de las ideas o de su comunicación	Maurer et al (2004) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v72611</b>	Tics crónicos	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v73611</b>	Percepciones sensoriales anómalas, particulares o distorsionadas, que estén causadas por enfermedad o drogas	Maurer et al (2004) Isohanni et al (2005) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa Van Os et al. (2009)
<b>v74611</b>	Percepciones sensoriales anómalas, particulares o distorsionadas, que NO estén causadas por enfermedad o drogas	Maurer et al (2004) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa Van Os et al. (2009)
<b>v75611</b>	Reacciones emocionales y afectivas excesivas, no autolimitadas, descontroladas	APA (1994) Olin et al. (1996)
<b>v761217</b>	Comportamiento alimentario alterado, vómitos y cambios bruscos de peso	APA (1994) Toro (1999) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v771217</b>	Deterioro de la imagen corporal	Toro (1999) Miller et al. (2003) Quijada et al. (2010)
<b>v781217</b>	Fatiga crónica	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa Miller et al. (2003) Quijada et al. (2010)
<b>v791217</b>	Cambios de humor	Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v801217</b>	Interés por cuestiones abstractas	Häfner et al. (1998) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa Maurer et al (2004) Häfner et al. (2006)
<b>v811217</b>	Discurso verbal extraño	Davidson et al. (1999) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v821217</b>	Consumo de tóxicos	Isohanni et al (2005) Conus et al. (2007) Kuepper et al. (2011)
<b>v831217</b>	Absentismo escolar	Davidson et al. (1999) Tizón et al. (2008) – Programa nen sa
<b>v841217</b>	Deportes y juegos con componentes agresivos y violentos	Miller et al. (2002) Arseneault et al. (2003)

## **4. FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA**

Este apartado trata sobre el proceso de validación realizado para cumplimentar los objetivos propuestos. Siguiendo la lógica de una investigación cuantitativa se expone, en primer lugar el material utilizado en cada muestra y la forma en que se realizó la recogida de los datos.

A continuación se señalan las características de las bases de datos que han configurado la exploración y los criterios éticos que han regido este trabajo. Se detallan los conceptos de los criterios utilizados: de fiabilidad y de consistencia interna, de análisis factorial, de la sensibilidad y especificidad del instrumento y de la fiabilidad externa.

### **4.1. MATERIAL Y MÉTODOS**

Además del listado experimental LISMEN, el cual se ha explicado detalladamente en el apartado 3, se ha utilizado el Children's Behaviour Checklist (CBCL) (Achenbach y Rescorla, 2000) para el estudio de la validez de criterio, o externa, del LISMEN comparado los resultados de ambos instrumentos.

La base de datos LISMEN consiste en un estudio experimental, del que se ha tomado el valor de presencia/ausencia de 86 puntuaciones correspondientes a 372 personas de distintas edades. Se dispone de cuatro muestras con características diferentes:

- Estudio 1: Pacientes, menores de 18 años en el momento de la primera visita en un servicio de salud mental, que tienen un diagnóstico de esquizofrenia y otras psicosis (n = 122).
- Estudio 2 (grupo control): Niños y adolescentes, menores de 18 años, que se visitan en los servicios de medicina general y de pediatría, y que no tienen ningún diagnóstico de salud mental (n = 125).
- Estudio 3: Niños de 0 a 4 años clasificados como niños en riesgo por la Unidad Funcional de Atención a la Infancia (n = 39).
- Estudio 4: Todos los niños nacidos en el barrio de La Mina en un período determinado y visitados en el servicio de pediatría de ABS (n = 86).

También se dispone de dos muestras de datos CBCL. La primera base de datos corresponde a 24 pacientes de edades comprendidas entre 1 y 5 años y la segunda está compuesta por 26 personas de entre 6 y 18 años. Se dispone de información de los 50 pacientes, sobre los cuales se pretende comparar este cuestionario con el LISMEN.

La lectura, manipulación y validación de la base de datos, así como la obtención de los resultados, se ha realizado mediante el software: SPSS v15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) y SAS v9.1.3 (SAS Institute Inc., Cary, NC, USA).

Las decisiones estadísticas se han realizado tomando como nivel de significación el valor 0,05.

#### 4.2. PROCEDIMIENTOS DE RECOGIDA DE MUESTRAS

Se ha recogido una muestra de 372 pacientes distribuidos en cuatro estudios (Figura 1). Los estudios 1, 3 y 4 se han realizado en población afectada de diferentes tipos de riesgo en salud mental. El estudio 2 se efectuó en población en la que previamente no se había detectado ningún tipo de riesgo, de ahí que se considerara grupo control.

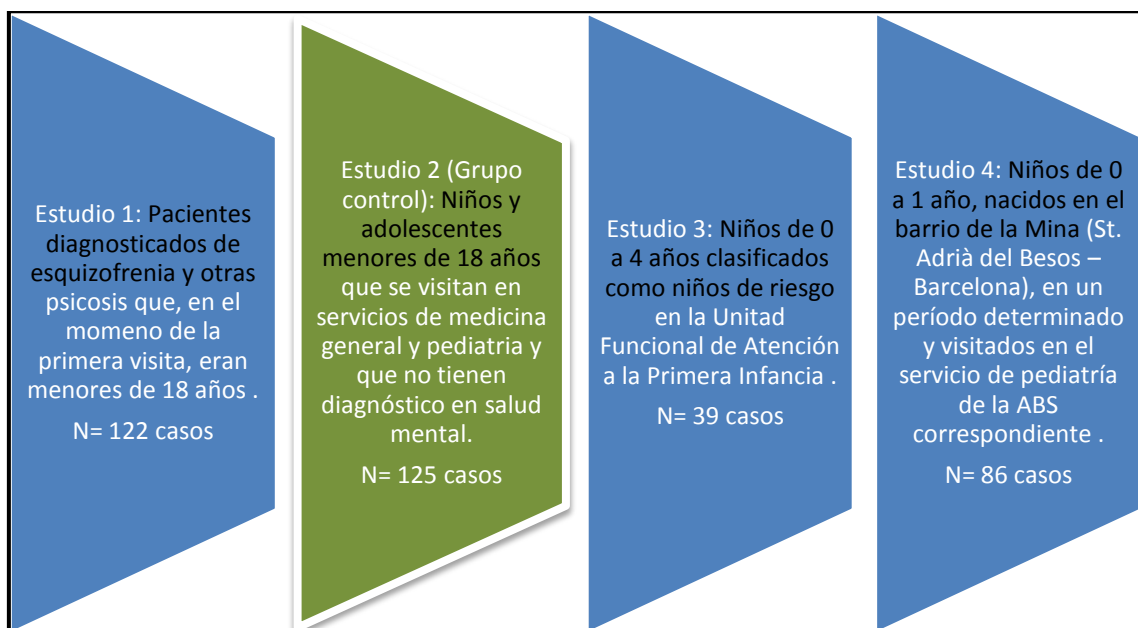


Figura 1: Distribución de casos según estudios.

Se dispone de la información de un máximo de 86 ítems para cada persona. Se han diferenciado las puntuaciones según franjas de edad. El objetivo es que las puntuaciones reflejen si en cada caso existe mayor o menor riesgo de padecer un trastorno mental, o si simplemente no existe dicho riesgo. El procedimiento utilizado en cada estudio es el siguiente:

**Estudio 1: Presencia de factores de riesgo en personas con antecedentes diagnosticados con trastornos psicóticos.**

**Objetivo:** Determinar, mediante el LISMEN, los factores de riesgo que aparecen en las historias clínicas de salud mental en atención primaria de las personas diagnosticadas con trastornos psicóticos del tipo esquizofrenia y otras psicosis delirantes.

**Tipo de diseño:** Transversal.

**Criterio de inclusión:** Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis, atendidos entre los años 1982 y 2000 en la Unidad de Salud Mental de St. Martí Nord (USM), y que en la primera visita eran menores de 18 años. El diagnóstico de primera visita podía ser diferente al de esquizofrenia u otras psicosis.

**Criterio de exclusión:** No disponer de historia clínica abierta.

**Procedimiento de recogida de casos:** La población de donde procede la muestra es de 103.615 habitantes y corresponde a los barrios de la Verneda, la Pau y el Clot, de Barcelona ciudad, y La Mina, de St. Adrià del Besós. Del total de población, existen 838 casos visitados en la USM con el mencionado grupo diagnóstico y, de estos, 122 empezaron a visitarse en edad infantil en la propia USM. Los diagnósticos de la primera visita eran diversos: enuresis, ansiedad, trastorno del control de impulsos, etc. Este estudio fue realizado entre 2001 y 2003. Se recogió la información, en los 122 casos, sobre historia clínica.

## **Estudio 2: Factores de riesgo en población infantil y adolescente sin antecedentes de trastorno en salud mental registrados en la historia.**

### **Objetivos:**

1. Determinar, mediante el LISMEN, los factores de riesgo que el pediatra considera presentes en niños y niñas de población general, que se visitan en consultas de pediatría y medicina de familia sin diagnóstico en salud mental.
2. Determinar la validez de criterio del LISMEN mediante la correlación entre los factores de riesgo encontrados y la presencia o no de patología en salud mental, medida con el cuestionario CBCL.

**Tipo de diseño:** Transversal.

### **Criterios de inclusión:**

1. Ser niño o niña, entre 0 y 14 años, que se visita en los servicios de pediatría de las áreas básicas de salud (ABS) de la Verneda, la Pau y La Mina, según los criterios del protocolo *programa de seguiment del nen sa* (Amigó et al., 1999).
2. Ser adolescente, entre 15 y 17 años, visitado en los servicios de medicina de familia de las mismas ABS.
3. Ser escogido, de forma aleatoria, para participar en el estudio.

### **Criterios de exclusión:**

1. No disponer de historia clínica abierta.
2. Tener un diagnóstico de trastorno en salud mental.

**Procedimiento:** Muestreo estratificado.

De la misma población de referencia del estudio anterior se seleccionan tres servicios de pediatría y uno de medicina de familia, utilizando el criterio de facilidad de trabajo por la relación profesional ya establecida en las interconsultas habituales entre la USM y los servicios (Tizón, San-José y Nadal, 2000).

En los servicios de pediatría se utilizaron los criterios del citado programa de seguimiento del niño sano en cuanto a la programación de visitas. Es decir, al menos una en las edades de: 0-30 días; 2, 4, 6 y 8 meses; 12, 18 y 24 meses; 3, 6, 8 y entre 12-14 años. Estas visitas son, a priori, revisiones no específicas (Amigó et al., 1999).

Durante cuatro meses, en el año 2005, fueron entrevistados médicos y/o enfermeras para cumplimentar el cuestionario. El procedimiento utilizado en la recogida de información fue el mismo en cada consulta pediátrica. Siguiendo las franjas de edad del LISMEN, se dividió a los consultantes en cuatro grupos de edad y para igualarlas se escogieron de cada consulta diez casos de cada franja (0-2, 3-5, 6-11, 12-17).

Con cita previa, una vez por semana, dos investigadores visitaron el ABS y realizaron las entrevistas. Los profesionales, previamente, habían seleccionado al azar a cuatro niños que se hubieran visitado aquella semana. Mediante la información que el pediatra conocía del caso, junto con la información de la historia pediátrica, el profesional respondía a los ítems preguntados. El total de niños estudiados fue de 125.

Posteriormente, a principios de 2006, se proporcionó el CBCL a las familias que quisieron colaborar en la investigación, según el siguiente procedimiento:

1. Se envió una carta explicando el objetivo de la investigación y en qué consistía su colaboración si aceptaban.
2. Se llamó por teléfono para confirmar la recepción de la carta y concertar día y hora en la que se acudía al domicilio.
3. Se visitó a la familia interesada en el domicilio para realizar la presentación, pedir por escrito el consentimiento informado y proporcionar el ejemplar del CBCL a rellenar por los padres. Se establecía un nuevo día para recogerlo.
4. Por último, se acudió de nuevo al domicilio para recoger el cuestionario ya cumplimentado.

Del total de casos, 125, los que vivían en el barrio de La Mina fueron desestimados por las dificultades de localización y acceso a las familias. Se seleccionaron, por lo tanto, 82 casos del barrio de la Verneda, se logró contactar y concertar día y hora de visita a domicilio con 77 familias, de las cuales 50 dieron su consentimiento y respondieron a los cuestionarios.



### **Estudio 3: Factores de riesgo en población infantil de riesgo psicopatológico.**

**Objetivo:** Determinar, mediante el LISMEN, los factores de riesgo que están presentes en población infantil de riesgo y que son estudiados en la Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia (UFAPI) de la Unidad de Salud Mental de la Verneda – La Mina (ICS – Barcelona).

**Tipo de diseño:** Transversal.

**Criterio de inclusión:** Casos comentados en las reuniones de interconsulta de la UFAPI en el año 2003 y que tenían historia clínica abierta en el servicio de pediatría que le correspondía.

**Criterio de exclusión:** No tener historia clínica abierta.

**Procedimiento:** Muestreo acumulativo, a medida que llegaban a la interconsulta. En la Unidad de Salud Mental de St. Martí se disponía, por la zona geodemográfica asignada (19.380 habitantes, menores de 18 años), de una Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia (UFAPI), que atendía a los niños de entre 0 y 4 años. En la fecha pactada, participaron profesionales de pediatría, atención precoz, servicios sociales, guarderías y salud mental (Tizón, Artigue, Gomà, Parra y Marzari, 2004). La UFAPI tiene carácter preventivo y de detección de problemas emocionales en los niños y sus familias. En el espacio de interconsulta se revisaron los casos de niños en los que se detectó riesgo de padecer trastornos mentales, según el criterio clínico de los profesionales que los atendían. En el año 2003 se revisaron un total de 53 casos, de 39 de los cuales se pudo recoger información completa. El LISMEN se realizó mediante entrevista al profesional de pediatría que detectaba el caso.

#### **Estudio 4: Factores de riesgo en población general infantil, menores de 1 año.**

**Objetivo:** Determinar, mediante el LISMEN, los factores de riesgo que están presentes en población infantil, menor de 1 año, que se visita en consultas de pediatría.

**Tipo de diseño:** Transversal.

**Criterio de inclusión:** Niños nacidos entre agosto de 2004 y septiembre de 2005, cuyos padres residen en el barrio de La Mina, de St. Adrià del Besós. Estudiados gracias al programa especial ad hoc del Plan de remodelación del barrio de La Mina. Los niños acuden al servicio público de pediatría del barrio para las consultas habituales de su edad, entre ellas las revisiones periódicas del programa denominado “niño sano”. (Amigó et al., 1999).

**Criterios de exclusión:** No haber sido detectado en el momento del parto por los servicios administrativos o comunitarios del barrio o del hospital donde nacen

**Procedimiento:** Muestreo acumulativo, a medida que se visitan en el servicio de pediatría. Los niños nacidos y registrados en el barrio de La Mina (22.980 habitantes), entre agosto de 2004 y septiembre de 2005, son un total de los 107. De estos se pudo obtener información en 86 casos.

Este grupo se considera de riesgo por las especiales condiciones de vida y los indicadores socioeconómicos existentes en el barrio de La Mina desde hace décadas y en el momento del estudio (Dalcin, De Mesones, Tizón, 1995).

### 4.3. VALIDACIÓN Y VARIABLES DE LAS BASES DE DATOS

#### 4.3.1. Base de datos LISMEN

Se ha realizado una validación de la consistencia interna de las variables de la base de datos, así como de los valores fuera de rango y valores faltantes para asegurar totalmente su fiabilidad. Una vez introducidos los cambios oportunos se cerró la base de datos, con las siguientes características:

##### Variables de estudio

- Historia clínica (identificador)
- Tipos de estudio
- Sexo
- Fecha de nacimiento
- Ítem 1 – Ítem 86: como ya se ha citado, el número de variables a analizar aumenta considerablemente respecto a los 86 ítems, puesto que la mayoría se repite en diferentes franjas de edad. Por ejemplo, se estudia si un niño ha tenido miedos con dificultades de adaptación y si un niño es difícil de calmar (ítem número 15) en las etapas de 0 a 2 años, en la de 3 a 5 y en la de 6 a 11 años. No se mide en la etapa de 12 a 17 años. Por lo tanto este ítem genera tres variables: Miedos 0-2, Miedos 3-5 y Miedos 6-11. De esta forma, el número total de variables generadas por los ítems es de 194.

Hay que tener en cuenta que las variables de los ítems pueden tomar valores comprendidos entre 0 y 4, con el siguiente significado:

- 0: Se sabe que este ítem no está presente.
- 1: Se encuentra y altera levemente la vida cotidiana.
- 2: Se encuentra y altera de forma grave la vida cotidiana.
- 3: Se encuentra pero no se puede valorar el grado de alteración (en la versión del LISMEN utilizada en esta investigación se codificaba como “i”).
- 4: No se dispone de información suficiente (en la versión del LISMEN utilizada en esta investigación se codificaba como “n”).

Para que el análisis de consistencia tenga sentido, es necesario recodificar el valor de los ítems para conseguir que la escala de valores se corresponda con el significado que obtenemos en las respuestas. Así pues, se realiza la siguiente conversión:

- -1: Ausencia, no hay presencia de ese ítem. El valor anterior era 0.
- 0: No se dispone de la información suficiente. El valor anterior era 4.
- 1: Presencia. Se corresponde con los valores 1, 2 y 3 anteriormente comentados.

En la base de datos LISMEN, para no obtener medidas repetidas por grupos de edad, se crean nuevas variables para cada uno de los individuos. Por ejemplo, de las tres variables citadas correspondientes al ítem sobre Miedos (Miedos 0-2, Miedos 3-5 y Miedos 6-11) se genera una nueva que denominamos Miedos – Total. De esta forma disponemos de una nueva base de datos con 86 variables totales correspondientes a los 86 ítems del listado LISMEN.

A partir de aquí, para mejorar la eficacia del estudio, se generan nuevas variables:

- Pres: Si de una variable ha habido presencia, ausencia o se desconoce en algún momento del historial del paciente. En el caso en que, por ejemplo, durante el período de vida sólo haya habido ausencia o desconocimiento, se aplica el valor “se desconoce”. Puede tomar los siguientes valores:

- -1: Si hay ausencia en todo el historial de vida del que se dispone.
- 0: Si no se conoce.
- 1: Si hay presencia, de al menos una vez en todo el historial.

- Presum: En cuantas etapas ha habido presencia de la citada variable. Puede tomar los siguientes valores:

- 0: Si nunca ha habido presencia en todo el historial.
- 1: Si sólo ha habido presencia en una etapa respecto a todo el historial.
- 2: Si ha habido presencia en dos etapas del historial.
- 3: Si ha habido presencia en tres etapas del historial.
- 4: Si ha habido presencia en las cuatro etapas (todas) del historial.

- Et: primera etapa en la que se ha manifestado la presencia de la variable.
- Et2: última etapa en la que se ha manifestado la presencia de la variable.
- Sumpresid: Número de variables que ha presentado una persona.
- Sumpresidrel: Presencia relativa, número de variables que se han presentado dividido por el número de ítems totales que el paciente podría haber presentado.

Se realiza una validación de esta nueva base de datos creada. No se detectan posibles errores y se asegura totalmente su fiabilidad.

#### **4.3.2. Base de datos CBCL**

Se ha realizado una validación de la base de datos de CBCL. No se detectan errores y se asegura totalmente su fiabilidad.

##### **Variables de estudio CBCL 1-5 años**

- Historia clínica (identificador)
- Sexo
- Edad
- Trastornos afectivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos de déficit de atención
- Trastorno negativista desafiante

##### **Variables de estudio CBCL 6-18 años**

- Historia clínica (identificador)
- Sexo
- Edad
- Trastornos afectivos
- Trastornos de ansiedad
- Trastornos somáticos
- Trastornos de déficit de atención
- Trastorno negativista desafiante

- Trastornos de conducta

En la base de datos CBCL global (1-18 años), se crean nuevas variables indicadoras:

- CRAff: Variable que toma valor 1 si se detecta un trastorno afectivo en el paciente (rango patológico: puntuaciones entre 0 y 5) o 0 en caso contrario (rango normal).
- CRAnx: Variable que toma valor 1 si se detecta un trastorno de ansiedad (rango patológico: puntuaciones entre 0 y 7) o 0 en caso contrario (rango normal).
- CRSom: Variable que toma valor 1 si se detecta un trastorno somático (rango patológico: puntuaciones entre 0 y 3) o 0 en caso contrario (rango normal).
- CRAAt: Variable que toma valor 1 si se detecta un trastorno de déficit de atención (rango patológico: puntuaciones entre 0 y 9) o 0 en caso contrario (rango normal).
- CROp: Variable que toma valor 1 si se detecta un trastorno negativista desafiante (rango patológico: puntuaciones entre 0 y 7) o 0 en caso contrario (rango normal).
- CRCon: Variable que toma valor 1 si se detecta un trastorno de conducta (rango patológico: puntuaciones entre 0 y 4) o 0 en caso contrario (rango normal).
- CRPer: Variable que toma valor 1 si se detecta un trastorno generalizado del desarrollo (rango patológico: puntuaciones entre 0 y 6) o 0 en caso contrario (rango normal).
- CRTotal: Variable que toma valor 1 si se detecta como mínimo un trastorno, o 0 en caso contrario.

Se dispone de las tablas descriptivas correspondientes en el Anexo 9.4 (pág. 198).

#### **4.4. ASPECTOS ÉTICOS**

Los estudios se realizaron según los principios éticos propuestos en la declaración de Helsinki (WHO, 2005) y las normas de buena práctica en la investigación clínica. Los procedimientos de recogida de muestras se realizaron gracias a una beca concedida por la Fundació La Marató de TV3, tras evaluación a cargo de la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva y su propia comisión asesora, el 29 de octubre del 2001. Previo a la presentación de dicha beca, el comité de ética de la Fundació Jordi Gol i Gurina, evaluó y aprobó el proyecto.

Sobre el consentimiento informado: Se informó a los profesionales que colaboraron oralmente y por escrito sobre las finalidades de la investigación. Del mismo modo, se les comunicó a las familias con las que se contactó. Además se les explicó, por escrito, los requerimientos de su participación y se les facilitó el contacto de la institución de referencia para cualquiera duda o reclamación que pudiera surgir.

Sobre la confidencialidad de los datos: Estos fueron recogidos de forma privada y se aseguró su encriptación informática.

#### **4.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

A continuación se detallan los procedimientos estadísticos utilizados para desarrollar los objetivos de esta investigación.

##### **4.5.1. Análisis descriptivo**

La descripción de los resultados es básica para la comprensión de una investigación, por ello se reflejan de forma detallada y pormenorizada.

A partir de las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios LISMEN de cada estudio se elaboran las tablas de frecuencias totales. En este análisis se muestran los valores

válidos, los perdidos y el total por cada variable, asimismo la frecuencia observada para cada codificación posible, el porcentaje, el porcentaje válido y el porcentaje acumulado.

Con posterioridad se generaron nuevas variables a partir de las puntuaciones iniciales, se efectuó una recodificación y se agruparon los resultados sin diferenciar las franjas de edad. Se pudo estudiar también la primera vez que aparece un factor de riesgo, las etapas en que está presente, la presencia de factores agrupada en intervalos de acumulación y la suma total de factores según estudios. En último lugar se examinan las puntuaciones para determinar si existen dimensiones o factores en el comportamiento de las variables.

#### **A) Diagrama de cajas (Gráfico Boxplot)**

Para facilitar la comprensión de los resultados se utiliza el método de diagrama de cajas. Los diagramas de cajas (Figura 2) se utilizan para representar la distribución de una variable cuantitativa, en este caso se utilizó para comparar la distribución de la presencia de los factores de riesgo en los diferentes estudios. En el eje vertical se pueden encontrar los valores de la variable cuantitativa o continua y queda representada la siguiente información:

- Máximo: valor más alto de los datos.
- Mínimo: valor más bajo de los datos.
- Mediana: Deja en cada lado el 50% de las observaciones. Es un indicador robusto.
- Primer cuartil: Separa el 25% de los datos con valores inferiores del 75% de los datos con valores superiores.
- Tercer cuartil: Separa el 25% de los datos con valores superiores del 75% de las observaciones con valores inferiores.
- Outliers: Valores que se alejan mucho de la distribución, cuando están presentes se indican en forma de una pequeña esfera o punto circular.



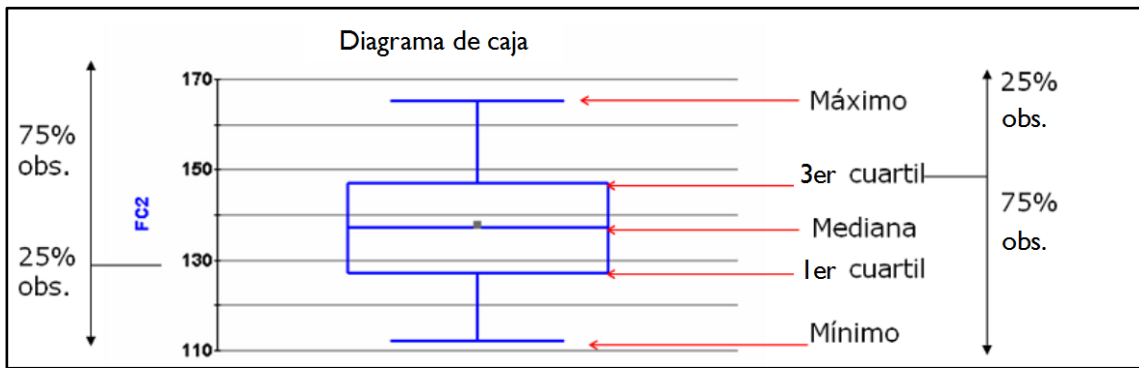


Figura 2: Diagrama de caja.

La caja (situada entre el primer y tercer cuartil) contiene el 50% de los datos.

Este gráfico nos da una idea de la dispersión y la distribución de la variable. Cuanta menor extensión tenga, menor variabilidad. De un modo similar, si la mediana se sitúa por la mitad de la caja, esta distribución será simétrica.

## B) Comparaciones no paramétricas: Prueba de Kruskal-Wallis

A partir de la observación de la distribución de los factores de riesgo en los estudios a través del diagrama de caja, surge la necesidad de analizar si esa distribución es independiente o no.

Para ello se realizan comparaciones de una variable cuantitativa (suma de presencia en el LISMEN) respecto a una variable cualitativa (grupo de estudio), que agrupa los datos según una característica (tipo de grupo: pacientes, niños y adolescentes que consultan en pediatría y otros) usando metodologías no paramétricas. El contraste de hipótesis es el siguiente:

- H0: No hay diferencias entre grupos.
- H1: Hay diferencias entre grupos.

Si el valor  $p$  es superior a 0,05 no se rechaza H0 y, por lo tanto, se concluye que no hay diferencias entre grupos. Por el contrario, si el valor  $p$  es inferior a 0,05 se rechaza H0, se acepta la alternativa, y se concluye que hay diferencias entre grupos.

#### 4.5.2. Análisis principales

Una vez efectuada la descripción de los datos de que se dispone en la investigación, se efectúan los análisis pertinentes en relación a los objetivos propuestos. En primer lugar se estudia la solidez de la construcción del LISMEN a nivel interno, a través de la fiabilidad y validez, a continuación se explora la capacidad del instrumento para discriminar entre la población afectada y la no afectada según el tema objeto de estudio, en este caso la presencia de factores de riesgo.

##### **A) Estudio de la fiabilidad y la consistencia interna (por estudios y grupos de edad)**

Para evaluar la consistencia interna se han utilizado dos indicadores: el coeficiente kappa y el alpha de Cronbach. El primero mide el nivel de concordancia, acuerdo o fiabilidad de una prueba, y el segundo, su consistencia. Para medir el acuerdo entre cada pareja de ítems del LISMEN se utilizó el kappa y para analizar la consistencia del conjunto de la escala, el alfa de Cronbach.

El coeficiente kappa fue introducido por Cohen (1960) y es una medida de acuerdo para dos variables categóricas y nominales. Este índice compara la probabilidad de acuerdo ( $P_0$ ) con la probabilidad esperada si las variables fueran independientes ( $P_e$ ). Este se define de la siguiente manera:

$$\hat{\kappa} = \frac{P_0 - P_e}{1 - P_e} \quad P_0 = \sum_i p_{ii} \text{ and } P_e = \sum_i p_{i.} p_{.i}$$

donde si tuviésemos el valor  $p_{ij}$  denotaría la probabilidad de que la variable 1 clasifique en la categoría  $i$  y la variable 2 clasifique en la categoría  $j$ . Por lo tanto, el valor de la fórmula  $p_{ii}$  es la probabilidad de que las dos variables clasifiquen en la misma categoría  $i$ . El perfecto acuerdo sucede cuando  $P_0$  es 1. La probabilidad de que la variable 1 haya clasificado los valores en  $i$  es  $p_{i.}$ , mientras que  $p_{.i}$  es la probabilidad de que la variable 2 haya clasificado los valores en  $i$ .

Habitualmente, el valor de kappa está comprendido entre 0 y 1. Si las variables miden lo mismo, este coeficiente corresponde a 1. Inusualmente, kappa también puede ser

negativo (entre -1 y 0), dependiendo de las proporciones marginales. La interpretación del valor de kappa es la siguiente:

- 0,9 - 1: Excelente acuerdo, las variables son consistentes entre ellas.
- 0,8 - 0,9: Muy buen acuerdo entre las variables.
- 0,7 - 0,8: Buen acuerdo. Probablemente son pocos los ítems que podrían mejorarse.
- 0,6 - 0,7: El test necesita más medidas para determinar la calidad del conjunto de variables. Probablemente, algunos de los ítems podrían mejorarse.
- 0,5 - 0,6: Se sugiere revisar el test, a no ser que haya pocos ítems (diez o menos). El test necesita ser complementado con otras medidas.
- Menos de 0,5: Fiabilidad cuestionable. El test tiene que ser revisado, ya que los ítems no contribuyen a la calidad global de este.

El coeficiente alpha de Cronbach fue introducido por Cronbach en 1951. Se trata de un indicador para medir la consistencia interna de las variables. Los ítems interrelacionados deben sumarse para obtener una puntuación global para cada paciente. El coeficiente alpha de Cronbach estima la fiabilidad de esta puntuación (escala), determinando la consistencia interna del test o la correlación promedio de los ítems dentro del test. El alpha de Cronbach se define del siguiente modo:

$$\alpha = \left( \frac{p}{p-1} \right) \frac{\sum_{i \neq j} \text{Cov}(Y_i, Y_j)}{V(Y_0)} = \left( \frac{p}{p-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum_j V(Y_j)}{V(Y_0)} \right)$$

donde p es el número de ítems de la prueba,  $Y_i$  es la variable  $i$ -ésima,  $Y_0 = \sum_j Y_j$ ,  $V(Y_0)$  es la variancia de  $Y_0$ ,  $\text{Cov}(Y_i, Y_j)$  es la covariancia entre las variables  $Y_i$  y  $Y_j$ . Por tanto el coeficiente mide la consistencia en función de dos términos: el número de ítems y la proporción de variancia total de la prueba  $V(Y_0)$  debida a la covariancia entre sus partes.

Para determinar cómo cada ítem refleja la fiabilidad de la escala, se puede calcular el coeficiente de alpha después de eliminar el ítem (uno a uno). El coeficiente alpha de Cronbach habiendo eliminado el  $k$ -ésimo ítem viene dado por:

$$\alpha_k = \left( \frac{p-1}{p-2} \right) \left( 1 - \frac{\sum_{i \neq k} V(Y_i)}{V(\sum_{i \neq k} Y_i)} \right)$$

Cuanto más cercano esté el valor del alpha de Cronbach a 1, mayor será la consistencia interna de los ítems que componen el instrumento de medida.

Este es un procedimiento que tiene como finalidad detectar hasta qué punto un instrumento permite evaluar o diagnosticar una determinada realidad como fiable. Se dice que un instrumento es fiable cuando realmente es capaz de medir aquello para lo que ha sido concebido.

### **B) Estudio de la sensibilidad y especificidad: Curvas de ROC**

Las curvas ROC tiene como finalidad determinar si la prueba tiene capacidad para discriminar entre un grupo de población afectado por la presencia de factores de riesgo y otro no afectado (Burgueño, M. García Bastos y González Buitrago, 1995). Se crea un modelo de regresión logística comparando los grupos 1 y 3, en los cuales se confirma un diagnóstico en salud mental y el grupo 2, o grupo control. De este análisis se descartan los casos incluidos en el estudio 4, debido a que la presencia o no de diagnóstico en salud mental no fue considerada en los criterios de inclusión o exclusión.

La curva ROC se obtiene representando la sensibilidad en el eje de ordenadas y 1, menos la especificidad en el eje de abscisas, para diferentes puntos de corte aplicados sobre el resultado de la prueba. Para cada uno de estos puntos, se ha calculado el porcentaje de los casos y controles bien clasificados y mal clasificados, el porcentaje total de niños bien clasificados, la sensibilidad y la especificidad, el porcentaje de falsos positivos y de falsos negativos. También se ha calculado el valor de sumpresida partir

del cual se debería tener en consideración a un niño como caso para obtener los resultados de cada punto de corte.

### **C. Análisis factorial (por estudios y grupos de edad)**

El análisis factorial surge impulsado por el interés de Pearson y Spearman (Peña, 2002) por comprender las dimensiones de la inteligencia humana en los años treinta del siglo pasado; muchos de sus avances se han producido en el área de la psicometría. Esta técnica consiste en explicar un conjunto de variables observadas a partir de un pequeño número de variables latentes, o no observadas, denominadas *factores*.

En el presente proyecto se realiza un análisis factorial por estudios y por grupos de edad, con el objetivo de reducir las dimensiones de la base de datos. Se ha utilizado el método de extracción de componentes principales. Para la extracción del número de factores se ha aplicado el criterio de valores propios inferiores a 1, método Kaiser (Peña, 2002). Este es uno de los criterios que mayormente se utiliza en psicometría. De esta manera, se pretende saber la cantidad mínima necesaria de factores para explicar la máxima variabilidad con menor número de factores. La interpretación de los factores se realiza a partir de las correlaciones entre las variables.

Se ha realizado un segundo análisis factorial, teniendo en cuenta la base de datos que no tiene repeticiones, debido a las franjas de edad, y, por lo tanto, se utiliza la variable *presque identifica presencia, ausencia o se desconoce* para cada uno de los ítems.

#### **4.5.3. LISMEN vs CBCL**

Se realiza un análisis descriptivo con el cual se compara los resultados del cuestionario CBCL respecto a los del LISMEN. Para ello, se crean tablas estadísticas, resúmenes de la variable generada *sumpresid* (suma de las variables que tienen presencia en cada caso) del LISMEN (mínimo, media, mediana, máximo y varianza) para cada uno de los rangos (patológico y normal) de cada trastorno medido por el CBCL.

## 5. RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados de los análisis estadísticos a los que se han sometido a las bases de datos generadas en esta investigación. Se comentan y se explican siguiendo el mismo orden que en el apartado anterior, en primer lugar la estadística descriptiva de los instrumentos utilizados y, posteriormente, los hallazgos referentes a la consistencia y fiabilidad interna del LISMEN, su especificidad y sensibilidad y el estudio de los posibles factores. Por último se señalan las dificultades encontradas en el análisis de la fiabilidad externa.

### 5.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA LISMEN

En primer lugar se estudia la distribución de las variables de forma global, sin diferenciar por estudios ni franjas de edad. Posteriormente, sí se realiza esta distinción. El motivo de esta descripción global es analizar, en el LISMEN, aspectos concretos como los ítems más frecuentes, si existen muchos casos sin ítems presentes o casos con información insuficiente.

La distribución según el sexo es bastante homogénea (Figura 3).

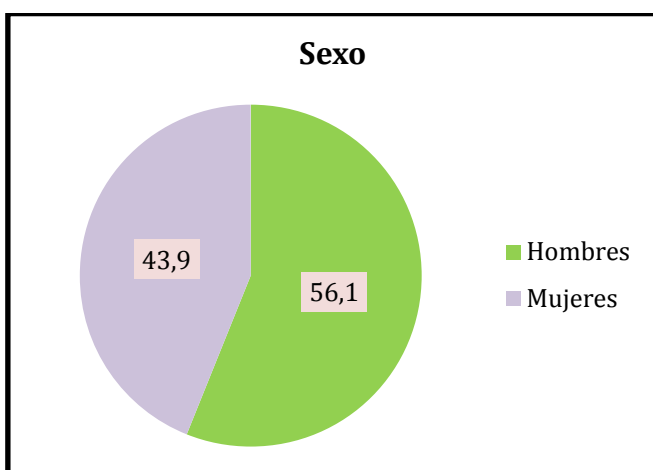


Figura 3: Distribución por sexo.

Se han obtenido tablas de frecuencia para cada variable nominal. Es decir, como ya se ha citado en apartados anteriores, los 86 ítems generaron 194 variables nominales.

Dichas tablas se pueden ver con detalle en el Anexo 9.4, de estadística descriptiva, punto 9.4.3 (pág 202). Tablas de frecuencias de variables nominales.

En ellas, por ejemplo en la tabla 2 de problemas obstétricos, se refleja los valores descriptivos sin la recodificación de presencia, ausencia o falta de información, explicada en el apartado 4.3.1.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	146	39,2	39,9	39,9
	1	106	28,5	29	68,9
	2	23	6,2	6,3	75,1
	3	2	0,5	0,5	75,7
	4	89	23,9	24,3	100
	Total	366	98,4	100	
Perdidos	Sistema	6	1,6		
Total		372	100		
<p><b>0: Se sabe que este ítem no está presente.</b></p> <p><b>1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.</b></p> <p><b>2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.</b></p> <p><b>3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.</b></p> <p><b>4: No se dispone de información suficiente.</b></p>					

Tabla 2: Frecuencias de la variable problemas obstétricos.

En esta variable que sólo se estudia una vez y no se repite en franjas de edad. Se observa que en el 35,2% de los casos ha estado presente algún tipo de problema obstétrico. Este porcentaje es el resultado de la suma de los porcentajes correspondientes a los valores 1, 2 y 3. Quizás así sea más fácil entender la recodificación de presencia, ausencia y falta de información .

Se podrían comentar estos descriptivos no recodificados, pero parece más relevante hacerlo sobre los resultados obtenidos tras la transformación en la nueva variable generada, presencia, en la que se suprimen las franjas de edad. Las frecuencias obtenidas son similares pero se mejora la claridad en la comprensión.

Disponemos de 86 variables correspondientes a los 86 ítems del LISMEN, sin distinguir franjas de edad. Los descriptivos de esta nueva base de datos se pueden consultar en el 9.4, punto 9.4.4: Tablas de las variables LISMEN sin considerar las franjas de edad. Las variables con mayor presencia, superior al 40% (Figura 4) y entre el 25% y el 40% (Figura 5), son:

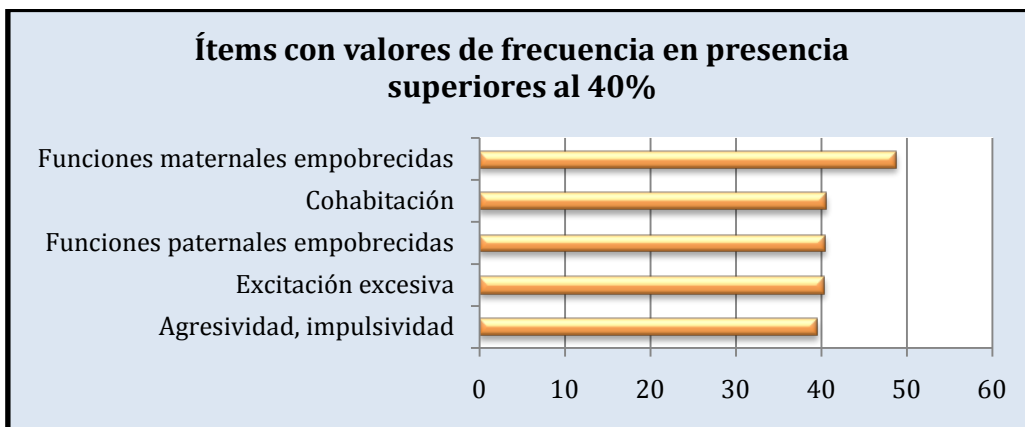


Figura 4: Ítems con valores de frecuencia en presencia superiores al 40%.

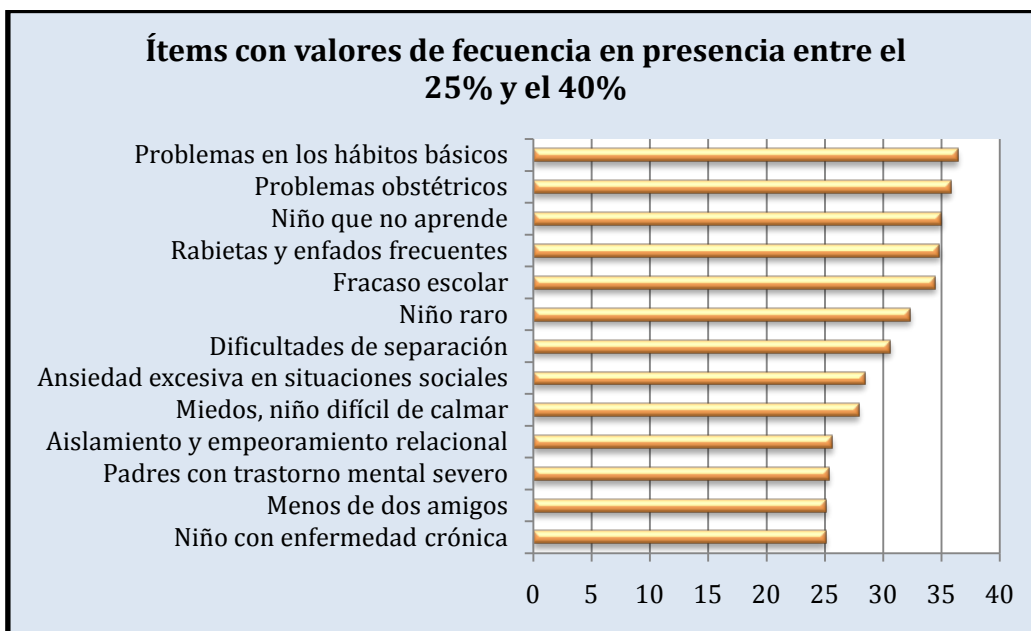


Figura 5: Ítems con valores de frecuencia en presencia entre el 25% y el 40%.

El estudio de todos los ítems o variables con presencia sin discernir muestras ni franjas de edad (Anexo 9.4, Tabla 9.4.4.12; pág 267) muestra que sólo existe un 4% de los



casos en el que no se halle ningún factor de riesgo en su biografía, lo que nos indica que la elección de los ítems es sintónica con los acontecimientos vitales que suceden en la vida de las personas. En el otro extremo se sitúa un caso que acumula 44 factores de riesgo.

El estudio de las variables según el momento en que aparecen, es decir, en qué etapa se manifiestan por primera vez y en qué etapa lo hacen por última vez, corrobora la idea de que un factor de riesgo se suele manifestar por primera vez en la primera etapa de edad, en la que es posible su medición. Una vez manifestada dicha presencia, se mantiene estable, en cuanto a frecuencia, y se sigue manifestando hasta la última etapa en que es posible su medición (Anexo 9. 4: Tablas 9.4.4.4 y 9.4.4.5; pág. 257).

Por ejemplo, la variable funciones maternas empobrecidas (Tabla 3) se mide por primera vez en la franja de edad o etapa 0-2 años, y por última en la de 12-17 años. Es una variable que se puede medir en todos los períodos de edad estudiados por el LISMEN. El número de casos en los que hay presencia predomina ligeramente en el primer período.

<b>Funciones maternas empobrecidas</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Presencia según franjas de edad</b>		
<b>En 0-2 años</b>	<b>65</b>	<b>17,52</b>
<b>En 3-5 años</b>	<b>36</b>	<b>9,70</b>
<b>En 6-11 años</b>	<b>25</b>	<b>6,74</b>
<b>En 12-17 años</b>	<b>55</b>	<b>14,82</b>
<b>En ninguna etapa</b>	<b>190</b>	<b>51,21</b>
<b>Total</b>	<b>371</b>	<b>100</b>

Tabla 3: Frecuencia de presencia de la variable funciones maternas empobrecidas.

El comportamiento de esta variable, a nivel descriptivo, es similar al resto de los ítems o variables medidos. Se puede realizar una consulta detallada de las frecuencias en el Anexo 9.4 (pág. 198) pero no se han observado frecuencias que hagan pensar en situaciones excepcionales.

La presencia total de factores de riesgo, uniendo los casos de los cuatro estudios, se sitúa en el 16,25% de las puntuaciones obtenidas (Anexo 9.4 - Tabla 9.4.4.2; pág. 256). Estas presencias han aparecido en una sola etapa en el 10,82%, en el resto, el 5,43% se presenta en dos o más etapas de edad (Anexo 9.4 - Tabla 9.4.4.3; pág. 257) (Figura 6).

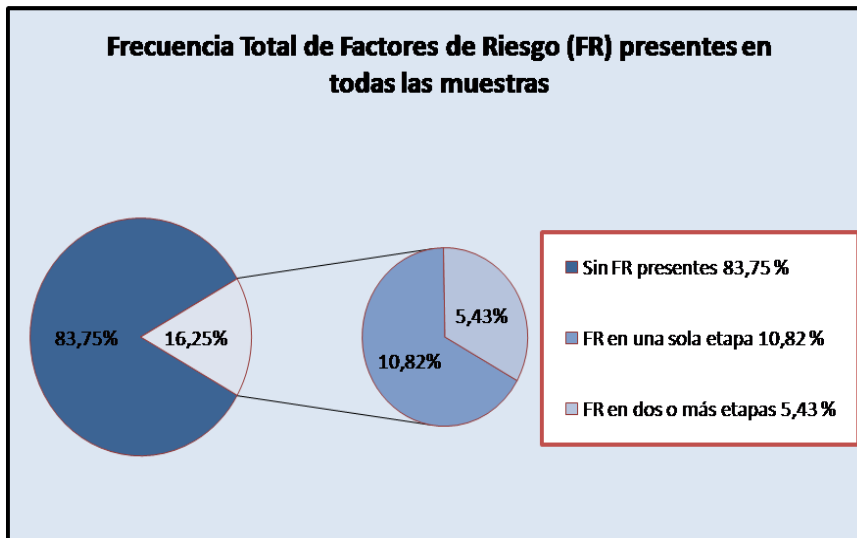


Figura 6: Frecuencias totales del valor presencia.

En general, también se puede observar que el desconocimiento de la información que las variables recogen es relativamente bajo (38,19%) (Anexo 9.4: Tabla 9.4.4.2; pág. 256). Es decir, los profesionales entrevistados pueden no tener sistematizada la información, pero al ser interrogados pueden tener un criterio sobre ella. Dicho desconocimiento aumenta en las variables exclusivas del último período estudiado, 12-17 años, algo que parece coherente dado que, si el profesional no lo pregunta directamente al adolescente, es difícil conocer si está expuesto a esos fenómenos psíquicos que están alterados (Anexo 9.4: Tabla 9.4.4.1; pág. 252).

#### **A) Acumulación de presencia de factores de riesgo según estudios**

Se estudia la presencia agrupando los ítems de 5 en 5 (Anexo 9.4, tablas de la 9.4.4.6 a 9.4.4.10; págs. 264-265). Puede verse, por ejemplo, que en el estudio 1 (Tabla 4), el 76,22% de los casos acumula entre 5 y 25 ítems o factores de riesgo de presencia.

sumpresid	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia acumulada	Porcentaje acumulado
-5	8	6,56	8	6,56
5-10	19	15,57	27	22,13
10-15	28	22,95	55	45,08
15-20	25	20,49	80	65,57
20-25	21	17,21	101	82,79
25-30	11	9,02	112	91,80
30-35	2	1,64	114	93,44
35-40	4	3,28	118	96,72
40-45	4	3,28	122	100

Tabla 4: Estudio 1, acumulación de presencia en los ítems.

En contraste, en el estudio 2, en el 76% de los casos la acumulación de ítems con presencia se sitúa entre 0 y 10. En el estudio 3, el 79% corresponde a un número de ítems entre 0 y 15, y en el estudio 4 casi el 70% se sitúa entre 0 y 5.

Si se agrupan los estudios de poblaciones en patológicas (estudios 1 y 3) y no patológicas (estudio 2) –cabe recordar que no se utiliza el estudio 4 para estas agrupaciones debido a que en los criterios de inclusión no se diferencia si existe o no una patología en salud mental–, el porcentaje para la primera agrupación es del 78,94% para el intervalo de entre 0 y 20 ítems por individuo, lo que indica una mayor presencia de factores de riesgo con respecto a la población normal (Figura 7).

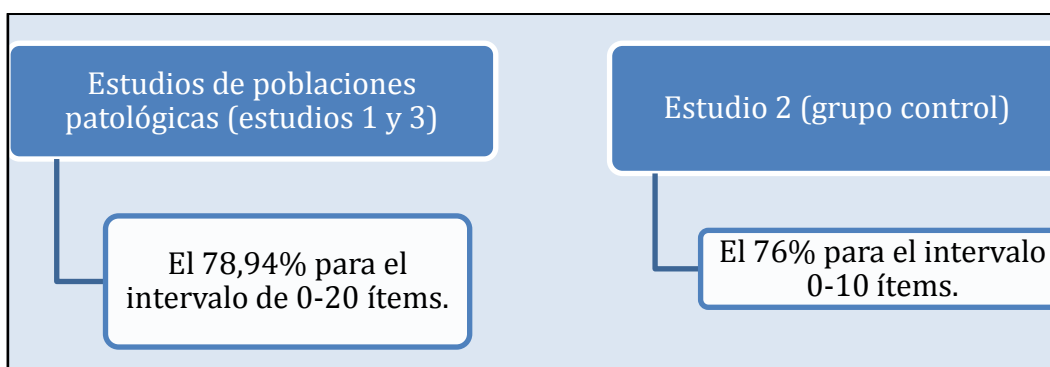


Figura 7: Porcentajes acumulados de presencia según estudios de grupos en riesgo y grupo control.

Pero de forma más clara se puede apreciar en los diagramas de cajas que representan estas distribuciones (Figura 8). Se observa que la mediana es más elevada en la población patológica: 16,8 en el estudio 1, y 11,2 en el estudio 3, con respecto a población no patológica del estudio 2, mediana situada en 3,7. En el estudio 4, mediana de 7,2 también se observa un número inferior de ítems, como se ha citado, se debe a que el estudio se realizó con todo el grupo de niños de edades comprendidas entre los 0 y los 24 meses. Como el grupo 2 es el grupo control, era de esperar que tuviesen menos acumulación de presencia de factores de riesgo que el resto de estudios. (9.4, Tabla 9.4.4.11)

Por lo tanto, estos datos representados en los gráficos indican la capacidad del LISMEN para funcionar como instrumento sensible a la detección de factores de riesgo, ya que, en el grupo control, la media que aparece es sensiblemente inferior (7,2), menor de 10, y en los grupos de población afectada, la media es superior a 10.

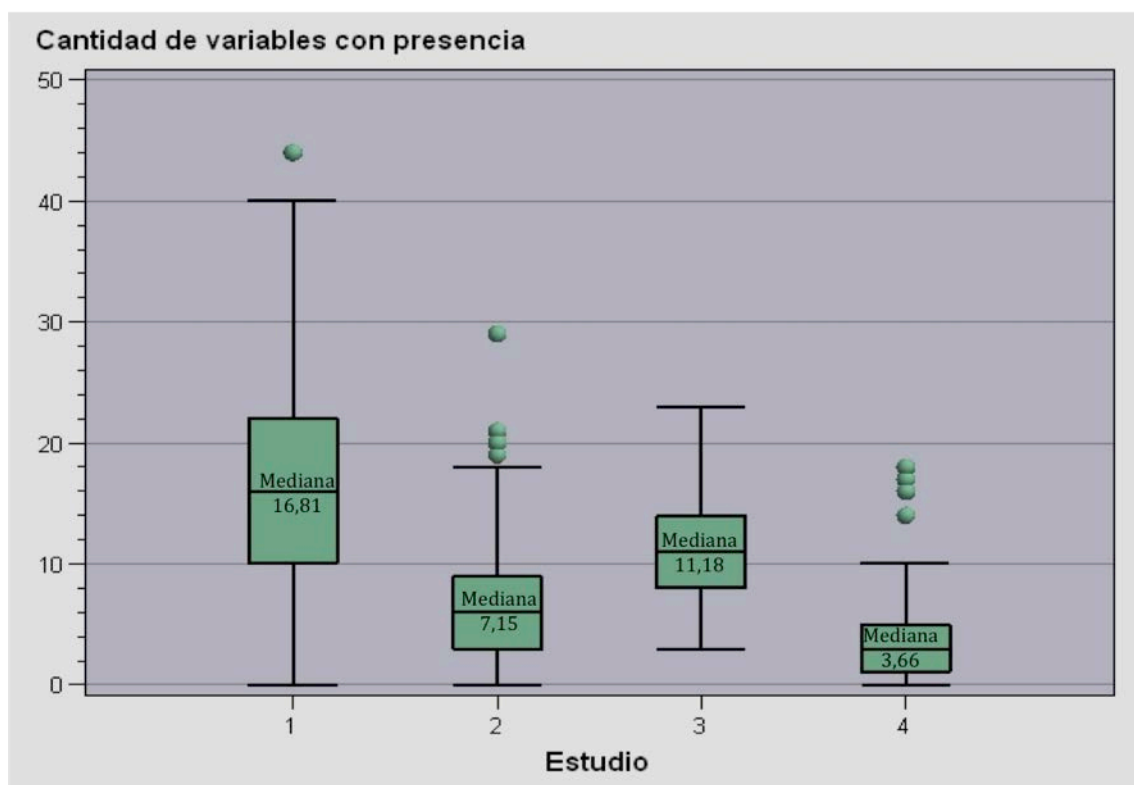


Figura 8: Diagrama de caja de la cantidad de variables con presencia según estudios.

Para evitar llegar a conclusiones erróneas, como no todos los estudios tienen el mismo número de ítems completados y cada franja de edad tiene un número de ítems diferentes, se consideró oportuno crear una nueva variable denominada *presencia relativa* y se definió como el cociente del número de ítems totales de un cierto paciente respecto al número de ítems totales que podría llegar a tener ese paciente.

A continuación se presentan los diagramas de caja de dicha variable (Figuras 9 y 10). Se puede observar que casi se repiten los resultados anteriormente comentados. En este caso también se diferenció por grupos de edad, y se obtuvieron las mismas conclusiones. En este último gráfico se observa que en los pacientes del estudio 1 de 6-17 años se han detectado más ítems con presencia que en los pacientes del mismo estudio de 0-5 años, este hecho seguramente está influido por tratarse de un estudio retrospectivo. En el estudio 2, grupo control, la presencia es idéntica, independiente de la edad. Los estudios 3 y 4 se efectuaron con niños y niñas menores de 5 años.

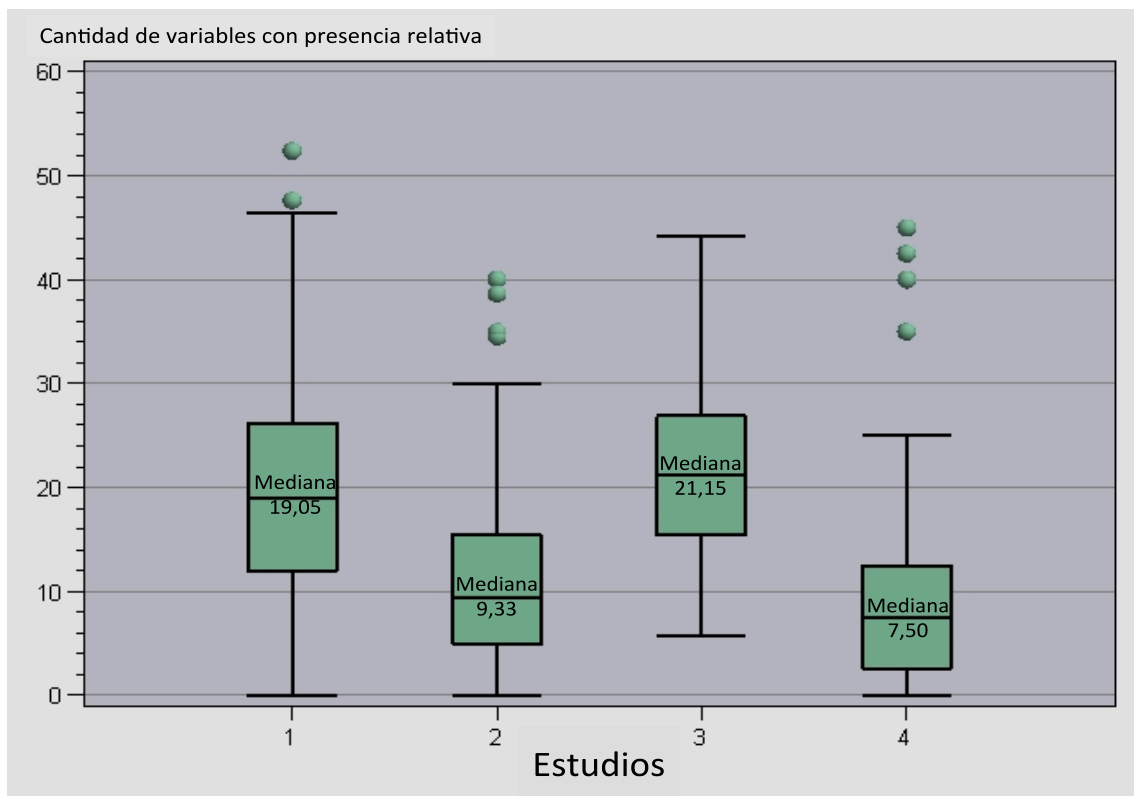


Figura 9: Diagrama de caja de la cantidad de variables con presencia relativa según estudios.

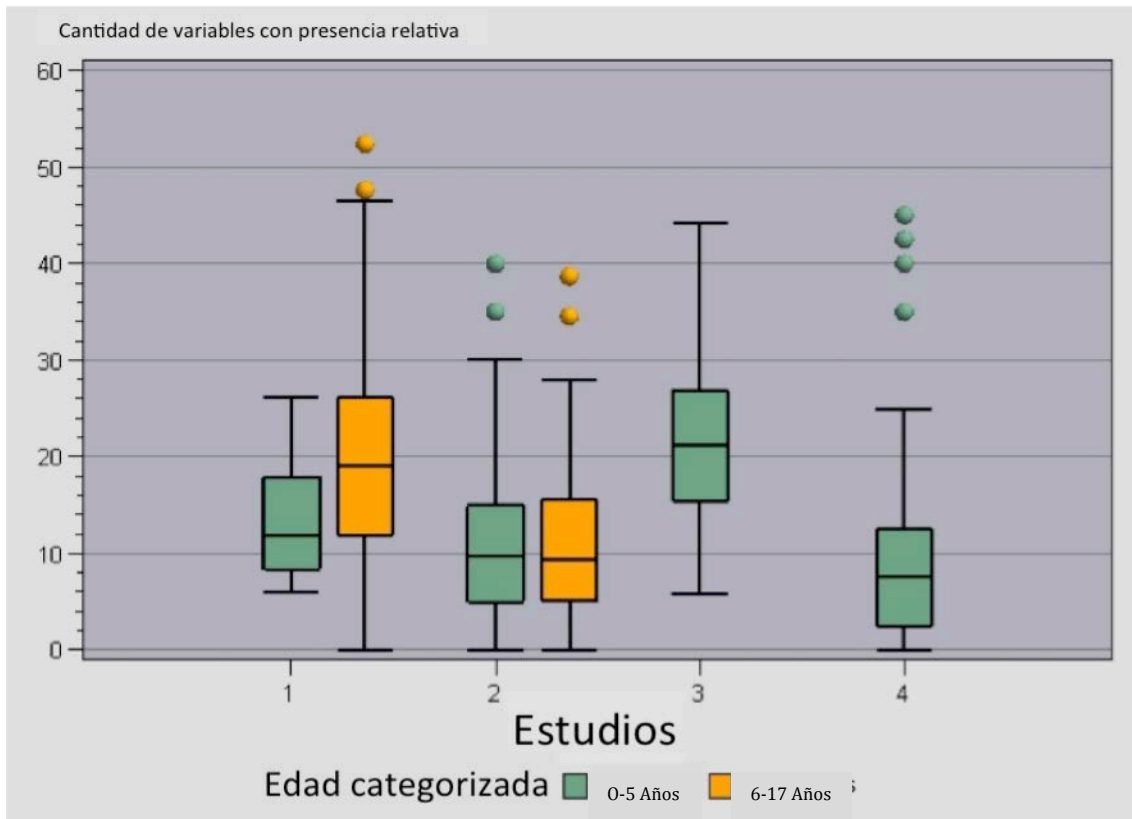


Figura 10: Diagrama de caja de la cantidad de variables con presencia relativa según edades y estudios.

En las siguientes tablas (Tablas 5 y 6), se realiza una comparación no paramétrica de las variables en las que ha habido presencia (sumpresidysumpresidrel). Se observa la significación y el valor de p de la prueba de contraste de Kruskal-Wallis. En este caso, el valor de p es  $<0,05$ , por lo tanto, se rechaza  $H_0$  que no hay diferencias entre estudios y sí se acepta la alternativa de que si que las hay y que estas son estadísticamente significativas.

Análisis variable: sumpresid. Variables con presencia: número de ítems.						
Estudio	N	Mínimo	Media	Mediana	Máximo	Varianza
1	122	0,00	16,81	13,00	44,00	87,64
2	125	0,00	7,15	6,00	29,00	32,63
3	39	3,00	11,18	11,00	23,00	25,57
4	86	0,00	3,66	3,00	18,00	12,81

Tabla 5: Comparación no paramétrica de la variable sumpresid entre estudios.

<b>Test de Kruskal-Wallis</b>	
Chi-Square	158.0414
DF	3
Pr>Chi-Square	<.0001

Tabla 5: Comparación no paramétrica de la variable sumpresidrel entre estudios.

<b>Análisis variable: sumpresidrel.</b>						
<b>VARIABLES CON PRESENCIA RELATIVA: PORCENTAJE DE ÍTEMS PRESENTES SOBRE ÍTEMS POSIBLES.</b>						
Estudio	N	Mínimo	Media	Mediana	Máximo	Varianza
1	122	0,00	20,01	19,05	52,38	124,21
2	125	0,00	11,01	9,33	40,00	68,38
3	39	5,77	20,93	21,15	44,23	81,96
4	86	0,00	9,16	7,50	45,00	80,09

<b>Test de Kruskal-Wallis</b>	
Chi-Square	94.6132
DF	3
Pr>Chi-Square	<.0001

Tabla 6: Comparación no paramétrica de la variable sumpresidrel entre estudios.

Estos datos nos indican que el LISMEN es un instrumento sensible a la detección de factores de riesgo en población afectada por algún tipo de patología mental, ya que la presencia en el grupo control de dichos factores es sensiblemente inferior. Se podría proponer, por lo tanto, establecer un punto de corte en la acumulación de presencia en factores de riesgo. Por lo que respecta a la psicopatología, su significado sería que aquel niño o adolescente que posea esta acumulación presentara una mayor probabilidad de desarrollar algún tipo de trastorno en salud mental, ya sea grave o transitorio. Evidentemente, dicha probabilidad podrá variar dependiendo de si se realizan o no los oportunos tratamientos preventivos.

## 5.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA CBCL

Se realiza un análisis descriptivo de cada variable del CBCL en el que se distingue entre 1, cuando las puntuaciones están incluidas en el intervalo que se considera trastorno (rango patológico), y 0 en caso contrario (rango normal). Debido al tamaño de la muestra (n = 50) y a su procedencia del grupo control, población normal, en la mayoría de los casos no se obtuvieron puntuaciones en el nivel de rango patológico (Anexo 9.4. Tablas 9.4.6; pág. 270.). En la siguiente figura se encuentra un resumen de las que se pueden encontrar en el anexo citado (Figura 11).

Puntuaciones de rango patológico en CBCL
Trastornos afectivos: 8
Trastornos de ansiedad: 7
Trastornos generalizados del desarrollo: 1 (*)
Trastornos somáticos: 1 (*)
Trastornos de déficit de atención: 5
Trastorno negativista desafiante: 5
Trastorno de conducta: 3 (*)
•(*) Estas variables sólo se miden en la primera franja de edad (1-5 años), sobre 24 casos, el resto sobre los 50.

Figura 11: Puntuaciones de rango patológico en el cuestionario CBCL.

Si se analiza variable por variable, por ejemplo, en la primera variable de trastornos afectivos (Anexo 9.4, tabla 9.4.6.1; pág. 270) se observa que en los casos de rango patológico para esta variable, que son 8, la presencia mediana de ítems LISMEN es de 5, pero, en el rango normal, la mediana es 4. Es decir, prácticamente no hay diferencias entre los dos rangos.

En la comparación no paramétrica entre las categorías de rango (normal o patológico) de un trastorno y la acumulación de factores de riesgo se encuentran p-valores



superiores a 0,05, por lo tanto, no existen diferencias estadísticamente significativas en el número total de ítems LISMEN entre rangos. Esto es así tanto si se analiza cada rango o trastorno del CBCL como si se analiza con el total de categorías del CBCL o, simplemente, diferenciando el sexo (Anexo 9.4, tablas de la 9.4.6.1 a la 9.4.6.9; págs. 270-275)

Estos resultados pueden estar determinados por el hecho de ser una muestra relativamente pequeña y, especialmente, por tratarse de población normal, en la que, como es esperable, el número de casos que puntúan patología en el CBCL es muy reducido. También concuerdan con los obtenidos en referencia al número de factores de riesgo detectados en población de riesgo psicopatológico y población normal. Es decir, era esperable que en ninguna variable del CBCL se acumulasen factores de riesgo por encima de 10, como así ha sido. Lo cual nos remite a la realización de nuevos estudios, en muestras de riesgo o patológicas, para el estudio de su posible correlación.

### 5.3 ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD Y CONSISTENCIA

Para evaluar la consistencia interna se han utilizado dos indicadores: el coeficiente kappa y el alpha de Cronbach. El primero se utiliza para medir el acuerdo entre cada pareja de ítems. El segundo para analizar la consistencia interna del conjunto de la escala.

#### 5.3.1 Kappa

Habitualmente, el valor de kappa está comprendido entre 0 y 1. En el apartado 4.5.2. se describió el significado de estos valores. Si el valor de p es menor a 0,05, se rechaza la hipótesis nula (kappa = 0) y se acepta la alternativa de que kappa sea diferente de 0. Se afirma, entonces, que hay una cierta concordancia entre la pareja de ítems medida.

Los valores kappa de las diferentes variables o ítems se analizan según los distintos estudios. En general se puede afirmar que la mayoría de los ítems no concuerdan, son independientes, esto indica que, en la construcción del listado, las posibles repeticiones de factores de riesgo, expresados con diferente texto, son mínimas. A continuación se comentan las puntuaciones según estudios. La totalidad de las tablas correspondientes a este apartado se encuentran en el Anexo 9.5 (pág. 276).

Estudio 1: Antecedentes en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Los ítems en los que se encuentra mayor concordancia (p menor a 0,05 y valor kappa igual o superior a 0,7) son fundamentalmente en las franjas de edad de 6-11 años y 12-17 años, ya que es en estas donde se había detectado mayor presencia de ítems. Son, en total 19 concordancias entre sí, de las 3.655 comparaciones posibles:

$$3.655 = \frac{(86 * 86) - 86}{2}$$

Por ejemplo (Tabla 7), el ítem con mayor concordancia es el de interferencia del pensamiento (V70) que lo hace, en la franja de 6-11 años, con: situaciones de guerra, tendencia al delirio, desorden en el pensamiento, percepciones anómalas por drogas y

percepciones anómalas sin drogas. Pero, la concordancia es sólo en una franja de edad.

<b>ÍTEMS CON VALORES KAPPA IGUALES O SUPERIORES A 0,7 (P-VALOR MENOR DE 0,05).</b>					
<b>VARIABLES / AÑOS</b>		<b>0 - 2</b>	<b>3-5</b>	<b>6-11</b>	<b>12-17</b>
<b>v15024</b>	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 0-24	V37			
<b>v22024</b>	Institucionalizaciones tempranas 0-24		V37	V37	V26 V35
<b>v23024</b>	Funciones paternas empobrecidas 0-24				V24
<b>v24024</b>	Funciones maternas empobrecidas 0-24				V23
<b>v26024</b>	Ingresos hospitalarios frecuentes 0-24				V22
<b>v35024</b>	Psicosis en madre 0-24	V37			V22
<b>v37024</b>	Situaciones de guerra/catástrofe 0-24	V15 V35	V22	V22 V70	V66
<b>v56611</b>	Retraso en lectoescritura 6-11			V57	
<b>v57611</b>	Trastorno en el grafismo 6-11			V56	
<b>v59611</b>	Enferma con frecuencia 6-11				V60 V67
<b>v60611</b>	Caídas frecuentes 6-11				V59
<b>v66611</b>	Maltrata animales 6-11				V37
<b>v67611</b>	Mentiras reiteradas 6-11				V59
<b>v68611</b>	Ideas raras 6-11			V69	
<b>v69611</b>	Tendencia al delirio: autorreferencial 6-11			V68 V70	
<b>v70611</b>	Interferencias del pensamiento 6-11			V37 V73 V74 V69 V71	V71
<b>v71611</b>	Desorden del pensamiento 6-11			V70	V70
<b>v73611</b>	Percepciones anómalas por drogas 6-11			V70 V74	
<b>v74611</b>	Percepciones anómalas sin drogas 6-11			V70 V73	

Las V (variables) señaladas son con las que concuerdan.

Tabla 7: Estudio 1. Total 19 ítems concuerdan entre sí.

En el resto de estudios se realiza un breve comentario de las concordancias encontradas, pueden consultarse las tablas en el Anexo 9.5(pág. 276).

Estudio 2: Población general asistida, grupo control. En este grupo existen 26 concordancias de las 3.655 posibles. También la concordancia se da con mayor frecuencia en las variables cuando los niños alcanzan las edades comprendidas entre los 6 y los 17 años.

Estudio 3: Niños en los que se ha detectado riesgo. En este grupo, la concordancia se da en 13 comparaciones de las 1.326 posibles. Este número menor está relacionado con el hecho de que en este estudio sólo se utilicen las dos primeras franjas del LISMEN, es decir 52 variables entre 0 y 5 años.

$$1.326 = \frac{(52 * 52) - 52}{2}$$

Resulta significativo que la variable retraimiento en la relación concuerde con la de aislamiento relacional. En este sentido se producen concordancias que podríamos denominar *coherentes*, de dos a dos, como el retraso en el desarrollo psicomotor y el retraso en la deambulaci3n. En el Anexo 9.5 citado se puede observar alguna m1s.

Estudio 4: Recién nacidos del barrio de La Mina. En este estudio, las concordancias son mínimas. La edad de los integrantes de la muestra, entre 0 y 2 años, puede influir en este hecho. Así pues, tan sólo se encuentra concordancia en los ítems del Apgar, al minuto y a los 10 minutos, y entre los ítems de abusos sexuales y agresividad en la familia. En estas edades, el LISMEN consta de 40 ítems (780 concordancias posibles). No por minoritarias las concordancias pierden su valor relevante.

Estudio 5: Agrupaci3n de datos de los estudios 1, 3 y 4, es decir, de las poblaciones de riesgo. En este estudio son 32 los ítems que concuerdan y con mezclas entre sí, no simplemente dos a dos como ocurría en estudios anteriores. Quiz1s el número m1s elevado de ítems concordantes: 32, sobre las m1s de 3.655 posibles, tenga relaci3n con la mayor presencia de patología. Al agrupar los tres estudios se incluyeron las variables Apgar 1 y Apgar 10 propias del estudio 3, de ah3 la expresi3n de m1s de 3.655 concordancias posibles.

A modo de conclusi3n de este apartado, se realiza una comparaci3n entre los ítems que tienen concordancia en el estudio 2 del grupo control y del estudio 5, de los grupos de riesgo psicopatol3gico y se diseña la Tabla 8 en la que se recogen las concordancias comunes.

<b>Concordancias comunes al grupo control y a los grupos de riesgo:</b>				
Valores kappa superiores a 0,7 (p<0,05)				
Concordancias	Edades			
	0-2	3-5	6-11	12-17
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalías en el juego</li> <li>Autosensorialidad (balanceo)</li> </ul>	x	x	No aplicable	No aplicable
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalías en el juego</li> <li>Utilización de hipnóticos y tranquilizantes</li> </ul>	x			No aplicable
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalías en el juego</li> <li>Daños neurológicos</li> <li>Trastorno grave de la relación</li> </ul>	x	No aplicable	No aplicable	No aplicable
<ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalías en el juego</li> <li>Dificultades para la lateralidad</li> </ul>	No aplicable	x	x	No aplicable
<ul style="list-style-type: none"> <li>Abusos sexuales en el niño</li> <li>Agresividad en la familia</li> </ul>	x		x	x
<ul style="list-style-type: none"> <li>Excitación excesiva</li> <li>Enfados frecuentes</li> </ul>	No aplicable	x	x	x
<ul style="list-style-type: none"> <li>Niño raro</li> <li>Aislamiento y empeoramiento relacional</li> </ul>	No aplicable	x	x	x
<ul style="list-style-type: none"> <li>Interferencias del pensamiento</li> <li>Percepciones anómalas</li> </ul>	No aplicable	No aplicable	x	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Interferencias del pensamiento</li> <li>Tendencia al delirio</li> </ul>	No aplicable	No aplicable	x	

No aplicable: uno de los ítems que correlaciona no está presente en ese rango de edad.

Tabla 8: Concordancias comunes al grupo control y a los grupos de riesgo.

Puede observarse que tan sólo las concordancias entre excitación excesiva y rabieta y el ítem del niño raro con aislamiento relacional se producen en todas las edades en que el ítem es aplicable. Las concordancias del ítem de anomalías en el juego con

autosensorialidad, dificultades de lateralidad, daños neurológicos y trastorno grave de la relación también se producen en las franjas de edad en las que se pueden aplicar.

Con estos datos se puede pensar en si es adecuado o no suprimir alguno de los ítems concordantes. Pero, globalmente, los datos son relevantes en cuanto a la práctica inexistencia de concordancia: en ningún caso se llega al 1% de las posibles. En conclusión no existen prácticamente repeticiones entre los conceptos implícitos en los ítems.

### **5.3.2 Alpha de Cronbach**

En este indicador cuanto más cercano esté el valor a 1, mayor será la consistencia interna de la prueba:

- Alpha mayor que 0,9: el instrumento de medición es excelente.
- Alpha en el intervalo 0,9-0,8: el instrumento es bueno.
- Alpha entre 0,8-0,7: el instrumento es aceptable.
- Alpha en el intervalo 0,7-0,6: el instrumento es débil.
- Alpha entre 0,6-0,5: el instrumento es pobre.
- Alpha menor que 0,5: no es aceptable.

En la tabla 9, de la página 107, se muestra un resumen de las puntuaciones alpha de Cronbach, corresponden a las obtenidas en todos los estudios en la franja de edad de 0 a 2 años. En el Anexo 9.5 (pág. 276) se pueden consultar las puntuaciones de todos los estudios en las respectivas franjas de edad.

En primer lugar, cabe destacar que las puntuaciones totales del alpha, por franjas de edad y estudios, se sitúan siempre entre el 0,80 y el 0,98, lo que nos indica que la consistencia interna de la prueba es entre excelente y buena (Nunnally y Bernstein, 1994). En general, cuando es posible, se utiliza la puntuación estandarizada, si no es así se utiliza la puntuación no estandarizada.

En las tablas también se reflejan los resultados de las puntuaciones alpha de cada variable con respecto al total, lo que se ha denominado *correlación ítem-total*. Esta se obtiene cuando se elimina dicha variable o ítem en la prueba de Cronbach y se compara el valor obtenido para ese ítem con el global. De esta forma se determina el nivel de información que la citada variable o ítem aportan al listado LISMEN. Así, por ejemplo, en el estudio 1 (0-2 años) el alpha global es 0,8120 y en la variable o ítem mala nutrición durante el embarazo es 0,8073. Este alpha obtenido al eliminar dicha variable y realizar la prueba de Cronbach es inferior al global. Este hecho indica que mala nutrición durante el embarazo es un ítem a mantener, porque aporta información respecto al conjunto de variables o ítems del listado.

En la tabla 9 se señalan, con diferentes colores para cada estudio, los valores que aportan información al listado, es decir, los valores que son inferiores al alpha global de cada estudio. Los valores con fondo blanco no aportan información. Tanto en la tabla 9 como en la que se encuentra en el Anexo 9.5 (pág. 276), se puede observar que la mayoría de ítems aporta información en las diferentes franjas de edad y que no existe un ítem que no aporte información en todas las edades y en todos los estudios. Es decir, no existe una línea de puntuaciones que esté totalmente en blanco.

ALPHA DE CRONBACH - CONSISTENCIA INTERNA						
		Información 0-2 años				
		Estudio 1	Estudio 2	Estudio 3	Estudio 4	Estudios 1,3,4
<b>Variables</b>	<b>Alpha total</b>	<b>0,812047</b>	<b>0,832968</b>	<b>0,845141</b>	<b>0,830984</b>	<b>0,950894</b>
Apgar 1 minuto			0,83169		0,834991	0,952693
Apgar 10 minutos			0,829446		0,833044	0,952478
Prob. Obstétricos		0,810822	0,840138	0,854817	0,83301	0,952182
Bajo peso al nacer		0,808759	0,831925	0,849043	0,832002	0,950716
Gestación acortada		0,805264	0,824891	0,844189	0,827932	0,948977
Mala nutrición embarazo		0,807331	0,829125	0,836896	0,828117	0,949282
Depresión embarazo y puerperio		0,813977	0,823865	0,840846	0,820179	0,949769
Gripe o infecciones madre emb.		0,817449	0,827715	0,846069	0,827349	0,949595
Trast. emocional en embarazo		0,817151	0,824957	0,843941	0,817793	0,950417
Nacimiento en cond. masificadas		0,803353	0,827785	0,839459	0,815814	0,949136
Daños neurológicos perinatales		0,799278	0,822859	0,842365		0,948067
Infecciones SNC		0,796842	0,823357	0,838558		0,947738
Trast. grave relación: no sonríe		0,801986	0,826414	0,840012		0,948383
Retraimiento en la relación 0-24		0,815528	0,827068	0,842879	0,828662	0,948937
Miedos. niño difícil de calmar 0-24		0,825448	0,830573	0,840196	0,833103	0,950527
Tr. Sueño: se despierta a menudo 0-24		0,805784	0,833553	0,846741	0,831454	0,950209
Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 0-24		0,797493	0,829377	0,84389		0,948194
Cohabitación 0-24		0,818555	0,832368	0,85106	0,837091	0,953698
Anomalías en el juego: agresivo 0-24		0,800817	0,8237	0,839916	0,829201	0,948213
Retraso en desarrollo psicomotor 0-24		0,814382	0,832847	0,842856	0,831978	0,949279
Autosensorialidad: balanceo 0-24		0,808731	0,825851	0,834398	0,828309	0,947999
Retraso en la deambulación		0,810444	0,830387	0,842913	0,832718	0,949622
Separación temprana de los padres		0,795715	0,829758	0,840962	0,819947	0,949074
Institucionalizaciones tempranas 0-24		0,80413	0,831292	0,836199	0,828183	0,948939
Funciones paternas empobrecidas 0-24		0,813302	0,827459	0,837731	0,823227	0,950646
Funciones maternas empobrecidas 0-24		0,814043	0,833049	0,83635	0,819625	0,950601
Dif. lactancia materna con hermanos		0,801118	0,837925	0,847963	0,83204	0,951396
Ingresos hospitalarios frecuentes 0-24		0,799239	0,832484	0,844722	0,829334	0,949238
Falta de higiene y cuidados básicos 0-24		0,796576	0,829874	0,835803	0,823401	0,948704
Rechazo de alimentación: vómitos 0-24		0,809234	0,831484	0,847399	0,831173	0,949709
Abusos Sexuales en niño 0-24		0,808728	0,822439	0,832362	0,824652	0,949125
Agresividad en la familia 0-24		0,814717	0,822308	0,831923	0,818036	0,949391
Padres con Tr. Mental Severo 0-24		0,809328	0,824806	0,83748	0,823051	0,95026
Padres con Tr. Toxicomanías 0-24		0,797936	0,824562	0,840593	0,818634	0,948605
Nivel socio-económico marginal 0-24		0,804866	0,82696	0,844087	0,818096	0,948792
Psicosis en padre 0-24		0,803056	0,832795	0,845505	0,82452	0,948304
Psicosis en madre 0-24		0,803015	0,834527	0,839887	0,825584	0,949141
Psicosis en hermanos 0-24		0,809535	0,830864	0,832742	0,825026	0,949608
Situaciones de guerra/catástrofe 0-24		0,809202		0,833803	0,82873	0,948076
Niño con enfermedad crónica 0-24		0,819535	0,837319	0,84907	0,829614	0,951224

Tabla 9: Puntuaciones alpha de Cronbach en la franja de 0-2 años de todos los estudios.

La correlación derivada de la prueba del alpha de Cronbach mide la asociación o interdependencia entre las variables en muestras o poblaciones que no cumplen el supuesto de normalidad, como en este caso. En el Anexo 9.5 (pág. 276). aparecen las tablas resumen de la prueba, se muestran por estudios y franjas de edad y son un resumen de las originales, dado que por cuestiones de espacio no se pueden reproducir en papel las tablas del aplicativo SAS. El criterio aplicado para elaborarlas ha sido tener en cuenta sólo los valores superiores a 0,75, como se recomienda en investigación (Nunnally y Bernstein, (1994).



Por ejemplo, en el estudio 1, en la primera franja de edad 0-2 años, la tabla original de correlaciones del programa estadístico SAS-SPSS es de 38 por 38 ítems y queda reducida a la siguiente tabla (Tabla 10) al eliminar los valores inferiores a 0,75.

ÍTEMS	v10024	v15024	v35024	v37024	v9024	
<b>v10024</b>	.	0,87	.	.	0,81	v10004 – Infecciones en el sistema nervioso central (SNC).
<b>v15024</b>	0,87	.	.	.	.	v15024 – Utilizan hipnóticos.
<b>v35024</b>	.	.	.	0,76	.	v35024 – Psicosis en madre.
<b>v37024</b>	.	.	0,76	.	.	v37024 – Situaciones de catástrofe.
<b>v9024</b>	0,81	.	.	.	.	v9024 – Daños neurológicos.

Tabla 10: Estudio 1. Edad 0-2 años.

Como puede observarse, las correlaciones son mínimas, aunque importantes. Pero, si se observan las tablas atentamente, no encontramos repeticiones de forma sistematizada; es decir, las variables, en general, son independientes entre sí.

A continuación, se comentan los resultados del estudio del grupo control (Tablas 11, 12, 13 y 14) y del estudio que agrupa las muestras de riesgo (Tablas 15, 16, 17 y 18).

ÍTEMS	v17024	v19024	v29024	v30024	v5024	v7024	v9024
<b>v17024</b>	.	0,76	.	.	.	.	0,76
<b>v19024</b>	0,76	.	.	.	.	.	.
<b>v29024</b>	.	.	.	0,88	.	.	.
<b>v30024</b>	.	.	0,88	.	.	.	.
<b>v5024</b>	.	.	.	.	.	0,76	.
<b>v7024</b>	.	.	.	.	0,76	.	.
<b>v9024</b>	0,76	.	.	.	.	.	.

Tabla 11: Correlaciones en el grupo control (estudio 2). Edad 0-2 años.

ÍTEMS	v1735	v1935	v2935	v3035	v4135	v4335	v4435	v4635	v4835	v4935
v1735	.	0,75	.	.	0,83	.	.	0,84	.	.
v1935	0,75	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v2935	.	.	.	0,77	.	.	.	.	.	.
v3035	.	.	0,77	.	.	.	.	.	.	.
v4135	0,83	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v4335	.	.	.	.	.	.	0,84	.	.	.
v4435	.	.	.	.	.	0,84	.	.	.	.
v4635	0,84	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v4835	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,88
v4935	.	.	.	.	.	.	.	.	0,88	.

Tabla 12: Correlaciones en el grupo control (estudio 2). Edad 3-5 años.

ÍTEMS	v15611	v17611	v29611	v30611	v39611	v40611	v41611	v46611	v48611	v49611	v55611	v56611	v57611	v63611	v66611	v69611	v70611	v73611
v15611	.	.	.	.	.	.	0,83	0,84	.	.	.	.	.	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
v17611	.	.	.	.	.	.	0,83	0,84	.	.	.	.	.	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
v29611	.	.	.	0,91	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v30611	.	.	0,91	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v39611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.
v40611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,79	.	.	.	.	.	.	.
v41611	0,83	0,83	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,80	.	.	.	.	.
v46611	0,84	0,84	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,89	0,89	0,89	0,89	0,89
v48611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,87	.	.	.	.	.	.	.	.
v49611	.	.	.	.	.	.	.	.	0,87	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v55611	.	.	.	.	.	0,79	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v56611	.	.	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v57611	.	.	.	.	.	.	0,80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v63611	0,75	0,75	.	.	.	.	.	0,89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v66611	0,75	0,75	.	.	.	.	.	0,89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v69611	0,75	0,75	.	.	.	.	.	0,89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v70611	0,75	0,75	.	.	.	.	.	0,89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v73611	0,75	0,75	.	.	.	.	.	0,89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Tabla 13: Correlaciones en el grupo control (estudio 2). Edad 6-11 años.

ÍTEMS	v151217	v261217	v271217	v291217	v301217	v341217	v391217	v411217	v431217	v441217	v451217	v481217	v491217	v611217	v651217	v711217	v751217	v801217	v821217	v831217
v151217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,94	.	0,76
v261217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,81	0,81	.	.	.
v271217	.	.	.	.	.	0,75	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v291217	.	.	.	.	0,96	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v301217	.	.	.	0,96	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v341217	.	.	0,75	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v391217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,84	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v411217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,94	.	0,76	.
v431217	.	.	.	.	.	.	.	.	0,88	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v441217	.	.	.	.	.	.	.	0,88	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v451217	.	.	.	.	.	.	0,84	.	.	.	0,79	0,79	.	.	.	.	.	.	.	.
v481217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,79	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v491217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,79	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v611217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,88	.	.	.	.	.	.
v651217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,88	.	.	.	.	.	.	.
v711217	.	0,81	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v751217	.	0,81	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v801217	0,94	.	.	.	.	.	.	0,94	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,81	0,91
v821217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,81	.	0,89
v831217	0,76	.	.	.	.	.	.	0,76	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,91	0,89	.

Tabla 14: Correlaciones en el grupo control (estudio 2). Edad 12-17 años.

En estas tablas se observa que los ítems correlacionados son pocos en relación a los posibles, además no se aprecian, visualmente, agrupaciones de correlaciones que se repitan en las diferentes edades.

Este hecho es común para la mayoría de variables. Por este motivo se puede afirmar que, en general, no están correlacionadas, es decir, son independientes. Las correlaciones son diferentes según los estudios y franjas de edad, por lo tanto, existe una influencia directa del tipo de población objeto de estudio.

Las tablas correspondientes al grupo control muestran menor cantidad de correlaciones en relación a las del estudio que agrupa las poblaciones de riesgo. Aquí se aprecia el aumento en las edades cercanas a la adolescencia, cuando la patología ya inicia sus manifestaciones y el riesgo ya es evidente (Tablas 17 y 18).

No obstante, este aumento es relativo, porque es hay que recordar que las tablas mostradas son un resumen de las originales que se encuentran en el aplicativo SAS. Por ejemplo, la tabla 15 de los estudios 1, 3 y 4, grupos de riesgo, en su franja de 12 a 17 años, es un cuadro-resumen de 27 por 27 variables que correlacionan por encima de 0,75. Pero en el aplicativo SAS, el cuadro tiene una extensión de 62 por 62 variables, ya que son 62 los ítems que explora el LISMEN en esa franja de edad. Este hecho aporta información sobre el comportamiento, mayoritariamente, independiente de las variables.

Sí que se puede decir que en los grupos de riesgo, el aumento del número de variables que correlacionan o, dicho en otras palabras, la “nube” de correlaciones estadísticamente significativas se sitúan en torno a las siguientes variables, que correlacionan sí (Tablas 17 y 18).

Como se señalaba, algunos son ítems que reflejan conductas y comportamientos de riesgo psicopatológico cercanos a los síntomas del trastorno propiamente dicho. En algunos casos son las denominadas señales de alarma del Protocolo de actividades preventivas en pediatría (PAPEP-SM - Tizón et al., 2008). De hecho, una acumulación de ellos es criterio diagnóstico en las clasificaciones de salud mental.

v15 Utilizan hipnóticos/tranquilizantes	v68 Ideas raras
v17 Anomalías en el juego: agresivo	v69 Tendencia al delirio: autorreferencial
v22 Institucionalizaciones tempranas	v70 Interferencias del pensamiento
v37 Situaciones de guerra/catástrofe	v71 Desorden del pensamiento
v41 Dificultades en la lateralidad	v72 Tics crónicos
v46 Encopresis	v73 Percepciones anómalas por drogas
v66 Maltrata animales	v74 Percepciones anómalas sin drogas
v67 Mentiras reiteradas	

ÍTEMS	v10024	v11024	v15024	v17024	v19024	v29024	v30024	v34024	v37024	v9024
v10024	.	0,76	0,87	.	0,76	.	.	.	0,87	0,89
v11024	0,76	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v15024	0,87	.	.	.	.	.	.	.	0,79	0,78
v17024	.	.	.	.	0,77	.	.	.	.	.
v19024	0,76	.	.	0,77	.	.	.	.	.	.
v29024	.	.	.	.	.	.	0,85	.	.	.
v30024	.	.	.	.	.	0,85	.	.	.	.
v34024	.	.	.	.	.	.	.	.	0,75	.
v37024	0,87	.	0,79	.	.	.	.	0,75	.	0,78
v9024	0,89	.	0,78	.	.	.	.	.	0,78	.

Tabla 15: Correlaciones en el grupo de riesgo (estudios 1,3 y 4). Edad 0-2 años.

ÍTEMS	v1235	v1535	v1735	v1935	v2235	v2635	v2935	v3035	v3235	v3435	v3735	v4135	v4335	v4435	v4835	v4935
v1235	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,75
v1535	.	.	0,76	0,81	.	.	.	.	.	.	0,79	.	.	.	.	.
v1735	.	0,76	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,78	.	.	.	.
v1935	.	0,81	.	.	.	.	.	.	.	.	0,77	0,80	.	.	.	.
v2235	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,82	.	.	.	.	.
v2635	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,75	.	.	.	.	.
v2935	.	.	.	.	.	.	.	0,80	.	.	.	.	.	.	.	.
v3035	.	.	.	.	.	.	0,80	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v3235	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,76	.	.	.	.	.	.
v3435	.	.	.	.	.	.	.	.	0,76	.	0,76	.	.	.	.	.
v3735	.	0,79	.	0,77	0,82	0,75	.	.	.	0,76	.	.	.	.	.	.
v4135	.	.	0,78	0,80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v4335	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,78	.	.
v4435	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,78	.	.	.
v4835	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,87
v4935	0,75	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,87	.

Tabla 16: Correlaciones en el grupo de riesgo (estudios 1,3 y 4). Edad 3-5 años.

ÍTEMS	v15611	v17611	v22611	v26611	v29611	v30611	v34611	v37611	v39611	v41611	v46611	v48611	v49611	v54611	v56611	v57611	v62611	v63611	v66611	v67611	v68611	v69611	v70611	v71611	v72611	v73611	v74611	v75611		
v15611	.	0,80	.	.	.	.	.	.	.	.	0,84	.	.	.	.	.	.	.	0,79	0,78	.	0,76	0,79	0,80	.	0,82	.	.		
v17611	0,80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,84	.	.	.	.	.	.	.	0,81	0,77	.	0,76	.	0,75	.	0,76	.	.		
v22611	.	.	.	0,77	.	.	0,78	0,89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,77	.	0,79	0,85	0,77	.	0,81	0,75	.		
v26611	.	.	0,77	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,77	.	.	.	.	.	.	0,76	.	.		
v29611	.	.	.	.	.	0,85	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v30611	.	.	.	0,85	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v34611	.	.	0,78	.	.	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,75	0,77	.	.	.	.	.	.	
v37611	.	.	0,89	.	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,80	0,83	0,82	0,90	0,91	0,83	.	0,87	0,81	.	.	
v39611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v41611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,83	.	.	.	0,78	0,77	.	0,76	0,78	0,75	.	0,75	.	.	.	
v46611	0,84	0,84	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,89	0,89	.	.	0,89	0,89	.	.	0,89	.	.	.	.	
v48611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,82	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v49611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,82	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v54611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,79	0,78	.	.	.	0,75	.	.	.	.	.	
v56611	.	.	.	.	.	.	.	.	0,80	.	.	.	.	.	.	0,82	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v57611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,83	.	.	.	0,82	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v62611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,80	0,79	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v63611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,89	.	.	.	.	.	.	.	0,75	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	.	
v66611	0,79	0,81	.	0,77	.	.	.	0,80	.	0,78	0,89	.	.	0,79	.	.	0,80	0,75	.	0,94	0,82	0,88	0,88	0,86	0,76	0,90	0,82	.		
v67611	0,78	0,77	0,77	.	.	.	.	0,83	.	0,77	.	.	.	0,78	.	.	0,79	.	0,94	.	0,88	0,87	0,89	0,87	0,77	0,89	0,82	0,78		
v68611	.	.	.	.	.	.	.	0,82	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,82	0,88	.	0,90	0,88	0,90	.	0,84	0,78	.	.	
v69611	0,76	0,76	0,79	.	.	.	0,75	0,90	.	0,76	0,89	.	.	.	.	.	0,78	0,88	0,87	0,90	.	0,96	0,87	.	0,91	0,83	.	.		
v70611	0,79	.	0,85	.	.	.	0,77	0,91	.	0,78	0,89	.	.	.	.	.	.	.	0,88	0,89	0,88	0,96	.	0,91	0,78	0,91	0,85	.		
v71611	0,80	0,75	0,77	.	.	.	.	0,83	.	0,75	.	.	.	0,75	.	.	.	.	0,86	0,87	0,90	0,87	0,91	.	0,81	0,89	0,83	.		
v72611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,76	0,77	.	.	0,78	0,81	.	.	.	.	.	
v73611	0,82	0,76	0,81	0,76	.	.	.	0,87	.	0,75	0,89	.	.	.	.	.	.	.	0,90	0,89	0,84	0,91	0,91	0,89	.	.	0,87	.		
v74611	.	.	0,75	.	.	.	.	0,81	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,82	0,82	0,78	0,83	0,85	0,83	.	0,87	.	.	.	
v75611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Tabla 17: Correlaciones en el grupo de riesgo (estudios 1,3 y 4). Edad 6-11 años.

ÍTEMS	v221217	v271217	v291217	v301217	v331217	v371217	v431217	v441217	v481217	v491217	v611217	v651217	v661217	v671217	v681217	v691217	v701217	v711217	v721217	v731217	v741217	v781217	v801217	v811217	v821217	v831217	v841217		
v221217	.	.	.	.	.	0,86	.	.	.	.	.	.	0,77	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v271217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,76	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v291217	.	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v301217	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v331217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,76	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v371217	0,86	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,88	0,78	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,78	
v431217	.	.	.	.	.	.	.	0,82	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v441217	.	.	.	.	.	.	0,82	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v481217	.	.	.	.	.	.	.	.	0,87	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v491217	.	.	.	.	.	.	.	.	0,87	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v611217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,76	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v651217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,76	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v661217	0,77	0,76	.	.	0,76	0,88	.	.	.	.	.	.	.	0,95	.	.	.	.	.	0,79	0,83	.	.	.	.	.	.	0,79	
v671217	.	.	.	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	.	0,95	.	.	.	0,76	0,86	0,84	.	0,79	.	.	.	.	.	.	
v681217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,89	0,84	0,85	.	.	.	0,77	.	.	.	0,82	.	.	.	
v691217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,89	.	0,83	0,83	.	.	.	0,83	.	.	.	.	.	.	
v701217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,84	0,83	.	0,85	.	.	.	0,77	.	.	.	.	.	.	
v711217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,76	0,85	0,83	0,85	.	.	0,77	.	0,76	.	.	0,84	.	.	.	
v721217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,79	0,86	.	.	.	0,77	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v731217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,83	0,84	.	.	.	.	.	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	
v741217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,77	0,83	0,77	0,76	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v781217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,79	.	.	.	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	.	.	
v801217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,81	.	.	.
v811217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,82	.	.	0,84	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v821217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,81	.	.	0,89	.	.
v831217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0,89	.	.	.
v841217	.	.	.	.	.	0,78	.	.	.	.	.	.	0,79	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Tabla 18: Correlaciones en el grupo de riesgo (estudios 1,3 y 4). Edad 12-17 años.

#### 5.4. ANÁLISIS DE LA SENSIBILIDAD: CURVAS ROC

Este análisis se realiza comparando los grupos 1 y 3, grupos de casos con diagnósticos de patología en salud mental, con el grupo 2, grupo control o grupo de casos sin patología en salud mental. Se efectúa mediante un modelo de regresión logística en el que la variable *sumpresid*(recuento de ítems) se considera variable explicativa.

Para medir la capacidad de discriminar entre los dos grupos se ha calculado el área por debajo de la curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*), que representa, para todas las parejas posibles de individuos formados por un individuo con enfermedad y uno control, la proporción de los que el modelo predice una mayor probabilidad de “tener la enfermedad”, en este caso, ser sujeto de riesgo. A partir de un área de 0,7, la discriminación del modelo se considera aceptable.

En la construcción del modelo de regresión logística, los valores obtenidos por el grupo de casos y el grupo control son los esperados, en especial, la probabilidad de pertenecer al grupo caso, con una significación estadística alta ( $p < 0,0001$ ) (Anexo 9.6, pág. 287).

El valor de la odds ratio (OR) obtenido ( $OR = 1,19$ , Tabla 19) al ser mayor que 1 nos indica que esta variable es realmente indicativa de “casos en riesgo”, de manera que si esta variable aumenta en una unidad, la odds de pertenecer al grupo 1-3 aumenta un 18%.

Odds Ratio Estimadas			
Variable	Punto Estimado	95% Limite de confianza	
<i>sumpresid</i>	1.188	1.134	1.245

Tabla 19: Estimación de las odds ratios.<sup>6</sup>

A continuación se calcula la curva ROC en la que se busca el punto de corte que maximiza la sensibilidad y la especificidad. En este caso corresponde a una sensibilidad del 80% y una especificidad del 70% aproximadamente.

---

<sup>6</sup>Odds ratio no tiene una traducción exacta en castellano, se podría utilizar el concepto de riesgo ventajoso asociado a una variable. Por esta dificultad se ha considerado oportuno mantener el término en inglés que, por otra parte, es ampliamente utilizado en estudios estadísticos.



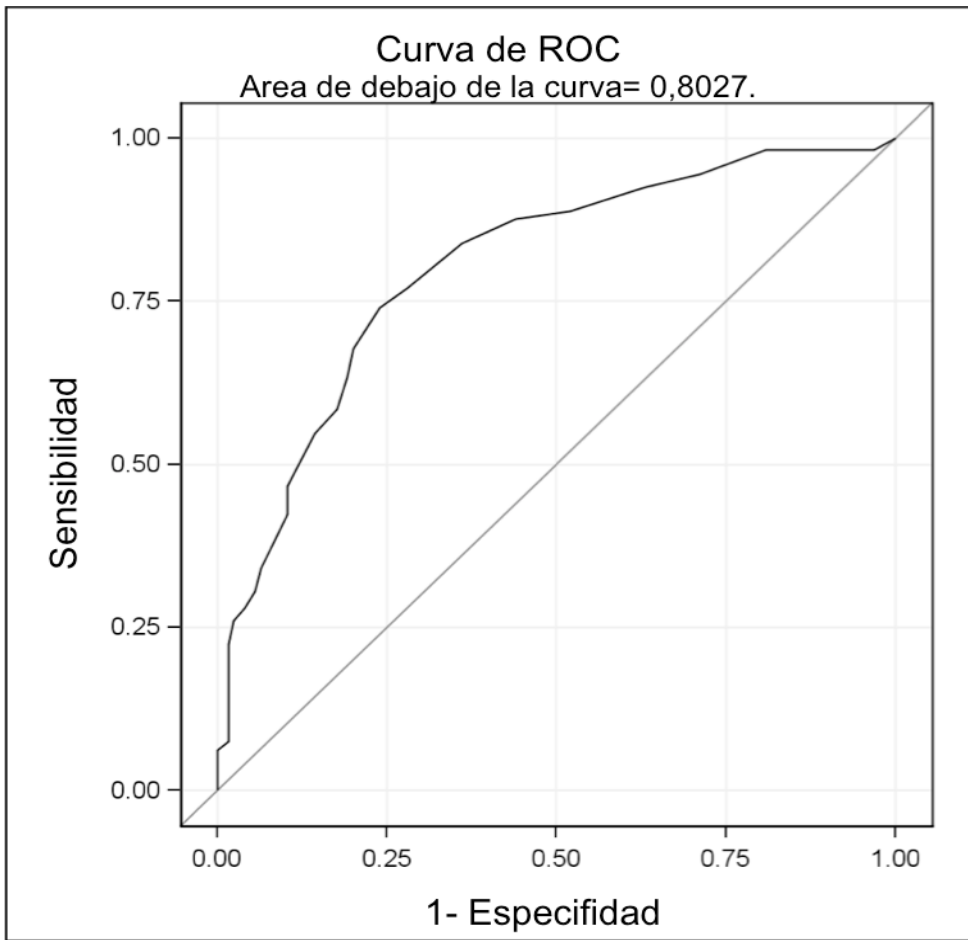


Figura 12: Curva de ROC.

El valor obtenido del área que se sitúa por debajo de la curva es superior (0,80>0,7) al valor que determina que el modelo de discriminación que se utiliza es aceptable.

Los valores de sensibilidad del 80% y de especificidad del 70%, determinados por la curva ROC, corresponden a un punto de corte que se sitúa entre el valor 8 y el 9 de la variable sumpresid(Tabla 20). La misma tabla pero en el 9.6 (Tabla 9.6.3.6) está ampliada a la totalidad de los valores.

Tabla de clasificación										
		Presencia								
		Correcto		Incorrecto		Porcentajes				
Prob Nivel	Variable sumpresid	Está	No Está	Está	No Está	Correcto	Sensi-bilidad	Especi-ficidad	Falso POS	Falso NEG
0.420	8	135	80	45	26	75,2	83,9	64,0	25,0	24,5
0.440	8	135	80	45	26	75,2	83,9	64,0	25,0	24,5
0.460	9	124	90	35	37	74,8	77,0	72,0	22,0	29,1
0.480	9	124	90	35	37	74,8	77,0	72,0	22,0	29,1

Tabla 20 (resumen). Variable sumpresid según casos correctos, sensibilidad, especificidad y falsos positivos y negativos.

Este hallazgo se puede interpretar como que el cuestionario LISMEN es sensible y específico, en los valores antes citados, para detectar el riesgo de niños y niñas de padecer, cuando sean adultos, un trastorno de salud mental si acumulan nueve o más factores de riesgo. Ese sería el punto de corte óptimo de cara a la prevención. En el cuestionario, si el punto de corte lo situamos en 20, por ejemplo, se gana en especificidad (96%) pero se pierde en sensibilidad (28%), es decir, se capta sólo el 57,7% de los casos considerados de riesgo.

## 5.5. ANÁLISIS FACTORIAL

A través de este análisis se determina la existencia o no de factores que puedan explicar el comportamiento de las variables en las puntuaciones obtenidas. En esta investigación se hace difícil reflejar el detalle del proceso debido a la cantidad de datos utilizados.

Se realizan dos estudios: uno inicial, por estudios y grupos de edades, y otro posterior utilizando la variable presencia, es decir, también por estudios pero eliminando las posibles repeticiones de la variable en los grupos de edad.

Para explicar los resultados se opta por comentar los obtenidos en el segundo análisis factorial, el de la variable presencia, debido a su mayor coherencia clínica en relación a los objetivos propuestos. Las matrices de correlaciones de los dos análisis obtienen puntuaciones similares. En los dos estudios se constata la inexistencia de un conjunto de factores que expliquen de forma clara la variabilidad en las puntuaciones de la prueba.

En las tablas se muestran las correlaciones de los ítems para los factores resultantes del análisis. Se toma como criterio el aconsejado para los estudios de investigación (Peña, 2002), una  $p$  menor de 0,50. Como ejemplo, se muestra el análisis factorial del estudio 1 - Presencia (Tablas 21 y 22). En el 9.7, se encuentran las tablas correspondientes del resto de estudios.

Puesto que no resulta factible reproducir en formato papel la cantidad de datos utilizados, debido a su volumen, se resaltan los valores significativos ( $p > 0,50$ ) en dos intensidades del color azul. Así pues, las cifras del intervalo 0,50 a 0,75 aparecen con este color: 0,71; y las superiores en azul más oscuro 0,84. Es importante esta diferenciación visual para apreciar los ítems significativos según el factor. Se ha comentado, en anteriores ocasiones, que estas dificultades son debidas a la cantidad de datos utilizados que obliga a desarrollar los análisis y sus resultados en formato SAS.

Excepto en el estudio 1, en el resto se han utilizado sólo las puntuaciones de presencia de la primera franja de edad, puesto que, entre 0 y 2 años, es cuando se dispone de mayor número de individuos: 372 en el total de estudios; mientras que, en la etapa de 12 a 17, se dispone sólo de 133 casos. Este número, relativamente bajo, dificulta el análisis de la variabilidad entre sujetos.



A continuación, se encuentra la tabla 22 que es una ampliación de la anterior, en concreto del recuadro resaltado en la tabla 21.

Análisis factorial: Estudio 1 - Presencia											
va	Etiqueta	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5	Factor6	Factor7	Factor8	Factor9	Factor10
v1	Prob. Obstétricos	-0,04	0,33	-0,10	0,10	0,16	-0,05	0,39	0,07	0,12	-0,12
v2	Bajo peso al nacer	-0,24	-0,00	-0,02	0,02	0,40	0,01	0,08	-0,14	0,36	-0,08
v3	Gestación acortada	-0,33	0,16	-0,04	0,11	0,47	0,09	0,13	-0,18	0,40	-0,11
v4	Mala nutrición embarazo	-0,30	0,04	0,39	0,21	0,08	-0,27	0,04	0,44	-0,06	0,17
v5	Depresión embarazo y puerperio	-0,07	-0,10	-0,09	0,01	0,09	-0,45	0,27	0,14	-0,16	0,20
v6	Gripe o infecciones madre emb.	-0,12	-0,36	-0,29	0,16	0,18	-0,27	0,37	-0,07	0,11	0,14
v7	Trast. emocional en embarazo	0,34	0,19	-0,03	-0,12	0,43	-0,22	0,06	0,18	0,18	0,11
v8	Nacimiento en cond. masificadas	-0,44	0,25	0,02	0,15	0,39	0,09	-0,04	-0,12	-0,17	-0,40
v9	Daños neurológicos perinatales	-0,71	0,23	0,23	0,17	-0,10	-0,03	0,21	-0,08	-0,05	0,14
v10	Infecciones SNC	-0,84	0,21	0,28	0,11	-0,21	-0,04	0,06	-0,01	-0,02	-0,04
v11	Trast. grave relación: no sonríe	-0,40	0,14	0,33	-0,01	-0,15	-0,11	0,11	0,25	0,45	0,11
v12	Retraimiento en la relación	0,35	0,25	0,30	0,10	0,12	-0,32	0,20	-0,04	0,08	0,00
v13	Miedos, niño difícil de calmar	0,55	0,19	0,23	-0,12	-0,07	0,00	0,06	0,28	-0,00	0,11
v14	Tr. Sueño: se despierta a menudo	0,12	0,32	0,30	0,05	0,13	-0,24	0,00	0,39	-0,17	0,09
v15	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes	0,10	0,13	0,30	-0,12	-0,31	0,02	0,18	0,07	0,26	0,26
v16	Cohabitación	0,25	0,18	0,24	-0,03	0,08	-0,13	-0,16	0,26	-0,10	-0,23
v17	Anomalías en el juego: agresivo	0,16	0,29	0,21	0,00	-0,04	-0,22	0,15	-0,14	0,26	0,39
v18	Retraso en desarrollo psicomotor	0,13	0,38	-0,05	-0,37	-0,11	-0,25	0,24	0,16	0,14	-0,04
v19	Autosensorialidad: balanceo	-0,05	0,35	0,28	-0,30	-0,06	0,38	0,00	0,09	0,21	-0,02
v20	Retraso en la deambulacion	-0,12	0,13	-0,11	0,01	0,10	-0,10	0,26	0,37	0,24	-0,04
v21	Separación temprana de los padres	-0,50	0,35	0,33	-0,05	0,03	-0,21	0,22	0,04	0,04	-0,17
v22	Institucionalizaciones tempranas	-0,71	0,25	0,29	0,03	-0,19	0,11	0,09	-0,04	0,01	-0,02
v23	Funciones paternas empobrecidas	0,28	0,29	0,21	-0,06	0,34	0,33	0,07	-0,00	-0,05	0,29
v24	Funciones maternas empobrecidas	0,31	0,37	0,14	-0,20	0,28	0,18	0,20	0,12	-0,18	0,26
v25	Dif. lactancia materna con hermanos	-0,52	0,38	0,02	0,21	0,13	-0,14	-0,31	-0,27	0,17	0,12
v26	Ingresos hospitalarios frecuentes	-0,24	0,10	0,44	-0,01	-0,06	-0,03	0,46	-0,19	-0,13	-0,28
v27	Falta de higiene y cuidados básicos	-0,45	0,50	0,15	-0,01	0,09	-0,00	-0,06	-0,34	-0,04	0,01
v28	Rechazo de alimentación: vómitos	-0,03	0,25	0,37	0,04	0,06	-0,26	-0,07	-0,03	-0,33	0,20
v29	Abusos Sexuales en niño	-0,02	0,30	0,26	-0,06	0,42	0,24	-0,10	-0,18	-0,23	-0,14
v30	Agresividad en la familia	0,21	0,20	0,12	-0,29	0,19	0,47	0,17	-0,08	0,00	0,27
v31	Padres con Tr. Mental Severo	0,11	0,03	0,08	-0,30	0,38	0,27	0,12	0,10	-0,29	0,17
v32	Padres con Tr. Toxicomanías	-0,50	0,25	0,14	-0,11	0,38	0,12	-0,10	-0,05	-0,15	0,25
v33	Nivel socioeconómico marginal	-0,43	0,12	0,03	0,20	0,27	-0,13	-0,33	0,03	-0,11	0,20
v34	Psicosis en padre	-0,46	0,37	0,01	-0,09	-0,15	0,31	0,20	0,09	-0,27	0,05
v35	Psicosis en madre	-0,60	0,24	-0,04	-0,04	-0,42	0,34	-0,02	0,13	-0,20	-0,05
v36	Psicosis en hermanos	-0,11	0,28	0,20	-0,18	-0,05	0,30	-0,16	0,09	-0,06	0,02
v37	Situaciones de guerra/catástrofe	-0,59	0,22	-0,15	-0,08	-0,32	0,12	0,16	0,22	-0,18	-0,01

Tabla 22: Análisis factorial: Estudio 1, matriz de correlaciones. (Vista parcial)

Como puede apreciarse en el estudio 1 y en el resto de estudios, Anexo 9.7, tan sólo aparece un factor, el primero, con varios ítems significativos, 11 de entre los 75 estudiados. Existen otros factores con uno, dos o tres ítems, pero esta cifra no es importante como para

considerar que esos otros factores sean relevantes a nivel de información. Además se puede ver cómo en 14 factores no hay un sólo ítem con valores mayores a  $p > 0,50$ .

Cuando se analiza el factor 1, resulta difícil darle una significación clínica del tipo de riesgo del cual podría estar informando. Por una parte aparecen ítems que hacen referencia a riesgos físicos: daños neurológicos perinatales (v9) e infecciones en el sistema nervioso central (v10). Pero, por otro, encontramos ítems referentes a antecedentes familiares: separaciones tempranas de los padres (v21) y psicosis en madre (v35). Otros tipos son: miedos, niño difícil de calmar (v13) y haber vivido situaciones de guerra y catástrofe (v37).

Dada esta variabilidad es difícil definir el factor 1 con una etiqueta o adjetivo único y parece más sensato definirlo como una agrupación de variables o ítems que indican “gravedad”, que se define como una acumulación de factores de riesgo que aumenta la probabilidad de padecer un trastorno emocional de forma estadísticamente significativa.

Una vez tomada esta decisión, como no todos los factores 1 de cada estudio tienen idénticos ítems significativos, aunque sí muy parecidos, parece lógico proponer el factor 1 del estudio de poblaciones “de riesgo” (Tabla 23) como aquel que informará con mayor concreción de los citados ítems indicadores de gravedad.



Análisis factorial: Estudio 1,3 y 4 - Presencia							
va	Etiqueta	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
v1	Prob. Obstétricos	0,19	-0,23	0,53	0,04	-0,08	0,42
v2	Bajo peso al nacer	0,42	-0,07	0,20	-0,40	0,54	0,09
v3	Gestación acortada	0,66	-0,14	0,18	-0,26	0,42	0,11
v4	Mala nutrición embarazo	0,64	0,10	0,10	-0,18	-0,01	-0,23
v5	Depresión embarazo y puerperio	0,56	0,45	0,35	-0,13	0,12	-0,19
v6	Gripe o infecciones madre emb.	0,59	0,15	0,17	-0,16	0,12	-0,39
v7	Trast. emocional en embarazo	0,46	0,57	0,30	0,01	0,19	-0,11
v8	Nacimiento en cond. masificadas	0,66	0,09	-0,27	-0,14	-0,06	0,28
v9	Daños neurológicos perinatales	0,83	-0,28	-0,12	-0,04	0,11	-0,04
v10	Infecciones SNC	0,86	-0,31	-0,20	-0,06	0,04	-0,01
v11	Trast. grave relación: no sonríe	0,78	-0,28	-0,08	0,12	0,05	-0,12
v12	Retraimiento en la relación	0,73	-0,16	-0,00	0,27	0,09	-0,10
v13	Miedos, niño difícil de calmar	0,51	0,03	-0,01	0,49	0,10	-0,16
v14	Tr. Sueño: se despierta a menudo	0,54	-0,08	0,00	0,42	0,17	0,09
v15	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes	0,77	-0,25	-0,12	0,12	0,06	-0,16
v16	Cohabitación	-0,05	0,39	-0,14	0,26	0,27	0,45
v18	Retraso en desarrollo psicomotor	0,69	-0,24	-0,03	0,17	0,04	-0,21
v19	Autosensorialidad: balanceo	0,82	-0,15	-0,09	0,06	-0,02	-0,11
v21	Separación temprana de los padres	0,68	0,06	0,14	-0,06	-0,11	0,09
v22	Institucionalizaciones tempranas	0,72	-0,20	-0,08	-0,11	0,01	0,14
v23	Funciones paternas empobrecidas	0,50	0,52	0,05	0,25	-0,14	0,08
v24	Funciones maternas empobrecidas	0,48	0,47	0,09	0,25	-0,05	-0,12
v26	Ingresos hospitalarios frecuentes	0,65	-0,22	0,21	0,13	0,05	0,29
v27	Falta de higiene y cuidados básicos	0,75	0,07	-0,16	-0,15	-0,04	0,06
v28	Rechazo de alimentación: vómitos	0,60	-0,04	0,14	0,29	0,15	0,02
v29	Abusos Sexuales en niño	0,67	0,26	-0,37	-0,12	0,13	0,16
v30	Agresividad en la familia	0,67	0,36	-0,33	-0,04	0,04	0,11
v31	Padres con Tr. Mental Severo	0,51	0,49	0,12	-0,03	-0,15	0,08
v32	Padres con Tr. Toxicomanías	0,75	0,12	0,09	-0,21	-0,32	0,04
v33	Nivel socioeconómico marginal	0,72	0,10	0,09	-0,11	-0,16	0,00
v34	Psicosis en padre	0,81	-0,13	0,09	-0,11	-0,27	-0,04
v35	Psicosis en madre	0,68	-0,09	0,09	-0,06	-0,38	0,01
v36	Psicosis en hermanos	0,61	0,23	-0,36	-0,06	-0,15	0,06
v37	Situaciones de guerra/catástrofe	0,84	-0,22	-0,13	-0,03	-0,06	0,06
v38	Niño con enfermedad crónica	0,36	-0,26	0,44	0,12	-0,21	0,18

Tabla 23: Análisis factorial del estudio de poblaciones de riesgo.

Así, en este estudio, el que agrupa a los estudios 1, 3 y 4, en el factor 1 se agrupan 28 ítems que explican el 41,7% de la variabilidad de las puntuaciones en las muestras. En otros

estudios, los no agrupados, el factor 1 explica la variabilidad en porcentajes sensiblemente inferiores:

- Estudio 1: 12,24%
- Estudio 2: 18,12%
- Estudio 3: 19,66%
- Estudio 4: 20,84%

Por este motivo, a modo de información, solo se nombran los factores de riesgo señalados como significativos ( $p > 0,50$ ) en el Factor 1, el que se podría denominar de gravedad, del estudio agrupado de las poblaciones de riesgo. Estos son:

- ✓ Gestación acortada.
- ✓ Mala nutrición durante el embarazo.
- ✓ Depresión en el embarazo y/o puerperio.
- ✓ Gripe o infecciones de la madre durante el embarazo.
- ✓ Nacimiento en condiciones masificadas.
- ✓ Daños neurológicos perinatales.
- ✓ Infecciones en el sistema nervioso central (SNC) (0-2 años).
- ✓ Trastorno grave de la relación: no sonríe (0-2 años).
- ✓ Retraimiento en la relación (0-11 años).
- ✓ Miedos difíciles de calmar (0-11 años).
- ✓ Trastorno del sueño, se despierta a menudo (0-5 años).
- ✓ Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes.
- ✓ Retraso en el desarrollo psicomotor (0-5 años).
- ✓ Fenómenos autosensoriales: balanceo (0-5 años).
- ✓ Separación temprana de las figuras paternas (0-2 años).
- ✓ Institucionalizaciones.
- ✓ Ingresos hospitalarios frecuentes.
- ✓ Falta de higiene y cuidados básicos.
- ✓ Rechazo a la alimentación: vómitos (0-11 años).
- ✓ Abusos sexuales en el niño.
- ✓ Agresividad en la familia.



- ✓ Padres con trastorno mental severo.
- ✓ Padres con trastorno por toxicomanías.
- ✓ Nivel socioeconómico marginal.
- ✓ Padre con trastorno psicótico.
- ✓ Madre con trastorno psicótico.
- ✓ Hermanos con trastorno psicótico.
- ✓ Situaciones de guerra.

En esta lista, de 28 factores, se detalla la franja de edad sólo en aquellos que se miden en un período determinado de entre los 0 y los 17 años. No así en aquellos que hacen referencia a antecedentes prenatales ni en aquellos en los cuales su presencia es medida en cualquiera de las franjas de edad del cuestionario.

## 6. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos indican que el cuestionario LISMEN es un instrumento sensible en relación a su finalidad, la detección de factores de riesgo en salud mental, además, existe un punto de corte en la acumulación de 10 ítems o variables. Desde un punto de vista clínico, este hallazgo puede parecer exagerado debido a que el número de acontecimientos vitales estresantes a los que una persona puede estar expuesta biográficamente es amplio. Pero, en esta posible discusión, el juicio clínico se contrasta con las pruebas estadísticas y tanto en las de tipo descriptivo, la comparación no paramétrica de la variable *presencia* (test de Kruskal-Wallis, tabla 6, pág. 98), como en la prueba de regresión logística (Curvas ROC, tabla 19, pág. 115) se confirma esa capacidad y sensibilidad para diferenciar entre casos de riesgo y casos sin riesgo.

Se ha demostrado también que tiene un buen nivel de fiabilidad y consistencia interna. Su utilidad está relacionada con el auge progresivo que adquieren los modelos de factores de riesgo en los estudios de los trastornos de salud mental y de los problemas de salud mental que afectan a la población (Martí et al., 2009; Bellón et al., 2006; Read et al., 2005). Dichos modelos mejoran la comprensión de los trastornos complejos al sustituir al modelo tradicional, según el cual una alteración es debida a una única causa por un modelo multicausal. Este permite identificar diferentes factores que, combinados entre sí, determinan la aparición de un desorden en el estado emocional de la persona, lo cual revierte, de forma directa, en la gestión de los programas preventivos, al desglosar las diferentes causas en factores, en general, fácilmente identificables a nivel biográfico.

En este contexto, la identificación de los diferentes factores que intervienen en la génesis de una alteración en salud mental se hace necesaria para, por un lado, mejorar su comprensión y, por otro, facilitar su detección y prevención. Aunque en nuestro ámbito existen programas y trabajos que abordan dicho estudio (Tizón et al., 2008; Ezpeleta et al., 2000; Ferreros, San Román y Pedreira, 2011), la inexistencia de un instrumento que los recopilara y que pudiera ser empleado por profesionales no especializados fue la motivación para la creación del LISMEN en versión experimental.

Para ello se buscó en la bibliografía científica. Se intentó recoger los factores de riesgo que provenían de estudios recientes o, en su caso, más significativos. La realidad es que la mayoría de estudios se centra en los denominados *trastornos mentales graves*. En total se propusieron 84 factores distribuidos en diferentes franjas de edad, desde los 0 a los 17 años. Estas etapas son acordes con las diferentes etapas evolutivas en la infancia que, a su vez, se relacionan con las etapas en las que está organizada la escolarización.

No es novedoso considerar que el estudio de los factores de riesgo debe realizarse en los primeros meses de vida o incluso antes del parto. Diversos autores muestran que eso es posible (Choquet et al., 1982) y sus estudios en cohortes confirman la influencia de factores ambientales sucedidos durante el embarazo (Susser et al., 1996). A su vez, desde las teorías del neurodesarrollo hasta las psicoanalíticas, basan sus modelos explicativos en los acontecimientos vitales que suceden, especialmente, en los primeros meses de vida. Los ya clásicos estudios de niños en adopción (Tienari et al., 1987) fueron uno de los revulsivos necesarios para superar la diatriba entre estas teorías. El estilo de crianza y los cuidados recibidos en la infancia tienen una enorme influencia en el desarrollo posterior de algún tipo de trastorno mental y, más explícitamente, cuando nos referimos a los trastornos mentales graves. Es decir, que la aparición del trastorno es fruto de una trayectoria vital alterada por la influencia de hechos o vivencias graves (Van Winkel et al., 2008).

Los factores de riesgo estudiados no son específicos de un trastorno mental determinado y su influencia en la aparición de una alteración va a depender de los cuidados que pueda recibir aquel niño o niña (Fish et al., 1992). Pero es evidente que, una vez detectado, se va a hacer necesaria una atención preventiva en su evolución (Scott et al., 2009). Por ejemplo, en Catalunya este tipo de abordaje se vehicula a través del “Protocolo de actividades preventivas y de promoción de la salud en la edad pediátrica” (Tizón et al., 2008). Sin embargo, algunos casos requerirán un tratamiento psicoterapéutico ya desde su detección en los primeros meses y años de vida por la gravedad que implica, como muestran los estudios con personas que han padecido abusos sexuales (Spataro et al., 2004; Read et al., 2005). Dicha gravedad es evidente desde cualquier modelo de tipo psicoanalítico o del neurodesarrollo que explique la psicología evolutiva en la infancia, pero también se hace evidente desde los estudios prospectivos y retrospectivos que muestran la alta correlación

existente entre la presencia del factor de riesgo y el desarrollo de la alteración psicopatológica.

En este tipo de abordajes preventivos siempre se plantea el debate (Jané-Llopis, 2004) en relación a la identificación de personas, en especial niños, que acumulan factores de riesgo pero que, posteriormente, no desarrollan ningún tipo de trastorno, es decir, falsos positivos. Esta situación es común a cualquier acción preventiva, sin embargo, en salud mental, las connotaciones sociales que tienen los trastornos y el estigma que generan, hace difícil manejar estas situaciones. Por el contrario, en otras especialidades de salud, por ejemplo cardiología, nadie se opone a ser informado o informar sobre una predisposición a una alteración en el funcionamiento del aparato cardiovascular. Pero la evidencia del sufrimiento emocional y los costes económicos que generan a los pacientes, a las familias y a la sociedad, en especial, los trastornos mentales graves (Mangalore y Knapp, 2006) justifican la necesidad de implementar programas de prevención.

El cuestionario se utiliza a modo de listado de factores a identificar, el término en inglés es *checklist* y puede resultar familiar a los lectores de artículos de carácter científico en esa lengua. Su traducción literal en castellano es listado de verificación, que también se acerca a la finalidad con la cual se diseña el LISMEN: verificar la existencia de acontecimientos vitales que tienen el carácter de factor de riesgo en salud mental.

Este tipo de investigaciones se ha realizado y se realiza, en general, en poblaciones donde se incluye a un número elevado de personas durante varias décadas (Olin y Mednick, 1996). Esto es así debido a las propias características de los trastornos mentales: la incidencia relativamente baja y la ausencia de marcadores somáticos que definan el inicio del trastorno. Por este motivo, en esta investigación, ante las dificultades para reproducir este tipo de estudios en nuestro medio profesional, una de las muestras se implementó con personas ya diagnosticadas de trastorno mental grave, y se pudo realizar su estudio retrospectivamente. Esta investigación sobre el LISMEN se realizó con muestras de población relativamente pequeñas, aunque suficientes en la mayoría de los análisis estadísticos.

La experiencia de los entrevistadores fue valorada como positiva en relación al hecho de que el LISMEN es un instrumento que ayuda a sistematizar la exploración biográfica. Cuando se utiliza en entrevista a los profesionales de pediatría y de medicina de familia, se puede observar que el desconocimiento de la información referida en las variables es relativamente bajo, el 38,2% (Anexo 9.4: Tabla 9.4.4.2; pág. 256). Es decir, los profesionales entrevistados pueden no tener sistematizada la información, pero, al ser interrogados, sí que pueden tener un criterio sobre ella. Dicho desconocimiento aumenta en las variables exclusivas del último período estudiado, 12-17 años, algo que parece coherente, dado que, si el profesional no le pregunta directamente al adolescente, es difícil conocer si está expuesto a esos fenómenos psíquicos que están alterados.

Algunos de los análisis inicialmente previstos no se pudieron realizar. Así no se estudió la validez de tipo predictivo. El LISMEN mide la acumulación de posibles factores de riesgo que pueden dar origen a un trastorno en salud mental de carácter grave. Por este motivo los casos detectados son enviados para tratamiento para evitar la aparición del mencionado trastorno y, por ello, no se consideraría ético no dar este tratamiento preventivo al niño o niña en riesgo.

Tampoco se pudo realizar un análisis de las puntuaciones test-retest, ya que se dispone de este tipo de medida sólo en la muestra de niños de edades comprendidas entre los 0 y los 2 años. Pero finalmente se renunció a analizar la fiabilidad entre administradores debido a que estos estaban presentes en el mismo instante en el que se hacía la entrevista a los profesionales de pediatría en la muestra de población asistida, estudio 2. Estas condiciones de aplicación pueden suponer un sesgo en las puntuaciones otorgadas en cada caso, aunque entre ellos no se comunicaran.

Los resultados, descriptivamente, muestran cómo el LISMEN detecta situaciones fácilmente objetivables. Sólo existe un 4% (Anexo 9.4; tabla 9.4.4.12; pág. 267) de los casos en el que no se encuentra ningún factor de riesgo en su biografía, lo que nos indica que la elección de los ítems es sintónica con los acontecimientos vitales que suceden en la vida de las personas. En el otro extremo se sitúa un caso que acumula 44 factores de riesgo.

De los porcentajes de frecuencia en el conjunto de los estudios, destacan los que tienen que ver con las funciones maternas y paternas empobrecidas. Se definen así: por diferentes motivos el padre o la madre no pueden, casi, hacerse cargo de su hijo; no se interesan por él, apenas lo cogen o lo acarician; no colaboran en los hábitos cotidianos; no pueden organizar su vida para dar una atención a su hijo o hija; no lo incluyen en sus planes de futuro (Anexo 9.2: Glosario; pág 150). Este es un hecho difícil de observar si no es a través de un profesional o un tercero, pocos progenitores declararían que ellos no se pueden hacer cargo de los cuidados emocionales y físicos de sus hijos. Pero su importancia para el desarrollo de alteraciones emocionales es clave y no es necesario apelar a su representación extrema, las situaciones de abusos y maltratos ya citada anteriormente (Spataro et al., 2004; Read, Van Os, Morrison y Ross, 2005).

Las otras variables de frecuencia elevada son la presencia de agresividad y de actos impulsivos. Estas, como la relativa a la presencia de excitabilidad, señalan la existencia de dificultades de relación.

En general, las variables con frecuencias más elevadas (Figuras 4 y 5), en su mayoría, hacen referencia a situaciones problemáticas a la hora de establecer el vínculo entre una madre y un hijo o de este con sus iguales. Por ejemplo: manejo de hábitos, dificultad para calmarlo, cohabitación, menos de dos amigos, aislamiento y empeoramiento relacional, etc. Otro grupo de variables hace referencia a hechos que evidencian dificultades en el desarrollo normal del niño, desde los problemas obstétricos al fracaso escolar. Y otro, el relativo a la presencia de padres y/o familiares con trastornos de salud mental, que se suele denominar *vulnerabilidad familiar*, tal y como se utiliza en las investigaciones realizadas sobre el trastorno de psicosis incipiente (Klosterkötter et al., 2005). Sin embargo, estas agrupaciones conceptuales no se reflejaron en el análisis factorial realizado.

Como ya se ha citado al estudiar la acumulación de variables con presencia se detectó la existencia de diferencias significativas (test de Kruskal-Wallis:  $p < 0,0001$ ) entre el grupo control y el resto de los grupos o estudios. Es decir, las puntuaciones de las medias y medianas se diferencian significativamente y podemos objetivar la presencia de un punto de corte. En el grupo control, la mediana es sensiblemente inferior (9,33) a 10 y en los grupos

de población afectada es superior a esta cifra (Tabla 6, página 98). Esta cifra separa y diferencia a la población normal de la población en riesgo. Por lo que respecta a la psicopatología, su significado es que aquel niño o adolescente en riesgo presenta una probabilidad más alta, si no realiza ningún tratamiento, de desarrollar algún tipo de trastorno en salud mental, ya sea grave o transitorio.

También descriptivamente, cabe señalar que en el CBCL no se observan diferencias significativas, quizás porque es una muestra relativamente pequeña de población normal (50 casos del estudio 2), donde se espera que pocos estén a nivel patológico. Al estudiar la acumulación de factores de riesgo en estos casos, también se observa una baja acumulación, nunca superior a 10. Por este motivo será necesaria la realización de nuevos estudios, preferentemente en grupos de riesgo o patológicos, para analizar su posible correlación y, por lo tanto, estudiar la fiabilidad externa del LISMEN.

Se ha analizado la fiabilidad y la consistencia interna en la construcción del listado a través del coeficiente de kappa, que mide el acuerdo o desacuerdo en cada pareja de ítems. El número de comparaciones posibles es elevado por el número de variables estudiadas, hecho ya descrito en el apartado 5.3.1. Por ejemplo, en el estudio 1, de 3.655 comparaciones realizadas sólo existen concordancias entre sí en 19 ocasiones. En la tabla 8 (pág. 104) se reflejó un resumen de las concordancias más frecuentes producidas entre el grupo control y en la agrupación de estudios de los grupos de riesgo. Las mínimas concordancias existentes en relación al alto número de posibles hace pensar que no es necesario suprimir ítems concordantes, ya que es relevante la práctica inexistencia de repeticiones entre los conceptos implícitos en los ítems. Es decir, no se repiten conceptos en las diferentes variables.

La consistencia internase estudió a través de la prueba del alpha de Cronbach. Cabe destacar que las puntuaciones totales del alpha, por franjas de edad y estudios, se sitúan siempre entre el 0,80 y el 0,98, lo cual nos indica que la consistencia interna es entre excelente y buena. En el detalle de esta prueba, en el que se ha analizado cada variable, se concluye que no existe ninguna que no aporte información en todas las edades y en todos los estudios. La misma prueba estudia la asociación o interdependencia entre las variables en muestras que no cumplen los criterios de normalidad, como es el caso. Las asociaciones, entre las

variables son mínimas (Tablas 10 a 18; páginas 108-114) en relación a las que hubiesen sido posibles.

Analizando estos resultados observamos que en el grupo control existe menor cantidad de correlaciones que en el estudio que agrupa poblaciones de riesgo, en especial en las edades cercanas a la adolescencia, en la que la patología ya inicia sus manifestaciones y el riesgo ya es evidente. Así pues, en general, se puede afirmar que las variables se comportan de forma independiente, dato que complementa el anteriormente citado sobre la excelente consistencia interna de la prueba.

La sensibilidad del LISMEN se analiza a través de la curva de ROC. El resultado obtenido, valor odds ratio mayor que 1 (Figura 12, pág. 116), indica que la prueba es sensible para medir casos en riesgo. Establece un punto de corte donde su especificidad y sensibilidad es máxima, valores de 70% y 80% respectivamente, que se corresponde con una acumulación de 9 factores de riesgo. Este dato es importante puesto que se relaciona con el citado anteriormente donde, a través de la prueba de Kruskal-Wallis, se indicaba que había diferencias significativas entre el grupo control y el estudio de grupos de riesgo, y que esta podía situarse en la acumulación de 10 factores de riesgo. Por lo tanto, ambos datos coinciden al situar en torno a esta cifra el punto donde se discerniría entre las personas en riesgo y las que no lo están.

El análisis de la existencia de posibles agrupaciones de los factores de riesgo tuvo resultados negativos. Se utilizaron únicamente los datos correspondientes a la franja de edad de 0 a 2 años debido a que era la que disponía de mayor número de personas y, por lo tanto, mayor posibilidad de variabilidad entre ellas. Pero se constató la inexistencia de un conjunto de factores que explicaran de forma clara la variabilidad en las puntuaciones de la prueba. Si que se pudo aislar, en las poblaciones de riesgo, un factor compuesto por 28 ítems que hace referencia a situaciones muy diversas. Por ese motivo tan sólo podría denominarse *factor de gravedad*; es decir, que cuando se acumulan 28 variables sobre las 38 posibles en esa edad de 0 a 2 años, nos indica que existe una gravedad que explica las diferencias encontradas entre los individuos investigados. Esta conclusión parece limitada y por ello se descarta la utilización de este factor de gravedad.



Este no ha sido un resultado esperado, puesto que el contenido de los ítems del LISMEN, al menos de forma teórica, hacía esperar alguna agrupación del tipo: factores que reflejan problemas en la vinculación del niño con los adultos, factores que reflejan problemas en el embarazo y el parto, factores que reflejan situaciones familiares vulnerables, factores que reflejan alteraciones en el neurodesarrollo y otras deducibles de la naturaleza concreta de cada acontecimiento vital que estudia el cuestionario. Quizás, en estudios posteriores, con muestras más amplias se puedan reflejar estos posibles factores en los análisis estadísticos. Mientras tanto su utilización, en estudios concretos, debe estar ligada a los modelos teóricos que fundamentan el estudio de cada factor.

La utilización de instrumentos de identificación y detección de factores de riesgo puede mejorar la comprensión de los trastornos mentales y, en especial, favorecer la realización de intervenciones preventivas a diferentes niveles: universal, selectiva e indicada (Jané-Llopis, 2004). Por ejemplo, al estilo de las que se realizan en otros campos de la salud, como el de la obesidad, cuando se educa a la población sobre hábitos alimentarios. En este sentido es importante tener en cuenta que nunca una alteración suele ser causa de un solo factor. Es la acumulación de factores y la interacción entre ellos el origen de los trastornos graves (Zammit, Lewis, Dalman, y Allebeck, 2010). Los estudios de cohortes prospectivos ya han evidenciado este hecho, la presencia de factores de riesgo en la vida de las personas, aunque no siempre se desarrolle el trastorno específico (Van Os et al., 2009).

De ahí la posible utilidad del LISMEN al analizar la presencia o no de múltiples factores y al indicar que una acumulación de ellos, aumenta las posibilidades de que las interacciones entre sí, mantenidas en el tiempo, produzcan graves consecuencias para el equilibrio emocional de la persona. Este resultado es coherente con el modelo según el cual los factores de riesgo funcionan de forma acumulativa y no lineal (Ezpeleta, Granero, De la Osa y Domènech, 2008). Es decir, a partir de un número determinado de factores de riesgo, las intervenciones preventivas se hacen imprescindibles debido al aumento de la probabilidad de padecer un trastorno psicopatológico en edades posteriores. Además el hecho de contener múltiples factores que puedan ser comunes a diferentes trastornos se ha señalado como una posible estrategia eficiente en el campo de la prevención (Jané-Llopis, 2004).

## 7. CONCLUSIONES.

De acuerdo con el resultado de los análisis realizados el listado LISMEN es un instrumento que presenta las siguientes características:

- Es adecuado para su finalidad: la exploración de acontecimientos biográficos que se consideran factores de riesgo en salud mental.
- Es fiable y posee una consistencia interna entre buena y excelente.
- Es sensible y específico para aquello que pretende medir: diferencia entre grupos de población de riesgo y de no riesgo en salud mental.
- Dispone de un punto de corte para definir su sensibilidad.
- La información que pide es accesible a los profesionales de salud de los servicios comunitarios. Su utilización no se limita a los ámbitos de salud mental.
- Su utilización ayuda a la sistematización de la información biográfica de la persona.
- Esta basado en datos investigados por diferentes grupos de profesionales en distintos países y en variedad de ámbitos de salud mental.

A nivel de limitaciones caben señalarnos cuestiones: la consistencia externa y la validez predictiva. Sobre la primera se ha constatado que se requerirán estudios poblacionales más amplios para poder analizarla. En cuanto a la validez predictiva, por una cuestión ética, será de difícil estudio ya que como se expuso la finalidad del instrumento es la detección de personas en riesgo. Por ello una vez identificadas será ético y adecuado que reciban algún tipo de intervención o tratamiento que impida una evolución hacia un trastorno psicopatológico, con lo cual no se podrá investigar para conocer el valor de dicha predicción.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. Achenbach, T. M. y Rescorla, L. (2000). *Manual for ASEBA Preschool Forms y Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Young and Families. EE. UU.
2. Agid, O., Shapira, B., Zislin, J., Ritsner, M., Hanin, B., Troudart, T. et al. (1999). Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 4, 163-172.
3. Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac books. Traducido en Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2004
4. Allardyce, J. y Boydell, J. (2006). Review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 592–598.
5. American Psychiatric Association - APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
6. Amigó, E., Angulo, F., Artemán, A., Callabed, J., Casalé, D. y Cerdán, G. et al. (1999). *Programa de Seguiment del Nen Sa: Protocol de Salut Mental Infantil i Juvenil*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública . Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
7. Arseneault, L., Cannon, M., Murray, R., Poulton, A., Caspi, A. y Moffitt, R. (2003). Childhood origins of violent behavior in adults with schizophreniform disorder. *British Journal of Psychiatry*, 183, 520-525.
8. Artigue, J., Tizón, J., Parra, B., Gomá, M., Ferrando, J., Sorribes, M. et al. (2004). Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves. *Revista de Psicopatología del Niño y del Adolescente* (4), 51-7.
9. Bagwell, C., Molina, B., Pelham, W. y Hoza, B. (2001). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Problems in Peer Relations: Predictions From Childhood to Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, (40)11, 1285-1292.
10. Barrantes-Vidal, N., Fananas, L., Rosa, A., Caparros, B., Riba, D. y Obiols, J. E. (2003). Neurocognitive, behavioral and neurodevelopmental correlates of schizotypy clusters

- in adolescents from the general population. *Schizophrenia Research*, 1; 61(2-3), 293-302.
11. Beardslee, W., Chien, P. y Bell, C. (2011). Prevention of Mental Disorders, Substance Abuse, and Problem Behaviors: A Developmental Perspective. *Psychiatric Services*, 62(3), 247-254.
  12. Bellón, J. A., Torres, F., Moreno, B., King, M., Nazareh, I., Xavier, M. et al. (2006). Predicción de futuros episodios de depresión en atención primaria. Evaluación de un perfil de riesgo. (PREDICT-Europe). En B. Bolívar, C. Cabezas, E. Nin y C. Violán (Eds), *Estudios multicéntricos en Atención Primaria de Salud*. (pp. 219–234).Barcelona: Fundació Jordi Gol i Gurina.
  13. Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. y McGorry, P. D. (2008). Childhood trauma and psychotic disorders: a systematic, crítica review of evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 568-579.
  14. Bennedsen, B. E. (1998). Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. *Schizophrenia Research*, 7, 33(1-2), 1-26.
  15. Bennedsen, B. E., Mortensen, P. B., Olesen, A. V. y Henriksen, T. B. (2001). Congenital Malformations, Stillbirths, and Infant Deaths Among Children of Women With Schizophrenia. *Archives General of Psychiatry*, 58, 674-679.
  16. Bentall, R. P. y Fernyhough. C. (2008). Social Predictors of Psychotic Experiences: Specificity and Psychological Mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1012-1020.
  17. Berry, K., Barrowclough, C. y Wearden, A. (2007). A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27, 458-475
  18. Bion, W. R. (1962). A theory of thinking. *International Journal PsychoAnalysis*, 43, 306-320.
  19. Bion, W. R. (1980). *Aprendiendo de la Experiencia*. Barcelona: Paidós.
  20. Bowlby, J. (1986). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata 1986.
  21. Buka, S. L., Tsuang, M. T., Torrey, E. F., Klebanoff, M. A., Bernstein, D., Yolken, R.H. (2001). Maternal infections and subsequent psychosis among offspring. *Archives General of Psychiatry*, 58, 11.
  21. Burgueño, M. J., García Bastos, J. L., González Buitrago, J.M. (1995). Las curvas ROC en la evaluación de las pruebas diagnósticas. *Medicina Clínica*, 104, 661-670

22. Calsalut – Generalitat de Catalunya. (2003). *Programa d'atenció específica als trastorns mentals severos*. Barcelona: Calsalut.
23. Choquet, M., Facy, F., Laurent, F. y Davidson, F. (1982). Discovery of risk groups in a population of children of pre-school age by method of typological analysis. *Early Child Development and Care*, 9(3), 255–274.
24. Choquet, M. y Ledoux (1985). La valeur pronostique des indicateurs de risque précoces: étude longitudinale des enfants à risque à 3 ans. *Archives françaises de pédiatrie*, 42(7), 541-546.
25. Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46.
26. Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B. G., McGorry, P. y Lambert, M. (2007). The First-Episode Psychosis Outcome Study: premorbid and baseline characteristics of an epidemiological cohort of 661 first-episode psychosis patients. *Early intervention in Psychiatry*, 1, 191-200.
27. Cornblatt, BA., Lenz, T., Smith, CW., Correll, CU., Auther, AM. y Nakayama, E. (2003). The Schizophrenia Prodrome Revisited: A Neurodevelopmental Perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 633-651.
28. Coromines, J. (1991). *Psicopatologia i desenvolupament arcaics*. Barcelona: Espaxs.
29. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Tests. *Psychometrika*, 16,297-334.
30. Cyrulnik, B. (2007). *De cuerpo y alma: neuronas y afectos: la conquista* (pp. 27-29). Barcelona: Editorial Gedisa.
31. Damasio, A. (2001). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.
32. Dalcin, A., De Mesones, J., Tizón, J. L. (1995). La Mina district of Barcelona: A planning approach to psychopathology. *Cities*; 12(2), 87-95.
33. Dalman, C., Allebeck, P., Cullberg, J., Grunewald, C. y Koster, M. (1999). Obstetric complications and the risk of schizophrenia: a longitudinal study of a national birth cohort. *Archives General of Psychiatry*, 56(3), 234-240.
34. Dalman, C., Thomas, H. V., David, A. S., Gentz, J., Lewis, G. y Allebeck, P. (2001). Signs of asphyxia at birth and risk of schizophrenia: Population-based case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 403-408.

35. Davidson, M., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Weiser, M., Kaplan, Z. y Mark, M. (1999). Behavioral and Intellectual Markers for Schizophrenia in Apparently Healthy Male Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1328-1335.
36. Ezpeleta, L., Granero, R., De la Osa, N. y Guillamon, N. (2000). Predictors of functional impairment in children and adolescents. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 793-801.
37. Ezpeleta, L. (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 10–11). Barcelona: Masson.
38. Ezpeleta, L., Granero, R., De la Osa, N. y Domènech, J. M. (2008). Risk factor clustering for psychopathology in socially at-risk Spanish children. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 559-568.
39. Feder, A., Nestler, E., y Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 446-457.
40. Ferreros, M., San Román, P., Pedreira, J. L. (2011). Impacto del riesgo psicosocial y de la interacción madre-bebé en la etapa escolar: diez años de seguimiento. *Psicopatología y Salud Mental en el niño y el adolescente*, 17,9-17.
41. Fish, B., Marcus, J., Hans, S. L., Auerbach, J. G. y Perdue, S. (1992). Infants at risk for schizophrenia: sequelae of a genetic neurointegrative defect. *Archives General of Psychiatry*, 49, 221-235.
42. Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.
43. Freeman, D., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., Stahl, D. y Bebbington, P. (2010). Persecutory ideation and insomnia: Findings from the second British National Survey Of Psychiatric Morbidity. *Journal of Psychiatric Research* 44, 1021-1026.
44. Freud, S. (1914/2004). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras completas* (pp. 145-157). Buenos Aires: Amorrortu.
45. Freud, S. (1983/1999). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos: comunicación preliminar. En *Obras completas* (pp. 29-43).
46. Gispert, R., Puig, X., Palomera, E., Autonell, J., Giné, J. M., Ribas, G. et al. (2006). Factores individuales y del entorno asociados a la variabilidad geográfica de los

- trastornos psicológicos entre áreas pequeñas: un análisis multinivel. *Revista Española de Salud Pública*, 80(4), 335-347.
47. Goldstein, J. M., Buka, S. L., Seidman, L. J. y Tsuang, M. T. (2010). Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England family study's high-risk design. *Archives General of Psychiatry*, 67(5), 458-467.
48. Goodman, S., Hoven, C., Narrow, W., Cohen, P., Fielding, B., Alegria, M. et al. (1998). Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: the National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 162-173.
49. Guedeney, A. y Fermanian, J. A. (2001). Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawal Reaction in Infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575.
50. Häfner, H., Der Heiden, W., Behrens, S., Gattaz, W.F., Hambrecht, M., Löffler, W. et al. (1998). Causes and consequences of gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 99-113.
51. Häfner, H. y Maurer, K. (2006). Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*, 5(3), 130-138.
52. Hans, S.L., Marcus, J., Nuechterlein, K. H., Asarnow, R. F., Styr, B. y Auerbach, J. G. (1999). Neurobehavioral deficits at adolescence in children at risk for schizophrenia: the Jerusalem infant development Study. *Archives General of Psychiatry*, 56(8), 741-748.
53. Hans, S. L., Auerbach, J. G., Styr, B. y Marcus, J. (2004). Offspring of parents with schizophrenia: mental disorders during childhood and adolescence. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 303-315.
54. Institut Català de la Salut – Generalitat de Catalunya. (1996). *Llibre d'en Pau: Guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la Salut*. Barcelona: Institut Català de la Salut.
55. Isohanni, M., Lauronen, E., Moilanen, K., Isohanni, I., Kempainen, L., Koponen, H., et al. (2005). Predictors of schizophrenia: Evidence from the Northern Finland 1966 Birth Cohort and other sources. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 4-7.

56. Jablensky, A. (2000). Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, S26-S34.
57. Jané, M. C., Viñas, F., Araneda, N., Valero, S. y Doménech, E. (2001). Prevalencia de los síntomas de trastornos conductuales en los niños y niñas preescolares catalanes: relación niño/a, padres y variables familiares. *Psiquiatría.com*, 5(2), 1-8.
58. Jané-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, 67-79.
59. Jones, P., Murray, R., Rodgers, B. y Marmot, M. (1994). Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet*, 344(8934),1398-1402.
60. Jones, P. B., Rantakallio, P., Hartikainen, A. L., Isohanni, M. y Sipila, P. (1998). Schizophrenia as a Long-Term Outcome of Pregnancy, Delivery, and Perinatal Complications: A 28-Year Follow-Up of the 1966 North Finland General Population Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 155(3), 355-364.
61. Khashan, A. S., Abel, K. M., McNamee, R., Pedersen, M. G., Webb, R. T., Baker, P. N. et al. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Archives General of Psychiatry*, 65(2), 146-152.
62. Klosterkötter, J., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Salokangas, R., Linszen, D., Birchwood, M. et al. (2005). The European Prediction of Psychosis Study (EPOS): integrating early recognition and intervention in Europe. *World Psychiatry*, 4, 161–167.
63. Kuepper, R., Van Os, J., Lieb, R., Wittchen, H., Höfler, M. y Henquet, C. (2011). Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. *British Medical Journal*, 342, 738.
- Lasa, A (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao. Asociación Altxa. Pág. 79 – 185.
64. Leask, Done, Crow, Richards y Jones. (2000). No association between breast-feeding and adult psychosis in two national birth cohorts. *British Journal of Psychiatry*, 177, 218-221.



65. Lemos, S., Vallina, O., Fernández, P., Ortega, J.A., Garcia, P., Gutiérrez, A., Garcia, A., Bobes, J., Miller, T. (2006). Validez predictiva de la Escala de Síntomas Prodrómicos (SOPS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34, 216-223.
66. Lukoff, D., Snyder, K., Ventura, J. y Nuechterlein, K. H. (1984). Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 258-292.
67. Mancía, M. (2006). "Memòria implícita i inconscient no reprimat: el seu paper en el procés terapèutic". *Revista Catalana de Psicoanàlisi*, 23(1-2), 35-51.
68. Mangalore, R. y Knapp, M. (2006). Cost of Schizophrenia in England. *Personal Social Services Research Unit (PSSRU): Discussion Paper*, 2376, 1-57.
69. Martí, C., Santos, A., Ybarra, J., Martínez, M., Resmini, E., Roig, O. et al. (2009). Role on health-related quality of life in clinical practice: subjectivity in evidence. *Endocrinología y Nutrición*, 56(6), 331-6.
70. Maurer, K., Hörmann, F., Schmidt, G. et al. (2004). The early recognition inventory ERlraos: a two-step procedure for detection of "at-risk mental states". *Schizophrenia Research*, 70, s76.
71. McGrath, J. (2000). Universal interventions for the primary prevention of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry Supplementum*, 34, S58- S64.
72. Meaney, M.J. y Szyf, M. (2005). Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 7, 103-123.
73. Mednick, S. S., Machon, R. A., Huttunen, M. O. y Bonett, D. (1988). Adult Schizophrenia Following Prenatal Exposure to an Influenza Epidemic. *Archives General of Psychiatry*, 45, 189-192.
74. Micuzzi, C. y Seguí, J. (2006). Efecto de la estructura silábica en tareas de completamiento de palabras. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 7, 32-41.
75. Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, M. et al. (2003). Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 703-715.

76. Miller, P.M., Byrne, M., Hodges, A., Lawrie, S. M. y Johnstone, E. C. (2002). Childhood behaviour, psychotic symptoms and psychosis onset in young people at high risk of schizophrenia: early findings from the Edinburgh High Risk Study. *Psychological Medicine*, 32,173-179.
77. Morgan, C. y Fisher, H. (2007). Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma - A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin* 33(1), 3-10.
78. Myhrman, A., Rantakallio, P., Isohanni, M., Jones, P. y Partanen, U. (1996). Unwantedness of pregnancy and schizophrenia in the child. *Br J Psychiatry*, 169,637-640.
79. Myin-Germeys, I., Van Os, J., Schwartz, J., Stone, A. y Delespaul, P. (2001). Emotional Reactivity to Daily Life Stress in Psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 1137-1144.
80. Nicolson, R., Lenane, M., Singaracharlu, S., Malaspina, D., Giedd, J. y Hamburger, S. (2000). Premorbids speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: Association with risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 794-800.
81. Nunnally, J.C. y Bernstein, I. (1994) *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
82. Obiols, J. y Vicens-Vilanova, J. (2003). Etiologia y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 235-250.
83. Olin, S. C. y Mednick, S. A. (1996). Risk Factors of Psychosis: Identifying Vulnerable Populations Premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 223-240.
84. Organización Panamericana de la Salud (OPS) – Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño : Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Washington, D.C. OPS.
85. Parellada, E. (2001). Neurodesarrollo frente a neurodegeneración: hipótesis neuroanatómicas de la esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*, 8(6), 225-230.
86. Parnas, J., Teasdale, T.W. y Schulsinger, H. (1985). Institutional rearing and diagnostic outcome in children of schizophrenic mothers. A prospective high-risk study. *Archives Generals of Psychiatry*, 42, 762-769.

87. Pedersen, C. B. y Mortensen, P. B. (2001). Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: a replication and reanalysis. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 46-52.
88. Pedreira, J. L. (1997). La vulnerabilidad en la primera infancia. *Anales de Psiquiatría*, 13(7), 299-310.
89. Peña, D. (2002). *Análisis de datos multivariantes*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
90. Pedreira, J. L. (1997). La vulnerabilidad en la primera infancia. *Anales de Psiquiatría*, 13(7), 299-310.
91. Perry, B. D., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W. y Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use-dependent' development of the brain: how "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.
92. Polaino-Lorente, A., Mediano, M. L. y Martínez, E. (1997). Estudio epidemiológico de la sintomatología depresiva infantil en la población escolar madrileña de ciclo medio. *Anales Españoles de Pediatría* 46(4),344-349.
93. Quijada, Y., Tizón, J. L., Artigue, J. y Parra, B. (2010). At-risk mental state (ARMS) detection in a community service center for early attention to psychosis in Barcelona. *Early Intervention in Psychiatry*4(3), 257-262.
94. Read, J. y Fraser, A. (1998). Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask? *Psychiatric Services*, 49(3),355-359.
95. Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A. y Connolly, J. (2001). A traumagenic neurodevelopmental model of schizophrenia. *Psychiatry Interpersonal Biology Process*, 64, 319-345.
96. Read, J., Van Os, J., Morrison, A. P. y Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112,330-350.
97. Rizzolatti, G. y Sinigaglia, C. (2006). *Las neuronas espejo: los mecanismos de la empatía emocional*. Barcelona: Paidós Ibérica.
98. San Román, P., Pedreira, J. L., López-Torres, J., Bonete, J. M. y Castelló, T. (2002). Prevalencia de los trastornos de conducta y emocionales en niños de 2-3 años. *Psicología.com*, 6(2), 1-13.

99. Sarro, S. (2009). Abordaje de los episodios psicóticos en los trastornos de conducta alimentaria. *Jano*, 1731, 20-24.
100. Sasot, J. (2001). *Instrumentos de evaluación psicométrica en pediatría*. En J. Sasot, F. Moraga (Ed.), *Avances en Psicopediatría* (pp. 71-79). Barcelona: Prous Science.
101. Scott, J., Martin, G., Welham, J., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., Williams, G., Aird, R. y McGrath, J. (2009). Psychopathology During Childhood and Adolescence Predicts Delusional-Like Experiences in Adults: A 21-Year Birth Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 166, 567-574.
102. Seligman, S. (1999). Integrating Kleinian Theory and Intersubjective Infant Research. Observing Projective Identification. *Psychoanalytic Dialogues*, 9(2), 129-159.
103. Schiffman, J., Abrahamson, A., Cannon, T., Labrie, J., Parnas, J., Schulsinger, F. et al. (2001). Early Rearing Factors in Schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 30(1), 3-16.
104. Schiffman, J., Pestle, S., Mednick, S., Ekstrom, M., Sorensen, H. y Mednick, S. (2005). Childhood laterality and adult schizophrenia spectrum disorders: a prospective investigation. *Schizophrenia Research*, 72, 151-160.
105. Schiffman, J., Sorensen, H., Maeda, J., Mortensen, E., Victoroff, J., Hayashi, K., Michelsen, N., Ekstrom, M. y Mednick, S. (2009). Childhood Motor Coordination and Adult Schizophrenia Spectrum Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1041-1047.
106. Scott, J., Martin, G., Welham, J., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., Williams, G., Aird, R. y McGrath, J. (2009). Psychopathology During Childhood and Adolescence Predicts Delusional-Like Experiences in Adults: A 21-Year Birth Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 166, 567-574.
107. Selten, J. P. y Cantor-Graae, E. (2005). Social defeat: risk factor for psychosis? *The British Journal of Psychiatry*, 187, 101-102.
108. Shevlin, M., Houston, J., Dorahy, M. y Adamson, G. (2008). Cumulative Traumas and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 193-199.
109. Sommer, I., Ramsey, N., Kahn, R., Aleman, A. y Bouma, A. (2001). Handedness, language lateralisation and anatomical asymmetry in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 344 - 351.

110. Sorensen, H., Mortensen, E., Reinisch, J. y Mednick, S.A. (2005). Breastfeeding and risk of schizophrenia in the Copenhagen Perinatal Cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 26-29.
111. Sorensen, H., Mortensen, E., Schiffman, J., Reinisch, J., Maeda, J. y Mednick, S. A. (2010). Early developmental milestones and risk of schizophrenia: a 45-year follow-up of Copenhagen Perinatal Cohort. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 41-47.
112. Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L. y Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 416-421.
113. Sprong, M., Schothorst, P., Vos, E., Hox, J. y Van Engeland, H. (2007). Theory of mind in schizophrenia: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 191, 5-13.
114. Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H., Brown, A., Lin, S., Labovitz, D. y Gorman, J. (1996). Schizophrenia after prenatal famine: further evidence. *Archives of General Psychiatry*, 53, 25-31.
115. Taboada, A., Ezpeleta, L. y De la Osa, N. (1998). Factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia: una revisión. *Apuntes de Psicología*, 16(1-2), 47-72.
116. Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K., Moring, J. et al. (1987). Genetic and Psychosocial Factors in Schizophrenia: The Finnish Adoptive Family Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 477-484.
117. Tienari, P., Lyman, W.C., Sorri, A., Lahti, I., Laksy, K., Moring, J., et al. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3), 216-222.
118. Tizón, J. L., San-José, J. y Nadal, D. (1997/2000). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder.
119. Tizón, J.L. (2002). Prevención e intervención en la salud mental de la primera infancia desde los dispositivos de Atención Primaria. *Pediatría de Atención Primaria*, IV (13), 2002, 81-106.
120. Tizón, J. L., Artigue, J., Gomà, M., Parra, B. y Marzari, B. (2004). La observación de bebés en una Unidad Funcional de Atención a la Salud Mental de la primera infancia

- (UFAPI). *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 37/38, 85-112.
121. Tizón, J. L., Parra, B., Artigue, J., Pareja, F., Pérez, C., Ferrando, J., Catalá, L. y Sorribes, M. (2006). Hijos de pacientes con psicosis en el proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido. *Archivos de Psiquiatría*, 69(1), 47-68.
122. Tizón, J. L. (2006). *Factors de risc de patir un trastorn psicòtic. Disseny d'un instrument de detecció d'aplicació a la infància i adolescència*. (Proyecto LISMEN: TV02/0133/000 - Ref. 014510). Barcelona: Fundació La Marató de TV3: Malalties Mentals Greus.
123. Tizón, J. L., Eddy, L., Ibáñez, M., Parra, B., Torregrosa, M., De Muga, L. et al. (2008). Salud mental infanto-juvenil. En Prats, B., Prats, R., Plasència, A., De Frutos, E. y Colet, A. (Comp.), *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: Infància amb salut* (p 127-148). Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
124. Tizón, J. L., Ferrando, J., Artigue, J., Parra, B., Parés, A., Gomá, M. et al. (2009). Neighborhood differences in psychoses: Prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan areas of Barcelona. *Schizophrenia Research*, 112(1-3), 143-148.
125. Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel. Barcelona.
126. Vallina, O., Lemos, S. y Fernández, P. (2006). Detección e intervención temprana en psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24 (1-3), 185-221.
127. Van Winkel, R., Stefanis, N. y Myin-Germeys, I. (2008). Psychosocial stress and psychosis. a review of the neurobiological mechanisms and the evidence for gene-stress interaction. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1095–1105.
128. Van Os, J. y Selten, J.P. (1998). Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia: the May 1940 Invasion of the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 324-326.
129. Van Os, J., Linscott, J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.

130. Villanueva, C. y Sanz, Lj. (2009). Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. *Revista de Pediatría en Atención Primaria*, 11, 457-469.
131. Walker, E. F., Grimes, K. E., Davis, D. M. y Smith, A. J. (1993). Childhood precursors of schizophrenia: facial expressions of emotion. *American Journal of Psychiatry*, 150(11), 1654-1660.
132. Winnicott, D. (1993). *Conversando con los padres: aciertos y errores en crianza de hijos*. Barcelona: Paidós.
133. World Health Organization. (2001) *World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding*. Ginebra, New Hope, WHO.
134. World Health Organization (2005) *European Ministerial Conference on Mental Health; Facing the Challenges, Building Solutions*; Helsinki, WHO.
135. Zabala, I. y Manzano, J. (1993). Psicopatología durante la infancia en un grupo de adultos esquizofrénicos. *Informaciones Psiquiátricas*, 134(4), 381-387.
136. Zammit, S., Allebeck, P., David, A. S., Dalman, C., Hemmingsson, T., Lundberg, I. et al. (2004). A longitudinal study of premorbid IQ Score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. *Archives General of Psychiatry*, 61(4), 354-60.
137. Zammit, S., Thomas, K., Thompson, A., Horwood, J., Menezes, P., Gunnell, D. et al. (2009). Maternal tobacco, cannabis and alcohol use during pregnancy and risk of adolescent psychotic symptoms in offspring. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 294-300.
138. Zammit, S., Lewis, G., Dalman, C. y Allebeck, P. (2010) Examining interactions between risk factors for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 207-211.
139. Zero To Three. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (rev.)*. Washington, DC: Author.

## 9. ANEXOS

### 9.1 Anexo 1: LISMEN.

En esta investigación se han utilizado tres versiones del LISMEN, siendo la última la 7.5. Como se explicó en el apartado 2. 1 las diferencias estriban, únicamente, en la ordenación de los ítems, no en su contenido ni en las respuestas a escoger. Los ítems utilizados en la investigación siempre fueron los mismos. Por ello se reproduce aquí solo una versión, la última.

En esta versión, de 2005, aún están incorporadas las modificaciones en cuanto a la puntuación y en cuanto al punto de corte para la acumulación de factores de riesgo. La puntuación se reducirá a: presencia, ausencia y no se dispone de información. Una de las conclusiones de este trabajo, la existencia de un punto de corte que determina, una vez rellenado el listado, si ese niño o adolescente está o no en una situación de riesgo en salud mental se debe incorporar así:

*Quando en la aplicación del LISMEN se encuentran 10 o más ítems con valor 1 de presencia, este resultado indica que la persona está en una situación de riesgo de padecer algún tipo de trastorno en salud mental, ya sea grave o transitorio, y que requiere ser atendida, a nivel de tratamiento o de prevención, por un servicio especializado.*

© Equipo LISMEN – Abril 2005

#### LISTADO DE ÍTEMS DE SALUD MENTAL DE EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR ( Versión 7.5)

Estos listados pretenden recoger una serie de factores de riesgo y señales de alarma en el niño/a con la finalidad de predecir la posible aparición de un trastorno emocional grave.

Se debe aplicar el listado utilizando el intervalo que corresponda a la edad: si la edad del niño se encuentra dentro del Lismen (0-24 meses), especificar la edad en años y meses. En el resto del cuestionario conviene hacerlo por años cumplidos.

En la primera aplicación se seleccionará el listado correspondiente a la edad del niño y los ítems de los que se tenga información de los apartados de edades anteriores. En posteriores aplicaciones se rellenará tan sólo el correspondiente a la edad actual del niño/a

#### Puntuación:

0. Se sabe que este ítem no está presente
1. Se encuentra y altera levemente la vida cotidiana
2. Se encuentra y altera de forma grave la vida cotidiana
3. Se encuentra pero no se puede valorar el grado de alteración que produce en la vida cotidiana.
4. No se dispone de información suficiente
5. La puntuación del ítem no es aplicable a la edad del niño

Apellidos del niño/a: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre y código de la persona que lo cumplimenta: \_\_\_\_\_

Nombre y código de la persona que proporciona la información: \_\_\_\_\_

Nº de Hª Clínica: \_\_\_\_\_

Nº REGISTRO: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_



**LISTADO DE ÍTEMS DE SALUD MENTAL DE EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR ( Versión 7.5)**

	LISMEN 1: 0 - 2 años	LISMEN 2: 3 - 5 años	LISMEN 3: 6 - 11 años	LISMEN 4: 12 - 17 años
1. Problemas obstétricos	0 1 2 3 4 5			
2. Apgar 1 minuto	0 1 2 3 4 5			
3. Apgar 10 minutos	0 1 2 3 4 5			
4. Bajo peso al nacer	0 1 2 3 4 5			
5. Gestación acortada (menos de 8 meses)	0 1 2 3 4 5			
6. Mala nutrición durante el embarazo	0 1 2 3 4 5			
7. Depresión de la madre en el embarazo y/o puerperio	0 1 2 3 4 5			
8. Infecciones víricas prolongadas de la madre durante el embarazo	0 1 2 3 4 5			
9. Stress o trastorno emocional grave de la madre durante el embarazo	0 1 2 3 4 5			
10. Nacimiento o primeros meses de vida en condiciones de masificación	0 1 2 3 4 5			
11. Daños neurológicos perinatales	0 1 2 3 4 5			
12. Infecciones del sistema nervioso central	0 1 2 3 4 5			
13. Trastorno grave de la relación: no sonríe, no realiza contactos visuales, no responde a estímulos.	0 1 2 3 4 5			
14. Retraimiento en la relación	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
15. Miedos, dificultades de adaptación, niño difícil de calmar	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
16. Trastorno del sueño: se despierta a menudo, al menos un mínimo de 4 noches a la semana	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
17. Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes o similares durante más de 3 semanas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
18. Cohabitación y/o misma cama que algún familiar, más de 4 meses	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
19. Anomalías en el juego: juego agresivo, reiterativo, autolesivo	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
20. Retraso en el desarrollo mental y/o psicomotor (tabla Llevant)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
21. Fenómenos autosensoresiales, balanceo o cabeceo de los infantes	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5		
22. Retraso en la deambulaci3n (comienza después de los 15 meses)	0 1 2 3 4 5			

**LISTADO DE ÍTEMS DE SALUD MENTAL DE EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR ( Versión 7.5)**

	LISMEN 1: 0 - 2 años	LISMEN 2: 3 - 5 años	LISMEN 3: 6 - 11 años	LISMEN 4: 12 - 17 años
23. Separaciones tempranas de las figuras paternas (20 días o más en un período de 1 año)	0 1 2 3 4 5			
24. Institucionalización temprana (instituciones tutelares y de justicia)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
25. Ingresos hospitalarios frecuentes (más de 3 ingresos o más de 20 días en un año)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
26. Funciones paternas empobrecidas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
27. Funciones maternas empobrecidas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
28. Diferencias en la lactancia materna en más o menos con respecto a los hermanos	0 1 2 3 4 5			
29. Falta de higiene; cuidados corporales básicos no suficientemente cubiertos	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
30. Vómitos frecuentes y/o rechazo en la alimentación	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
31. Presencia de abusos sexuales y/o físicos sobre el niño	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
32. Presencia de abusos sexuales y/o físicos en la familia de 1er grado	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
33. Agresividad en la familia	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
34. Psicosis en madre	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
35. Psicosis en padre	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
36. Padres con antecedentes de toxicomanías	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
37. Psicosis en hermanos u otros familiares	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
38. Padres con otros trastornos mentales severos actuales o pasados: trastorno bipolar, tr. depresivo mayor, tr. grave de la personalidad, episodio de manía, intento de suicidio	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
39. Nivel socio-económico marginal o semi-marginal	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
40. Situaciones de guerra y/o catástrofes externas	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
41. Niño con enfermedad crónica	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
42. Disfunciones del Lenquaje (mutismo, tartamudeo, etc. de más de 4 semanas de duración)		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
43. Dificultades para mantener la atención y/o concentraci3n		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
44. Dificultades en el proceso de lateralizaci3n		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

**LISTADO DE ÍTEMS DE SALUD MENTAL DE EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR ( Versión 7.5)**

	LISMEN 1: 0 - 2 años	LISMEN 2: 3 - 5 años	LISMEN 3: 6 - 11 años	LISMEN 4: 12 - 17 años
45. Niño triste, infeliz (llanto fácil)		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
46. Excitación excesiva, desbordante		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
47. Rabiets, enfados frecuentes		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
48. Enuresis		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
49. Encopresis		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
50. Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
51. Niño raro: evita la relación social, no juega. Presenta rarezas que llaman la atención a profesores y/o de familiares		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
52. Notable emperamiento en su funcionamiento relacional: aislamiento, realiza menos actividades, etc.		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
53. Problemas frecuentes en el manejo de los hábitos básicos: comidas, higiene, sueño.		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
54. Problemas de la madre para relacionarse con su hijo		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
55. Problemas de relación madre-hijo, en especial al ir a dormir		0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
56. Déficit de atención			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
57. Hiperactividad			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
58. Dificultades escolares: niño que no aprende			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
59. Retraso en la adquisición de la lectura y/o escritura			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
60. Trastornos del grafismo			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
61. Fracaso escolar			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
62. Enferma con frecuencia			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
63. Caídas frecuentes			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
64. Dificultades de separación y de ser autónomo			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
65. Terrores nocturnos de más de un mes de duración			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
66. Menos de dos amigos			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5

**LISTADO DE ÍTEMS DE SALUD MENTAL DE EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR ( Versión 7.5)**

	LISMEN 1: 0 - 2 años	LISMEN 2: 3 - 5 años	LISMEN 3: 6 - 11 años	LISMEN 4: 12 - 17 años
67. No es capaz de seguir normas de convivencia: desobediente en extremo			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
68. Ansiedad excesiva en situaciones sociales			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
69. Maltrata animales			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
70. Mentiras reiteradas			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
71. Ideas raras o extrañas			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
72. Ideas autoreferenciales, tendencia al delirio, pensamiento demasiado particular raro o extraño			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
73. Interferencias en el pensamiento			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
74. Desorganización del pensamiento de las ideas o de su comunicación			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
75. Tics crónicos			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
76. Percepciones sensoriales anómalas, particulares o distorsionadas que estén causadas por enfermedad o drogas			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
77. Percepciones sensoriales anómalas, particulares o distorsionadas que NO estén causadas por enfermedad o drogas			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
78. Reacciones emocionales y afectivas excesivas, no autolimitadas, descontroladas			0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
79. Comportamiento alimentario alterado: vómitos y cambios bruscos de peso de peso				0 1 2 3 4 5
80. Deterioro de la imagen corporal				0 1 2 3 4 5
81. Fatiga crónica				0 1 2 3 4 5
82. Cambios de humor				0 1 2 3 4 5
83. Interés por cuestiones abstractas				0 1 2 3 4 5
84. Discurso verbal extraño				0 1 2 3 4 5
85. Consumo de tóxicos				0 1 2 3 4 5
86. Absentismo escolar				0 1 2 3 4 5
87. Deportes y juegos con comportamientos agresivos y violentos				0 1 2 3 4 5
88. Otros FR en cualquier edad (especificar)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
89. Otros FR en cualquier edad (especificar)	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5



## 9.2. Anexo 2: Glosario del LISMEN.

A continuación se detalla para cada ítem una breve explicación de su contenido. En algunos se detallan situaciones concretas que, a modo de ejemplo, nos pueden dar una idea del ítem. En otros no se ofrece ninguna explicación ya que el propio enunciado se considera suficientemente explicativo.

Este glosario no justifica el por qué se ha incluido o no un ítem en este listado. Para este fin deberá consultarse la bibliografía específica. La ordenación de los ítems corresponde a la versión 7.5., pero el nombre de la variable no se ha modificado.

Primero aparece el texto del ítem y después, *en letra cursiva*, la explicación correspondiente.

### 0 – 2 años

**1. Problemas obstétricos:** *Problemas que pueden suceder durante la gestación, parto o puerperio. Alguno esta descrito individualmente en items posteriores. Si se señalan items posteriores no tiene por que señalarse este, a no ser que existan más problemas. Ejemplos: utilización de fórceps o de vacuum, asfixia, anoxia, inhalación de líquido amniótico, compresión del cordón, colapso circulatorio, trombosis, isquemia, signos de sufrimiento fetal, noticias de enfermedad materna grave durante el embarazo, ictericia neonatal, etc.*

#### 2. Primer Apgar al (1')

Pt. Lismep	Apgar al 1'
0	Puntuaciones 9, 10
1	Puntuaciones 6,7, 8
2	Puntuaciones igual o inferior a 5

#### 3. Segundo Apgar al (10')

Pt. Lismep	Apgar al 10'
0	Puntuaciones 9, 10
1	Puntuaciones 7, 8
2	Puntuaciones igual o inferior a 6

**4. Bajo peso al nacer:** *Peso inferior a 2500g: generalmente implica la utilización de incubadora.*

**5. Gestación acortada:** (menos de 8 meses).

**6. Mala nutrición durante el embarazo:** *Cuando se percibe que la alimentación que recibió la madre no fue suficiente o bien fue irregular, desorganizada o desequilibrada.*

**7. Depresión de la madre en el embarazo y/o puerperio:** *Ya sea reconocida o no a nivel diagnóstico y fuese o no tratada. Es decir, cuando se detecta en la madre un estado emocional de decaimiento, tristeza, dificultades para dormir i irritabilidad mantenidas en un tiempo mínimo de 2 semanas.*

**8. Infecciones víricas prolongadas de la madre durante el embarazo:** *Gripes, catarros, herpes, toxoplasmosis. En especial en el segundo y tercer trimestre.*

- 9. Stress o trastorno emocional importante de la madre durante el embarazo:** *Ya sea reconocido o no a nivel diagnóstico y tratado o no.*
- 10. Nacimiento o primeros meses de vida en condiciones de masificación:** *por ejemplo, centros de acogida, asilos, orfanatos, refugios, campos de refugiados o de acogida.*
- 11. Daños neurológicos perinatales:** *Síndromes o alteraciones que puedan causar daños a nivel neurológico diagnosticadas en los primeros meses de vida (alteraciones genéticas, cromosómicas - Síndrome de Down, ...)*
- 12. Infecciones del sistema nervioso central (meningitis, encefalitis etc.)**
- 13. Trastorno grave de la relación: no sonríe, no realiza contactos visuales, no responde a los estímulos:** *Se refiere a los estímulos del entorno que le rodea y que generalmente concretamos, en esta edad, en la sonrisa, la mirada, la interacción verbal, etc.*
- 14. Retraimiento en la relación:** *Relación marcada por la falta de contacto emocional, con dificultades de expresión y comunicación. La alteración es más leve y general que en el ítem anterior.*
- 15. Miedos, dificultades de adaptación, niño difícil de calmar:** *Se refiere a situaciones de hábitos, como el llorar a la hora de dormir, que desbordan a la madre y al padre. De igual manera con el comer, paseos, higiene, etc.*
- 16. Trastorno del sueño: se despierta a menudo, al menos un mínimo 4 noches a la semana:** *Fuera de las ocasiones en las que es necesario para la lactancia. A menudo son 2, 3 o más veces. Recoger también un número inferior cuando sea vivido por los progenitores como una desorganización familiar importante.*
- 17. Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes o similares durante más de 3 semanas:** *Pueden ser indicados por algún profesional sanitario o recomendados por personas de confianza. En ambos casos se debe señalar.*
- 18. Cohabitación y/o misma cama que algún familiar, más de 4 meses:** *A partir de los 4 meses (aunque se prolongue la lactancia materna) comparte habitación o cama con los progenitores u otros adultos con funciones parentales, de manera que el niño/a no duerme en la habitación pensada para él (que puede ser compartida con hermanos o hermanas).*
- 19. Anomalías en el juego: Juego agresivo, reiterativo, autolesivo.** *En situaciones de juego, a esta edad con figuras adultas, las reacciones pueden ser excesivamente agresivas y/o repetirse con demasiada frecuencia. Por ejemplo: dar patadas a los padres o morder o morderse.*
- 20. Retraso en el desarrollo mental y/o psicomotor (tabla Llevant):** *La tabla Llevant se utiliza habitualmente en pediatría. Para señalar este ítem debemos tener información explícita de ese retraso. Si consta así, aunque no se nombre la tabla Llevant se debe señalar.*
- 21. Fenómenos autosensoriales, balanceo o cabeceo:** *En especial estos dos tipos de movimientos aunque también se puedan detectar frotamientos u otros gestos de autoestimulación. Se refiere a conductas o movimientos repetitivos y mecánicos que tienen un componente autosensorial que suele calmar los estados de ansiedad y que están disociados del resto de conductas del niño y del entorno.*
- 22. Retraso en la deambulación:** *Cuando comienza después de los 15 meses*

**23. Separaciones tempranas de las figuras paternas (20 días o más en un período de 1 año):** Se incluyen aquí las hospitalizaciones donde no se ha ingresado con el padre o la madre. Puede ser la suma de varios ingresos. También se refiere a circunstancias vitales que implican separaciones: accidentes, enfermedades graves, migraciones, estancias con familiares, etc.

**24. Institucionalización temprana (instituciones tutelares, instituciones de justicia):** Si se señala este ítem se debe señalar también el anterior.

**25. Ingresos hospitalarios frecuentes (más de 3 ingresos; o más de 20 días en un año):** Independientemente de que se ingrese con alguno de los padres. Si no ingresan los padres, se debe señalar también el ítem 23.

**26. Funciones paternas empobrecidas:** Por diferentes motivos el padre no puede hacerse cargo total o parcialmente de su hijo. No se interesa por él, apenas lo coge o lo acaricia. No colabora en los hábitos cotidianos. No puede organizar su vida para dar una atención a su hijo o hija. No lo incluye en sus planes de futuro.

**27. Funciones maternas empobrecidas:** Igual que el ítem anterior pero referido a la madre.

**28. Diferencias en la lactancia materna en más o en menos con respecto a los hermanos:** Lactancia materna mucho más larga (al menos un tercio más larga) o mucho más corta (al menos la mitad) que el resto de los hermanos.

**29. Falta de higiene; cuidados corporales básicos no suficientemente cubiertos:** Niño o niña sucio, desarreglado, con ropa poco cuidada o excesivamente utilizada, o bien vestido con ropa no adecuada para el período estacional correspondiente.

**30. Vómitos frecuentes y/o rechazo en la alimentación:** de forma reiterada y acompañada de consultas sanitarias. Incluir la no diferenciación de alimentos.

**31. Abusos sexuales y/o físicos sobre el niño/a:** según las definiciones protocolarizadas.

**32. Presencia de abusos sexuales y/o físicos en la familia de primer grado:** (padre, madre, hermanos, abuelos o tíos) independientemente de la persona que los realice. En ocasiones se pueden descubrir en épocas posteriores a las que sucedieron. También se puntúan episodios en familia directa.

**33. Agresividad en la familia:** Verbal o física, de progenitores a hijos o viceversa, en cualquier forma (en la familia de primer grado: padre, madre, hermanos, abuelos o tíos).

**34. Psicosis en la madre:** tr. Delirante, tr. Esquizofrénico, tr. Esquizofreniforme, tr. Esquizaafectivo, tr. Psicótico breve, tr. Psicótico no especificado, de cualquier tipo, aunque el trastorno más frecuentemente diagnosticado sea el esquizofrénico.

**35. Psicosis en el padre:** Igual que el ítem anterior pero referido al padre.

**36. Padres con antecedentes de toxicomanías (o consumo actual) al menos uno de los dos progenitores**

**37. Psicosis en hermanos u otros familiares:** Igual que el ítem 34 pero referido a otros familiares.

- 38. Padres con otros trastornos mentales severos actuales o pasados:** *Trastornos bipolares, tr. depresivos mayores, tr. grave de la personalidad, episodio de manía, intento de suicidio.*
- 39. Nivel sócio-económico marginal o semi-marginal:** *El criterio suele ser subjetivo aunque si es posible conviene utilizar las clasificaciones sociales o psico-sociales sobre el tema.*
- 40. Situaciones de guerra y/o catástrofes externas:** *Que afectan o afectaron a la vida familiar directamente, tanto en su organización material como emocional.*
- 41. Niño/a con enfermedad crónica:** *Diabetes, asma grave, insuficiencia cardiaca, leucemias de larga evolución, epilepsia, alergias a la lactosa, alergia al gluten (celiaquía) claramente diagnosticado, etc.*

### 3 – 5 años

- 42. Disfunciones del lenguaje (mutismo, tartamudeo, etc. de más de 4 semanas de duración):** *las disfunciones nombradas suelen ser las más frecuentes pero señalar cualquier tipo del que se posea información si afecta a la vida cotidiana del niño o la familia*
- 43. Dificultades para mantener la atención y/o concentración:** *Independientemente de que lo manifieste en la familia o en la escuela.*
- 44. Dificultades en el proceso de lateralización:** *Independientemente de que lo manifieste en la familia o en la escuela.*
- 45. Niño triste, infeliz (llanto fácil):** *Comentarios que, a veces, realizan los progenitores en comparación con otros hijos u otros niños. En otras ocasiones, alguien se lo dice a los progenitores y, entonces y no antes, a éstos les llama la atención y lo explican.*
- 46. Excitación excesiva, desbordante** *para el período de edad en que aparece el ítem.*
- 47. Rabietas, enfados frecuentes** *para el período de edad en que aparece el ítem.*
- 48. Enuresis** *para el final del período de edad en que aparece el ítem y en edades posteriores.*
- 49. Encopresis** *para el final del período de edad en que aparece el ítem y en edades posteriores.*
- 50. Agresividad, impulsividad y accidentes frecuentes:** *basta con que se produzca cualquier de las tres circunstancias en el período de edad en que aparece el ítem o en edades posteriores. Los accidentes no acostumbran a ser graves pero son caídas u otros que requieren algún tipo de intervención de profesionales sanitarios.*
- 51. Niño raro, evita la relación social, no juega. Presenta rarezas que llaman la atención de profesores y de familiares:** *es un ítem que quizás juzgan más acertadamente los maestros y educadores que la familia.*
- 52. Notable empeoramiento en su funcionamiento relacional:** *Deja de salir, realiza menos actividades, progresiva evitación relacional, aislamiento, retraimiento, etc. para el período de edad en que aparece el ítem.*

**53. Problemas frecuentes en el manejo de los hábitos básicos: comidas, higiene, dormir:** *No se cumplen los requerimientos básicos o no se incorporan de forma organizada en la vida cotidiana. De cualquier hábito se hace un problema, se hace un conflicto, es motivo de “chantajes”, o bien el adulto no concede al niño en ese tema la autonomía propia para su edad. .*

**54. Problemas de la madre para relacionarse con su hijo:** *para el período de edad en que aparece el ítem. En general la madre muestra sufrimiento e insatisfacción en esta relación o bien sobreprotege al niño.*

**55. Problemas de relación madre-hijo, en especial al ir a dormir:** *el niño o niña no quiere dormir solo o solo se duerme en el sofá o viendo la televisión, etc.*

## 6 – 11 años

**56. Déficit de atención:** *A menudo lo comunica la escuela. “Parece que no escucha, que no oye”, se distrae con cualquier cosa.*

**57. Hiperactividad:** *Hay que señalarlo cuando se produce en 2 o más ambientes: escuela, hogar, tiempo libre...*

**58. Dificultades escolares: niño que no aprende.** *Consta así en informes pedagógicos o se detecta a nivel profesional.*

**59. Retraso en la adquisición de la lectura y/o escritura:** *No es suficiente la opinión de los padres si esta no es una información que proviene de la escuela. Debe existir información concreta de la escuela (informes escolares, notas, hojas de derivación,...).*

**60. Trastornos del grafismo:** *no es suficiente la opinión de los padres si esta no es una información que proviene de la escuela.*

**61. Fracaso escolar:** *Suele existir una clara información escolar sobre este tema. Debe llevar dos o más años de retraso o con adaptaciones curriculares. No señalar cuando es solo una opinión subjetiva de los padres.*

**62. Enferma con frecuencia:** *Enfermedades no graves sino leves, pero que interrumpen la vida cotidiana y la realización de actividades habituales (por ejemplo asistir a la escuela).*

**63. Caídas frecuentes:** *Se producen sin buscarlas y el niño no parece especialmente torpe pero su nivel de actividad y de descontrol le llevan a estas situaciones. Puede ser que no requieran tratamiento médico*

**64. Dificultades de separación y de ser autónomo:** *Ya sea para realizar las tareas cotidianas o para proponerse otras nuevas. Le cuesta más de la cuenta separarse de las figuras de vínculo, dirigirse a un adulto aunque lo conozca, hablar en las tiendas, realizar pequeñas compras por sí sólo.*

**65. Terrores nocturnos, de más de un mes de duración:** *Se despierta frecuentemente por miedo o terror: en ocasiones esta información está solapada u ocultada por los problemas a la hora de ir a dormir (item 53).*

**66. Menos de dos amigos:** *Se refiere a amigos de cierta intimidad con los que realiza frecuentes actividades conjuntas. A menudo, en estos casos, al niño o niña le cuesta dar un nombre como amigo o amiga.*

**67. No es capaz de seguir normas de convivencia, desobediente en extremo:** *Cada propuesta de una conducta o de una norma se convierte en una lucha, una "batalla". Se refiere a normas colectivas, hábitos, normas de educación mínimas, no a las normas impuestas arbitrariamente por un progenitor, tutor o cuidador.*

**68. Ansiedad excesiva en situaciones sociales(marcada inhibición, timidez, negaciones, huidos):** *Sólo si es excesiva para el período de edad en que aparece el ítem.*

**69. Maltrata animales:** *Animales propios de la familia, o ajenos a dicho entorno, a los cuales agrede sin demostrar sentimiento de culpa o arrepentimiento.*

**70. Mentiras reiteradas:** *Cuando el mentir se convierte en una forma de relación habitual, aunque sea para justificarse ante un medio hostil.*

**71. Ideas raras o extrañas:** *No se entiende lo que explica o lo que piensa, parece demasiado extraño, que no es real, que no tiene que ver con lo que vive. Pero todo ello sin llegar a establecerse como se describe en el ítem anterior.*

**72. Ideas autorreferenciales, tendencia al delirio, pensamiento demasiado particular, raro o extraño:** *Cree que la televisión le habla, que le miran, que le oyen su pensamiento, tiene visiones, piensa en temas abstractos de forma incoherente.....*

**73. Interferencias en el pensamiento:** *Cree que le influncian o inducen el pensamiento "le meten cosas en la cabeza o en la mente", le hacen ver, oír o sentir cosas por influencias extrañas. Todo esto interfiere en su propio pensamiento.*

**74. Desorganización del pensamiento de las ideas o de su comunicación:** *Es incoherente en su comunicación, salta de un tema a otro sin que se pueda entender su asociación.*

**75. Tics crónicos:** *Puede ser uno o varios, pero repetidos a lo largo de los años, aunque hayan existido períodos en los cuales desaparecen y vuelven a aparecer. En ocasiones unos sustituyen a otros.*

**76. Percepciones sensoriales anómalas, particulares o distorsionadas, que estén causadas por enfermedad o drogas:** *se diferencia de los ítems 72 o 73 por su etiología.*

**77. Percepciones sensoriales anómalas, particulares o distorsionadas, que NO estén causadas por enfermedad o drogas:** *En algún caso se debe puntuar también los ítems 72 o 73 pero pueden ser percepciones poco estructuradas.*

**78. Reacciones emocionales y afectivas excesivas, no autolimitadas, descontroladas:** *Se refiere al llanto, la alegría y la tristeza u otros comportamientos exagerados en relación a la situación o que se alternan con una frecuencia exagerada.*



## 12 – 17 años

- 79. Comportamiento alimentario alterado, vómitos y cambios bruscos de peso:** *valorarlo aunque no haya un diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia (deja de comer, pica, particularidades alimentarias, etc.)*
- 80. Deterioro de la imagen corporal** *en la higiene, en el vestir, en la actitud.*
- 81. Fatiga crónica,** *Se considera cuando impide seguir el ritmo cotidiano de actividades. Se produce de forma continuada, no como un comentario más o menos aislado que sobre la fatiga puede hacer un adolescente*
- 82. Cambios de humor:** *Cuando son pronunciados y/o cíclicos, valorar y explorar aquí las ideas de muerte e intentos de suicidio porque a veces están ocultos y poco expresados.*
- 83. Interés por cuestiones abstractas:** *Cuando le aíslan del entorno sin favorecer su creatividad y satisfacción personal. Suele tratarse de un tema concreto que le absorbe toda su atención (religión, mitos, leyendas,...).*
- 84. Discurso verbal extraño:** *No se le entiende o se refiere a temas incomprensibles. Los que le rodean se cansan de ese discurso.*
- 85. Consumo de tóxicos** *de cualquier tipo, de forma continuada, aunque solo sea en actividades de fin de semana.*
- 86. Absentismo escolar:** *cuando es reiterado y fruto de una decisión consciente, aunque sea una conducta evitativa de ansiedad.*
- 87. Deportes y juegos con componentes agresivos y violentos:** *Con amigos, en familia o individualmente. Se pueden incluir aquí determinados juegos de rol. Se puntúa cuando dominan en exceso los aspectos agresivos.*
- 88. Otros FR en cualquier edad (especificar):** *descripción del ítem con la puntuación pertinente y desde la edad en la que se recogen datos de su aparición, continuando luego en las otras edades.*
- 89. Otros FR en cualquier edad (especificar):** *descripción del ítem con la puntuación pertinente y desde la edad en la que se recogen datos de su aparición, continuando luego en las otras edades.*

### 9.3. Anexo 3: Bibliografía específica utilizada en la construcción del LISMEN.

En este punto se comentan los trabajos de estudio e investigación utilizados en la construcción del listado. Estos fueron referenciados, con respecto a las variables en el apartado 3.2. Para el lector interesado en el tema puede serle útil disponer de esta información expuesta de forma más detallada, en primer lugar se hace un breve comentario de las investigaciones leídas y, al final, para facilitar la síntesis de la información al final del Anexo se encuentra una tabla resumen de las principales investigaciones de cohortes de población aquí referenciadas.

- Abazyan, B., Nomura, J., Kannan, G., Ishizuka, K., Tamashiro, K., Nucifora, F., Pogorelov, V., Ladenheim, B., Yang, C., Krasnova, I., Cadet, J., Pardo, C., Mori, S., Kamiya, A., Vogel, M., Sawa, A., Ross, C. y Pletnikov, M. (2010). Prenatal interaction of mutant DISC1 and immune activation produces adult psychopathology. *Biological Psychiatry*, 15 (68/12), 1172- 1181.

*Investigación en modelo animal sobre la interacción que se produce en el embarazo y el posterior desarrollo de un trastorno mental. Provocaron situaciones de ansiedad y depresión que alteraron los patrones de conducta social. Observaron una respuesta inmunológica en el eje Hipotálamo- Pituitaria-Amígdala, la atenuación de la neurotransmisión en el hipocampo y alteraciones en el tamaño de los ventrículos laterales. Esto alteró la secreción de sustancias implicadas en la expresión de dos genes que previamente habían determinado que intervienen en el desarrollo de trastornos mentales graves en dicho modelo de experimentación animal.*

- Agid, O., Shapira, B., Zislin, J., Ritsner, M., Hanin, B., Troudart, T. et al. (1999). Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 4, 163-172.

*Estudio realizado en Jerusalén, Israel, en el Hadassah – Hebrew University Medical Center. Investigaron la relación entre la variable “pérdida parental temprana”, antes de los 17 años, y la psicopatología en la edad adulta. A partir de las personas que ingresaban en los centros dependientes de la citada institución, con diagnósticos de depresión mayor, trastorno bipolar o trastorno esquizofrénico, escogieron los controles según la edad, el género, el grupo étnico y la edad de emigración. Desestimaron a los descendientes de progenitores que vivieron la época del holocausto nazi. No especifican la fecha de inicio y de final de reclutación de los*

casos. Compararon 79 casos y controles en el trastorno depresivo, 79 en el bipolar y 76 en el esquizofrénico. La pérdida parental temprana incrementaba, de forma significativa el riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor. El efecto de la pérdida debido a una separación fue más sorprendente que si era debido a la muerte, así como también fue más significativo si se producían antes de los 9 años. Los incrementos también fueron significativos, aunque no tanto, en los grupos del trastorno bipolar y del trastorno esquizofrénico.

La vulnerabilidad que implica la pérdida parental temprana tiene consecuencias similares a las estudiadas en animales con respecto a la pérdida de la madre. Se ha comprobado que estos hechos conllevan cambios en las funciones del eje hipotálamo- pituitaria-adenalina. Parece que procesos análogos a los descritos en el mundo animal pueden estar sucediendo en personas que padecen dichos estresores y que aumentan el grado de susceptibilidad o el riesgo para padecer algún tipo de trastorno mental.

- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac books. Traducido en Madrid: Fundación para la Investigación y el Tratamiento de la Esquizofrenia y otras Psicosis; 2004

El autor expone en los diferentes capítulos una síntesis sobre el origen del trastorno, analiza las investigaciones sobre las posibles causas y profundiza en el las técnicas psicoterapéuticas proponiendo la modalidad que denomina tratamiento adaptado a las necesidades del paciente, donde destaca la necesidad del abordaje familiar. Todo ello en base a su experiencia como psicoterapeuta de pacientes esquizofrénicos explicada en base a algunos casos.

- Allardyce, J. y Boydell, J. (2006). Review: the wider social environment and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 592–598.

Es una revisión de estudios en el que señala que aumenta la incidencia en grupos con privación social (minorías étnicas) y que existen diferencias si se nace en áreas urbanas o rurales. Dicha revisión se efectúa con 13 investigaciones que cumplen los criterios de haberse realizado con posterioridad a 1995, en zonas geodemográficas pequeñas, donde hubiese personas con diagnóstico de psicosis o esquizofrenia y donde se pudiesen comparar zonas a nivel de contexto social.

- Arseneault, L., Cannon, M., Murray, R., Poulton, A., Caspi, A. y Moffitt, R. (2003). Childhood origins of violent behavior in adults with schizophreniform disorder. *British Journal of Psychiatry*, 183, 520-525.

*Estudio realizado en Nueva Zelanda, en la cohorte de Dunedin. Analizan a las personas nacidas en dicha ciudad entre Abril de 1972 y Marzo de 1973, cuando tenían 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 21 y 26 años. A las edades de 7, 9, 11 y 26 años investigan las conductas violentas, a la de 11 la aparición de síntomas psicóticos y a la de 26 la presencia o no del diagnóstico de psicosis. Del grupo inicial de 1037 niños disponen de este tipo de información, a los 26 años, de 759 participantes. Realizan diferentes tipos de análisis según cuatro modelos de combinación de las variables. Concluyen que la relación entre conducta violencia y esquizofrenia es evidente, en especial cuando están presentes variables de bajo nivel socio-económico y de consumo de tóxicos. En relación a la infancia señalan que a los niños que a los 11 años dan positivo en conductas violentas y en primeros síntomas psicóticos se les debe realizar un seguimiento preventivo estrecho debido a la alta probabilidad de desarrollar un trastorno esquizofrénico en la edad adulta.*

- Bagwell, C., Molina, B., Pelham, W. y Hoza, B. (2001). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Problems in Peer Relations: Predictions From Childhood to Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, (40)11, 1285-1292.

*En EEUU, en el Estado de Virginia, realizaron una comparativa entre 111 adolescentes, entre 13 y 18 años, con TDAH y 100 personas de la misma edad que no tenían dicho diagnóstico. Se recluta la muestra a partir de una actividad de verano destinada a chicos ya diagnosticados con problemas de TDAH. Se recabó información de padres, maestros y de los propios adolescentes. Los resultados mostraron que las relaciones alteradas: rechazo, aislamiento y agresividad se mantenían cuando llegaban a la edad adulta.*

- Bennedsen, B. E. (1998). Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. *Schizophrenia Research*, 7, 33(1-2), 1-26.

*Revisión bibliográfica sobre la incidencia del bajo peso al nacer y el nacimiento a pretérmino como importantes predictores del riesgo de esquizofrenia. Efectúan la revisión en las bases bibliográficas de acuerdo a cuatro ítems: bajo peso al nacer, retardo en el desarrollo intrauterino, parto pretérmino y muerte fetal antes de las 22 semanas de gestación. Se*

*relacionan estas circunstancias con la presencia de abuso de tabaco, alcohol u otras sustancias, bajo nivel socioeconómico y esquizofrenia en las mujeres gestantes. Todo y las dificultades metodológicas encontradas, en sus conclusiones indican que, por encima de otros potenciales factores de riesgo, el tabaco y el alcohol, el bajo nivel socioeconómico, el abuso de drogas y los trastornos emocionales tienen una relación evidente con los problemas obstétricos anteriormente descritos. Aunque la intensidad de esta influencia cambie dependiendo del tipo de problema que sucede en los primeros meses de vida.*

- Bennedsen, B. E., Mortensen, P. B., Olesen, A. V. y Henriksen, T. B. (2001). Congenital Malformations, Stillbirths, and Infant Deaths Among Children of Women With Schizophrenia. *Archives General of Psychiatry*, 58, 674-679.

*Estudio comparativo en Dinamarca en el que, a través del registro de médico de nacimientos, comparan 2.230 descendientes de 1.544 madres con diagnóstico de esquizofrenia nacidos entre 1973 y 1993, con un grupo control de 123.544 descendientes de madres sin diagnóstico psiquiátrico. Las conclusiones fueron que el riesgo de muerte neonatal aumentaba en el grupo de estudio, no fue estadísticamente significativo el incremento del riesgo de abortos o de muerte neonatal. Se encontró un leve incremento de malformaciones congénitas. Aunque no pudieron determinar la influencia que en estos hechos pudieran también tener otros factores de riesgo como el alcohol, el tabaco, el bajo nivel socioeconómico o el uso de medicaciones psicotrópicas.*

- Bentall, R. P. y Fernyhough. C. (2008). Social Predictors of Psychotic Experiences: Specificity and Psychological Mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1012-1020.

*Trabajo que repasa las investigaciones sobre los síntomas psicóticos en relación a la existencia de traumas en la infancia. Hipotetiza el patrón de conducta subsiguiente a la existencia del trauma que puede desembocar en alucinaciones verbales y auditivas y pensamientos paranoides. Señala que se han de considerar, de forma especial, la presencia de abusos sexuales y las situaciones sociales de marginación. Sus argumentos aproximan la investigación en psicosis a las teorías del neurodesarrollo donde se integran los factores ambientales y los endógenos, en definitiva previenen sobre una trayectoria de vida alterada previa a la aparición de los síntomas.*

- Buka, S. L., Tsuang, M. T., Torrey, E. F., Klebanoff, M. A., Bernstein, D., Yolken, R.H. (2001). Maternal infections and subsequent psychosis among offspring. *Archives General of Psychiatry*, 58, 11.

*En Estados Unidos, el “Collaborative Perinatal Project” monitorizó 55.000 embarazos en diferentes lugares de EE. UU., entre 1959 y 1966. En esta investigación se centran en la cohorte de Providence, Rhode Island, de 3804 nacimientos. De estas personas 27 desarrollaron un trastorno esquizofrénico y fueron comparadas con 54 controles. Estudiaron las infecciones que se habían producido durante el embarazo de estas personas y que estaban registradas en su momento. Concluyeron que las infecciones en el segundo trimestre de embarazo incrementaban el riesgo de psicosis y que no existían evidencias de una relación similar cuando se producían encefalitis u otras anormalidades neurológicas mayores.*

- Choquet, M., Facy, F., Laurent, F. y Davidson, F. (1982). Discovery of risk groups in a population of children of pre-school age by method of typological analysis. *Early Child Development and Care*, 9(3), 255–274.

*Investigación realizada en la década de los setenta (1974-1977) con una muestra de 415 niños de edades entre 0 y 3 años. Se recopilan datos sobre el desarrollo a través de cuatro cuestionarios a los 3, 9, 18 y 36 meses. Analizan los resultados definiendo variables “activas” y estudian el comportamiento de estas variables a nivel de correlación. Establecen la existencia de un grupo de ítems que, cuando están presentes 6 de ellos, sobre 17, indican un riesgo alto de padecer un trastorno emocional. El total de las 17 variables es el siguiente:*

1. *Se despierta frecuentemente durante la noche.*
2. *Altera el sueño de los padres.*
3. *A menudo enfadado.*
4. *A menudo insatisfecho.*
5. *Toma medicamentos sedantes.*
6. *Hospitalizado durante más de tres días entre la edad de 18 meses y 3 años.*
7. *Estado de salud precario según la percepción de la madre.*
8. *Tiene asma.*
9. *Accidentes frecuentes entre los 18 meses y los 3 años.*
10. *Tiene pesadillas al dormir.*
11. *Apetito alterado.*
12. *Rinitis frecuentes.*
13. *Dificultades para ir a la cama y coger el sueño.*
14. *Bronquitis frecuentes.*

15. *Otitis frecuentes.*
16. *No se chupa el pulgar o sustituto.*
17. *No juega solo.*

- Conus, P., Cotton, S., Schimmelmann, B. G., McGorry, P. y Lambert, M. (2007). The First-Episode Psychosis Outcome Study: premorbid and baseline characteristics of an epidemiological cohort of 661 first-episode psychosis patients. *Early intervention in Psychiatry*, 1, 191-200.

*Cohorte australiana, en Melbourne compuesta por 786 pacientes residentes en una zona de 800.000 habitantes que entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 2000 se visitaron en el Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC). Estudian 661 casos retrospectivamente, de edades comprendidas entre los 15 y 29 años. De estos 136 son trastornos bipolares y 64 esquizoafectivos y 407 trastornos esquizofrénicos y otras psicosis. Concluyen que es necesario considerar y detectar la psicopatología previa al primer episodio para ser más efectivos en el tratamiento. Así encuentran que el 82,7% presenta acontecimientos traumáticos en su biografía; el 74,1% presenta abuso y uso de sustancias tóxicas; el 55,6%, antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos; el 47,5%, trastornos en salud mental previos, y el 14,5%, intentos de suicidio previos.*

- Cornblatt, BA., Lenz, T., Smith, CW., Correll, CU., Auther, AM. y Nakayama, E. (2003). The Schizophrenia Prodrome Revisited: A Neurodevelopmental Perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4), 633-651.

*Muestra de 62 casos de los 3 primeros años de funcionamiento del programa RAP (Recognition and Prevention) de Nueva York. Seguidores de las teorías del neurodesarrollo diferencian los casos en tres grupos de riesgo, según las puntuaciones obtenidas en la entrevista y escala de valoración de síntomas prodrómicos SIPS/SOPS. Estudian cuatro factores de riesgo: los déficits cognitivos, trastornos afectivos, aislamiento social y fracaso escolar. El término déficit cognitivo se podría asimilar al término de retraso en el desarrollo psicomotor, ya que estamos hablando de neurodesarrollo.*

- Dalman, C., Allebeck, P., Cullberg, J., Grunewald, C. y Koster, M. (1999). Obstetric complications and the risk of schizophrenia: a longitudinal study of a national birth cohort. *Archives General of Psychiatry*, 56(3), 234-240.

*En Suecia se realizó un estudio poblacional donde se siguieron a todos los niños nacidos entre 1973 y 1977 (507.516 niños). Con posterioridad, entre 1987 y 1995 seleccionaron a aquellas personas que habían nacido en aquellos años pero que durante este período habían desarrollado un trastorno esquizofrénico, en total 238 casos. Estudiaron variables que reflejaban tres tipos de alteraciones de mecanismos etiológicos: la malnutrición fetal, la extrema prematuridad (menos de 33 semanas) y la hipoxia o isquemia en el parto. En sus resultados señalan que aumento de forma estadísticamente significativa el riesgo de padecer dicho trastorno en el caso de la malnutrición fetal, en las otras dos circunstancias también se producía un aumento del riesgo pero sin significación estadística.*

- Dalman, C., Thomas, H. V., David, A. S., Gentz, J., Lewis, G. y Allebeck, P. (2001). Signs of asphyxia at birth and risk of schizophrenia: Population-based case-control study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 403-408.

*En Suecia, en la ciudad de Estocolmo siguieron la evolución de todos los niños nacidos a partir del año 1960 y estudiaron a aquellos que fueron diagnosticadas de esquizofrenia entre enero de 1971 y junio de 1994. Detectaron y pudieron estudiar 524 casos y 1.043 controles. Investigaron sobre diferentes variables obstétricas y los resultados mostraron que existe una asociación estadísticamente significativa entre padecer signos de asfixia en el parto y desarrollar un trastorno esquizofrénico en edades posteriores. Consideraron el Test del Apgar como instrumento de medida y en concreto una puntuación inferior a 7 indicaba asfixia.*

- Davidson, M., Reichenberg, A., Rabinowitz, J., Weiser, M., Kaplan, Z. y Mark, M. (1999). Behavioral and Intellectual Markers for Schizophrenia in Apparently Healthy Male Adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1328-1335.

*En Israel, todos los adolescentes deben acudir al servicio militar y, previamente, se someten a un examen médico psiquiátrico. En este trabajo investigan a todas las personas que lo hicieron entre 1985 y 1991 y seleccionaron a aquellas que entre los años 1970 y 1995 fueron diagnosticadas de trastorno esquizofrénico. En total fueron 509 casos y 9.215 controles sobre los que obtuvieron información necesaria para la investigación. Determinaron que las*



*variables que mejor predicen la aparición del trastorno son el funcionamiento social deficitario y la disminución de las capacidades intelectuales y de organización.*

- Feder, A., Nestler, E., y Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews Neuroscience*, 10, 446-457.

Excelente artículo donde se revisan investigaciones que relacionan las influencias e interacciones entre el ambiente y la genética en la génesis de los trastornos mentales. Explican la epigenética, sus mecanismos neuronales y su expresión en los cambios adaptativos, la resiliencia. Inciden en la regulación de estos cambios a través de las emociones y las conductas sociales que se utilizan para vencer al estrés. En este trabajo se cita múltiples investigaciones. A destacar la de Meaney y Szyf (2005) quienes mostraron cómo si la madre cuidaba a sus crías con las caricias propias de la higiene y permitiendo el acto de mamar se producía una metilación en los genes diferente a la producida en la madre que no los cuidaba de esa forma.

- Fish, B., Marcus, J., Hans, S. L., Auerbach, J. G. y Perdue, S. (1992). Infants at risk for schizophrenia: sequelae of a genetic neurointegrative defect. *Archives General of Psychiatry*, 49, 221-235.

*Define la pandismaduración a través de unos criterios: retraso transitorio en el desarrollo motor y/o visual, perfil de desarrollo anormal, retraso en el desarrollo del esqueleto. Estos retrasos no tienen porqué ser definitivos. Repasa los estudios prospectivos de Nueva York (Fish), Jerusalén (Marcus), Rochester (Samerof), Dinamarca (Mednick), Minnesota (Hanson), Estado de Nueva York (Marcuse-Cornblatt), Pittsburg, Boston... En todos encontraron, en común, el retraso motor en personas descendientes de padres diagnosticados con esquizofrenia. Las dificultades en el neurodesarrollo o pandismaduración correlacionan con el diagnóstico de los padres y las complicaciones obstétricas pueden actuar como precipitante, igual que otros factores sociales, pero no son la causa según Fish. La pandismaduración en los dos primeros años de vida señala el posible desorden neurointegrativo en la infancia a nivel de organización espacial y temporal. Los niños que acumulan factores de riesgo no predicen que en la vida adulta desarrollen un trastorno esquizofrénico, pero la discontinuidad o disharmonía en el crecimiento, agravadas por dificultades sociales o ambientales, pueden ser el caldo de cultivo de un trastorno emocional.*

- Fonagy, P., Steele, H. y Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

*En Londres, en el University College Hospital, seleccionaron a 100 mujeres embarazadas por primera vez, que convivían con su pareja y que entendían la lengua inglesa, evaluaron el apego con la entrevista Adult Attachment Interview (AAI) en el último trimestre del embarazo y a la edad de 12 meses de los descendientes. También evaluaron el apego en la diada madre-hijo con la prueba de la situación extraña. El resultado es que la representación mental de la madre de su historia de apego en el embarazo (preocupada – despreocupada) permitía predecir el tipo de apego que en el futuro tendría su hijo (seguro - inseguro).*

- Freeman, D., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., Stahl, D. y Bebbington, P. (2010). Persecutory ideation and insomnia: Findings from the second British National Survey Of Psychiatric Morbidity. *Journal of Psychiatric Research* 44, 1021-1026.

*Muestra británica de personas que vivían en sus hogares entre Marzo y Septiembre de 2000 y que tenían edades comprendidas entre los 16 y los 74 años: en total fueron 8.580 personas. Realizaron un estudio transversal sobre paranoia, insomnio, ansiedad, preocupaciones, depresión, irritabilidad y abuso de cannabis. Los resultados señalan que la asociación más fuerte se produce entre insomnio y paranoia, y que las personas que lo padecen crean entre dos y tres veces más pensamientos paranoides que aquellos que no tienen dicho trastorno del sueño.*

- Goldstein, J. M., Buka, S. L., Seidman, L. J. y Tsuang, M. T. (2010). Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England family study's high-risk design. *Archives General of Psychiatry*, 67(5), 458-467.

*En EEUU, en Boston (Massachusetts) y Providence (Rhode Island) estudian, entre 1959 y 1966 a una muestra de mujeres embarazadas que acuden a los cursos de preparación al parto en 12 Hospitales Universitarios de la zona. En total seleccionan a 344 mujeres que tienen 467 hijos y los dividen entre descendientes de personas afectadas por un trastorno esquizofrénico (n= 114), entre descendientes de padres con psicosis afectiva (n= 167) y descendientes de padres sin diagnóstico psiquiátrico (n=187). Estudiaron la evolución durante más de cuarenta años y concluyeron que el riesgo de padecer esquizofrenia cuando uno de los dos*

*progenitores la padece, es hasta seis veces más elevado que en aquellas personas con padres sin diagnóstico en salud mental.*

- Guedeney, A. y Fermanian, J. A. (2001). Validity and Reliability Study of Assessment and Screening for Sustained Withdrawal Reaction in Infancy: The Alarm Distress Baby Scale. *Infant Mental Health Journal*, 22(5), 559-575.

*En París, en el Instituto de Puericultura de esta ciudad, se incluye en una muestra a mujeres que entre Julio de 1996 y Julio de 1997 se visitan y realizan cursos de preparación al parto. Comparan las conductas que muestran retraimiento en la relación, en la conducta del bebé, medidas a través de la escala ADBB (Alarm Distress Baby Scale) con dos listados de exploración de síntomas depresivos en la infancia. Los resultados muestran que ambos tipos de conducta correlacionan de forma significativa. La escala ADBB analiza cómo se relaciona el bebé a nivel de: expresión facial, contacto ocular, nivel de actividad, gesto de autoestimulación, vocalización, vivacidad en la respuesta a las estimulaciones, relación con el ambiente y capacidad de atraer la atención.*

- Häfner, H., Der Heiden, W., Behrens, S., Gattaz, W.F., Hambrecht, M., Löffler, W. et al. (1998). Causes and consequences of gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 99-113.

*En Alemania, entre 1979 y 1980, se realizan el estudio ABC (Antecedentes, Conducta (Behavior) y las Consecuencias) (Alemania). Durante 1978 y 1980 se incluyeron a 232 pacientes de 12 a 59 años de edad que hubiesen ingresado en un hospital y a los que se les hubiese diagnosticado por primera vez de esquizofrenia. En él utilizan un instrumento de exploración denominado: Retrospective Assessment of the Onset and Course of Schizophrenia and Other Psychoses (IRAOS). Sus conclusiones indican que la edad de inicio de la sintomatología es diferente dependiendo del sexo y que la sintomatología no específica correlaciona con una peor evolución del trastorno a nivel de relaciones sociales.*

- Häfner, H. y Maurer, K. (2006). Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry*, 5(3), 130-138.

*Mismo estudio que el referenciado anteriormente, el estudio ABC Alemán. Investigan sobre los 232 sujetos e identifican una fase prodrómica prepsicótica de 4,8 años de duración media*

*entre la aparición del primer síntoma y el primer diagnóstico de esquizofrenia. También señalan la existencia de una fase psicótica de 1,3 años de duración. Las comparaciones ponen en evidencia que los síntomas prodrómicos son comunes a la depresión (moderada y grave) y a la esquizofrenia. La distinción entre una psicosis y un trastorno del estado de ánimo no es posible hasta que aparecen los síntomas positivos. La intervención temprana se hace necesaria porque en ambos trastornos la alteración funcional produce consecuencias sociales.*

- Hans, S.L., Marcus, J., Nuechterlein, K. H., Asarnow, R. F., Styr, B. y Auerbach, J. G. (1999). Neurobehavioral deficits at adolescence in children at risk for schizophrenia: the Jerusalem infant development Study. *Archives General of Psychiatry*, 56(8), 741-748.

*En Jerusalén se estudia, entre 1973 y 1977, a las mujeres que estaban embarazadas en ese momento y que se visitaban en alguno de los centros de salud existentes en la ciudad. Se diferenciaron 3 grupos: padres con diagnóstico de esquizofrenia, padres con diagnóstico en salud mental pero no de esquizofrenia y padres sin diagnóstico en salud mental. En 1992, cuando los descendientes tenían entre 14 y 21 años pudieron recabar información de 65 adolescentes: 24 del grupo de descendientes de padres con trastorno esquizofrénico, 25 del grupo de otros trastornos y 16 del grupo de sin trastorno. Los adolescentes fueron examinados con una prueba neurobiológica y dos entrevistas diagnósticas, una sobre desordenes afectivos y esquizofrénicos y otra sobre síndromes de personalidad. Los resultados indicaron que los adolescentes descendientes del grupo de padres con trastorno esquizofrénico, especialmente si eran las madres, obtienen peores rendimientos en las pruebas cognitivas, tanto de tipo motor como de tipo atencional. Este estudio está incluido en el denominado Jerusalem Infant Development Study.*

- Hans, S. L., Auerbach, J. G., Styr, B. y Marcus, J. (2004). Offspring of parents with schizophrenia: mental disorders during childhood and adolescence. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 303-315.

*En la cohorte denominada Jerusalem Infant Development Study originariamente colaboraron 54 familias pero solo se pudo completar la información en 37, que tuvieron 72 niños a los cuales se les realizó la exploración entre los 12 y los 22 años. Una segunda cohorte se reclutó entre 1991 y 1995 y de ahí surgieron 24 familias con 44 descendientes.*

*Cuando estos tenían 17 años se estudió su estado psicopatológico a través de dos entrevistas diagnósticas, una sobre desordenes afectivos y esquizofrénicos y otra sobre síndromes de personalidad y una escala de funcionamiento global. Se diferenciaron tres grupos: 41 descendientes de familias en las que al menos uno de los progenitores había sido diagnosticado de esquizofrenia, 39 de otro tipo de trastorno mental y 36 sin diagnóstico de trastorno mental. Los resultados indicaron tasas más altas de trastornos en salud mental en los descendientes de padres con esquizofrenia, con tendencia a ser diagnosticados de trastornos de la personalidad, con diferencias estadísticamente significativas con respecto a los descendientes de los otros dos grupos de padres.*

- Isohanni, M., Lauronen, E., Moilanen, K., Isohanni, I., Kemppainen, L., Koponen, H., et al. (2005). Predictors of schizophrenia: Evidence from the Northern Finland 1966 Birth Cohort and other sources. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 4-7.

*En esta investigación se describe los factores de riesgo que encontraron que contribuyen al desarrollo de la esquizofrenia en la cohorte del norte de Finlandia de 1966. Se registraron todos los nacimientos de las provincias de Oulu y Lapland durante el citado año: en total 12.058 bebés. Se recogieron datos a nivel biológico, social y factores ambientales. El estudio finalizó en 2004. En 2001 había diagnosticados 111 casos de esquizofrenia según los criterios DSM-III. Encontraron 7 factores específicos que aumentaban el riesgo de aparición del trastorno en la edad adulta.*

- *Genéticos: factores que denominan de “predisposición” familiar.*

- *Complicaciones en el embarazo y obstétricas.*

- *Infecciones en el sistema nervioso central: recopilan estudios.*

- *Retraso en el desarrollo psicomotor.*

- *Problemas en las relaciones padres e hijos: citan estudios ya recogidos.*

- *Uso de cannabis.*

- *Pobres resultados escolares: fracaso escolar (repetir curso o no completar nivel).*

- Jablensky, A. (2000). Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, S26-S34.

*En 2000, Jablensky publica una revisión de diferentes investigaciones que se centran en los factores de riesgo implicados en el trastorno esquizofrénico. Destaca, en especial, la*

*necesidad de ajustar los programas preventivos según estos hallazgos. En su artículo publica una lista de factores de riesgo estimando el riesgo relativo de que se produzca el trastorno (Esta lista se extrae del libro: Jablensky, A. e Eaton, W.W. 1995. Schizophrenia, Epidemiological Psychiatry. London: Bailliere Tindall). Entre ellos destaca: Problemas obstétricos, bajo peso al nacer, infecciones en el sistema nervioso central (SNC), déficits neurocognitivos, padres con trastorno mental severo TMS, nivel socioeconómico marginal y psicosis en algún miembro de la familia.*

- Jones, P., Murray, R., Rodgers, B. y Marmot, M. (1994). Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet*, 344(8934),1398-1402.

*Cohorte británica de 1946. Seleccionan todos los nacimientos ocurridos durante una semana, la del 3 al 9 de Marzo de 1946, en total 13.687. De aquí extraen una muestra de 5.362 personas, de las que pueden completar la información hasta los 16 años, como mínimo en 4.746. Estudian múltiples variables sociodemográficas, evolutivas, educativas y sociales. En este estudio prospectivo aparecen 30 casos diagnosticados de esquizofrenia entre los 16 y los 43 años. Encuentran que las que se relacionan y aumentan el riesgo de aparición del trastorno son:*

- retraso en la adquisición de la capacidad de andar solo.

- mayores problemas en la adquisición del lenguaje.

- peores resultados en los test educativos a los 8, 11 y 15 años.

- preferencia por el juego solitario entre los 4 y los 6 años.

- pocas relaciones sociales íntimas a los 13 años.

- niño ansioso, según opinión del profesor e independientemente del coeficiente intelectual, a la edad de 15 años.

- madre con pocas habilidades para comprender y tratar a su hijo, según opinión de la visitante de salud, a la edad de 4 años.

- Jones, P. B., Rantakallio, P., Hartikainen, A. L., Isohanni, M. y Sipila, P. (1998). Schizophrenia as a Long-Term Outcome of Pregnancy, Delivery, and Perinatal Complications: A 28-Year Follow-Up of the 1966 North Finland General Population Birth Cohort. *American Journal of Psychiatry*, 155(3), 355-364.

*En Finlandia, en la cohorte del norte del país, del año 1966, estudiaron los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la esquizofrenia. Se registraron todos los nacimientos de las provincias de Oulu y Lapland durante el citado año: en total 12.058 bebés. De estos pudieron recopilar información, a la edad de 16 años en 11.017 personas. Estudiaron variables obstétricas, relacionadas con el embarazo, con el parto y con el postparto y los diagnósticos de esquizofrenia y de riesgo de esquizofrenia. En esta cohorte encontraron una significación entre el aumento de probabilidad de aparición del trastorno en personas cuyas madres se consideraban a sí mismas deprimidas, el bajo peso al nacer y la gestación acortada.*

- Khashan, A. S., Abel, K. M., McNamee, R., Pedersen, M. G., Webb., R. T., Baker, P. N. et al. (2008). Higher risk of offspring schizophrenia following antenatal maternal exposure to severe adverse life events. *Archives General of Psychiatry*, 65(2), 146-152.

*En Dinamarca, investigan en madres embarazadas durante el período comprendido entre el 1 de Enero de 1973 y el 30 de Junio de 1995 y sus descendientes. En total se producen 1.382.264 nacimientos. Se recaba información sobre acontecimientos vitales adversos en familiares cercanos (hijos, padres, esposos y hermanos): padecer un diagnóstico de cáncer, un infarto de miocardio, un derrame cerebral o la muerte de alguna de estas personas. El seguimiento se realiza desde la edad de 10 años de los descendientes hasta la aparición o no del diagnóstico de esquizofrenia. Se dispone de información, al final del estudio, de 21.215 personas expuestas a alguna de estas circunstancias y de 651.478 personas no expuestas, del resto no se dispone de información. Las conclusiones señalan que existe un riesgo relativo de aumento de aparición del trastorno cuando se produce la muerte de un familiar cercano durante el primer trimestre del embarazo, pero este no es estadísticamente significativo si se produce en otros trimestres de la gestación. Los autores señalan que este hecho evidencia la influencia del ambiente en el neurodesarrollo en la interfase feto-placenta-madre.*

- Kuepper, R., Van Os, J., Lleb, R., Wittchen, H., Höfler, M. y Henquet, C. (2011). Continued cannabis use and risk of incidence and persistence of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. *British Medical Journal*, 342, 738.

*En Alemania, en la zona de Munich, realizan un estudio prospectivo sobre las personas nacidas entre el 1 de Junio de 1970 y el 31 de Mayo de 1981. Investigan sobre el consumo de tóxicos (cannabis) en tres momentos de la vida y la aparición de síntomas psicóticos. De*

*3.021 personas nacidas se puede disponer de información en 1.923 individuos en edades comprendidas entre los 14 y los 24 años. Midieron dicho consumo en el momento inicial del estudio, a los 3,5 años y a los 8,4 años del inicio. En los tres momentos, se asoció al aumento de experiencias psicóticas en personas consumidoras de cannabis con respecto a las que no consumían.*

- Lasa, A (2008). *Los niños hiperactivos y su personalidad*. Bilbao. Asociación Altxa. Pág. 79 – 185.

*El autor realiza una revisión del concepto TDAH según su experiencia clínica y datos bibliográficos como el informe del Instituto de Salud Mental de EE. UU. A partir de esta revisión, extrae la conclusión de que los niños afectados por TDAH, en su desarrollo evolutivo, adquieren unos rasgos de personalidad que son la base de los síntomas que se corresponden con el diagnóstico de personalidad límite en la edad adolescente y adulta. Orienta sobre las dificultades y desarrollos del tratamiento de estos niños.*

- Lukoff, D., Snyder, K., Ventura, J. y Nuechterlein, K. H. (1984). Life events, familial stress, and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 258-292.

*Revisa la influencia de acontecimientos vitales de hostilidad familiar y la aparición de un trastorno psicótico. Defiende la teoría de vulnerabilidad y estrés y, por ello, que existe relación directa entre vivir un life event y la aparición del mencionado un trastorno. Realiza un repaso de las investigaciones existentes hasta la fecha y concluye que las familias con alto estrés favorecen la aparición de recaídas en el trastorno esquizofrénico. Así como que las comunicaciones alteradas favorecen la aparición del mismo.*

- Mäki, P., Riekk, T., Miettunen, J., Isohanni, M., Jones, P.B., Murray, G.K. y Veijola, J. (2010). Schizophrenia in the Offspring of Antenatally Depressed Mothers in the Northern Finland 1966 Birth Cohort: Relationship to Family History of Psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 167, 70-77.

*En Finlandia, en la cohorte de nacimientos de 1966, de la zona norte, investigaron a las madres de 12.058 niños preguntándoles sobre si podían haber padecido un estado depresivo entre las 24 y 28 semanas de gestación, a través de la enfermera. Posteriormente, entre los*



años 1982 y 1997 se identificaron a los descendientes que desarrollaron un trastorno esquizofrénico: 160 personas de las cuales vivían en Finlandia 146 y 91 aceptaron participar en el estudio. Previamente se había identificado a los progenitores que padecían un trastorno psicótico. En las conclusiones destacan que la depresión materna aumenta el riesgo de padecer un trastorno psicótico en la vida adulta en los casos en que uno de los progenitores ya padecía dicho trastorno

- Maurer, K., Hörrmann, F., Schmidt, G. et al. (2004). The early recognition inventory ERlraos: a two-step procedure for detection of "at-risk mental states". *Schizophrenia Research*, 70, s76.

En el contexto del estudio ABC Aleman (Hafner et al. 1998) se desarrolló la entrevista semiestructurada IRAOS que valoraba, a través de la presencia de síntomas, el inicio y el curso temprano de la esquizofrenia. A partir de esta se desarrollo el ERlraos, un listado de chequeo o cribado, de menor extensión, con la finalidad de utilizarlo como detección selectiva del trastorno. Permite una valoración de la fase prodrómica prepsicótica, de los aspectos afectivos y de los síntomas esquizofrénicos, así como de la evolución o las modificaciones a lo largo del tiempo. Fue traducido al castellano en el 2008, en una edición del Instituto Catalán de la Salud, por Jorge Tizón, Anna Oriol y Sandra Rosenberg.

- McGrath, J. (2000). Universal interventions for the primary prevention of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry Supplementum*, 34, S58- S64.

En este trabajo se efectúa una revisión bibliográfica sobre los estudios realizados en prevención de la esquizofrenia. Resume, en forma de cuadro, las diferentes aportaciones y cabe destacar las relativas a problemas obstétricos, bajo peso al nacer, gestación acortada, infecciones en el sistema nervioso y las de padres con esquizofrenia. Además comenta un estudio basado en 700 personas diagnosticadas de trastorno esquizofrénico y en 835 controles donde se encontró una relación significativa entre la aparición del trastorno y la presencia de ruptura prematura de membranas, gestación acortada a menos de 37 semanas, uso de incubadora y una tendencia al bajo peso en el momento del nacimiento.

- Mednick, S. S., Machon, R. A., Huttunen, M. O. y Bonett, D. (1988). Adult Schizophrenia Following Prenatal Exposure to an Influenza Epidemic. *Archives General of Psychiatry*, 45, 189-192.

*En Finlandia estudiaron las consecuencias de la epidemia de gripe ocurrida entre el 8 de Octubre y el 8 de Noviembre de 1957. Se siguieron a los niños nacidos en la región de Uusimaa, que incluye a la ciudad de Helsinki, donde ocurrió la epidemia. Se seleccionaron, a través de las fechas de nacimiento, si la exposición a la epidemia fue en el primer, segundo o tercer trimestre. Se investigó a aquellos que habían sido ingresados en alguno de los hospitales psiquiátricos de la zona y diagnosticados de esquizofrenia. Los controles fueron niños nacidos en la citada región pero en años anteriores a la situación de epidemia. De estos también se analizó si habían realizado ingresos psiquiátricos. En total se dispuso de 211 casos y 1565 controles. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas de ingresos psiquiátricos en aquellas personas que estuvieron expuestas a la epidemia en el segundo trimestre de gestación con respecto a los controles.*

- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Ventura, J., McFarlane, M. et al. (2003). Prodromal Assessment With the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability. *Schizophrenia Bulletin*, 29(4),703-715.

*Artículo en el que se presenta la entrevista semiestructurada para la detección de síndromes prodrómicos de la psicosis (SIPS iniciales en inglés) y su escala de valoración (SOPS, iniciales en inglés). La adaptación experimental al castellano la realizaron Lemos, Vallina, Fernández, Ortega, Garcia, Gutiérrez, Garcia, Bobes y Miller en 2006, en el ámbito del Programa de Prevención de Psicosis de Cantabria.*

- Miller, P.M., Byrne, M., Hodges, A., Lawrie, S. M. y Johnstone, E. C. (2002). Childhood behaviour, psychotic symptoms and psychosis onset in young people at high risk of schizophrenia: early findings from the Edinburgh High Risk Study. *Psychological Medicine*, 32,173-179.

*Estudio realizado en Edimburgo que parte de una muestra de jóvenes de riesgo que son atendidos en la red de servicios sociales de la zona. De 229 sujetos en riesgo, 162 aceptaron colaborar y 155 completaron el estudio. Se investigó la presencia de trastornos en salud*

*mental, en especial de síntomas psicóticos, a través de la entrevista PSE y los problemas o síntomas de salud mental en la infancia a través de las madres mediante el cuestionario CBCL. Se realizó un seguimiento durante 21 años y se concluyó que los resultados obtenidos en el CBCB para niños menores de 13 años no tuvieron ninguna relación con los grupos de sujetos diferenciados posteriormente: personas de alto riesgo con síntomas psicóticos, personas de alto riesgo sin síntomas psicóticos, personas diagnosticadas de esquizofrenia y grupos control., Para estas personas cuando tenían entre 13 y 16 años, la puntuación CBCL positiva en la infancia para diferentes comportamientos, en particular, el retraimiento y la conducta delictual-agresiva predecía, a nivel de factor de riesgo, la posibilidad de desarrollar un trastorno psicótico en la edad adulta.*

- Morgan, C. y Fisher, H. (2007). Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma - A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin* 33(1), 3-10.

*Revisión de la bibliografía existente hasta 2007 sobre la relación entre los traumas infantiles y la aparición del trastorno esquizofrénico. Interesantes tablas resumen de los diferentes estudios. Comenta a fondo un artículo de Read y Van Os de 2003. Concluye que la evidencia sobre la citada relación es importante y que, por tanto, es plausible pensar en la existencia mecanismos biológicos que estén implicados en la misma.*

- Myhrman, A., Rantakallio, P., Isohanni, M., Jones, P. y Partanen, U. (1996). Unwantedness of pregnancy and schizophrenia in the child. *Br J Psychiatry*, 169,637-640.

*En Finlandia, en la cohorte del norte del país, del año 1966, estudiaron a las personas nacidas en ese año y que pudieron ser diagnosticadas o no de esquizofrenia entre los 16 y los 28 años, en total 11.017 personas. Se interesaron por el estrés maternal durante el embarazo como posible factor de riesgo para el desarrollo posterior de un trastorno esquizofrénico. Por ello se preguntó a la madre, en el sexto o séptimo mes del embarazo, si su hijo era deseado o no. En la edad comprendida entre los 16 y los 28 años detectaron 76 casos de sujetos que desarrollaron un trastorno psicótico. Observaron que existía un aumento en la incidencia del trastorno esquizofrénico en el grupo de descendientes deseados. Hubo un aumento del 0,7% al 1,5% en dicha tasa con respecto al grupo de descendientes no deseados. Concluyeron que se debía conceder dar importancia a la influencia del estrés durante el embarazo y, por consiguiente, a las dificultades para ejercer las funciones maternas.*

- Nicolson, R., Lenane, M., Singaracharlu, S., Malaspina, D., Giedd, J. y Hamburger, S. (2000). Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: Association with risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 794-800.

*En Estados Unidos, auspiciado por el instituto nacional para la salud mental (NIHM, siglas en inglés) se estudió la relación entre el desarrollo infantil y el trastorno esquizofrénico. Se investigó en 49 personas con dicho diagnóstico y sus antecedentes a nivel de desarrollo motor, de lenguaje y de relaciones sociales, así como los antecedentes familiares y las complicaciones obstétricas. Se encontró la existencia de una asociación significativa entre la presencia de dicho trastorno y haber tenido alteraciones en la adquisición del habla y la utilización del lenguaje. Sugieren que estos hallazgos corroboran una alteración en el neurodesarrollo cerebral.*

- Olin, S. C. y Mednick, S. A. (1996). Risk Factors of Psychosis: Identifying Vulnerable Populations Premorbidly. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 223-240.

*Uno de los primeros trabajos que realiza una revisión de estudios longitudinales de factores de riesgo de trastorno mental grave, de estos extrae una lista específica sobre psicosis. Los clasifican en dos categorías: etiológicos (antecedentes familiares psiquiátricos, complicaciones obstétricas, déficits neuroconductuales, separaciones paternas tempranas, institucionalizaciones y pobres funciones parentales) y señales latentes de trastorno mental (medidas de personalidad e indicadores de los maestros de labilidad emocional, ansiedad social, aislamiento social, pasividad, pobres relaciones y conductas agresivas y disruptivas). Señalan que las puntuaciones de los maestros mostraron un alto poder predictivo de situaciones de alto riesgo de psicosis.*

- Parnas, J., Teasdale, T.W. y Schulsinger, H. (1985). Institutional rearing and diagnostic outcome in children of schizophrenic mothers. A prospective high-risk study. *Archives General of Psychiatry*, 42, 762-769.

*Investigación realizada en Dinamarca, en la zona de influencia de la capital, Copenhague, que se inicia en 1962. En esa fecha, a través del registro de hospitalizaciones psiquiátricas, captan a padres y madres que han sido ingresados alguna vez y cuyo motivo ha sido un episodio de tipo psicótico. Es un estudio prospectivo de casos y controles con 207 hijos*

*descendientes de madres con trastorno esquizofrénico, que se comparan con 104 niños descendientes de progenitores (padres y abuelos) sin ese tipo de antecedentes. En ambos casos no hay, en los niños, diagnósticos de salud mental. A los 10 años se calculan las institucionalizaciones u hospitalizaciones de las madres, sucedidas en los primeros cinco años de vida. Estudian 173 casos del primer grupo y 91 del segundo. Los resultados muestran cómo se produce un aumento del riesgo de padecer el trastorno psicótico cuando las madres (o los padres) disminuyen las interacciones con los hijos debido a estas circunstancias, especialmente en los descendientes de personas con dicho diagnóstico previo.*

- Pedersen, C. B. y Mortensen, P. B. (2001). Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: a replication and reanalysis. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 46-52.

*En Dinamarca se estudian a las personas nacidas entre el 1 de Enero de 1950 y el 31 de Diciembre de 1993 a través de los registros nacionales de nacimientos y de hospitalizaciones psiquiátricas. En total de 2.66 millones de personas se dispone de datos sobre su madre y familiares. Se investigan los antecedentes psicopatológicos familiares, el lugar y la fecha de nacimiento. Es un estudio prospectivo que finalizó en 1998 y donde se detectó que 10.264 personas desarrollaron un trastorno esquizofrénico. Los resultados indican que el riesgo aumentaba especialmente en los descendientes de familiares con ese trastorno y en las zonas urbanas más que en las zonas rurales, pero no se pudieron determinar los factores ambientales que justifican dicho aumento del riesgo.*

- Pedreira, J. L. (1997). La vulnerabilidad en la primera infancia. *Anales de Psiquiatría*, 13(7), 299-310.

*Trabajo en el que se define el concepto de vulnerabilidad en base a la revisión de diferentes estudios e investigaciones. Se denomina riesgo a los hechos externos que favorecen dicha vulnerabilidad, como las pruebas médicas frecuentes, ingresos e intervenciones quirúrgicas. Explica diferentes tipos de presentaciones clínicas del niño vulnerable y diferentes grados de vulnerabilidad. Cita un perfil de niño vulnerable y diversos grados de riesgo que se definen por la acumulación de características como: Trastornos al inicio del sueño, sueño agitado, otitis de repetición, ingestión de medicamentos sedantes, accidentes frecuentes, hospitalización superior a tres días y otros. Todo esto entre los 18 y 36 meses de edad.*

- Quijada, Y., Tizón, J. L., Artigue, J. y Parra, B. (2010). At-risk mental state (ARMS) detection in a community service center for early attention to psychosis in Barcelona. *Early Intervention in Psychiatry*4(3), 257–262.

*Artículo que describe la estrategia de detección de los estados mentales de alto riesgo y en el que se hace referencia al uso del cuestionario ERlraos y la entrevista semiestructurada SIPS/SOPS. También se describen los criterios utilizados en el Equipo de Atención Precoz a la Persona en riesgo de Psicosis (EAPPP) de Barcelona, para designar el estado EMAR. Se cita una incidencia de este estado de 2,4 casos por 10.000 habitantes. Los síntomas principales son el descenso de la motivación, el empeoramiento del rendimiento laboral o escolar, el descenso en las habilidades para mantener relaciones sociales y el estado de ánimo depresivo con tendencia al aislamiento.*

- Read, J. y Fraser, A. (1998). Abuse histories of psychiatric inpatients: to ask or not to ask? *Psychiatric Services*, 49(3),355-359.

*Realizan un estudio en Nueva Zelanda en un hospital general en el que introducen un cuestionario sobre abusos. Analizan las respuestas de los 100 ingresos consecutivos que ocurrieron entre 1-1-1995 y el 10-3-1995. En los cuestionarios se incluyen preguntas sobre abusos sexuales, físicos y/o emocionales, en el pasado y en el presente. Sólo al 32 por ciento de los casos (17 de 53) se les realizó la pregunta. Señalan que resulta especialmente más difícil plantear la pregunta a los pacientes más perturbados y a los hombres.*

- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A. y Connolly, J. (2001). A traumagenic neurodevelopmental model of schizophrenia. *Psychiatry Interpers Biol Process*, 64,319-345.

*En este trabajo se revisan las investigaciones realizadas entorno al concepto de factor de riesgo y en especial en el tema del abuso sexual en la infancia. Se analizan las evidencias de los diferentes estudios que se pueden agrupar en una idea básica: los acontecimientos vitales adversos aumentan la tendencia al estrés. En este sentido analizan la alta prevalencia de abusos sexuales en adultos diagnosticados de esquizofrenia. Así los dichos eventos adversos, las pérdidas significativas y las privaciones ambientales no sólo desencadenan los síntomas esquizofrénicos, sino que también, si ocurren lo suficientemente temprano o son bastante severos, generan anomalías del neurodesarrollo que, subyacentemente,*

*aumentan la sensibilidad a los estresores. Es el denominado modelo traumagénico que sitúa las alteraciones en la mayor actividad del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA).*

- Read, J., Van Os, J., Morrison, AP. y Ross, CA. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330-350.

*Revisión bibliográfica a partir de la base de datos PsycINFO de las investigaciones realizadas sobre abusos en la infancia y esquizofrenia. Utilizando ambos términos se seleccionan una serie de trabajos y de su análisis se extrae la conclusión de que los síntomas que se consideran más característicos de la esquizofrenia, las alucinaciones, han sido los que muestran mayor relación con los antecedentes en la infancia de abuso sexual o negligencia. Este tipo de estudios muestran la posibilidad de integración de los paradigmas biológicos y psicosociales.*

- Schiffman, J., Abrahamson, A., Cannon, T., Labrie, J., Parnas, J., Schulsinger, F. et al. (2001). Early Rearing Factors in Schizophrenia. *International Journal of Mental Health*, 30(1),3-16.

*Revisión de la literatura existente sobre el papel de los padres en el desarrollo de un trastorno mental grave, la esquizofrenia. Los diferentes trabajos apuntan hacia dos causas, la transmisión genética y la pérdida de las figuras parentales. La mayoría de las investigaciones son muestras de bajo número. Pero en estudios de mayor tamaño muestral si que se evidenció, como en el UCL Family Project que un estilo afectivo de relación "negativo" aumenta el riesgo de aparición. En el grupo de Parnas y Mednick del proyecto Copenhagen High Risk se obtuvo vinculación entre las relaciones parentales empobrecidas y el desarrollo de un trastorno esquizofrénico. Mednick desarrolló posteriormente el proyecto Danish Perinatal HR, en el que se concluyó que, en familias con ambientes estresantes, aumentaba el riesgo de aparición de un trastorno del tipo esquizofrenia. Pero la conclusión a la que llegan es que es la asociación entre las dos causas citadas la que presenta mayor evidencia de aumento del riesgo de padecer esquizofrenia.*

- Schiffman, J., Pestle, S., Mednick, S., Ekstrom, M., Sorensen, H. y Mednick, S. (2005). Childhood laterality and adult schizophrenia spectrum disorders: a prospective investigation. *Schizophrenia Research*, 72,151-160.

*En este estudio analizan la relación de lateralidad y diagnóstico de esquizofrenia. La cohorte se extrae de la "Danish birth cohort" y la componen 265 niños nacidos en un hospital de Copenhague, entre el 1 de Enero de 1959 y el 31 de Diciembre de 1961. Posteriormente, en 1972 fueron examinados cuando tenían entre 11 y 13 años de edad y en 1992 se valoró la existencia o no de diagnóstico psiquiátrico, tenían entre 31 y 33 años. El estudio se completó en 242 sujetos, a 133, no se les realizó un diagnóstico psiquiátrico, 32 fueron diagnosticados de esquizofrenia y otras psicosis y 79 de otros diagnósticos en salud mental. Los resultados fueron el hallazgo de una relación significativa entre las personas que en la infancia habían sido diagnosticadas de anomalías en el desarrollo de la lateralidad y las que posteriormente desarrollaron el trastorno. La investigación muestra la influencia de las teorías del neurodesarrollo en el origen de la esquizofrenia.*

- Schiffman, J., Sorensen, H., Maeda, J., Mortensen, E., Victoroff, J., Hayashi, K., Michelsen, N., Ekstrom, M. y Mednick, S. (2009). Childhood Motor Coordination and Adult Schizophrenia Spectrum Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1041-1047.

*En esta investigación se analizan la relación entre el proceso de desarrollo de la coordinación motora y el diagnóstico de esquizofrenia. La cohorte se extrae de la "Danish birth cohort" y la componen 265 niños nacidos en un hospital de Copenhague, entre el 1 de Enero de 1959 y el 31 de Diciembre de 1961. Posteriormente, en 1972 fueron examinados cuando tenían entre 11 y 13 años de edad y en 1992 se valoró la existencia o no de diagnóstico psiquiátrico, tenían entre 31 y 33 años. El estudio se completó en 242 sujetos, a 133, no se les realizó un diagnóstico psiquiátrico, 32 fueron diagnosticados de esquizofrenia y otras psicosis y 79 de otros diagnósticos en salud mental. En este estudio demostraron que la presencia de déficits en el desarrollo de la coordinación motora estuvo relacionada con la posterior aparición de un trastorno del espectro esquizofrénico. Es un estudio más de los que muestra la influencia de las teorías del neurodesarrollo en el origen de la esquizofrenia.*

- Scott, J., Martin, G., Welham, J., Bor, W., Najman, J., O'Callaghan, M., Williams, G., Aird, R. y McGrath, J. (2009). Psychopathology During Childhood and Adolescence Predicts Delusional-Like Experiences in Adults: A 21-Year Birth Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*, 166, 567-574.



*Investigación realizada en el estado de Queensland, Australia, donde se analiza la patología en la infancia de los descendientes de madres que recibieron cuidados prenatales en dicho centro. De 7.223 nacimientos, estudian la evolución a los 5, 14 y 21 años, siendo un total de 3.617 los jóvenes de los que se puede obtener información al finalizar el estudio. Utilizaron la escala Child Behavior Checklist para detectar la presencia de psicopatología. Se mide su nivel de psicopatología a los 5 años con CBCL, a los 14 con YSR (You Self Report) y a los 21 con un inventario de alucinaciones y delirios. Altas puntuaciones de sintomatología en salud mental a los 5 y a los 14 predicen experiencias de delusiones a los 21.*

- Selten, J. P. y Cantor-Graae, E. (2005). Social defeat: risk factor for psychosis? *The British Journal of Psychiatry*, 187, 101-102.

*En esta editorial los autores proponen la denominación de derrota social y sugieren que se investigue sobre su relación con la psicosis. A través de estudios consultados proponen la existencia de mecanismos cerebrales que relacionan dichas situaciones con el posterior desarrollo de un trastorno esquizofrénico. Citan estudios realizados en animales que corroborarían la existencia de dichos mecanismos. , aunque realizan sugerencias en relación a poblaciones desfavorecidas, como inmigrantes.*

- Shevlin, M., Houston, J., Dorahy, M. y Adamson, G. (2008). Cumulative Traumas and Psychosis: an Analysis of the National Comorbidity Survey and the British Psychiatric Morbidity Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 193–199.

*En base a la encuesta de salud de EEUU y a la encuesta de salud mental del Reino Unido, se comparan dos muestras, una americana (5.782 participantes –48% hombres–) y otra británica (8.580 adultos –45% hombres–) y concluyen que la acumulación de traumas aumenta la posibilidad de aparición de un trastorno psicótico. Se sitúan en la línea del modelo traumagénico del desarrollo. Pero en especial, en la muestra británica, la asociación más alta con la psicosis la tuvieron los abusos sexuales y la violencia doméstica.*

- Sommer, I., Ramsey, N., Kahn, R., Aleman, A. y Bouma, A. (2001). Handedness, language lateralisation and anatomical asymmetry in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 178, 344 - 351.

*Metanálisis sobre los estudios de lateralidad cruzada publicados entre 1980 y 1999 que cumplieran los requisitos de utilizar los criterios diagnósticos DSM o ICD, que comparasen pacientes con trastorno esquizofrénico con controles, que diesen datos objetivos sobre la lateralidad y que tuviesen un análisis estadístico potente. En los resultados destacan que la prevalencia de la lateralidad mixta o izquierda era más alta en pacientes con esquizofrenia que en los controles. Sugieren que las dificultades en el proceso de lateralización se asocian al riesgo de padecer un trastorno esquizofrénico.*

- Sorensen, H., Mortensen, E., Reinisch, J. y Mednick, S.A. (2005). Breastfeeding and risk of schizophrenia in the Copenhagen Perinatal Cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 26-29.

*Investigación realizada sobre la cohorte de Copenhagen en Dinamarca. Estudian la relación de la duración de la lactancia materna, diferenciando los períodos por el número de semanas en que se dio, con el desarrollo en la edad adulta de un trastorno esquizofrénico. Obtuvieron información de 93 personas que desarrollaron dicho trastorno y de 6841 controles. Diferenciaron si eran madres que vivían solas o en parejas, estatus social y larga o corta lactancia materna. Los resultados mostraron que existen diferencias significativas entre el grupo de personas que recibieron lactancia materna durante más de dos semanas con el grupo de aquellas que no recibieron lactancia materna o que el período fue inferior a 2 semanas. En este último grupo el riesgo de padecer esquizofrenia se situó en 1,7 puntos por encima del primero. Además de comprobar que la condición de ser madres que ya padece el diagnóstico de esquizofrenia fueron las que aumentaban más el riesgo del trastorno en sus descendientes.*

- Sorensen, H., Mortensen, E., Schiffman, J., Reinisch, J., Maeda, J. y Mednick, S. A. (2010). Early developmental milestones and risk of schizophrenia: a 45-year follow-up of Copenhagen Perinatal Cohort. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 41-47.

*En Dinamarca, la cohorte de Copenhagen, estudia a las personas que nacen entre el 1-9-1959 y el 31-12-1961 en un determinado hospital de la ciudad. Se pudo seguir a 5765 madres durante el primer año de sus descendientes recogiendo variables evolutivas. Entre los 46 y 48 se estudió la presencia o no de diagnóstico psiquiátrico en esos descendientes. De ellos 92 desarrollaron un trastorno esquizofrénico, 691 otros desórdenes psiquiátricos y 4.982 no*

tuvieron historial psiquiátrico. Realizaron ajustes según el género, la edad de la madre, del padre, el estatus social, la educación y el tipo de familia (monoparental). Estudian la evolución de cinco variables evolutivas en relación al diagnóstico psiquiátrico: sonrisa, sostener la cabeza, sentarse, gatear y caminar. En sus conclusiones señalan que las personas que desarrollan un trastorno esquizofrénico las adquieren más tarde que el grupo de personas con otros trastornos. El grupo de personas sin trastorno es en el que se adquieren antes estos aprendizajes. Sin embargo las diferencias estadísticamente significativas sólo se encuentran en relación a aprender a caminar sin ayuda. Los hallazgos corroboran otras investigaciones que sugieren que los retrasos en el desarrollo se pueden observar desde el primer año de vida.

- Spataro, J., Mullen, P. E., Burgess, P. M., Wells, D. L. y Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry*, 184(5),416-421.

Estudio australiano que utiliza el Victorian Psychiatric Case Register de personas de las que se tiene constancia, a través del Instituto Forense de Medicina de la zona, de que habían sido víctimas de abusos sexuales antes de cumplir los 16 años. En total son 1.612 niños (1.327 niñas y 285 niños) que nacieron entre 1950 y 1991. Se comparan estos casos con la población general del sector ( $n=3.139.745$ ) y se obtienen relaciones estadísticamente significativas entre la aparición de determinados trastornos de salud mental y el haber padecido abuso sexual en la infancia. Dichos trastornos son: Depresión mayor, trastornos de ansiedad, de personalidad, de conducta, alteraciones orgánicas y otros trastornos en la infancia.

- Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H., Brown, A., Lin, S., Labovitz, D. y Gorman, J. (1996). Schizophrenia after prenatal famine: further evidence. *Archives of General Psychiatry*, 53, 25-31.

En Holanda, entre 1970 y 1992 se detectaron los casos que habían realizado ingresos psiquiátricos. Se analizó si estas personas habían nacido en la zona que quedó, desde 1944 a 1946, bloqueada por el ejército alemán, lo que produjo una situación dramática de hambruna severa. A este hecho se le denominó Invierno del hambre. Esta zona se corresponde con las ciudades de: Ámsterdam, La Haya, Haarlem, Leiden, Rotterdam y Utrecht. El criterio de inclusión fue haber recibido, en el primer trimestre de embarazo,

*raciones de comida escasas y se analizó la frecuencia de hospitalizaciones con diagnóstico de esquizofrenia ocurridas cuando tenían entre 24 y 48 años, en dos muestras: una de personas nacidas en dicha zona y otra de personas nacidas en el país, pero no en la zona mencionada. Se observó un mayor número de ingresos hospitalarios con diagnóstico de esquizofrenia en el primer grupo, con un incremento estadístico del riesgo relativo. Se concluyó, por lo tanto, que la mala nutrición durante el primer trimestre del embarazo puede explicar el origen de algunos casos de esquizofrenia.*

- Taboada, A., Ezpeleta, L. y De la Osa, N. (1998). Factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia: una revisión. *Apuntes de Psicología*, 16 (1-2), 47-72. *Revisión, en la bibliografía científica, de los factores de riesgo implicados en la aparición de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia. Señalan en sus conclusiones cómo no se encuentran unos factores específicos y cómo se necesita la interacción de múltiples factores, entre ellos los ambientales, señalados a partir de los acontecimientos vitales estresantes. Señalan la existencia de diferentes estudios que relacionan la aparición de dichos trastornos con el tipo de apego existente entre padres e hijos. Así como el hecho de que la presencia de trastornos emocionales en los padres predispone a dicha aparición, al igual que la acumulación de acontecimientos vitales estresantes.*

- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K., Moring, J. et al. (1987). Genetic and Psychosocial Factors in Schizophrenia: The Finnish Adoptive Family Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3),477-484.

*En Finlandia se realizó este estudio de los niños descendientes de madres con trastorno esquizofrénico que fueron adoptados, comparados con niños adoptados descendientes de madres sin trastorno mental diagnosticado. Se dirigieron a diferentes hospitales de la zona, en dos ocasiones para conformar dos muestras que posteriormente unieron. Estudiaron las admisiones psiquiátricas entre 1960 y 1979. En total se pudo recoger información de 247 familias, 112 con niños "caso" y 135 controles. Evaluaron también si eran familias con trastornos o no, diferenciando cinco tipos de familias que las calificaban de "sanas" a "severas". Del total de niños adoptados, 10 desarrollaron un trastorno de tipo esquizofrénico y 8 pertenecían al grupo de niños "caso", lo cual confirma la existencia de una predisposición genética, pero en las familias sanas y poco perturbadas se criaron niños de los cuales*

*ninguno fue diagnosticado de esquizofrenia, es decir, la familia actuó como un factor de protección. Esto apoya la hipótesis de la interacción entre vulnerabilidad genética y ambiente.*

- Tienari, P., Lyman, W.C., Sorri, A., Lahti, I., Laksy, K., Moring, J., et al. (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder: Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *The British Journal of Psychiatry*, 184(3),216-222.

*En Finlandia, en la cohorte de niños adoptados, se realiza de nuevo un estudio con los mismos criterios. Se diferencian a los niños según sean descendientes de madres con diagnóstico de esquizofrenia o no. Es esta ocasión se diseña y utiliza una escala para medir el grado de psicopatología presente en las familias. Se dispone de información de 145 casos y 158 controles. El seguimiento realizado es de 21 años y en sus conclusiones evidencian que Los niños adoptados descendientes de progenitores con esquizofrenia son más sensibles a los factores ambientales protectores o adversos. Es decir se refuerza la evidencia de la interacción entre genética y ambiente.*

- Tizón, J. L., Parra, B., Artigue, J., Pareja, F., Pérez, C., Ferrando, J., Catalá, L. y Sorribes, M. (2006). Hijos de pacientes con psicosis en el proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido. *Archivos de Psiquiatría*, 69(1), 47-68.

*Estudio realizado en dos barrios de Barcelona (La Verneda y la Mina) sobre una muestra de personas diagnosticadas de psicosis en la Unidad de Salud Mental de la zona (USM St. Martí Nord). Para un población de 103.615 habitantes, entre los años 1982 y 2000, se detectan 838 personas con ese diagnóstico, que tienen 917 descendientes. De estos 37 tienen un diagnóstico de esquizofrenia u otras psicosis y 155 fueron diagnosticados de otros tipos de trastornos en salud mental. Se concluye que la fertilidad y fecundidad es algo más elevada en las mujeres que habitan zonas de privación socioeconómica y que el grupo de descendientes consulta poco en los servicios de salud mental. Siendo un grupo de alto riesgo deberían mejorarse los sistemas de prevención y accesibilidad.*

- Tizón, J. L., Eddy, L., Ibáñez, M., Parra, B., Torregrosa, M. J., De Muga, E. et al. (2008). Salud mental infanto-juvenil. *Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat*

*pediàtrica (PAPEP): Infància amb salut* (pp. 127-148). Barcelona. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.

*Protocolo auspiciado por el Departament de Salut de Catalunya, que contiene un amplio listado de factores de riesgo y señales de alarma para los diferentes tipos de trastornos de salud mental que pueden suceder en la infancia y adolescencia. Esta pensado para ser utilizado en las consultas ambulatorias de pediatría, dentro de la actividad denominada: seguimiento del niño sano. Se incluye dentro de estas visitas que las familias deberían realizar en dichos servicios a los 30 días del nacimiento y, respectivamente, a los 2, 4, 6, 8, 14 y 18 meses y a los 2, 3, 6, 8 y 13 años.*

- Tizón, J. L., Ferrando, J., Artigue, J., Parra, B., Parés, A., Gomá, M., Pérez, C., Pareja, F., Sorribes, M., Marzari, B., Quijada, Y. y Catalá, L. (2009). Neighborhood differences in psychoses: Prevalence of psychotic disorders in two socially-differentiated metropolitan areas of Barcelona. *Schizophrenia Research*, 112(1-3), 143-148.

*Investigación realizada en Barcelona, en la zona geodemográfica atendida por la Unidad de Salud Mental de St. Martí Nord (barrios de la Verneda, la Pau y la Mina). Se comparan la incidencia y prevalencia de la esquizofrenia y otras psicosis en dichos barrios de Barcelona, agrupando el de la Verneda y la Pau por ser del mismo nivel socioeconómico. Entre los años 1982 y 2000 se detectaron 838 personas con ese tipo de diagnóstico en una población de 103.615 habitantes. Dicha comparación se realizó teniendo en cuenta la variable nivel socioeconómico. En los resultados se duplica las cifras de incidencia y prevalencia en las zonas con mayor privación social, lo cual apoya las teorías que defienden el origen del trastorno como un diálogo entre factores genéticos y ambientales.*

- Van Os, J. y Selten, J.P. (1998). Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia: the May 1940 Invasion of the Netherlands. *The British Journal of Psychiatry*, 172, 324-326.

*En Holanda se estudió a los descendientes de mujeres que estaban embarazadas durante la semana del 10 al 14 de Mayo de 1940 cuando la ciudad de Rotterdam fue bombardeada por el ejército alemán, durante la segunda guerra mundial. En dichas acciones se destruyeron 24.000 casas y en los combates murieron, al menos, 2200 hombres. Se consideró esta situación como estar expuesto a una situación estresante y se diferenció, a través de la fecha*

*de nacimiento si la exposición se produjo en el primer, segundo o tercer trimestre del embarazo. Los controles se seleccionaron de descendientes de madres embarazadas en épocas anteriores y posteriores al período citado. Entre 1970 y 1994 estudiaron si aquellas personas habían sido diagnosticadas de esquizofrenia. Obtuvieron información de 419 casos y 1480 controles. Los resultados mostraron un incremento significativo de padecer esquizofrenia en la edad adulta en las personas cuyas madres habían sufrido dicha circunstancia estresante en el primer y segundo trimestre del embarazo, aunque en el segundo trimestre el riesgo relativo era menor.*

- Van Os, J., Linscott, J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P. y Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.

*Realizan una revisión en la base de datos de Medline, desde 1950 a 2007, con criterios de inclusión estrictos en cuanto al tamaño de las muestras y la utilización de instrumentos de medida objetivables. Los resultados muestran que un 8% de la población sufre experiencias psicóticas subclínicas por las que no llegan a pedir ayuda. En un 4% se manifiestan síntomas psicóticos que no llegan a estructurarse como trastorno. Estas experiencias pueden ser de breve duración y desaparecen en el 75-90% de los casos. Afectan, con mayor frecuencia, a los jóvenes, desempleados, emigrantes, grupos étnicos minoritarios, consumidores de tóxicos (cannabis, alcohol y otros) y personas que viven solas. También detectan que estos factores de riesgo son comunes a las personas que tienen manifestaciones subclínicas del trastorno y a las personas ya diagnosticadas, lo que también confirma la existencia de un continuum entre las dos condiciones. Defienden la existencia, en la adolescencia, de un período de mayor sensibilidad a experiencias psicóticas, que pueden provenir de la infancia, y que, dependiendo de las influencias ambientales, pueden desarrollar o no el trastorno. Cita un estudio (Poulton et al., 2000) en el que el 25% de los niños con experiencias psicóticas desarrolló dicho trastorno después de 16 años de seguimiento.*

- Walker, E. F., Grimes, K. E., Davis, D. M. y Smith, A. J. (1993). Childhood precursors of schizophrenia: facial expressions of emotion. *American Journal of Psychiatry*, 150(11), 1654-1660.

En EEUU, en la Universidad de Atlanta, investigaron el aislamiento y empeoramiento del funcionamiento relacional a través de filmaciones familiares en 32 casos de chicos que después desarrollaron el trastorno esquizofrénico, y fueron comparados con 31 hermanos sanos. Las filmaciones correspondían a escenas cotidianas, recogidas durante la infancia hasta los 16 años. Se midieron 9 emociones distintas: alegría, sorpresa, interés, ira, disgusto, desprecio, tristeza, dolor y miedo y encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, a nivel estadístico sólo en las chicas. Estos resultados apoyan la presunción de que la vulnerabilidad esquizofrénica puede manifestarse en las conductas emocionales mucho antes de que tenga lugar la aparición de los primeros síntomas.

- Zabala, I. y Manzano, J. (1993). Psicopatología durante la infancia en un grupo de adultos esquizofrénicos. *Informaciones Psiquiátricas*, 134(4), 381-387.

*En Ginebra, Suiza, se investiga sobre las consultas realizadas en el servicio médico-psicológico de dicha ciudad. Se realiza un seguimiento de los consultantes hasta edades comprendidas entre los 28 y 40 años, en el año 1988. En total se dispone de información de 5.870 niños. Existen numerosas variables a nivel de historia clínica, se seleccionan a los 720 casos que desarrollaron algún tipo de trastorno en salud mental, de estos 35 casos de trastorno esquizofrénico. El análisis de las variables permitió encontrar diferencias significativas en 17 de ellas que podían predecir la aparición de un trastorno en salud mental en la edad adulta:*

1. *Gestación acortada (prematuridad).*
2. *Presencia de trastornos psiquiátricos graves en los padres.*
3. *Trastornos en la relación precoz madre-bebé.*
4. *Depresión puerperal.*
5. *Hipersomnía.*
6. *Hipotonía.*
7. *Hipoactividad motriz.*
8. *Defecto de lateralización.*
9. *Rechazo a la alimentación.*
10. *Trastornos en la atención.*
11. *Trastornos del lenguaje.*
12. *Trastornos en lectoescritura.*
13. *Trastornos en grafismos.*
14. *Fracaso escolar (no lo definen).*
15. *Rechazado por otras personas.*
16. *Inhibición y pasividad en los contactos sociales.*
17. *Incapacidad de buscar protección.*



*Este estudio tiene especial interés porque no se limita a informar sobre fracaso escolar o déficit cognitivo de forma global, sino que describe, de forma pormenorizada, alguno de dichos déficits. El carácter pedagógico permite afinar en los factores de riesgo antes citados.*

- Zammit, S., Allebeck, P., David, A. S., Dalman, C., Hemmingsson, T., Lundberg, I. et al. (2004). A longitudinal study of premorbid IQ Score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. *Archives General of Psychiatry*, 61(4), 354-60.

*Estudian, en Suecia, una cohorte de 50.053 hombres, de edades comprendidas entre los 18 y los 20 años, que realizan entrenamientos militares entre los años 1969 y 1970. Llevan a cabo el seguimiento durante 27 años. Preparan diversas pruebas sobre capacidad intelectual y las relacionan con la posterior aparición de trastornos mentales. Señalan que en personas con bajos niveles de capacidad intelectual se observa un incremento del riesgo de padecer un trastorno esquizofrénico, depresión severa o psicosis no afectivas. En cambio, dicha asociación no se manifiesta con respecto a los trastornos bipolares.*

- Zammit, S., Thomas, K., Thompson, A., Horwood, J., Menezes, P., Gunnell, D. et al. (2009). Maternal tobacco, cannabis and alcohol use during pregnancy and risk of adolescent psychotic symptoms in offspring. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 294-300.

*En Gran Bretaña, en la zona sanitaria de Avon, ciudades de Cardiff, Bristol, Warwick and Nottingham se investigó sobre la posible aparición de síntomas pre-psicóticos en una muestra de 6.356 niños a la edad de 12 años. En el estudio se valoró, retrospectivamente, factores genéticos y ambientales y el consumo de tóxicos como el tabaco, alcohol y cannabis. En los resultados se evidencia que el consumo de tabaco y alcohol en las madres aumenta el riesgo de aparición de síntomas psicóticos en los hijos, no así con el cannabis. El resultado no es el mismo cuando es el padre el que fuma. Estos resultados son similares a los realizados en animales respecto a la influencia de sustancias tóxicas en el desarrollo cerebral.*

Tabla 9.3.1: Resumen de la bibliografía específica del LISMEN.

País y ciudad o zona	Cohorte				Tipo <sup>7</sup>	Variables estudiadas	Artículos publicados <sup>8</sup>	Conclusión a destacar
	Fecha de inicio	Fecha de finalización	Criterios de inclusión	N de la muestra				
<b>EUROPA</b>								
<b>Dinamarca</b>								
Copenhague perinatal cohorte	1-9-1959	31-12-1961	Haber nacido en un hospital determinado de Conpenhague.	242 personas	Pros.	Entre los 11 y 13 años, variables relacionadas con los procesos de lateralidad. Entre los 31 y 33 años haber estado diagnosticado de esquizofrenia.	Schiffman, Pestle, Mednick et al. 2005	Existe una relación significativa entre las dificultades de desarrollo en la lateralidad y el padecer un trastorno esquizofrénico.
						Entre los 11 y 13 años variables relacionadas con la coordinación motora. Entre los 31 y 33 años haber estado diagnosticado de esquizofrenia.	Schiffman, Sorensen, Maeda et al. 2009	Los déficits en el desarrollo de la coordinación motora están relacionados con la posterior aparición de un trastorno esquizofrénico.
			Haber nacido en un hospital de Conpenhague y tener diagnóstico de esquizofrénico en la edad adulta	5765 madres y sus descendientes	Pros.	Variables evolutivas en el primer año de vida. Entre los 46 y 48 años: diagnósticos de salud mental.	Sorensen, Mortensen, Schiffman et al. 2010.	Existe un retraso en los aprendizajes del primer año de vida en las personas con trastorno esquizofrénico, es especial en aprender a caminar.
			93 casos 6841 controles	Pros.	Duración de la lactancia materna. Estatus social y económico. Diagnóstico de esquizofrenia en la edad adulta	Sorensen, Mortensen, Reinisch y Mednick, 2005	Las personas que no fueron amamantadas o que lo fueron en un período inferior a 2 semanas tiene un riesgo mayor de padecer esquizofrenia en la edad adulta.	

<sup>7</sup> Tipo de estudio: CC: Casos y controles; Pros.: Prospectivo; Retros.: Retrospectivo; Trans.: Transversal.

<sup>8</sup> Referencia hasta los tres primeros autores y año.

Nacional	1-1-1950	31-12-1993	Personas nacidas en Dinamarca	2.660.000 personas	Pros.	Antecedentes psicopatológicos familiares. Lugar de nacimiento. Fecha de nacimiento.	Pedersen, y Mortensen. 2001	El riesgo de padecer esquizofrenia aumenta en los descendientes de progenitores con dicho trastorno y en las áreas urbanas en relación a las rurales.
Nacional	1962	1962	Ser descendiente de madre con diagnóstico de esquizofrenia y no tener un diagnóstico de salud mental.	207 casos 104 controles	CC	Variables de síntomas psicopatológicos a los 10 años del inicio del estudio en relación a las hospitalizaciones de los progenitores	Parnas, Teasdale, y Schulsinger . 1985	Aumenta el riesgo de padecer un trastorno psicótico cuando las madres (o los padres) disminuyen las interacciones con los hijos
Nacional	1973	1993	Ser descendiente de madre con diagnóstico de esquizofrenia (n=1544 madres)	2.230 casos 123.544 controles.	CC	Malformaciones congénitas Abortos Muerte neonatal	Bennedsen, Mortensen, Olesen, et al. 2001	Incremento del riesgo en los casos de muerte neonatal.
Nacional	1-1-1973	30-6-1995	Ser descendiente de madres embarazadas en el período de estudio y accesibles a información.	21.215 casos 651.478 controles	CC	Exposición, durante el embarazo, a acontecimientos vitales adversos en familiares cercanos.	Khashan, Abel, McNamee et al. 2008	La muerte de un familiar cercano durante el primer trimestre del embarazo aumenta el riesgo relativo de padecer esquizofrenia en la edad adulta.
<b>Suecia</b>								
Estocolmo	1960	No se detalla	Haber nacido a partir de 1960 y estar diagnosticado de esquizofrenia entre 1971 y 1994	524 casos 1043 controles	CC	Problemas obstétricos	Dalman, Thomas, David et al. 2001	Los signos de asfixia en el parto (Test Apgar) aumentan el riesgo de padecer esquizofrenia en la edad adulta.
Nacional	1969	1970	Ser hombre y realizar el servicio militar	50.053 hombres	Pros.	Capacidades intelectuales Diagnóstico psicopatológico	Zammit, Allebeck, David et al. 2004	El bajo nivel intelectual incrementa el riesgo de padecer un trastorno mental grave.
Nacional	1973	1977	Haber nacido en esos años en Suecia y estar diagnosticado de esquizofrenia entre 1987 y 1995	238 casos	Pros.	Problemas obstétricos	Dalman, Allebeck, Cullberg et al. 1999	La malnutrición fetal aumenta el riesgo de padecer esquizofrenia en la edad adulta.

Finlandia								
Oulu y Lapland	Enero 1966	Diciembre 1966	Nacer en las provincias de Oulu y Lapland ese año concreto tTener entre 16 y 28 años años en el momento del estudio.	11.017 personas	Pros.	Preguntaron a las madres si su embarazo fue deseado o no. Diagnóstico de esquizofrenia entre los 16 y los 28 años.	Myhrman, Rantakallio, Isohanni et al. 1996.	El estrés maternal durante el embarazo, a través de la variable de si el hijo era deseado o no, aumentaba el riesgo de aparición del trastorno en la edad adulta.
Oulu y Lapland	Enero 1966	Diciembre 1966	Nacer en las provincias de Oulu y Lapland este año concreto y tener entre 16 y 28 años años en el momento del estudio.	11.017 personas	Retros.	Variables obstétricas, relativas al embarazo, al parto y al postparto. Diagnóstico, entre los 16 y 28 años, de esquizofrenia.	Jones, Rantakallio, Hartikainen et al. 1998	Aumentaba el riesgo de aparición de trastorno esquizofrénico en madres deprimidas en el embarazo, bajo peso al nacer y gestación.
			Nacer en las provincias de Oulu y Lapland este año concreto. Ser seguido hasta final del 2004.	12.068 nacimientos	Pros.	Factores biológicos, sociales y ambientales y diagnóstico de esquizofrenia.	Isohanni, Lauronen, Moilanen et al. 2005	Listado de 7 factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer el trastorno esquizofrénico en la edad adulta.
			Nacer en este país en las provincias de Oulu y Lapland este año concreto. Ser seguido hasta final del 2004.	12.068 nacimientos	Pros.	Diagnóstico de psicosis en padres. Depresión durante el embarazo y diagnóstico de psicosis en los descendientes.	Mäki, Riekk, Miettunen, et al 2010.	La depresión materna en el embarazo aumenta el riesgo de padecer un trastorno psicótico en los descendientes si uno de los progenitores ya padecía dicho trastorno
Uusimaa (Helsinki)	8-10-1957	14-11-1957	Nacer en esa región expuesta a la epidemia de gripe y haber sido diagnosticado de esquizofrenia a los 26 años.	211 casos 1565 controles	CC	Ingresos hospitalarios con diagnóstico de esquizofrenia. Exposición a la epidemia de gripe según trimestre de embarazo	Mednick, Machon, Huttunen, et al. 1988.	Existe un aumento significativo de ingresos psiquiátricos y diagnóstico de esquizofrenia en el grupo de personas que estuvieron expuestas a la epidemia en el segundo trimestre de gestación.
Nacional Adopciones	1969	1979	Ser descendiente de madre con diagnóstico de esquizofrenia y dado en adopción	112 casos 135 controles	CC	Psicopatológicas en la familia de origen, en los descendientes y en la familia de adopción.	Tienari, Sorri, Lahti, et al. 1987.	La familia adoptiva actúa como factor de protección y evita la aparición del trastorno psicótico en niños descendientes de progenitores que lo padecen.
Nacional Adopciones	1969	1979	Ser descendiente de madre con diagnóstico de esquizofrenia y dado en adopción	145 casos 158 controles	CC	Psicopatológicas en las familias a través de una escala específica y psicopatología en los descendientes.	Tienari, Lyman, Sorri, et al. 2004.	Los niños adoptados descendientes de progenitores con esquizofrenia son más sensibles a los factores ambientales ya sean protectores o adversos.

Gran Bretaña								
Nacional	3-3-1946	9-3-1946	Haber nacido esa semana en Inglaterra, Escocia o Gales. (n=13.687) Ser estudiados entre 16 y 43 años.	4.746 casos incluidos en la muestra	Pros.	Múltiples variables: sociodemográficas, evolutivas, educacionales y sociales.	Jones, Murray, Rodgers et al. 1994.	Listado de 7 variables evolutivas y educacionales que aumentan el riesgo de aparición del trastorno.
Londres	No se detalla	No se detalla	Ser mujer embarazada por primera vez que acude al University College Hospital de Londres para la preparación al parto.	100 mujeres	Pros.	Entrevista de apego (Adult Attachment Interview) . Prueba de la situación extraña.	Fonagy, Steele, y Steele et. al. 1991.	Las representaciones maternas de apego en el último trimestre del embarazo predicen como será el apego a los 12 meses de vida del bebé.
Avon	1-4-1991	31-12-1992	Tener 12 años y visitarse en centros de salud de la zona	6.356 niños	Retros.	Antecedentes de consumo de tóxicos en los padres. Diagnóstico psicopatológico.	Zammit, Thomas, Thompson et al. 2009.	Existe una asociación entre el consumo de tabaco y alcohol en las madres y la aparición de síntomas psicóticos en los hijos, no así con el cannabis
Escocia Edimburgo	1-8-1994	1-8-1999	Personas incluidas en el estudio de Edimburgo de sujetos en riesgo que se visitaban en centros sociales	155 sujetos	CC	Variables de síntomas psiquiátricos y de síntomas de trastorno en salud mental en la infancia	Miller, Byrne, Hodges et al. 2002.	El retraimiento y la conducta delictual-agresiva predecía, a nivel de factor de riesgo, la posibilidad de desarrollar un trastorno psicótico en la edad adulta.
Nacional	Marzo 2000	Septiembre 2000	Ser adulto que vive en su casa privada y tener entre 16 y 74 años	8.580 personas	Trans.	Problemas de sueño, Insomnio e ideas persecutorias. Ansiedad, depresión e irritabilidad y uso de tóxicos.	Freeman, Brugha, Meltzer et al 2010.	Las personas que padecen insomnio tienen entre dos y tres veces mas pensamientos paranoides.
Alemania								
Estudio ABC	1978	1980	Ser hospitalizado y diagnosticado por primera vez de trastorno esquizofrénico. Edad de estudio entre 12 y 59 años.	232 casos	Retros.	Diversas variables, en especial la aparición de los síntomas	Häfner, Der Heiden, Behrens et al. 1998.	La edad de aparición de los primeros síntomas es diferente según el sexo.
Manheim	1978	1980	Ser hospitalizado y diagnosticado por primera vez de trastorno esquizofrénico. Edad de estudio entre 12 y 59 años.	232 casos	Retros.	Síntomas prodrómicos del trastorno psicótico	Häfner, y Maurer, 2006	Existe una fase prepsicótica y otra fase prodrómica , que se inician mucho antes del primer diagnóstico de psicosis.

Munich	1-6-1970	31-5-1981	Haber nacido en ese período, ser residente y ciudadano alemán en las edades de estudio, entre 14 y 24 años.	1923 personas	Pros.	Consumo de cannabis y aparición de síntomas psicóticos en edades entre 14 y 24 años	Kuepper, Van Os, Lleb et al. 2011.	El consumo de cannabis es un factor de riesgo de aparición de síntomas psicóticos.
<b>Francia</b>								
Paris	1974	1977	Nacer en el distrito 14 de Paris	415	Pros.	Múltiples variables de las que extraen 17 ítems o hitos evolutivos	Choquet, Facy, Laurent, et al. 1982.	Si suceden 6 hitos evolutivos se incluyen en el grupo de alto riesgo
nacional	Julio 1996	Julio 1997	Ser niño entre 2 y 24 meses y ser visitado en el Instituto de Puericultura de Paris	60 niños	Pros.	Retraimiento en el bebé y síntomas depresivos en la infancia.	Guedeney, y Fermanian, et al. 2001.	La escala que mide el retraimiento muestra una buena correlación con las medidas de depresión en la infancia
<b>Suiza</b>								
Ginebra	1963	1967	Consultar en el servicio médico y pedagógico de Ginebra	5.870 niños	Pros.	Variables de embarazo y parto, de aprendizajes y psicopatología en la infancia y en la edad adulta	Zabala y Manzano, (1993)	Existe un perfil clínico de 17 variables que aumentan el riesgo relativo de padecer esquizofrenia en la edad adulta.
<b>España</b>								
Barcelona	1982	2000	Residir en los barrios de la Verneda, la Pau y la Mina y tener un diagnóstico de psicosis	838 casos	Pros.	Variables de trastorno psicopatológico de esquizofrenia y otras psicosis. Variables de fecundidad y fertilidad	Tizón, Parra, Artigue, et al. 2006	La fecundidad y fertilidad es más alta en madres diagnosticadas de psicosis que viven en barrios marginales. Es necesario mejorar la prevención en los descendientes.
<b>Holanda</b>								
Rotterdam	10-5-1940	14-5-1940	Descendientes de madres embarazadas en ese período de días de bombardeos en la ciudad de Rotterdam	419 casos 1480 controles	CC	Diagnóstico de esquizofrenia en la edad adulta. Semanas de embarazo durante los bombardeos	Van Os, y Selten, 1998	Incremento significativo de padecer esquizofrenia en la edad adulta en personas cuyas madres habían sufrido dicha situación de guerra en el 1er y 2º trimestre del embarazo.
Zona determinada	1944	1946	Haber nacido durante esos años en Amsterdam, La Haya, Haarlem, Leiden, Rotterdam y Utrech, zona de hambre.	5320 personas 74.245 controles	Retros.	Alimentación recibida en el embarazo. Entre 1970 y 1992 se estudia la existencia de diagnósticos psiquiátricos.	Susser, Neugebauer, Hoek et al. 1996.	La mala nutrición durante el primer trimestre del embarazo puede explicar el origen de algunos casos de esquizofrenia.

Oceanía								
Australia								
Melbourne	1950	1991	Haber nacido entre esos años y haber padecido abusos sexuales antes de cumplir 16 años.	1.612 niños Población de la zona como control: 3.139.745 hab.	Pros.	Abusos sexuales y presencia de diagnósticos en salud mental.	Spataro, Mullen, Burgess et al. 2004	Existen relaciones estadísticamente significativas entre la aparición de determinados trastornos de salud mental y el haber padecido abuso sexual en la infancia.
Quuensland	1981	1983	Descendientes de madres que reciben cuidados prenatales en el Hospital Universitario.	3617 personas	Pros.	Variables de síntomas psicopatológicos en la infancia, a través del CBCL, y de variables de alucinaciones y delirios.	Scott, Martin, Welham et al. 2009.	La presencia de psicopatología en la infancia predice la aparición de experiencias alucinatorias en la juventud.
Melbourne	1998	2000	Visitarse en el centro de prevención y atención a la psicosis. (EPPIC, iniciales en inglés)	661 casos	Retros.	Múltiples variables biográficas	Conus, Cotton, Schimmelm ann et al. 2007	Presencia de: 82,7% traumas 74,1% tóxicos 55,6% antecedentes psiquiátricos
Nueva Zelanda								
Zona determinada	1-1-1995	10-3-1995	Ingresar en un hospital general de un área urbana.	100 personas	Trans.	Situaciones de abuso. Diagnóstico en salud mental.	Read y Fraser. 1998	A los profesionales les resulta especialmente complicado investigar las situaciones de abuso.
Dunedin	4-1972	3-1973	Nacer en la ciudad de Dunedin y poder participar en el estudio hasta los 26 años.	759 personas	Pros.	Variables de conductas violentas, de síntomas psicóticos, de estatus social y de consumo de tóxicos.	Arseneault, Cannon, Murray et al. 2003	Los niños que dan positivo en conductas violentas y en primeros síntomas psicóticos tiene mayor riesgo de desarrollar un trastorno esquizofrénico en la edad adulta.
EEUU								
Virginia	No se detalla	No se detalla	Tener 13-18 años y participar en un campamento para TDAH	111 casos 100 controles	Trans. y Retros.	Múltiples variables	Bagwell, Molina, Pelham et al. 2001.	El rechazo y el aislamiento social y las conductas agresivas se mantienen desde la infancia a la adolescencia.

Atlanta	No se detalla	No se detalla	Tener un diagnóstico de esquizofrenia y haber vivido con hermanos sin dicho diagnóstico	32 casos 31 hermanos	Retros.	Variables de los estados emocionales de alegría, sorpresa, interés, ira, disgusto, desprecio, tristeza, dolor y miedo.	Walker, Grimes, Davis et al. 1993	La vulnerabilidad esquizofrénica puede manifestarse en conductas emocionales mucho antes de la aparición del trastorno.
Rhode Island	1959	1966	Ser descendiente de mujer embarazada que participó en el "Collaborative Perinatal Project y tener un trastorno esquizofrénico.	27 casos 54 controles	Pros.	Variables relacionadas con Infecciones ocurridas durante el embarazo.  Presencia de trastorno esquizofrénico en la edad adulta.	Buka, Tsuang, Torrey et al. 2001.	Las infecciones en el segundo trimestre de embarazo incrementan el riesgo de psicosis.
Massachusetts Rhode Island	1959	1966	Ser mujer, estar embarazada y acudir a los cursos pre-parto en alguno de los Hospitales de esos estados	344 embarazos 467 descendientes 344 admiten el estudio.	Pros.	Síntomas psicopatológicos en descendientes de: Padres con esquizofrenia, con psicosis afectivas y sin diagnóstico.	Goldstein, Buka, Seidman et al. 2010	El riesgo de padecer esquizofrenia en los descendientes de padres con dicho trastorno es mucho más elevado.
Marynland NIMH	No se detalla	1991	Participar en el estudio sobre infancia y esquizofrenia del NIMH.	49 casos	Retros.	Variables de desarrollo motor, de lenguaje, relaciones sociales, antecedentes familiares y complicaciones obstétricas	Nicolson, Lenane, Singaracharu et al. 2000	Asociación significativa entre esquizofrenia y haber tenido alteraciones en la adquisición del habla y la utilización del lenguaje.
New York Programa RAP	1998	2001	Ser atendido en el Programa Rap de psicosis incipiente para adolescentes	62 casos	Pros.	Déficits cognitivos, trastornos afectivos, aislamiento social y fracaso escolar	Cornblatt, Lenz, Smith et al. 2003	Los cuatro factores de riesgo estudiados son sensibles a la evolución de los síntomas psicóticos.
EEUU y United Kingdom	1990  2000	1992  2000	Personas incluidas en los respectivos estudios de salud	5782 personas entre 15 y 54 a.  8580 personas entre 16 y 74 a.	Trans.	Variables de trastornos psicopatológicos y presencia de acontecimientos vitales traumáticos.	Shevlin, Houston, Dorahy et al. 2008.	La acumulación de traumas se asocia con la presencia de un trastorno psicótico, en especial los abusos sexuales y la violencia doméstica.
<b>Israel</b>								
Jerusalén	No se detalla	No se detalla	Tener en la edad adulta un diagnóstico de salud mental	136 Depresión 107 Bipolar 160 Esquizofrenia 170 controles	CC	Pérdida parental temprana	Agid, Shapira, Zislin, et al.	Incremento del riesgo, especialmente antes de los 9 años y para los 3 grupos



							1999	
Jerusalem Infant Development Study	1973	1977	Ser descendiente de progenitores incluidos en este estudio y tener entre 14 y 21 años en 1992.	24 de padres con trastorno esquizofrenia, 25 de otros trastornos y 16 sin trastorno	CC	Variables neurobiológicas y entrevistas de síntomas psicopatológicos	Hans, Marcus, Nuechterlein et al. 1999	Los adolescentes descendientes del grupo de padres con trastorno esquizofrénico, obtienen peores rendimientos en las pruebas cognitivas.
			Ser descendiente de progenitores incluidos en este estudio y tener 17 años.	41 de padres con trastorno esquizofrenia, 39 de otros trastornos y 36 sin trastorno	CC	Variables de síntomas psicopatológicos	Hans, Auerbach, Styr et al 2004.	Los descendientes de padres con esquizofrenia, tienen mayor riesgo de ser diagnosticados de trastornos en salud mental.
Servicio militar	1985	1991	Realizar las pruebas para el servicio militar en esos años y ser diagnosticado de esquizofrenia entre los años 1970 y 1995	509 casos 9.215 controles	CC	Múltiples variables	Davidson, Reichenberg, Rabinowitz et al. 1999	Los mejores predictores del trastorno fueron el déficit en el funcionamiento social, en las capacidades de organización y en el rendimiento intelectual.

#### 9.4. Anexo 4: Estadística descriptiva.

9.4.1.- Documento de validación de la base de datos LISMEN.	198
9.4.2.- Documento de validación de la base de datos CBCL.	201
9.4.3.- Tablas de frecuencias de las variables nominales.	202
9.4.4.- Tablas de las variables LISMEN sin considerar las franjas de edad.	252
Tabla 9.4.4.1. Presencia para cada una de las variables.	252
Tabla 9.4.4.2. Variable Presencia Global	256
Tabla 9.4.4.3. Variable Presencia Global y número de franjas de edad.	257
Tabla 9.4.4.4. Variable Presencia Global y primera etapa en que aparece.	257
Tabla 9.4.4.5. Variables según las etapas en que aparece la presencia.	258
Tabla 9.4.4.6. Acumulación de presencias, de 5 en 5, en Estudio 1.	264
Tabla 9.4.4.7. Acumulación de presencias, de 5 en 5, en Estudio 2.	264
Tabla 9.4.4.8. Acumulación de presencias, de 5 en 5, en Estudio 3.	265
Tabla 9.4.4.9. Acumulación de presencias, de 5 en 5, en Estudio 4.	265
Tabla 9.4.4.10. Acumulación de presencias, de 5 en 5, en Estudio 1,3 y 4.	265
Tabla 9.4.4.11. Sumas de factores de riesgo por estudios (Diagrama).	266
Tabla 9.4.4.12. Cantidad de presencia sin diferenciar Estudios.	267
9.4.5.- Diagramas de cantidad de presencia relativa.	269
9.4.6.- Tablas de presencia o no de rango patológico y resultados de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis en las variables CBCL.	270
Tabla 9.4.6.1. Suma de Factores de Riesgo (FR) respecto a los Trastornos Afectivos Global.	270
Tabla 9.4.6.2. Suma de FR respecto a los Trastornos de Ansiedad.	270
Tabla 9.4.6.3. Suma de FR respecto a los Trastornos Generalizados del Desarrollo.	271
Tabla 9.4.6.4. Suma de FR respecto a los Trastornos Somáticos.	272
Tabla 9.4.6.5. Suma de FR respecto a los Trastornos de Déficit de Atención.	272
Tabla 9.4.6.6. Suma de FR respecto a los Trastornos Negativista Desafiante.	273
Tabla 9.4.6.7. Suma de FR respecto a los Trastornos de Conducta.	273
Tabla 9.4.6.8. Suma de FR respecto al total de casos con rango patológico CBCL.	274
Tabla 9.4.6.9. Suma de FR respecto al total de casos según el sexo.	275

#### 9.4.1.- Documento de validación de la base de datos LISMEN.

##### Estadísticos descriptivos

Variables	N	Rango	Mínimo	Máximo
Prob. Obstétricos	366	4	0	4
Apgar 1 minuto	208	4	0	4
Apgar 10 minutos	208	4	0	4
Bajo peso al nacer	367	4	0	4
Gestación acortada	367	4	0	4
Mala nutrición embarazo	365	4	0	4
Depresión embarazo y puerperio	366	4	0	4
Gripe o infecciones madre emb.	366	4	0	4
Trast. emocional en embarazo	367	4	0	4
Nacimiento en cond. masificadas	366	4	0	4
Daños neurológicos perinatales	366	4	0	4
Infecciones SNC	366	4	0	4
Trast. grave relación: no sonrie	367	4	0	4
Retraimiento en la relación 0-24	367	4	0	4
Miedos, niño difícil de calmar 0-24	366	4	0	4
Tr. Sueño: se despierta a menudo 0-24	367	4	0	4
Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 0-24	367	4	0	4
Cohabitación 0-24	359	4	0	4
Anomalías en el juego: agresivo 0-24	344	4	0	4
Retraso en desarrollo psicomotor 0-24	363	4	0	4
Autosensorialidad: balanceo 0-24	363	4	0	4
Retraso en la deambulaci3n	274	4	0	4
Separaci3n temprana de los padres	366	4	0	4
Institucionalizaciones tempranas 0-24	366	4	0	4
Funciones paternas empobrecidas 0-24	367	4	0	4
Funciones maternas empobrecidas 0-24	367	4	0	4
Dif. lactancia materna con hermanos	310	4	0	4
Ingresos hospitalarios frecuentes 0-24	366	4	0	4
Falta de higiene y cuidados b3sicos 0-24	367	4	0	4
Rechazo de alimentaci3n: v3mitos 0-24	366	4	0	4
Abusos Sexuales en ni3o 0-24	367	4	0	4
Agresividad en la familia 0-24	367	4	0	4
Padres con Tr. Mental Severo 0-24	366	4	0	4
Padres con Tr. Toxicomanias 0-24	366	4	0	4
Nivel socio-econ3mico marginal 0-24	366	4	0	4
Psicosis en padre 0-24	364	4	0	4
Psicosis en madre 0-24	366	4	0	4
Psicosis en hermanos 0-24	366	4	0	4
Situaciones de guerra/cat3strofe 0-24	366	4	0	4
Ni3o con enfermedad cr3nica 0-24	365	4	0	4
Retraimiento en la relaci3n 3-5	233	4	0	4
Miedos, ni3o difícil de calmar 3-5	233	4	0	4
Tr. Sueño: se despierta a menudo 3-5	233	4	0	4
Utilizan hipn3ticos/tranquilizantes 3-5	233	4	0	4
Cohabitaci3n 3-5	232	4	0	4
Anomalías en el juego: agresivo 3-5	233	4	0	4
Retraso en desarrollo psicomotor 3-5	233	4	0	4
Autosensorialidad: balanceo 3-5	233	4	0	4
Institucionalizaciones tempranas 3-5	233	4	0	4
Funciones paternas empobrecidas 3-5	232	4	0	4
Funciones maternas empobrecidas 3-5	233	4	0	4
Ingresos hospitalarios frecuentes 3-5	233	4	0	4
Falta de higiene y cuidados b3sicos 3-5	233	4	0	4
Rechazo de alimentaci3n: v3mitos 3-5	232	4	0	4
Abusos Sexuales en ni3o 3-5	233	4	0	4
Agresividad en la familia 3-5	233	4	0	4
Padres con Tr. Mental Severo 3-5	232	4	0	4
Padres con Tr. Toxicomanias 3-5	232	4	0	4
Nivel socio-econ3mico marginal 3-5	232	4	0	4
Psicosis en padre 3-5	231	4	0	4
Psicosis en madre 3-5	231	4	0	4
Psicosis en hermanos 3-5	232	4	0	4
Situaciones de guerra/cat3strofe 3-5	232	4	0	4
Ni3o con enfermedad cr3nica 3-5	233	4	0	4

Disfunciones lenguaje: mutismo..3-5	233	4	0	4
Dificultades de atención/concentración 3-5	233	4	0	4
Dificultades en la lateralidad 3-5	233	4	0	4
Niño triste, infeliz 3-5	233	4	0	4
Excitación excesiva 3-5	233	4	0	4
Rabietas y enfados frecuentes 3-5	232	4	0	4
Enuresis 3-5	227	4	0	4
Encopresis 3-5	107	4	0	4
Agresividad, impulsividad 3-5	233	4	0	4
Niño raro 3-5	232	4	0	4
Aislamiento y empeoramiento relacional 3-5	233	4	0	4
Problemas en los hábitos básicos 3-5	233	4	0	4
Problemas relación madre-hijo 3-5	233	4	0	4
Problemas madre-hijo en el dormir 3-5	231	4	0	4
Retraimiento en la relación 6-11	180	4	0	4
Miedos, niño difícil de calmar 6-11	179	4	0	4
Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 6-11	180	4	0	4
Anomalías en el juego: agresivo 6-11	180	4	0	4
Institucionalizaciones tempranas 6-11	180	4	0	4
Funciones paternas empobrecidas 6-11	180	4	0	4
Funciones maternas empobrecidas 6-11	180	4	0	4
Ingresos hospitalarios frecuentes 6-11	179	4	0	4
Falta de higiene y cuidados básicos 6-11	180	4	0	4
Rechazo de alimentación: vómitos 6-11	179	4	0	4
Abusos Sexuales en niño 6-11	180	4	0	4
Agresividad en la familia 6-11	180	4	0	4
Padres con Tr. Mental Severo 6-11	177	4	0	4
Padres con Tr. Toxicomanías 6-11	179	4	0	4
Nivel socio-económico marginal 6-11	179	4	0	4
Psicosis en padre 6-11	179	4	0	4
Psicosis en madre 6-11	178	4	0	4
Psicosis en hermanos 6-11	179	4	0	4
Situaciones de guerra/catástrofe 6-11	179	4	0	4
Niño con enfermedad crónica 6-11	180	4	0	4
Disfunciones lenguaje: mutismo..6-11	180	4	0	4
Dificultades de atención/concentración 6-11	180	4	0	4
Dificultades en la lateralidad 6-11	180	4	0	4
Niño triste, infeliz 6-11	180	4	0	4
Excitación excesiva 6-11	180	4	0	4
Rabietas y enfados frecuentes 6-11	179	4	0	4
Enuresis 6-11	180	4	0	4
Encopresis 6-11	61	4	0	4
Agresividad, impulsividad 6-11	180	4	0	4
Niño raro 6-11	180	4	0	4
Aislamiento y empeoramiento relacional 6-11	180	4	0	4
Problemas en los hábitos básicos 6-11	179	4	0	4
Problemas relación madre-hijo 6-11	180	4	0	4
Problemas madre-hijo en el dormir 6-11	180	4	0	4
Déficit de atención 6-11	180	4	0	4
Hiperactividad 6-11	180	4	0	4
Niño que no aprende 6-11	180	4	0	4
Retraso en lecto-escritura 6-11	180	4	0	4
Trastorno en el grafismo 6-11	180	4	0	4
Fracaso escolar 6-11	180	4	0	4
Enferma con frecuencia 6-11	180	4	0	4
Caidas frecuentes 6-11	180	4	0	4
Dificultades de separación 6-11	180	4	0	4
Terros nocturnos 6-11	180	4	0	4
Menos de dos amigos 6-11	180	4	0	4
No acepta normas de convivencia 6-11	180	4	0	4
Ansiedad excesiva en sit. sociales 6-11	179	4	0	4
Maltrata animales 6-11	180	4	0	4
Mentiras reiteradas 6-11	180	4	0	4
Ideas raras 6-11	180	4	0	4
Tendencia al delirio: autoreferencial.. 6-11	180	4	0	4
Interferencias del pensamiento 6-11	180	4	0	4
Desorden del pensamiento 6-11	180	4	0	4
Tics crónicos 6-11	180	4	0	4
Percepciones anómalas por drogas 6-11	180	4	0	4
Percepciones anómalas sin drogas 6-11	179	4	0	4

Emocionalidad excesiva 6-11	179	4	0	4
Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 12-17	134	4	0	4
Institucionalizaciones tempranas 12-17	133	4	0	4
Funciones paternas empobrecidas 12-17	133	4	0	4
Funciones maternas empobrecidas 12-17	133	4	0	4
Ingresos hospitalarios frecuentes 12-17	133	4	0	4
Falta de higiene y cuidados básicos 12-17	133	4	0	4
Abusos Sexuales en niño 12-17	133	4	0	4
Agresividad en la familia 12-17	133	4	0	4
Padres con Tr. Mental Severo 12-17	133	4	0	4
Padres con Tr. Toxicomanías 12-17	132	4	0	4
Nivel socio-económico marginal 12-17	133	4	0	4
Psicosis en padre 12-17	133	4	0	4
Psicosis en madre 12-17	133	4	0	4
Psicosis en hermanos 12-17	133	4	0	4
Situaciones de guerra/catástrofe 12-17	133	4	0	4
Niño con enfermedad crónica 12-17	133	4	0	4
Disfunciones lenguaje: mutismo..12-17	133	4	0	4
Dificultades de atención/concentración 12-17	133	4	0	4
Dificultades en la lateralidad 12-17	133	4	0	4
Niño triste, infeliz 12-17	134	4	0	4
Excitación excesiva 12-17	132	4	0	4
Rabietas y enfados frecuentes 12-17	131	4	0	4
Enuresis 12-17	133	4	0	4
Encopresis 12-17	32	4	0	4
Agresividad, impulsividad 12-17	133	4	0	4
Niño raro 12-17	133	4	0	4
Aislamiento y empeoramiento relacional 12-17	133	4	0	4
Problemas en los hábitos básicos 12-17	134	4	0	4
Problemas relación madre-hijo 12-17	133	4	0	4
Déficit de atención 12-17	133	4	0	4
Hiperactividad 12-17	133	4	0	4
Niño que no aprende 12-17	133	4	0	4
Fracaso escolar 12-17	133	4	0	4
Enferma con frecuencia 12-17	133	4	0	4
Caidas frecuentes 12-17	132	4	0	4
Dificultades de separación 12-17	132	4	0	4
Terros nocturnos 12-17	133	4	0	4
Menos de dos amigos 12-17	133	4	0	4
No acepta normas de convivencia 12-17	133	4	0	4
Ansiedad excesiva en sit. sociales 12-17	133	4	0	4
Maltrata animales 12-17	133	4	0	4
Mentiras reiteradas 12-17	133	4	0	4
Ideas raras 12-17	133	4	0	4
Tendencia al delirio: autoreferencial.. 12-17	133	4	0	4
Interferencias del pensamiento 12-17	133	4	0	4
Desorden del pensamiento 12-17	133	4	0	4
Tics crónicos 12-17	133	4	0	4
Percepciones anómalas por drogas 12-17	133	4	0	4
Percepciones anómalas sin drogas 12-17	133	4	0	4
Emocionalidad excesiva 12-17	133	4	0	4
Conducta alimentaria alterada 12-17	134	4	0	4
Deterioro de la imagen corporal 12-17	134	4	0	4
Fatiga crónica 12-17	134	4	0	4
Cambios de humor 12-17	133	4	0	4
Interés por cuestiones abstractas 12-17	133	4	0	4
Discurso verbal extraño 12-17	133	4	0	4
Consumo de tóxicos 12-17	32	4	0	4
Absentismo escolar 12-17	133	4	0	4
Deportes y juegos violentos 12-17	132	4	0	4
N válido (según lista)	20			

9.4.2.- Documento de validación de la base de datos CBCL.

Validación Base de datos CBCL 1-5 años

**Estadísticos descriptivos**

	N	Rango	Mínimo	Máximo
edad	24	4	1	5
puntuación de la escala DSM I	24	5	0	5
puntuación de la escala DSM II	24	10	0	10
puntuación de la escala DSM III	24	6	0	6
puntuación de la escala DSM IV	24	4	0	4
puntuación de la escala DSM V	24	8	0	8
puntuación de la escala DSM VI	24	6	0	6
puntuación de la escala DSM VII	24	17	1	18
puntuación de la escala DSM VIII	24	19	1	20
puntuación directa de la dimensión interna	24	40	1	41
puntuación T de la dimensión interna	24	49	12	61
puntuación directa de la dimensión externa	24	49	1	50
puntuación T de la dimensión externa	24	50	13	63
puntuación directa total de les dos dimensiones	24	38	1	39
puntuación T total de les dues dimensions	24	48	9	57
puntuación de la escala empírica I	24	6	0	6
puntuación de la escala empírica II	24	9	0	9
puntuación de la escala empírica III	24	7	0	7
puntuación de la escala empírica IV	24	10	0	10
puntuación de la escala empírica V	24	8	0	8
N válido (según lista)	24			

Validación Base de datos CBCL 6-18 años

**Estadísticos descriptivos**

	N	Rango	Mínimo	Máximo
edad	26	12	6	18
puntuación de la escala empírica I	26	10	0	10
puntuación de la escala empírica II	26	9	0	9
puntuación de la escala empírica III	26	4	0	4
puntuación de la escala empírica IV	26	12	0	12
puntuación de la escala empírica V	26	6	0	6
CONDUCT_PROBLEMS	26	10	0	10
N válido (según lista)	26			

### 9.4.3.- Tablas de frecuencias de las variables nominales.

**Prob. Obstétricos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	146	39.2	39.9	39.9
	1	106	28.5	29.0	68.9
	2	23	6.2	6.3	75.1
	3	2	.5	.5	75.7
	4	89	23.9	24.3	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Apgar 1 minuto**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	176	47.3	84.6	84.6
	1	3	.8	1.4	86.1
	2	3	.8	1.4	87.5
	4	26	7.0	12.5	100.0
	Total	208	55.9	100.0	
Perdidos	Sistema	164	44.1		
Total		372	100.0		

**Apgar 10 minutos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	181	48.7	87.0	87.0
	1	1	.3	.5	87.5
	4	26	7.0	12.5	100.0
	Total	208	55.9	100.0	
Perdidos	Sistema	164	44.1		
Total		372	100.0		

**Bajo peso al nacer**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	239	64.2	65.1	65.1
	1	27	7.3	7.4	72.5
	2	11	3.0	3.0	75.5
	3	2	.5	.5	76.0
	4	88	23.7	24.0	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Gestación acortada**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	246	66.1	67.0	67.0
	1	9	2.4	2.5	69.5
	2	8	2.2	2.2	71.7
	3	1	.3	.3	71.9
	4	103	27.7	28.1	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

**Mala nutrición embarazo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	179	48.1	49.0	49.0
	1	12	3.2	3.3	52.3
	2	7	1.9	1.9	54.2
	3	7	1.9	1.9	56.2
	4	160	43.0	43.8	100.0
	Total	365	98.1	100.0	
Perdidos	Sistema	7	1.9		
Total		372	100.0		

**Depresión embarazo y puerperio**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	133	35.8	36.3	36.3
	1	17	4.6	4.6	41.0
	2	22	5.9	6.0	47.0
	3	4	1.1	1.1	48.1
	4	190	51.1	51.9	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	5	1	.3		
	Sistema	5	1.3		
	Total	6	1.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.



**Gripe o infecciones madre emb.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	131	35.2	35.8	35.8
	1	4	1.1	1.1	36.9
	2	2	.5	.5	37.4
	4	229	61.6	62.6	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Trast. emocional en embarazo**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	115	30.9	31.3	31.3
	1	31	8.3	8.4	39.8
	2	35	9.4	9.5	49.3
	3	5	1.3	1.4	50.7
	4	181	48.7	49.3	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

**Nacimiento en cond. masificadas**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	213	57.3	58.2	58.2
	1	15	4.0	4.1	62.3
	2	14	3.8	3.8	66.1
	3	1	.3	.3	66.4
	4	123	33.1	33.6	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	5	1	.3		
	Sistema	5	1.3		
	Total	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Daños neurológicos perinatales**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	239	64.2	65.3	65.3
	1	4	1.1	1.1	66.4
	2	2	.5	.5	66.9
	4	121	32.5	33.1	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Infecciones SNC**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	246	66.1	67.2	67.2
	4	120	32.3	32.8	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Trast. grave relación: no sonrío**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	231	62.1	62.9	62.9
	1	11	3.0	3.0	65.9
	2	8	2.2	2.2	68.1
	3	2	.5	.5	68.7
	4	115	30.9	31.3	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

**Retraimiento en la relación 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	215	57.8	58.6	58.6
	1	20	5.4	5.4	64.0
	2	20	5.4	5.4	69.5
	3	5	1.3	1.4	70.8
	4	107	28.8	29.2	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

**Miedos, niño difícil de calmar 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	171	46.0	46.7	46.7
	1	48	12.9	13.1	59.8
	2	28	7.5	7.7	67.5
	3	3	.8	.8	68.3
	4	116	31.2	31.7	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	5	1	.3		
	Sistema	5	1.3		
	Total	6	1.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Tr. Sueño: se despierta a menudo 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	197	53.0	53.7	53.7
	1	34	9.1	9.3	62.9
	2	11	3.0	3.0	65.9
	3	2	.5	.5	66.5
	4	123	33.1	33.5	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

**Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	243	65.3	66.2	66.2
	2	5	1.3	1.4	67.6
	3	1	.3	.3	67.8
	4	118	31.7	32.2	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

**Cohabitación 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	58	15.6	16.2	16.2
	1	98	26.3	27.3	43.5
	2	35	9.4	9.7	53.2
	3	5	1.3	1.4	54.6
	4	163	43.8	45.4	100.0
	Total	359	96.5	100.0	
Perdidos	5	8	2.2		
	Sistema	5	1.3		
	Total	13	3.5		
Total		372	100.0		

**Anomalías en el juego: agresivo 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	207	55.6	60.2	60.2
	1	3	.8	.9	61.0
	2	7	1.9	2.0	63.1
	3	5	1.3	1.5	64.5
	4	122	32.8	35.5	100.0
	Total	344	92.5	100.0	
Perdidos	5	23	6.2		
	Sistema	5	1.3		
	Total	28	7.5		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Retraso en desarrollo psicomotor 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	222	59.7	61.2	61.2
	1	19	5.1	5.2	66.4
	2	20	5.4	5.5	71.9
	3	12	3.2	3.3	75.2
	4	90	24.2	24.8	100.0
	Total	363	97.6	100.0	
Perdidos	5	4	1.1		
	Sistema	5	1.3		
	Total	9	2.4		
Total		372	100.0		

**Autosensorialidad: balanceo 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	226	60.8	62.3	62.3
	1	3	.8	.8	63.1
	2	7	1.9	1.9	65.0
	3	1	.3	.3	65.3
	4	126	33.9	34.7	100.0
	Total	363	97.6	100.0	
Perdidos	5	4	1.1		
	Sistema	5	1.3		
	Total	9	2.4		
Total		372	100.0		

**Retraso en la deambulaci3n**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	141	37.9	51.5	51.5
	1	18	4.8	6.6	58.0
	2	19	5.1	6.9	65.0
	3	3	.8	1.1	66.1
	4	93	25.0	33.9	100.0
	Total	274	73.7	100.0	
Perdidos	5	93	25.0		
	Sistema	5	1.3		
	Total	98	26.3		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteraci3n.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de informaci3n suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Separación temprana de los padres**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	212	57.0	57.9	57.9
	1	19	5.1	5.2	63.1
	2	45	12.1	12.3	75.4
	3	2	.5	.5	76.0
	4	88	23.7	24.0	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	5	1	.3		
	Sistema	5	1.3		
	Total	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Institucionalizaciones tempranas 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	246	66.1	67.2	67.2
	1	5	1.3	1.4	68.6
	2	8	2.2	2.2	70.8
	3	1	.3	.3	71.0
	4	106	28.5	29.0	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	5	1	.3		
	Sistema	5	1.3		
	Total	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Funciones paternas empobrecidas 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	88	23.7	24.0	24.0
	1	46	12.4	12.5	36.5
	2	75	20.2	20.4	56.9
	3	8	2.2	2.2	59.1
	4	150	40.3	40.9	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
	Total	372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Funciones maternas empobrecidas 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	129	34.7	35.1	35.1
	1	83	22.3	22.6	57.8
	2	68	18.3	18.5	76.3
	3	6	1.6	1.6	77.9
	4	81	21.8	22.1	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

**Dif. lactancia materna con hermanos**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	114	30.6	36.8	36.8
	1	16	4.3	5.2	41.9
	2	4	1.1	1.3	43.2
	3	3	.8	1.0	44.2
	4	173	46.5	55.8	100.0
	Total	310	83.3	100.0	
Perdidos	5	57	15.3		
	Sistema	5	1.3		
	Total	62	16.7		
Total		372	100.0		

**Ingresos hospitalarios frecuentes 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	220	59.1	60.1	60.1
	1	31	8.3	8.5	68.6
	2	21	5.6	5.7	74.3
	3	1	.3	.3	74.6
	4	93	25.0	25.4	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	5	1	.3		
	Sistema	5	1.3		
	Total	6	1.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Falta de higiene y cuidados básicos 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	231	62.1	62.9	62.9
	1	14	3.8	3.8	66.8
	2	11	3.0	3.0	69.8
	3	2	.5	.5	70.3
	4	109	29.3	29.7	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

**Rechazo de alimentación: vómitos 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	203	54.6	55.5	55.5
	1	31	8.3	8.5	63.9
	2	16	4.3	4.4	68.3
	3	2	.5	.5	68.9
	4	114	30.6	31.1	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Abusos Sexuales en niño 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	177	47.6	48.2	48.2
	1	1	.3	.3	48.5
	2	11	3.0	3.0	51.5
	3	4	1.1	1.1	52.6
	4	174	46.8	47.4	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

**Agresividad en la familia 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	162	43.5	44.1	44.1
	1	8	2.2	2.2	46.3
	2	30	8.1	8.2	54.5
	3	4	1.1	1.1	55.6
	4	163	43.8	44.4	100.0
	Total	367	98.7	100.0	
Perdidos	Sistema	5	1.3		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Padres con Tr. Mental Severo 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	67	18.0	18.3	18.3
	1	7	1.9	1.9	20.2
	2	57	15.3	15.6	35.8
	3	19	5.1	5.2	41.0
	4	216	58.1	59.0	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Padres con Tr. Toxicomanias 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	187	50.3	51.1	51.1
	1	7	1.9	1.9	53.0
	2	27	7.3	7.4	60.4
	3	3	.8	.8	61.2
	4	142	38.2	38.8	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Nivel socio-económico marginal 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	194	52.2	53.0	53.0
	1	17	4.6	4.6	57.7
	2	15	4.0	4.1	61.7
	3	1	.3	.3	62.0
	4	139	37.4	38.0	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Psicosis en padre 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	200	53.8	54.9	54.9
	1	4	1.1	1.1	56.0
	2	15	4.0	4.1	60.2
	3	1	.3	.3	60.4
	4	144	38.7	39.6	100.0
	Total	364	97.8	100.0	
Perdidos	Sistema	8	2.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.



**Psicosis en madre 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	189	50.8	51.6	51.6
	1	1	.3	.3	51.9
	2	10	2.7	2.7	54.6
	3	1	.3	.3	54.9
	4	165	44.4	45.1	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Psicosis en hermanos 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	177	47.6	48.4	48.4
	1	14	3.8	3.8	52.2
	2	14	3.8	3.8	56.0
	3	2	.5	.5	56.6
	4	159	42.7	43.4	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Situaciones de guerra/catástrofe 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	248	66.7	67.8	67.8
	1	1	.3	.3	68.0
	2	1	.3	.3	68.3
	4	116	31.2	31.7	100.0
	Total	366	98.4	100.0	
Perdidos	Sistema	6	1.6		
Total		372	100.0		

**Niño con enfermedad crónica 0-24**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	173	46.5	47.4	47.4
	1	61	16.4	16.7	64.1
	2	23	6.2	6.3	70.4
	3	2	.5	.5	71.0
	4	106	28.5	29.0	100.0
	Total	365	98.1	100.0	
Perdidos	Sistema	7	1.9		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Retraimiento en la relación 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	95	25.5	40.8	40.8
	1	14	3.8	6.0	46.8
	2	28	7.5	12.0	58.8
	3	7	1.9	3.0	61.8
	4	89	23.9	38.2	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Miedos, niño difícil de calmar 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	80	21.5	34.3	34.3
	1	24	6.5	10.3	44.6
	2	19	5.1	8.2	52.8
	3	3	.8	1.3	54.1
	4	107	28.8	45.9	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Tr. Sueño: se despierta a menudo 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	93	25.0	39.9	39.9
	1	14	3.8	6.0	45.9
	2	17	4.6	7.3	53.2
	3	2	.5	.9	54.1
	4	107	28.8	45.9	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	112	30.1	48.1	48.1
	1	1	.3	.4	48.5
	2	4	1.1	1.7	50.2
	4	116	31.2	49.8	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Cohabitación 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	58	15.6	25.0	25.0
	1	14	3.8	6.0	31.0
	2	27	7.3	11.6	42.7
	3	4	1.1	1.7	44.4
	4	129	34.7	55.6	100.0
	Total	232	62.4	100.0	
Perdidos	Sistema	140	37.6		
Total		372	100.0		

**Anomalías en el juego: agresivo 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	100	26.9	42.9	42.9
	1	7	1.9	3.0	45.9
	2	13	3.5	5.6	51.5
	3	1	.3	.4	51.9
	4	112	30.1	48.1	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Retraso en desarrollo psicomotor 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	100	26.9	42.9	42.9
	1	13	3.5	5.6	48.5
	2	16	4.3	6.9	55.4
	3	5	1.3	2.1	57.5
	4	99	26.6	42.5	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Autosensorialidad: balanceo 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	103	27.7	44.2	44.2
	1	1	.3	.4	44.6
	2	5	1.3	2.1	46.8
	4	124	33.3	53.2	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Institucionalizaciones tempranas 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	120	32.3	51.5	51.5
	1	2	.5	.9	52.4
	2	3	.8	1.3	53.6
	4	108	29.0	46.4	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Funciones paternas empobrecidas 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	45	12.1	19.4	19.4
	1	28	7.5	12.1	31.5
	2	58	15.6	25.0	56.5
	3	6	1.6	2.6	59.1
	4	95	25.5	40.9	100.0
	Total	232	62.4	100.0	
Perdidos	Sistema	140	37.6		
Total		372	100.0		

**Funciones maternas empobrecidas 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	58	15.6	24.9	24.9
	1	45	12.1	19.3	44.2
	2	50	13.4	21.5	65.7
	3	6	1.6	2.6	68.2
	4	74	19.9	31.8	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Ingresos hospitalarios frecuentes 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	111	29.8	47.6	47.6
	1	9	2.4	3.9	51.5
	2	2	.5	.9	52.4
	4	111	29.8	47.6	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Falta de higiene y cuidados básicos 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	109	29.3	46.8	46.8
	1	10	2.7	4.3	51.1
	2	7	1.9	3.0	54.1
	3	1	.3	.4	54.5
	4	106	28.5	45.5	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Rechazo de alimentación: vómitos 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	98	26.3	42.2	42.2
	1	17	4.6	7.3	49.6
	2	9	2.4	3.9	53.4
	3	1	.3	.4	53.9
	4	107	28.8	46.1	100.0
	Total	232	62.4	100.0	
Perdidos	Sistema	140	37.6		
Total		372	100.0		

**Abusos Sexuales en niño 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	92	24.7	39.5	39.5
	1	2	.5	.9	40.3
	2	10	2.7	4.3	44.6
	3	2	.5	.9	45.5
	4	127	34.1	54.5	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Agresividad en la familia 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	90	24.2	38.6	38.6
	1	8	2.2	3.4	42.1
	2	27	7.3	11.6	53.6
	4	108	29.0	46.4	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Padres con Tr. Mental Severo 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	45	12.1	19.4	19.4
	1	3	.8	1.3	20.7
	2	38	10.2	16.4	37.1
	3	12	3.2	5.2	42.2
	4	134	36.0	57.8	100.0
	Total	232	62.4	100.0	
Perdidos	Sistema	140	37.6		
Total		372	100.0		

**Padres con Tr. Toxicomanías 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	91	24.5	39.2	39.2
	1	3	.8	1.3	40.5
	2	22	5.9	9.5	50.0
	4	116	31.2	50.0	100.0
	Total	232	62.4	100.0	
Perdidos	Sistema	140	37.6		
Total		372	100.0		

**Nivel socio-económico marginal 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	95	25.5	40.9	40.9
	1	3	.8	1.3	42.2
	2	8	2.2	3.4	45.7
	3	1	.3	.4	46.1
	4	125	33.6	53.9	100.0
	Total	232	62.4	100.0	
Perdidos	Sistema	140	37.6		
Total		372	100.0		

**Psicosis en padre 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	97	26.1	42.0	42.0
	1	2	.5	.9	42.9
	2	12	3.2	5.2	48.1
	4	120	32.3	51.9	100.0
	Total	231	62.1	100.0	
Perdidos	Sistema	141	37.9		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Psicosis en madre 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	86	23.1	37.2	37.2
	1	1	.3	.4	37.7
	2	6	1.6	2.6	40.3
	3	2	.5	.9	41.1
	4	136	36.6	58.9	100.0
	Total	231	62.1	100.0	
Perdidos	Sistema	141	37.9		
Total		372	100.0		

**Psicosis en hermanos 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	98	26.3	42.2	42.2
	1	9	2.4	3.9	46.1
	2	9	2.4	3.9	50.0
	4	116	31.2	50.0	100.0
	Total	232	62.4	100.0	
Perdidos	Sistema	140	37.6		
Total		372	100.0		

**Situaciones de guerra/catástrofe 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	121	32.5	52.2	52.2
	1	1	.3	.4	52.6
	4	110	29.6	47.4	100.0
	Total	232	62.4	100.0	
Perdidos	Sistema	140	37.6		
Total		372	100.0		

**Niño con enfermedad crónica 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	69	18.5	29.6	29.6
	1	40	10.8	17.2	46.8
	2	21	5.6	9.0	55.8
	4	103	27.7	44.2	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Disfunciones lenguaje: mutismo..3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	95	25.5	40.8	40.8
	1	17	4.6	7.3	48.1
	2	23	6.2	9.9	57.9
	3	2	.5	.9	58.8
	4	96	25.8	41.2	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Dificultades de atención/concentración 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	92	24.7	39.5	39.5
	1	18	4.8	7.7	47.2
	2	16	4.3	6.9	54.1
	4	107	28.8	45.9	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Dificultades en la lateralidad 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	98	26.3	42.1	42.1
	1	2	.5	.9	42.9
	2	8	2.2	3.4	46.4
	3	1	.3	.4	46.8
	4	124	33.3	53.2	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Niño triste, infeliz 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	106	28.5	45.5	45.5
	1	11	3.0	4.7	50.2
	2	11	3.0	4.7	54.9
	3	1	.3	.4	55.4
	4	104	28.0	44.6	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.



**Excitación excesiva 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	81	21.8	34.8	34.8
	1	34	9.1	14.6	49.4
	2	25	6.7	10.7	60.1
	4	93	25.0	39.9	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Rabietas y enfados frecuentes 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	76	20.4	32.8	32.8
	1	29	7.8	12.5	45.3
	2	21	5.6	9.1	54.3
	4	106	28.5	45.7	100.0
	Total	232	62.4	100.0	
Perdidos	Sistema	140	37.6		
Total		372	100.0		

**Enuresis 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	105	28.2	46.3	46.3
	1	17	4.6	7.5	53.7
	2	26	7.0	11.5	65.2
	4	79	21.2	34.8	100.0
	Total	227	61.0	100.0	
Perdidos	5	6	1.6		
	Sistema	139	37.4		
	Total	145	39.0		
Total		372	100.0		

**Encopresis 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	99	26.6	92.5	92.5
	2	3	.8	2.8	95.3
	4	5	1.3	4.7	100.0
	Total	107	28.8	100.0	
Perdidos	5	6	1.6		
	Sistema	259	69.6		
	Total	265	71.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Agresividad, impulsividad 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	85	22.8	36.5	36.5
	1	25	6.7	10.7	47.2
	2	25	6.7	10.7	57.9
	4	98	26.3	42.1	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Niño raro 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	95	25.5	40.9	40.9
	1	16	4.3	6.9	47.8
	2	19	5.1	8.2	56.0
	3	1	.3	.4	56.5
	4	101	27.2	43.5	100.0
Total		232	62.4	100.0	
Perdidos	Sistema	140	37.6		
Total		372	100.0		

**Aislamiento y empeoramiento relacional 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	95	25.5	40.8	40.8
	1	17	4.6	7.3	48.1
	2	11	3.0	4.7	52.8
	3	2	.5	.9	53.6
	4	108	29.0	46.4	100.0
Total		233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Problemas en los hábitos básicos 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	82	22.0	35.2	35.2
	1	25	6.7	10.7	45.9
	2	25	6.7	10.7	56.7
	4	101	27.2	43.3	100.0
Total		233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Problemas relación madre-hijo 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	78	21.0	33.5	33.5
	1	24	6.5	10.3	43.8
	2	31	8.3	13.3	57.1
	4	100	26.9	42.9	100.0
	Total	233	62.6	100.0	
Perdidos	Sistema	139	37.4		
Total		372	100.0		

**Problemas madre-hijo en el dormir 3-5**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	77	20.7	33.3	33.3
	1	18	4.8	7.8	41.1
	2	20	5.4	8.7	49.8
	3	1	.3	.4	50.2
	4	115	30.9	49.8	100.0
Total		231	62.1	100.0	
Perdidos	Sistema	141	37.9		
Total		372	100.0		

**Retraimiento en la relación 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	55	14.8	30.6	30.6
	1	10	2.7	5.6	36.1
	2	31	8.3	17.2	53.3
	3	4	1.1	2.2	55.6
	4	80	21.5	44.4	100.0
Total		180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Miedos, niño difícil de calmar 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	49	13.2	27.4	27.4
	1	16	4.3	8.9	36.3
	2	11	3.0	6.1	42.5
	3	2	.5	1.1	43.6
	4	101	27.2	56.4	100.0
Total		179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	65	17.5	36.1	36.1
	1	3	.8	1.7	37.8
	2	10	2.7	5.6	43.3
	4	102	27.4	56.7	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Anomalías en el juego: agresivo 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	60	16.1	33.3	33.3
	1	4	1.1	2.2	35.6
	2	9	2.4	5.0	40.6
	4	107	28.8	59.4	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Institucionalizaciones tempranas 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	76	20.4	42.2	42.2
	1	1	.3	.6	42.8
	2	4	1.1	2.2	45.0
	4	99	26.6	55.0	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Funciones paternas empobrecidas 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	23	6.2	12.8	12.8
	1	17	4.6	9.4	22.2
	2	44	11.8	24.4	46.7
	3	5	1.3	2.8	49.4
	4	91	24.5	50.6	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Funciones maternas empobrecidas 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	36	9.7	20.0	20.0
	1	26	7.0	14.4	34.4
	2	40	10.8	22.2	56.7
	3	6	1.6	3.3	60.0
	4	72	19.4	40.0	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Ingresos hospitalarios frecuentes 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	65	17.5	36.3	36.3
	1	6	1.6	3.4	39.7
	2	1	.3	.6	40.2
	4	107	28.8	59.8	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

**Falta de higiene y cuidados básicos 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	69	18.5	38.3	38.3
	1	6	1.6	3.3	41.7
	2	4	1.1	2.2	43.9
	4	101	27.2	56.1	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Rechazo de alimentación: vómitos 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	60	16.1	33.5	33.5
	1	15	4.0	8.4	41.9
	2	2	.5	1.1	43.0
	4	102	27.4	57.0	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Abusos Sexuales en niño 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	53	14.2	29.4	29.4
	2	8	2.2	4.4	33.9
	3	3	.8	1.7	35.6
	4	116	31.2	64.4	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Agresividad en la familia 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	53	14.2	29.4	29.4
	1	6	1.6	3.3	32.8
	2	23	6.2	12.8	45.6
	4	98	26.3	54.4	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Padres con Tr. Mental Severo 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	28	7.5	15.8	15.8
	1	2	.5	1.1	16.9
	2	32	8.6	18.1	35.0
	3	8	2.2	4.5	39.5
	4	107	28.8	60.5	100.0
	Total	177	47.6	100.0	
Perdidos	Sistema	195	52.4		
Total		372	100.0		

**Padres con Tr. Toxicomanias 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	62	16.7	34.6	34.6
	1	2	.5	1.1	35.8
	2	17	4.6	9.5	45.3
	4	98	26.3	54.7	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Nivel socio-económico marginal 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	66	17.7	36.9	36.9
	1	3	.8	1.7	38.5
	2	8	2.2	4.5	43.0
	3	1	.3	.6	43.6
	4	101	27.2	56.4	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

**Psicosis en padre 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	67	18.0	37.4	37.4
	1	3	.8	1.7	39.1
	2	10	2.7	5.6	44.7
	4	99	26.6	55.3	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

**Psicosis en madre 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	57	15.3	32.0	32.0
	2	7	1.9	3.9	36.0
	3	2	.5	1.1	37.1
	4	112	30.1	62.9	100.0
	Total	178	47.8	100.0	
Perdidos	Sistema	194	52.2		
Total		372	100.0		

**Psicosis en hermanos 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	55	14.8	30.7	30.7
	1	5	1.3	2.8	33.5
	2	5	1.3	2.8	36.3
	4	114	30.6	63.7	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Situaciones de guerra/catástrofe 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	75	20.2	41.9	41.9
	2	2	.5	1.1	43.0
	4	102	27.4	57.0	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

**Niño con enfermedad crónica 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	44	11.8	24.4	24.4
	1	26	7.0	14.4	38.9
	2	13	3.5	7.2	46.1
	4	97	26.1	53.9	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Disfunciones lenguaje: mutismo..6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	57	15.3	31.7	31.7
	1	13	3.5	7.2	38.9
	2	13	3.5	7.2	46.1
	3	1	.3	.6	46.7
	4	96	25.8	53.3	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Dificultades de atención/concentración 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	49	13.2	27.2	27.2
	1	15	4.0	8.3	35.6
	2	16	4.3	8.9	44.4
	3	1	.3	.6	45.0
	4	99	26.6	55.0	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.



**Dificultades en la lateralidad 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	59	15.9	32.8	32.8
	1	3	.8	1.7	34.4
	2	2	.5	1.1	35.6
	4	116	31.2	64.4	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Niño triste, infeliz 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	57	15.3	31.7	31.7
	1	16	4.3	8.9	40.6
	2	15	4.0	8.3	48.9
	3	1	.3	.6	49.4
	4	91	24.5	50.6	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Excitación excesiva 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	52	14.0	28.9	28.9
	1	16	4.3	8.9	37.8
	2	34	9.1	18.9	56.7
	4	78	21.0	43.3	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Rabietas y enfados frecuentes 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	51	13.7	28.5	28.5
	1	17	4.6	9.5	38.0
	2	19	5.1	10.6	48.6
	4	92	24.7	51.4	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Enuresis 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	66	17.7	36.7	36.7
	1	11	3.0	6.1	42.8
	2	23	6.2	12.8	55.6
	4	80	21.5	44.4	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Encopresis 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	59	15.9	96.7	96.7
	2	1	.3	1.6	98.4
	4	1	.3	1.6	100.0
	Total	61	16.4	100.0	
Perdidos	Sistema	311	83.6		
Total		372	100.0		

**Agresividad, impulsividad 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	50	13.4	27.8	27.8
	1	18	4.8	10.0	37.8
	2	26	7.0	14.4	52.2
	4	86	23.1	47.8	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Niño raro 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	59	15.9	32.8	32.8
	1	14	3.8	7.8	40.6
	2	25	6.7	13.9	54.4
	3	2	.5	1.1	55.6
	4	80	21.5	44.4	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Aislamiento y empeoramiento relacional 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	58	15.6	32.2	32.2
	1	12	3.2	6.7	38.9
	2	14	3.8	7.8	46.7
	3	2	.5	1.1	47.8
	4	94	25.3	52.2	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Problemas en los hábitos básicos 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	47	12.6	26.3	26.3
	1	18	4.8	10.1	36.3
	2	22	5.9	12.3	48.6
	3	1	.3	.6	49.2
	4	91	24.5	50.8	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

**Problemas relación madre-hijo 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	49	13.2	27.2	27.2
	1	15	4.0	8.3	35.6
	2	35	9.4	19.4	55.0
	4	81	21.8	45.0	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Problemas madre-hijo en el dormir 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	52	14.0	28.9	28.9
	1	11	3.0	6.1	35.0
	2	13	3.5	7.2	42.2
	4	104	28.0	57.8	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Déficit de atención 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	54	14.5	30.0	30.0
	1	12	3.2	6.7	36.7
	2	17	4.6	9.4	46.1
	4	97	26.1	53.9	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Hiperactividad 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	67	18.0	37.2	37.2
	1	7	1.9	3.9	41.1
	2	10	2.7	5.6	46.7
	4	96	25.8	53.3	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Niño que no aprende 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	51	13.7	28.3	28.3
	1	21	5.6	11.7	40.0
	2	28	7.5	15.6	55.6
	3	1	.3	.6	56.1
	4	79	21.2	43.9	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Retraso en lecto-escritura 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	55	14.8	30.6	30.6
	1	10	2.7	5.6	36.1
	2	21	5.6	11.7	47.8
	3	1	.3	.6	48.3
	4	93	25.0	51.7	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Trastorno en el grafismo 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	57	15.3	31.7	31.7
	1	7	1.9	3.9	35.6
	2	12	3.2	6.7	42.2
	3	1	.3	.6	42.8
	4	103	27.7	57.2	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Fracaso escolar 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	55	14.8	30.6	30.6
	1	17	4.6	9.4	40.0
	2	26	7.0	14.4	54.4
	3	2	.5	1.1	55.6
	4	80	21.5	44.4	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Enferma con frecuencia 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	52	14.0	28.9	28.9
	1	14	3.8	7.8	36.7
	2	9	2.4	5.0	41.7
	3	1	.3	.6	42.2
	4	104	28.0	57.8	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Caídas frecuentes 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	58	15.6	32.2	32.2
	1	8	2.2	4.4	36.7
	2	5	1.3	2.8	39.4
	4	109	29.3	60.6	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Dificultades de separación 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	52	14.0	28.9	28.9
	1	12	3.2	6.7	35.6
	2	35	9.4	19.4	55.0
	3	1	.3	.6	55.6
	4	80	21.5	44.4	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Terrores nocturnos 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	62	16.7	34.4	34.4
	1	3	.8	1.7	36.1
	2	12	3.2	6.7	42.8
	3	2	.5	1.1	43.9
	4	101	27.2	56.1	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Menos de dos amigos 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	66	17.7	36.7	36.7
	1	10	2.7	5.6	42.2
	2	16	4.3	8.9	51.1
	3	3	.8	1.7	52.8
	4	85	22.8	47.2	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**No acepta normas de convivencia 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	60	16.1	33.3	33.3
	1	15	4.0	8.3	41.7
	2	19	5.1	10.6	52.2
	4	86	23.1	47.8	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Ansiedad excesiva en sit. sociales 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	49	13.2	27.4	27.4
	1	17	4.6	9.5	36.9
	2	22	5.9	12.3	49.2
	4	91	24.5	50.8	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

**Maltrata animales 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	65	17.5	36.1	36.1
	2	2	.5	1.1	37.2
	4	113	30.4	62.8	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Mentiras reiteradas 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	65	17.5	36.1	36.1
	2	1	.3	.6	36.7
	4	114	30.6	63.3	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Ideas raras 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	67	18.0	37.2	37.2
	1	5	1.3	2.8	40.0
	4	108	29.0	60.0	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Tendencia al delirio: autoreferencial.. 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	69	18.5	38.3	38.3
	1	2	.5	1.1	39.4
	2	1	.3	.6	40.0
	4	108	29.0	60.0	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Interferencias del pensamiento 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	71	19.1	39.4	39.4
	2	1	.3	.6	40.0
	4	108	29.0	60.0	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Desorden del pensamiento 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	68	18.3	37.8	37.8
	1	1	.3	.6	38.3
	2	1	.3	.6	38.9
	4	110	29.6	61.1	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Tics crónicos 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	65	17.5	36.1	36.1
	1	3	.8	1.7	37.8
	2	6	1.6	3.3	41.1
	4	106	28.5	58.9	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.



**Percepciones anómalas por drogas 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	69	18.5	38.3	38.3
	2	1	.3	.6	38.9
	4	110	29.6	61.1	100.0
	Total	180	48.4	100.0	
Perdidos	Sistema	192	51.6		
Total		372	100.0		

**Percepciones anómalas sin drogas 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	67	18.0	37.4	37.4
	1	2	.5	1.1	38.5
	3	1	.3	.6	39.1
	4	109	29.3	60.9	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

**Emocionalidad excesiva 6-11**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	59	15.9	33.0	33.0
	1	8	2.2	4.5	37.4
	2	3	.8	1.7	39.1
	4	109	29.3	60.9	100.0
	Total	179	48.1	100.0	
Perdidos	Sistema	193	51.9		
Total		372	100.0		

**Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	38	10.2	28.4	28.4
	1	1	.3	.7	29.1
	2	20	5.4	14.9	44.0
	3	3	.8	2.2	46.3
	4	72	19.4	53.7	100.0
	Total	134	36.0	100.0	
Perdidos	Sistema	238	64.0		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Institucionalizaciones tempranas 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	52	14.0	39.1	39.1
	2	1	.3	.8	39.8
	4	80	21.5	60.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Funciones paternales empobrecidas 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	11	3.0	8.3	8.3
	1	11	3.0	8.3	16.5
	2	37	9.9	27.8	44.4
	3	7	1.9	5.3	49.6
	4	67	18.0	50.4	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Funciones maternas empobrecidas 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	19	5.1	14.3	14.3
	1	13	3.5	9.8	24.1
	2	34	9.1	25.6	49.6
	3	8	2.2	6.0	55.6
	4	59	15.9	44.4	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Ingresos hospitalarios frecuentes 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	45	12.1	33.8	33.8
	1	3	.8	2.3	36.1
	2	3	.8	2.3	38.3
	4	82	22.0	61.7	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Falta de higiene y cuidados básicos 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	45	12.1	33.8	33.8
	1	1	.3	.8	34.6
	2	5	1.3	3.8	38.3
	3	1	.3	.8	39.1
	4	81	21.8	60.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Abusos Sexuales en niño 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	35	9.4	26.3	26.3
	2	7	1.9	5.3	31.6
	3	1	.3	.8	32.3
	4	90	24.2	67.7	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Agresividad en la familia 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	34	9.1	25.6	25.6
	1	7	1.9	5.3	30.8
	2	16	4.3	12.0	42.9
	4	76	20.4	57.1	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Padres con Tr. Mental Severo 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	23	6.2	17.3	17.3
	1	2	.5	1.5	18.8
	2	26	7.0	19.5	38.3
	3	5	1.3	3.8	42.1
	4	77	20.7	57.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Padres con Tr. Toxicomanias 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	39	10.5	29.5	29.5
	1	2	.5	1.5	31.1
	2	15	4.0	11.4	42.4
	4	76	20.4	57.6	100.0
	Total	132	35.5	100.0	
Perdidos	Sistema	240	64.5		
Total		372	100.0		

**Nivel socio-económico marginal 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	44	11.8	33.1	33.1
	1	3	.8	2.3	35.3
	2	6	1.6	4.5	39.8
	4	80	21.5	60.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Psicosis en padre 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	38	10.2	28.6	28.6
	1	2	.5	1.5	30.1
	2	13	3.5	9.8	39.8
	3	3	.8	2.3	42.1
	4	77	20.7	57.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Psicosis en madre 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	43	11.6	32.3	32.3
	1	1	.3	.8	33.1
	2	4	1.1	3.0	36.1
	3	1	.3	.8	36.8
	4	84	22.6	63.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Psicosis en hermanos 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	38	10.2	28.6	28.6
	1	4	1.1	3.0	31.6
	2	3	.8	2.3	33.8
	3	1	.3	.8	34.6
	4	87	23.4	65.4	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Situaciones de guerra/catástrofe 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	52	14.0	39.1	39.1
	4	81	21.8	60.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Niño con enfermedad crónica 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	31	8.3	23.3	23.3
	1	13	3.5	9.8	33.1
	2	13	3.5	9.8	42.9
	4	76	20.4	57.1	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Disfunciones lenguaje: mutismo..12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	32	8.6	24.1	24.1
	1	5	1.3	3.8	27.8
	2	11	3.0	8.3	36.1
	3	1	.3	.8	36.8
	4	84	22.6	63.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Dificultades de atención/concentración 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	26	7.0	19.5	19.5
	1	10	2.7	7.5	27.1
	2	9	2.4	6.8	33.8
	3	3	.8	2.3	36.1
	4	85	22.8	63.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Dificultades en la lateralidad 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	38	10.2	28.6	28.6
	1	2	.5	1.5	30.1
	3	1	.3	.8	30.8
	4	92	24.7	69.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Niño triste, infeliz 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	36	9.7	26.9	26.9
	1	6	1.6	4.5	31.3
	2	26	7.0	19.4	50.7
	3	1	.3	.7	51.5
	4	65	17.5	48.5	100.0
	Total	134	36.0	100.0	
Perdidos	Sistema	238	64.0		
Total		372	100.0		

**Excitación excesiva 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	31	8.3	23.5	23.5
	1	11	3.0	8.3	31.8
	2	34	9.1	25.8	57.6
	3	3	.8	2.3	59.8
	4	53	14.2	40.2	100.0
	Total	132	35.5	100.0	
Perdidos	Sistema	240	64.5		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Rabietas y enfados frecuentes 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	31	8.3	23.7	23.7
	1	10	2.7	7.6	31.3
	2	22	5.9	16.8	48.1
	3	2	.5	1.5	49.6
	4	66	17.7	50.4	100.0
	Total	131	35.2	100.0	
Perdidos	Sistema	241	64.8		
Total		372	100.0		

**Enuresis 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	42	11.3	31.6	31.6
	1	2	.5	1.5	33.1
	2	11	3.0	8.3	41.4
	3	1	.3	.8	42.1
	4	76	20.4	57.1	99.2
	43	1	.3	.8	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Encopresis 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	31	8.3	96.9	96.9
	4	1	.3	3.1	100.0
	Total	32	8.6	100.0	
Perdidos	Sistema	340	91.4		
Total		372	100.0		

**Agresividad, impulsividad 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	32	8.6	24.1	24.1
	1	9	2.4	6.8	30.8
	2	39	10.5	29.3	60.2
	3	3	.8	2.3	62.4
	4	50	13.4	37.6	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Niño raro 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	32	8.6	24.1	24.1
	1	8	2.2	6.0	30.1
	2	34	9.1	25.6	55.6
	3	2	.5	1.5	57.1
	4	57	15.3	42.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Aislamiento y empeoramiento relacional 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	33	8.9	24.8	24.8
	1	5	1.3	3.8	28.6
	2	28	7.5	21.1	49.6
	4	67	18.0	50.4	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Problemas en los hábitos básicos 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	29	7.8	21.6	21.6
	1	9	2.4	6.7	28.4
	2	33	8.9	24.6	53.0
	4	63	16.9	47.0	100.0
	Total	134	36.0	100.0	
Perdidos	Sistema	238	64.0		
Total		372	100.0		

**Problemas relación madre-hijo 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	28	7.5	21.1	21.1
	1	8	2.2	6.0	27.1
	2	33	8.9	24.8	51.9
	3	1	.3	.8	52.6
	4	63	16.9	47.4	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.



**Déficit de atención 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	33	8.9	24.8	24.8
	1	9	2.4	6.8	31.6
	2	9	2.4	6.8	38.3
	3	2	.5	1.5	39.8
	4	80	21.5	60.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Hiperactividad 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	36	9.7	27.1	27.1
	1	5	1.3	3.8	30.8
	2	7	1.9	5.3	36.1
	4	85	22.8	63.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Niño que no aprende 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	27	7.3	20.3	20.3
	1	10	2.7	7.5	27.8
	2	30	8.1	22.6	50.4
	3	1	.3	.8	51.1
	4	65	17.5	48.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Fracaso escolar 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	30	8.1	22.6	22.6
	1	4	1.1	3.0	25.6
	2	40	10.8	30.1	55.6
	3	3	.8	2.3	57.9
	4	56	15.1	42.1	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Enferma con frecuencia 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	35	9.4	26.3	26.3
	1	8	2.2	6.0	32.3
	2	2	.5	1.5	33.8
	4	88	23.7	66.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Caídas frecuentes 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	38	10.2	28.8	28.8
	1	1	.3	.8	29.5
	2	4	1.1	3.0	32.6
	3	1	.3	.8	33.3
	4	88	23.7	66.7	100.0
	Total	132	35.5	100.0	
Perdidos	Sistema	240	64.5		
Total		372	100.0		

**Dificultades de separación 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	30	8.1	22.7	22.7
	1	6	1.6	4.5	27.3
	2	22	5.9	16.7	43.9
	3	2	.5	1.5	45.5
	4	72	19.4	54.5	100.0
	Total	132	35.5	100.0	
Perdidos	Sistema	240	64.5		
Total		372	100.0		

**Terrores nocturnos 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	37	9.9	27.8	27.8
	1	1	.3	.8	28.6
	2	11	3.0	8.3	36.8
	4	84	22.6	63.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Menos de dos amigos 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	38	10.2	28.6	28.6
	1	6	1.6	4.5	33.1
	2	22	5.9	16.5	49.6
	3	2	.5	1.5	51.1
	4	65	17.5	48.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**No acepta normas de convivencia 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	34	9.1	25.6	25.6
	1	5	1.3	3.8	29.3
	2	18	4.8	13.5	42.9
	3	3	.8	2.3	45.1
	4	73	19.6	54.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Ansiedad excesiva en sit. sociales 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	30	8.1	22.6	22.6
	1	5	1.3	3.8	26.3
	2	25	6.7	18.8	45.1
	3	4	1.1	3.0	48.1
	4	69	18.5	51.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Maltrata animales 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	44	11.8	33.1	33.1
	4	89	23.9	66.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Mentiras reiteradas 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	43	11.6	32.3	32.3
	2	2	.5	1.5	33.8
	4	88	23.7	66.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
	Perdidos	Sistema	239	64.2	
Total		372	100.0		

**Ideas raras 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	40	10.8	30.1	30.1
	1	2	.5	1.5	31.6
	2	29	7.8	21.8	53.4
	3	1	.3	.8	54.1
	4	61	16.4	45.9	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Tendencia al delirio: autoreferencial.. 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	40	10.8	30.1	30.1
	1	1	.3	.8	30.8
	2	37	9.9	27.8	58.6
	3	2	.5	1.5	60.2
	4	53	14.2	39.8	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Interferencias del pensamiento 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	41	11.0	30.8	30.8
	1	2	.5	1.5	32.3
	2	13	3.5	9.8	42.1
	3	3	.8	2.3	44.4
	4	74	19.9	55.6	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Desorden del pensamiento 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	39	10.5	29.3	29.3
	1	5	1.3	3.8	33.1
	2	11	3.0	8.3	41.4
	4	78	21.0	58.6	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Tics crónicos 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	40	10.8	30.1	30.1
	1	1	.3	.8	30.8
	2	8	2.2	6.0	36.8
	4	84	22.6	63.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Percepciones anómalas por drogas 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	42	11.3	31.6	31.6
	2	6	1.6	4.5	36.1
	3	1	.3	.8	36.8
	4	84	22.6	63.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Percepciones anómalas sin drogas 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	40	10.8	30.1	30.1
	1	3	.8	2.3	32.3
	2	24	6.5	18.0	50.4
	3	3	.8	2.3	52.6
	4	63	16.9	47.4	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Emocionalidad excesiva 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	32	8.6	24.1	24.1
	1	3	.8	2.3	26.3
	2	28	7.5	21.1	47.4
	3	4	1.1	3.0	50.4
	4	66	17.7	49.6	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Conducta alimentaria alterada 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	39	10.5	29.1	29.1
	1	5	1.3	3.7	32.8
	2	13	3.5	9.7	42.5
	4	77	20.7	57.5	100.0
	Total	134	36.0	100.0	
Perdidos	Sistema	238	64.0		
Total		372	100.0		

**Deterioro de la imagen corporal 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	35	9.4	26.1	26.1
	1	8	2.2	6.0	32.1
	2	8	2.2	6.0	38.1
	3	2	.5	1.5	39.6
	4	81	21.8	60.4	100.0
	Total	134	36.0	100.0	
Perdidos	Sistema	238	64.0		
Total		372	100.0		

**Fatiga crónica 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	40	10.8	29.9	29.9
	1	2	.5	1.5	31.3
	2	3	.8	2.2	33.6
	3	2	.5	1.5	35.1
	4	87	23.4	64.9	100.0
	Total	134	36.0	100.0	
Perdidos	Sistema	238	64.0		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Cambios de humor 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	34	9.1	25.6	25.6
	1	8	2.2	6.0	31.6
	2	21	5.6	15.8	47.4
	4	70	18.8	52.6	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Interés por cuestiones abstractas 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	36	9.7	27.1	27.1
	1	3	.8	2.3	29.3
	2	7	1.9	5.3	34.6
	4	87	23.4	65.4	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Discurso verbal extraño 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	37	9.9	27.8	27.8
	1	3	.8	2.3	30.1
	2	11	3.0	8.3	38.3
	4	82	22.0	61.7	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Consumo de tóxicos 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	31	8.3	96.9	96.9
	4	1	.3	3.1	100.0
	Total	32	8.6	100.0	
Perdidos	Sistema	340	91.4		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.  
 1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.  
 2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.

**Absentismo escolar 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	36	9.7	27.1	27.1
	1	1	.3	.8	27.8
	2	10	2.7	7.5	35.3
	3	2	.5	1.5	36.8
	4	84	22.6	63.2	100.0
	Total	133	35.8	100.0	
Perdidos	Sistema	239	64.2		
Total		372	100.0		

**Deportes y juegos violentos 12-17**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	44	11.8	33.3	33.3
	1	2	.5	1.5	34.8
	2	2	.5	1.5	36.4
	4	84	22.6	63.6	100.0
	Total	132	35.5	100.0	
Perdidos	Sistema	240	64.5		
Total		372	100.0		

0: Se sabe que este ítem no está presente.3: Se encuentra pero no se puede valorar la alteración.

1: Presente y altera levemente la vida cotidiana.4: No se dispone de información suficiente.

2: Presente y altera gravemente la vida cotidiana.



#### 9.4.4.- Tablas de las variables LISMEN sin considerar las franjas de edad.

Con respecto a las tablas de la sección anterior se debe recordar que se recodificaron los valores de los ítems de la siguiente forma:

- -1: Ausencia, no hay presencia de ese ítem. El valor anterior era 0.
- 0: No se dispone de la información suficiente. El valor anterior era 4.
- 1: Presencia. Se corresponde con el valor 1,2 y 3 anteriormente comentados.

Tabla 9.4.4.1. Presencia para cada una de las variables.

Var.	Nombre de la Variable		Ausencia	Se desconoce	Presencia	Total
v1	Prob. Obstétricos	Frec.	146	89	131	366
		%Fila	39.89	24.32	35.79	100.00
vapgar_1	Apgar 1 minuto	Frec.	176	26	6	208
		%Fila	84.62	12.50	2.88	100.00
vapgar_10	Apgar 10 minutos	Frec.	181	26	1	208
		%Fila	87.02	12.50	0.48	100.00
v2	Bajo peso al nacer	Frec.	239	88	40	367
		%Fila	65.12	23.98	10.90	100.00
v3	Gestación acortada	Frec.	246	103	18	367
		%Fila	67.03	28.07	4.90	100.00
v4	Mala nutrición embarazo	Frec.	179	160	26	365
		%Fila	49.04	43.84	7.12	100.00
v5	Depresión embarazo y puerperio	Frec.	133	190	43	366
		%Fila	36.34	51.91	11.75	100.00
v6	Gripe o infecciones madre emb.	Frec.	131	229	6	366
		%Fila	35.79	62.57	1.64	100.00
v7	Trast. emocional en embarazo	Frec.	115	181	71	367
		%Fila	31.34	49.32	19.35	100.00
v8	Nacimiento en cond. masificadas	Frec.	213	123	30	366
		%Fila	58.20	33.61	8.20	100.00
v9	Daños neurológicos perinatales	Frec.	239	121	6	366
		%Fila	65.30	33.06	1.64	100.00
v10	Infecciones SNC	Frec.	246	120	0	366
		%Fila	67.21	32.79	0	100.00
v11	Trast. grave relación: no sonríe	Frec.	231	115	21	367
		%Fila	62.94	31.34	5.72	100.00
v12	Retraimiento en la relación	Frec.	214	73	83	370
		%Fila	57.84	19.73	22.43	100.00
v13	Miedos, niño difícil de calmar	Frec.	167	99	103	369
		%Fila	45.26	26.83	27.91	100.00
v14	Tr. Sueño: se despierta a menudo	Frec.	194	111	63	368
		%Fila	52.72	30.16	17.12	100.00
v15	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes	Frec.	242	97	33	372
		%Fila	65.05	26.08	8.87	100.00

v16	Cohabitación	Frec.	57	157	146	360
		%Fila	15.83	43.61	40.56	100.00
v17	Anomalías en el juego: agresivo	Frec.	206	108	33	347
		%Fila	59.37	31.12	9.51	100.00
v18	Retraso en desarrollo psicomotor	Frec.	214	90	60	364
		%Fila	58.79	24.73	16.48	100.00
v19	Autosensorialidad: balanceo	Frec.	224	126	14	364
		%Fila	61.54	34.62	3.85	100.00
v20	Retraso en la deambulaci3n	Frec.	141	93	40	274
		%Fila	51.46	33.94	14.60	100.00
v21	Separaci3n temprana de los padres	Frec.	212	88	66	366
		%Fila	57.92	24.04	18.03	100.00
v22	Institucionalizaciones tempranas	Frec.	240	111	19	370
		%Fila	64.86	30.00	5.14	100.00
v23	Funciones paternas empobrecidas	Frec.	88	133	150	371
		%Fila	23.72	35.85	40.43	100.00
v24	Funciones maternas empobrecidas	Frec.	127	63	181	371
		%Fila	34.23	16.98	48.79	100.00
v25	Dif. lactancia materna con hermanos	Frec.	114	173	23	310
		%Fila	36.77	55.81	7.42	100.00
v26	Ingresos hospitalarios frecuentes	Frec.	217	85	68	370
		%Fila	58.65	22.97	18.38	100.00
v27	Falta de higiene y cuidados b3sicos	Frec.	232	99	40	371
		%Fila	62.53	26.68	10.78	100.00
v28	Rechazo de alimentaci3n: v3mitos	Frec.	199	100	70	369
		%Fila	53.93	27.10	18.97	100.00
v29	Abusos Sexuales en ni3o	Frec.	178	170	23	371
		%Fila	47.98	45.82	6.20	100.00
v30	Agresividad en la familia	Frec.	162	151	58	371
		%Fila	43.67	40.70	15.63	100.00
v31	Padres con Tr. Mental Severo	Frec.	67	210	94	371
		%Fila	18.06	56.60	25.34	100.00
v32	Padres con Tr. Toxicomanias	Frec.	189	136	45	370
		%Fila	51.08	36.76	12.16	100.00
v33	Nivel socioecon3mico marginal	Frec.	195	141	35	371
		%Fila	52.56	38.01	9.43	100.00
v34	Psicosis en padre	Frec.	201	141	29	371
		%Fila	54.18	38.01	7.82	100.00
v35	Psicosis en madre	Frec.	187	166	18	371
		%Fila	50.40	44.74	4.85	100.00
v36	Psicosis en hermanos	Frec.	179	161	31	371
		%Fila	48.25	43.40	8.36	100.00
v37	Situaciones de guerra/cat3strofe	Frec.	252	114	5	371
		%Fila	67.92	30.73	1.35	100.00
v38	Ni3o con enfermedad cr3nica	Frec.	173	105	93	371
		%Fila	46.63	28.30	25.07	100.00

v39	Disfunciones lenguaje: mutismo..	Frec.	98	85	55	238
		%Fila	41.18	35.71	23.11	100.00
v40	Dificultades de atención/concentración	Frec.	92	95	51	238
		%Fila	38.66	39.92	21.43	100.00
v41	Dificultades en la lateralidad	Frec.	103	121	14	238
		%Fila	43.28	50.84	5.88	100.00
v42	Niño triste, infeliz	Frec.	105	82	52	239
		%Fila	43.93	34.31	21.76	100.00
v43	Excitación excesiva	Frec.	81	61	96	238
		%Fila	34.03	25.63	40.34	100.00
v44	Rabietas y enfados frecuentes	Frec.	76	79	82	237
		%Fila	32.07	33.33	34.60	100.00
v45	Enuresis	Frec.	102	79	51	232
		%Fila	43.97	34.05	21.98	100.00
v46	Encopresis	Frec.	103	5	3	111
		%Fila	92.79	4.50	2.70	100.00
v47	Agresividad, impulsividad	Frec.	87	57	94	238
		%Fila	36.55	23.95	39.50	100.00
v48	Niño raro	Frec.	100	61	77	238
		%Fila	42.02	25.63	32.35	100.00
v49	Aislamiento y empeoramiento relacional	Frec.	99	78	61	238
		%Fila	41.60	32.77	25.63	100.00
v50	Problemas en los hábitos basicos	Frec.	83	69	87	239
		%Fila	34.73	28.87	36.40	100.00
v51	Problemas relación madre hijo	Frec.	78	72	88	238
		%Fila	32.77	30.25	36.97	100.00
v52	Problemas madre hijo en el dormir	Frec.	80	112	44	236
		%Fila	33.90	47.46	18.64	100.00
v53	Déficit de atención	Frec.	55	94	34	183
		%Fila	30.05	51.37	18.58	100.00
v54	Hiperactividad	Frec.	66	96	21	183
		%Fila	36.07	52.46	11.48	100.00
v55	Niño que no aprende	Frec.	52	67	64	183
		%Fila	28.42	36.61	34.97	100.00
v56	Retraso en lectoescritura	Frec.	55	93	32	180
		%Fila	30.56	51.67	17.78	100.00
v57	Trastorno en el grafismo	Frec.	57	103	20	180
		%Fila	31.67	57.22	11.11	100.00
v58	Fracaso escolar	Frec.	56	64	63	183
		%Fila	30.60	34.97	34.43	100.00
v59	Enferma con frecuencia	Frec.	51	104	28	183
		%Fila	27.87	56.83	15.30	100.00
v60	Caidas frecuentes	Frec.	60	107	16	183
		%Fila	32.79	58.47	8.74	100.00
v61	Dificultades de separación	Frec.	53	74	56	183
		%Fila	28.96	40.44	30.60	100.00

v62	Terrores nocturnos	Frec.	65	95	23	183
		%Fila	35.52	51.91	12.57	100.00
v63	Menos de dos amigos	Frec.	66	71	46	183
		%Fila	36.07	38.80	25.14	100.00
v64	No acepta normas de convivencia	Frec.	58	81	44	183
		%Fila	31.69	44.26	24.04	100.00
v65	Ansiedad excesiva en sit. sociales	Frec.	50	81	52	183
		%Fila	27.32	44.26	28.42	100.00
v66	Maltrata animales	Frec.	68	113	2	183
		%Fila	37.16	61.75	1.09	100.00
v67	Mentiras reiteradas	Frec.	68	113	2	183
		%Fila	37.16	61.75	1.09	100.00
v68	Ideas raras	Frec.	65	84	34	183
		%Fila	35.52	45.90	18.58	100.00
v69	Tendencia al delirio: autoreferencial..	Frec.	66	75	42	183
		%Fila	36.07	40.98	22.95	100.00
v70	Interferencias del pensamiento	Frec.	67	97	19	183
		%Fila	36.61	53.01	10.38	100.00
v71	Desorden del pensamiento	Frec.	64	103	16	183
		%Fila	34.97	56.28	8.74	100.00
v72	Tics crónicos	Frec.	62	108	13	183
		%Fila	33.88	59.02	7.10	100.00
v73	Percepciones anómalas por drogas	Frec.	68	108	7	183
		%Fila	37.16	59.02	3.83	100.00
v74	Percepciones anómalas sin drogas	Frec.	64	87	32	183
		%Fila	34.97	47.54	17.49	100.00
v75	Emocionalidad excesiva	Frec.	58	85	40	183
		%Fila	31.69	46.45	21.86	100.00
v76	Conducta alimentaria alterada	Frec.	39	77	18	134
		%Fila	29.10	57.46	13.43	100.00
v77	Deterioro de la imagen corporal	Frec.	35	81	18	134
		%Fila	26.12	60.45	13.43	100.00
v78	Fatiga crónica	Frec.	40	87	7	134
		%Fila	29.85	64.93	5.22	100.00
v79	Cambios de humor	Frec.	34	70	29	133
		%Fila	25.56	52.63	21.80	100.00
v80	Interés por cuestiones abstractas	Frec.	36	87	10	133
		%Fila	27.07	65.41	7.52	100.00
v81	Discurso verbal extraño	Frec.	37	82	14	133
		%Fila	27.82	61.65	10.53	100.00
v82	Consumo de tóxicos	Frec.	31	1	0	32
		%Fila	96.88	3.13	0	100.00
v83	Absentismo escolar	Frec.	36	84	13	133
		%Fila	27.07	63.16	9.77	100.00
v84	Deportes y juegos violentos	Frec.	44	84	4	132
		%Fila	33.33	63.64	3.03	100.00

Las nuevas variables generadas al suprimir las franjas de edad del listado de variables inicial se denominan: presencia, número de etapas en las que ha habido presencia, primera y última etapa en la que la hubo.

Se debe tener en cuenta que los recuentos se calculan sobre las 84 variables del listado LISMEN pero en global, es decir, para todas las variables y para todos los individuos. Por eso en las primeras cuatro tablas los datos resultantes son muy elevados, en cambio en las cuatro últimas, cuando ya se analiza la presencia en las 84 variables LISMEN los datos se ajustan a los individuos en total.

Tabla 9.4.4.2. Variable Presencia Global

pres(*)	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
-1	10359	45.56	10359	45.56
0	8684	38.19	19043	83.75
1	3696	16.25	22739	100.00
<b>Frequency Missing = 9253</b>				
(*) Pres: Presencia. Descripción de los valores: -1: Si hay ausencia en todo el historial de vida que se dispone. 0: Si no se conoce. 1: Si hay presencia, al menos una vez en todo el historial.				

El total de puntuaciones posibles se obtiene multiplicando los 372 casos por los 86 ítems. Esto nos da 31.992, que es la suma de la frecuencia acumulada 22.739 y los “missing” 9.253. Valorar aquí que en los valores “missing” se incluyen valores que no se miden. En concreto, en el estudio 3 y 4 las poblaciones son entre 0 y 2 años y entre 0 y 5 años, respectivamente. Por tanto, todos los valores correspondientes a las variables de las etapas de 6-11 años y 12-17 años, quedaron en blanco y se consideran “missing”, de ahí el número elevado de esta frecuencia.

En esta tabla es interesante observar que se desconoce la información solicitada en el 38.19 % de las puntuaciones posible. Un porcentaje relativamente bajo para la cantidad de puntuaciones posibles utilizadas: 31.992.

Tabla 9.4.4.3. Variable Presencia Global según el número de franjas de edad presente.

presum (*)	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	19043	83.75	19043	83.75
1	2460	10.82	21503	94.56
2	782	3.44	22285	98.00
3	278	1.22	22563	99.23
4	176	0.77	22739	100.00
<b>Frequency Missing = 9253</b>				
(*) Presum: Presencia según etapas. Descripción de los valores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0: Si nunca ha habido presencia en todo el historial.</li> <li>• 1: Si ha habido solo presencia en una etapa respecto a todo el historial.</li> <li>• 2: Si ha habido presencia en dos etapas del historial.</li> <li>• 3: Si ha habido presencia en tres etapas del historial.</li> <li>• 4: Si ha habido presencia en las cuatro etapas (todas) del historial.</li> </ul>				

Tabla 9.4.4.4. Variable Presencia Global según la primera etapa en que aparece la presencia.

et(*)	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	19043	83.75	19043	83.75
1	1710	7.52	20753	91.27
2	683	3.00	21436	94.27
3	712	3.13	22148	97.40
4	591	2.60	22739	100.00
<b>Frequency Missing = 9253</b>				
(*) Et: Primera etapa donde aparece la presencia según etapas. Descripción de los valores: <ul style="list-style-type: none"> <li>• 0: Si nunca ha habido presencia en todo el historial.</li> <li>• 1: Si ha habido presencia por primera vez en 0-2 años.</li> <li>• 2: Si ha habido presencia por primera vez en 3-5 años.</li> <li>• 3: Si ha habido presencia por primera vez en 6-11.</li> <li>• 4: Si ha habido presencia por primera vez en 12-17.</li> </ul>				

Tabla 9.4.4.5. Variables según las etapas en que aparece la presencia.

Variables según etapa de aparición de la presencia.					
Nombre de la variable	Etapas				
Frecuencia % respecto al total % respecto a la fila % respecto a la columna	No presencia	0-2 años	3-5 años	6-11 años	12-17 años
<b>v1</b> <b>Problemas Obstétricos</b>	235 1.03 64.21 1.23	131 0.58 35.79 7.66	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>vapgar_1</b>	202 0.89 97.12 1.06	6 0.03 2.88 0.35	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>vapgar_10</b>	207 0.91 99.52 1.09	1 0.00 0.48 0.06	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>v2</b> <b>Bajo peso al nacer</b>	327 1.44 89.10 1.72	40 0.18 10.90 2.34	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>v3</b> <b>Gestación acortada</b>	349 1.53 95.10 1.83	18 0.08 4.90 1.05	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>v4</b> <b>Mala nutrición en el embarazo</b>	339 1.49 92.88 1.78	26 0.11 7.12 1.52	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>v5</b> <b>Depresión en el embarazo y/o puerperio</b>	323 1.42 88.25 1.70	43 0.19 11.75 2.51	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>v6</b> <b>Gripe o infecciones de la madre durante el embarazo.</b>	360 1.58 98.36 1.89	6 0.03 1.64 0.35	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>v7</b> <b>Trastorno emocional durante el embarazo</b>	296 1.30 80.65 1.55	71 0.31 19.35 4.15	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>v8</b> <b>Nacimiento en condiciones masificadas</b>	336 1.48 91.80 1.76	30 0.13 8.20 1.75	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>v9</b> <b>Daños neurológicos perinatales</b>	360 1.58 98.36 1.89	6 0.03 1.64 0.35	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00

<b>v10</b>	366	0	0	0	0
<b>Infecciones SNC.</b>	1.61	0.00	0.00	0.00	0.00
	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	1.92	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>v11</b>	346	21	0	0	0
<b>Trastorno grave de la relación: no sonrie.</b>	1.52	0.09	0.00	0.00	0.00
	94.28	5.72	0.00	0.00	0.00
	1.82	1.23	0.00	0.00	0.00
<b>v12</b>	287	45	24	14	0
<b>Retraimiento en la relación</b>	1.26	0.20	0.11	0.06	0.00
	77.57	12.16	6.49	3.78	0.00
	1.51	2.63	3.51	1.97	0.00
<b>v13</b>	266	79	16	8	0
<b>Miedos, niño difícil de calmar</b>	1.17	0.35	0.07	0.04	0.00
	72.09	21.41	4.34	2.17	0.00
	1.40	4.62	2.34	1.12	0.00
<b>v14</b>	305	47	16	0	0
<b>Trastorno del sueño: se despierta a menudo</b>	1.34	0.21	0.07	0.00	0.00
	82.88	12.77	4.35	0.00	0.00
	1.60	2.75	2.34	0.00	0.00
<b>v15</b>	339	6	4	10	13
<b>Utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes</b>	1.49	0.03	0.02	0.04	0.06
	91.13	1.61	1.08	2.69	3.49
	1.78	0.35	0.59	1.40	2.20
<b>v16</b>	214	138	8	0	0
<b>Cohabitación</b>	0.94	0.61	0.04	0.00	0.00
	59.44	38.33	2.22	0.00	0.00
	1.12	8.07	1.17	0.00	0.00
<b>v17</b>	314	15	12	6	0
<b>Anomalías en el juego: agresivo</b>	1.38	0.07	0.05	0.03	0.00
	90.49	4.32	3.46	1.73	0.00
	1.65	0.88	1.76	0.84	0.00
<b>v18</b>	304	51	9	0	0
<b>Retraso en el desarrollo psicomotor</b>	1.34	0.22	0.04	0.00	0.00
	83.52	14.01	2.47	0.00	0.00
	1.60	2.98	1.32	0.00	0.00
<b>v19</b>	350	11	3	0	0
<b>Autosensorialidad: balanceo</b>	1.54	0.05	0.01	0.00	0.00
	96.15	3.02	0.82	0.00	0.00
	1.84	0.64	0.44	0.00	0.00
<b>v20</b>	234	40	0	0	0
<b>Retraso en la deambulaci3n</b>	1.03	0.18	0.00	0.00	0.00
	85.40	14.60	0.00	0.00	0.00
	1.23	2.34	0.00	0.00	0.00
<b>v21</b>	300	66	0	0	0
<b>Separaci3n temprana de los padres</b>	1.32	0.29	0.00	0.00	0.00
	81.97	18.03	0.00	0.00	0.00
	1.58	3.86	0.00	0.00	0.00
<b>v22</b>	351	14	1	3	1
<b>Institucionalizaciones tempranas</b>	1.54	0.06	0.00	0.01	0.00
	94.86	3.78	0.27	0.81	0.27
	1.84	0.82	0.15	0.42	0.17



<b>v23</b> <b>Funciones paternas empobrecidas</b>	221 0.97 59.57 1.16	129 0.57 34.77 7.54	5 0.02 1.35 0.73	9 0.04 2.43 1.26	7 0.03 1.89 1.18
<b>v24</b> <b>Funciones maternas empobrecidas</b>	190 0.84 51.21 1.00	157 0.69 42.32 9.18	12 0.05 3.23 1.76	7 0.03 1.89 0.98	5 0.02 1.35 0.85
<b>v25</b> <b>Diferencias en la lactancia materna con los hermanos</b>	287 1.26 92.58 1.51	23 0.10 7.42 1.35	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00
<b>v26</b> <b>Ingresos hospitalarios frecuentes</b>	302 1.33 81.62 1.59	53 0.23 14.32 3.10	6 0.03 1.62 0.88	5 0.02 1.35 0.70	4 0.02 1.08 0.68
<b>v27</b> <b>Falta de higiene y cuidados básicos</b>	331 1.46 89.22 1.74	27 0.12 7.28 1.58	6 0.03 1.62 0.88	3 0.01 0.81 0.42	4 0.02 1.08 0.68
<b>v28</b> <b>Rechazo de alimentación: vómitos</b>	299 1.31 81.03 1.57	49 0.22 13.28 2.87	14 0.06 3.79 2.05	7 0.03 1.90 0.98	0 0.00 0.00 0.00
<b>v29</b> <b>Abusos Sexuales en niño</b>	348 1.53 93.80 1.83	16 0.07 4.31 0.94	3 0.01 0.81 0.44	3 0.01 0.81 0.42	1 0.00 0.27 0.17
<b>v30</b> <b>Agresividad en la familia</b>	313 1.38 84.37 1.64	42 0.18 11.32 2.46	6 0.03 1.62 0.88	6 0.03 1.62 0.84	4 0.02 1.08 0.68
<b>v31</b> <b>Padres con Trastorno Mental Severo</b>	277 1.22 74.66 1.45	83 0.37 22.37 4.85	5 0.02 1.35 0.73	4 0.02 1.08 0.56	2 0.01 0.54 0.34
<b>v32</b> <b>Padres con Trastorno por Toxicomanias</b>	325 1.43 87.84 1.71	37 0.16 10.00 2.16	1 0.00 0.27 0.15	4 0.02 1.08 0.56	3 0.01 0.81 0.51
<b>v33</b> <b>Nivel socio-económico marginal</b>	336 1.48 90.57 1.76	33 0.15 8.89 1.93	1 0.00 0.27 0.15	1 0.00 0.27 0.14	0 0.00 0.00 0.00
<b>v34</b> <b>Psicosis en padre</b>	342 1.50 92.18 1.80	20 0.09 5.39 1.17	0 0.00 0.00 0.00	3 0.01 0.81 0.42	6 0.03 1.62 1.02
<b>v35</b> <b>Psicosis en madre</b>	353 1.55 95.15 1.85	12 0.05 3.23 0.70	2 0.01 0.54 0.29	3 0.01 0.81 0.42	1 0.00 0.27 0.17
<b>v36</b> <b>Psicosis en hermanos</b>	340 1.50 91.64 1.79	30 0.13 8.09 1.75	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 0.00 0.27 0.17

<b>v37</b> Situaciones de guerra/catástrofe	366	2	1	2	0
	1.61	0.01	0.00	0.01	0.00
	98.65	0.54	0.27	0.54	0.00
	1.92	0.12	0.15	0.28	0.00
<b>v38</b> Niño con enfermedad crónica	278	86	3	1	3
	1.22	0.38	0.01	0.00	0.01
	74.93	23.18	0.81	0.27	0.81
	1.46	5.03	0.44	0.14	0.51
<b>v39</b> Disfunciones lenguaje: mutismo	183	0	42	11	2
	0.80	0.00	0.18	0.05	0.01
	76.89	0.00	17.65	4.62	0.84
	0.96	0.00	6.15	1.54	0.34
<b>v40</b> Dificultades de atención/concentración	187	0	34	13	4
	0.82	0.00	0.15	0.06	0.02
	78.57	0.00	14.29	5.46	1.68
	0.98	0.00	4.98	1.83	0.68
<b>v41</b> Dificultades en la lateralidad	224	0	11	1	2
	0.99	0.00	0.05	0.00	0.01
	94.12	0.00	4.62	0.42	0.84
	1.18	0.00	1.61	0.14	0.34
<b>v42</b> Niño triste, infeliz	187	0	23	15	14
	0.82	0.00	0.10	0.07	0.06
	78.24	0.00	9.62	6.28	5.86
	0.98	0.00	3.37	2.11	2.37
<b>v43</b> Excitación excesiva	142	0	59	19	18
	0.62	0.00	0.26	0.08	0.08
	59.66	0.00	24.79	7.98	7.56
	0.75	0.00	8.64	2.67	3.05
<b>v44</b> Rabietas y enfados frecuentes	155	0	50	15	17
	0.68	0.00	0.22	0.07	0.07
	65.40	0.00	21.10	6.33	7.17
	0.81	0.00	7.32	2.11	2.88
<b>v45</b> Enuresis	181	0	43	6	2
	0.80	0.00	0.19	0.03	0.01
	78.02	0.00	18.53	2.59	0.86
	0.95	0.00	6.30	0.84	0.34
<b>v46</b> Encopresis	108	0	3	0	0
	0.47	0.00	0.01	0.00	0.00
	97.30	0.00	2.70	0.00	0.00
	0.57	0.00	0.44	0.00	0.00
<b>v47</b> Agresividad, impulsividad	144	0	50	16	28
	0.63	0.00	0.22	0.07	0.12
	60.50	0.00	21.01	6.72	11.76
	0.76	0.00	7.32	2.25	4.74
<b>v48</b> Niño raro	161	0	36	23	18
	0.71	0.00	0.16	0.10	0.08
	67.65	0.00	15.13	9.66	7.56
	0.85	0.00	5.27	3.23	3.05
<b>v49</b> Aislamiento y empeoramiento relacional	177	0	30	15	16
	0.78	0.00	0.13	0.07	0.07
	74.37	0.00	12.61	6.30	6.72
	0.93	0.00	4.39	2.11	2.71
<b>v50</b> Problemas en los hábitos básicos	152	0	50	18	19
	0.67	0.00	0.22	0.08	0.08
	63.60	0.00	20.92	7.53	7.95
	0.80	0.00	7.32	2.53	3.21

<b>v51</b> <b>Problemas relación madre-hijo</b>	150 0.66 63.03 0.79	0 0.00 0.00 0.00	55 0.24 23.11 8.05	21 0.09 8.82 2.95	12 0.05 5.04 2.03
<b>v52</b> <b>Problemas madre-hijo en el dormir</b>	192 0.84 81.36 1.01	0 0.00 0.00 0.00	39 0.17 16.53 5.71	5 0.02 2.12 0.70	0 0.00 0.00 0.00
<b>v53</b> <b>Déficit de atención</b>	149 0.66 81.42 0.78	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	29 0.13 15.85 4.07	5 0.02 2.73 0.85
<b>v54</b> <b>Hiperactividad</b>	162 0.71 88.52 0.85	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	17 0.07 9.29 2.39	4 0.02 2.19 0.68
<b>v55</b> <b>Niño que no aprende</b>	119 0.52 65.03 0.62	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	50 0.22 27.32 7.02	14 0.06 7.65 2.37
<b>v56</b> <b>Retraso en lecto-escritura</b>	148 0.65 82.22 0.78	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	32 0.14 17.78 4.49	0 0.00 0.00 0.00
<b>v57</b> <b>Trastorno en el grafismo</b>	160 0.70 88.89 0.84	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	20 0.09 11.11 2.81	0 0.00 0.00 0.00
<b>v58</b> <b>Fracaso escolar</b>	120 0.53 65.57 0.63	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	45 0.20 24.59 6.32	18 0.08 9.84 3.05
<b>v59</b> <b>Enferma con frecuencia</b>	155 0.68 84.70 0.81	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	24 0.11 13.11 3.37	4 0.02 2.19 0.68
<b>v60</b> <b>Caídas frecuentes</b>	167 0.73 91.26 0.88	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	13 0.06 7.10 1.83	3 0.01 1.64 0.51
<b>v61</b> <b>Dificultades de separación</b>	127 0.56 69.40 0.67	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	48 0.21 26.23 6.74	8 0.04 4.37 1.35
<b>v62</b> <b>Terrores nocturnos</b>	160 0.70 87.43 0.84	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	17 0.07 9.29 2.39	6 0.03 3.28 1.02
<b>v63</b> <b>Menos de dos amigos</b>	137 0.60 74.86 0.72	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	29 0.13 15.85 4.07	17 0.07 9.29 2.88
<b>v64</b> <b>No acepta normas de convivencia</b>	139 0.61 75.96 0.73	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	34 0.15 18.58 4.78	10 0.04 5.46 1.69

<b>v65</b> <b>Ansiedad excesiva en situaciones sociales</b>	131 0.58 71.58 0.69	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	39 0.17 21.31 5.48	13 0.06 7.10 2.20
<b>v66</b> <b>Maltrata animales</b>	181 0.80 98.91 0.95	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	2 0.01 1.09 0.28	0 0.00 0.00 0.00
<b>v67</b> <b>Mentiras reiteradas</b>	181 0.80 98.91 0.95	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 0.00 0.55 0.14	1 0.00 0.55 0.17
<b>v68</b> <b>Ideas raras</b>	149 0.66 81.42 0.78	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	5 0.02 2.73 0.70	29 0.13 15.85 4.91
<b>v69</b> <b>Tendencia al delirio: autoreferencial</b>	141 0.62 77.05 0.74	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	3 0.01 1.64 0.42	39 0.17 21.31 6.60
<b>v70</b> <b>Interferencias del pensamiento</b>	164 0.72 89.62 0.86	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 0.00 0.55 0.14	18 0.08 9.84 3.05
<b>v71</b> <b>Desorden del pensamiento</b>	167 0.73 91.26 0.88	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	2 0.01 1.09 0.28	14 0.06 7.65 2.37
<b>v72</b> <b>Tics crónicos</b>	170 0.75 92.90 0.89	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	9 0.04 4.92 1.26	4 0.02 2.19 0.68
<b>v73</b> <b>Percepciones anómalas por drogas</b>	176 0.77 96.17 0.92	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	1 0.00 0.55 0.14	6 0.03 3.28 1.02
<b>v74</b> <b>Percepciones anómalas sin drogas</b>	151 0.66 82.51 0.79	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	3 0.01 1.64 0.42	29 0.13 15.85 4.91
<b>v75</b> <b>Emocionalidad excesiva</b>	143 0.63 78.14 0.75	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	11 0.05 6.01 1.54	29 0.13 15.85 4.91
<b>v76</b> <b>Conducta alimentaria alterada</b>	116 0.51 86.57 0.61	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	18 0.08 13.43 3.05
<b>v77</b> <b>Deterioro de la imagen corporal</b>	116 0.51 86.57 0.61	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	18 0.08 13.43 3.05
<b>v78</b> <b>Fatiga crónica</b>	127 0.56 94.78 0.67	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	0 0.00 0.00 0.00	7 0.03 5.22 1.18

<b>v79</b> Cambios de humor	104	0	0	0	29
	0.46	0.00	0.00	0.00	0.13
	78.20	0.00	0.00	0.00	21.80
	0.55	0.00	0.00	0.00	4.91
<b>v80</b> Interés por cuestiones abstractas	123	0	0	0	10
	0.54	0.00	0.00	0.00	0.04
	92.48	0.00	0.00	0.00	7.52
	0.65	0.00	0.00	0.00	1.69
<b>v81</b> Discurso verbal extraño	119	0	0	0	14
	0.52	0.00	0.00	0.00	0.06
	89.47	0.00	0.00	0.00	10.53
	0.62	0.00	0.00	0.00	2.37
<b>v82</b> Consumo de tóxicos	32	0	0	0	0
	0.14	0.00	0.00	0.00	0.00
	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	0.17	0.00	0.00	0.00	0.00
<b>v83</b> Absentismo escolar	120	0	0	0	13
	0.53	0.00	0.00	0.00	0.06
	90.23	0.00	0.00	0.00	9.77
	0.63	0.00	0.00	0.00	2.20
<b>v84</b> Deportes y juegos violentos	128	0	0	0	4
	0.56	0.00	0.00	0.00	0.02
	96.97	0.00	0.00	0.00	3.03
	0.67	0.00	0.00	0.00	0.68
<b>Total</b>	19043	1710	683	712	591
	83.75	7.52	3.00	3.13	2.60
<b>Frequency Missing = 9253</b>					

Tabla 9.4.4.6. Acumulación de presencias, de 5 en 5, en Estudio 1.

Sumpresidcat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0-5	8	6.56	8	6.56
5-10	19	15.57	27	22.13
10-15	28	22.95	55	45.08
15-20	25	20.49	80	65.57
20-25	21	17.21	101	82.79
25-30	11	9.02	112	91.80
30-35	2	1.64	114	93.44
35-40	4	3.28	118	96.72
40-45	4	3.28	122	100.00

Tabla 9.4.4.7. Acumulación de presencias, de 5 en 5, en Estudio 2.

sumpresidcat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0-5	46	36.80	46	36.80
5-10	49	39.20	95	76.00
10-15	17	13.60	112	89.60

sumpresidcat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
15-20	8	6.40	120	96.00
20-25	3	2.40	123	98.40
25-30	2	1.60	125	100.00

Tabla 9.4.4.8. Acumulación de presencias, de 5 en 5, en Estudio 3.

sumpresidcat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0-5	4	10.26	4	10.26
5-10	11	28.21	15	38.46
10-15	16	41.03	31	79.49
15-20	5	12.82	36	92.31
20-25	3	7.69	39	100.00

Tabla 9.4.4.9. Acumulación de presencias, de 5 en 5, en Estudio 4.

sumpresidcat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0-5	60	69.77	60	69.77
5-10	21	24.42	81	94.19
10-15	2	2.33	83	96.51
15-20	3	3.49	86	100.00

Tabla 9.4.4.10. Acumulación de presencias, de 5 en 5, en Estudio 1,3 y 4.

sumpresidcat	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0-5	72	29.15	72	29.15
5-10	51	20.65	123	49.80
10-15	46	18.62	169	68.42
15-20	33	13.36	202	81.78
20-25	24	9.72	226	91.50
25-30	11	4.45	237	95.95
30-35	2	0.81	239	96.76
35-40	4	1.62	243	98.38
40-45	4	1.62	247	100.00

Tabla 9.4.4.11. Sumas de factores de riesgo por estudios.

Estudio=1

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
122	0.00	16.81	16.00	44.00	87.64

Estudio=2

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
125	0.00	7.15	6.00	29.00	32.63

Estudio=3

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
39	3.00	11.18	11.00	23.00	25.57

Estudio=4

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
86	0.00	3.66	3.00	18.00	12.81

Diagrama de acumulación de Factores de Riesgo por estudios.

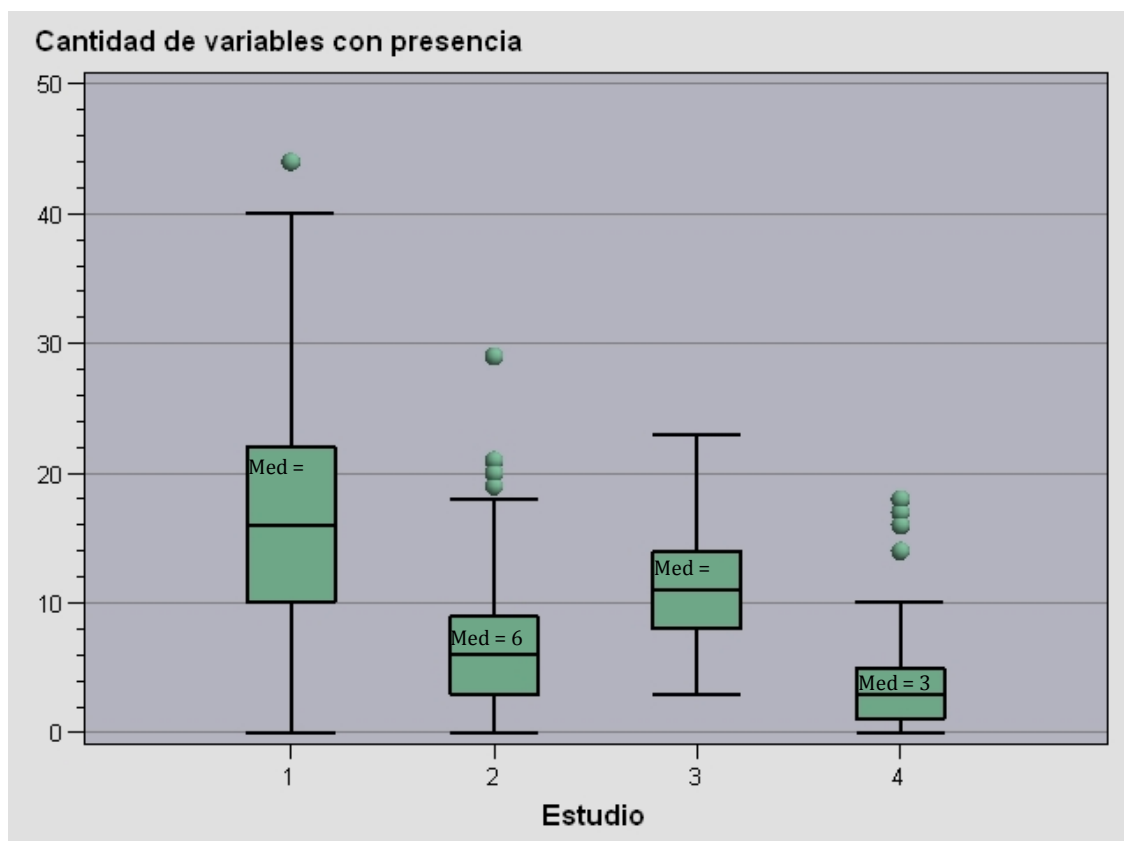


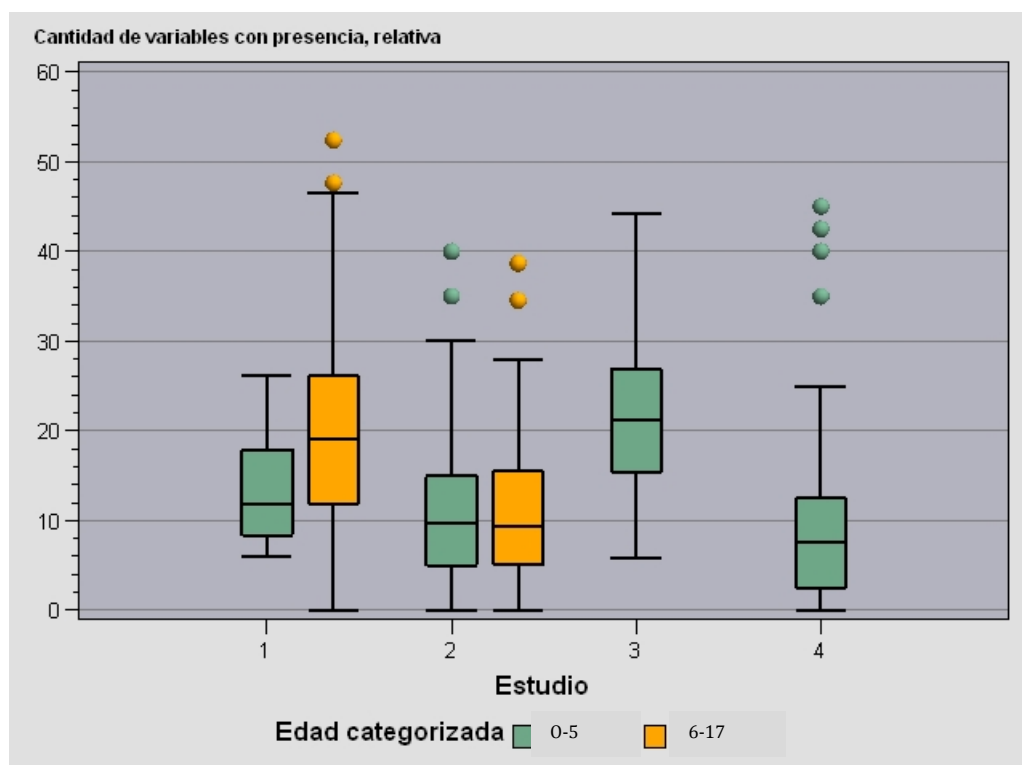
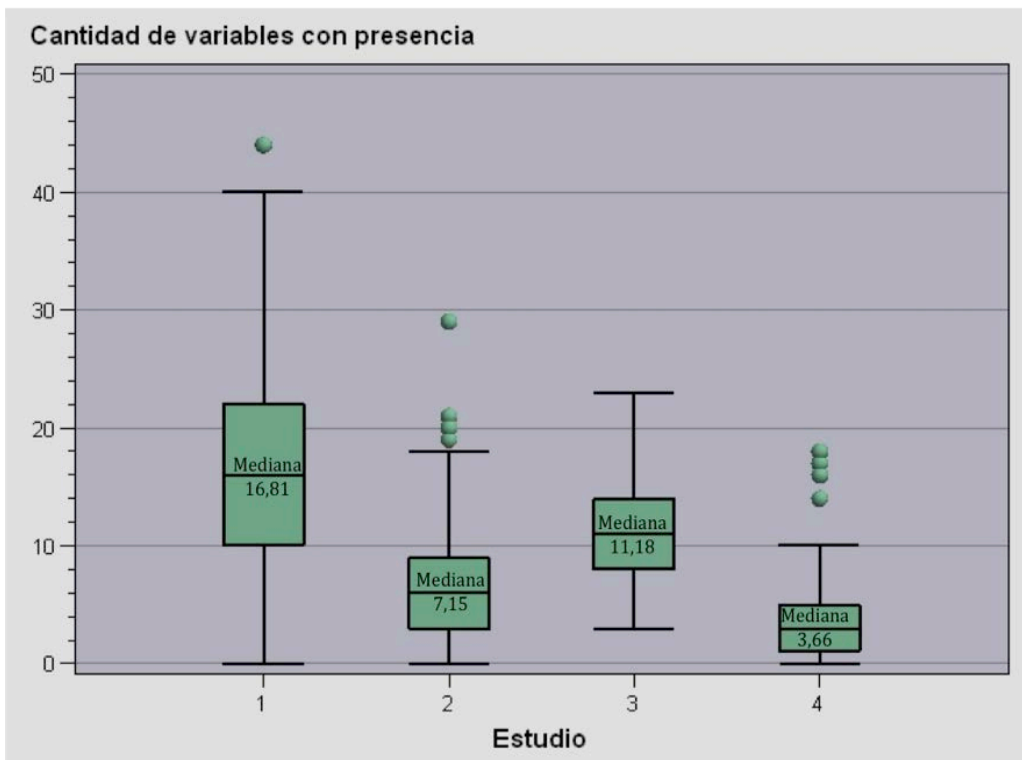
Tabla 9.4.4.12. Cantidad de presencia sin diferenciar Estudios.

sumpresid	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
0	15	4.03	15	4.03
1	27	7.26	42	11.29
2	25	6.72	67	18.01
3	31	8.33	98	26.34
4	20	5.38	118	31.72
5	29	7.80	147	39.52
6	19	5.11	166	44.62
7	19	5.11	185	49.73
8	22	5.91	207	55.65
9	11	2.96	218	58.60
10	16	4.30	234	62.90
11	8	2.15	242	65.05
12	10	2.69	252	67.74
13	10	2.69	262	70.43
14	19	5.11	281	75.54
15	7	1.88	288	77.42



sumpresid	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
16	12	3.23	300	80.65
17	8	2.15	308	82.80
18	8	2.15	316	84.95
19	6	1.61	322	86.56
20	5	1.34	327	87.90
21	7	1.88	334	89.78
22	7	1.88	341	91.67
23	4	1.08	345	92.74
24	4	1.08	349	93.82
26	3	0.81	352	94.62
27	3	0.81	355	95.43
28	3	0.81	358	96.24
29	4	1.08	362	97.31
30	1	0.27	363	97.58
33	1	0.27	364	97.85
35	1	0.27	365	98.12
37	1	0.27	366	98.39
38	1	0.27	367	98.66
39	1	0.27	368	98.92
40	3	0.81	371	99.73
44	1	0.27	372	100.00

9.4.5.- Diagramas de cantidad de presencia relativa.



9.4.6.- Tablas de presencia o no de rango patológico y resultados de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis en las variables CBCL.

9.4.6.1.- Suma de factores respeto Trastornos Afectivos Global.

Trastornos Afectivos=Rango Normal

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
42	0.00	4.50	4.00	12.00	7.82

Trastornos Afectivos=Rango patológico

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
8	1.00	4.38	5.00	10.00	9.13

Test de Kruskal-Wallis	
Chi-Square	0.0215
DF	1
Pr>Chi-Square	0.8833

Tabla 9.4.6.2. Suma de FR respecto a los Trastornos de Ansiedad.

Trastornos de Ansiedad=Rango Normal

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
43	0.00	4.33	4.00	12.00	7.32

Trastornos de Ansiedad=Rango patológico

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
7	1.00	5.43	6.00	10.00	11.62

Test de Kruskal-Wallis	
Chi-Square	0.7888
DF	1
Pr>Chi-Square	0.3745

Tabla 9.4.6.3. Suma de FR respecto a los Trastornos Generalizados del Desarrollo.

Trastornos Generalizados del Desarrollo=Rango Normal

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
23	0.00	3.70	3.00	8.00	6.04

Trastornos Generalizados del Desarrollo=Rango patológico

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
1	2.00	2.00	2.00	2.00	.

Test de Kruskal-Wallis	
Chi-Square	0.4312
DF	1
Pr>Chi-Square	0.5114

Tabla 9.4.6.4. Suma de FR respecto a los Trastornos Somáticos.

Trastornos Somáticos=Rango Normal

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
25	1.00	5.20	5.00	12.00	8.83

Trastornos Somáticos=Rango patológico

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
1	7.00	7.00	7.00	7.00	.

Test de Kruskal-Wallis	
Chi-Square	0.5506
DF	1
Pr>Chi-Square	0.4581

Tabla 9.4.6.5. Suma de FR respecto a los Trastornos de Déficit de Atención.

Trastornos de Déficit de Atención=Rango Normal

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
45	0.00	4.38	5.00	10.00	6.97

Trastornos de Déficit de Atención=Rango patológico

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
5	1.00	5.40	4.00	12.00	18.30

Test de Kruskal-Wallis	
------------------------	--

Chi-Square	0.0861
DF	1
Pr>Chi-Square	0.7691

Tabla 9.4.6.6. Suma de FR respecto a los Trastornos Negativista Desafiante.

Trastorno Negativista Desafiante=Rango Normal

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
45	0.00	4.53	5.00	10.00	6.62

Trastorno Negativista Desafiante=Rango patológico

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
5	1.00	4.00	1.00	12.00	23.00

Test de Kruskal-Wallis	
Chi-Square	1.0219
DF	1
Pr>Chi-Square	0.3121

Tabla 9.4.6.7. Suma de FR respecto a los Trastornos de Conducta.

Trastornos de Conducta=Rango Normal

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
23	1.00	4.78	5.00	9.00	6.45

Trastornos de Conducta=Rango patológico

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
3	5.00	9.00	10.00	12.00	13.00

Test de Kruskal-Wallis	
Chi-Square	3.4885
DF	1
Pr>Chi-Square	0.0618

Tabla 9.4.6.8. Suma de FR respecto al total de casos con rango patológico CBCL.

Al menos un trastorno mental=Rango Normal

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
33	0.00	4.36	4.00	9.00	6.43

Al menos un trastorno mental=Rango patológico

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
17	1.00	4.71	5.00	12.00	11.10

Test de Kruskal-Wallis	
Chi-Square	0.0086
DF	1
Pr>Chi-Square	0.9260

Tabla 9.4.6.9. Suma de FR respecto al total de casos según el sexo.

Sexo=Hombre

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
20	0.00	4.35	4.50	10.00	7.19

Sexo=Mujer

Analysis Variable : sumpresid Cantidad de variables con presencia					
N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
30	1.00	4.57	4.50	12.00	8.53

Test de Kruskal-Wallis

Chi-Square	0.0483
DF	1
Pr>Chi-Square	0.8261



## 9.5. Anexo 5: Fiabilidad y consistencia interna.

9.5.1. Valores Kappa según estudios

9.5.2. Alpha de Cronbach.

9.5.3 Correlaciones según estudios y franjas de edad.

### 9.5.1. Valores kappa según estudios

Tabla 9.5.1.1 Estudio 1. Total 19 ítems concuerdan entre ellos.

Ítems con valores Kappa iguales o superiores a 0-7 (p-valor menor de 0.05),

Variables	\ Años	0 - 2	3-5	6-11	12-17
<b>v15024</b>	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 0-24	V37			
<b>v22024</b>	Institucionalizaciones tempranas 0-24		V37	V37	V26 V35
<b>v23024</b>	Funciones paternas empobrecidas 0-24				V24
<b>v24024</b>	Funciones maternas empobrecidas 0-24				V23
<b>v26024</b>	Ingresos hospitalarios frecuentes 0-24				V22
<b>v35024</b>	Psicosis en madre 0-24	V37			V22
<b>v37024</b>	Situaciones de guerra/catástrofe 0-24	V15 V35	V22	V22 V70	V66
<b>v56611</b>	Retraso en lecto-escritura 6-11			V57	
<b>v57611</b>	Trastorno en el grafismo 6-11			V56	
<b>v59611</b>	Enferma con frecuencia 6-11				V60 V67
<b>v60611</b>	Caidas frecuentes 6-11				V59
<b>v66611</b>	Maltrata animales 6-11				V37
<b>v67611</b>	Mentiras reiteradas 6-11				V59
<b>v68611</b>	Ideas raras 6-11			V69	
<b>v69611</b>	Tendencia al delirio: autoreferencial.. 6-11			V68 V70	
<b>v70611</b>	Interferencias del pensamiento 6-11			V37 V73 V74 V69 V71	V71
<b>v71611</b>	Desorden del pensamiento 6-11			V70	V70
<b>v73611</b>	Percepciones anómalas por drogas 6-11			V70 V74	
<b>v74611</b>	Percepciones anómalas sin drogas 6-11			V70 V73	

Las V(variables) señaladas son con las que concuerdan)

Tabla 9.5.1.2: Estudio 2. En total 28 ítems concuerdan entre ellos.  
 Ítems con valores Kappa iguales o superiores a 0-7 (p-valor menor de 0.05)

Variables	\ Años	0 - 2	3-5	6-11	12-17
<b>v9024</b>	Daños neurológicos perinatales	V11 V17			
<b>v11024</b>	Trast. grave relación: no sonríe	V9			
<b>v15024</b>	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 0-24	V17		V41 V17	V41
<b>v17024</b>	Anomalías en el juego: agresivo 0-24	V15 V19 V9	V19 V41	V41 V15	
<b>v19024</b>	Autosensorialidad: balanceo 0-24	V17	V17		
<b>v25024</b>	Dif. lactancia materna con hermanos				V47
<b>v29024</b>	Abusos Sexuales en niño 0-24	V30		V30	V30
<b>v30024</b>	Agresividad en la familia 0-24	V29		V29	V29
<b>v3935</b>	Disfunciones lenguaje: mutismo..3-5			V56	V33
<b>v4035</b>	Dificultades de atención/concentración 3-5			V55	
<b>v4135</b>	Dificultades en la lateralidad 3-5		V17	V15 V17	V15
<b>v4335</b>	Excitación excesiva 3-5		V44	V44	V44
<b>v4435</b>	Rabietas y enfados frecuentes 3-5		V43	V43	V43
<b>v4835</b>	Niño raro 3-5		V49	V49	V49
<b>v4935</b>	Aislamiento y empeoramiento relacional 3-5		V48	V48	V48
<b>v5035</b>	Problemas en los hábitos básicos 3-5				
<b>v55611</b>	Niño que no aprende 6-11			V40	
<b>v56611</b>	Retraso en lecto-escritura 6-11			V39	
<b>v61611</b>	Dificultades de separación 6-11				V65
<b>v63611</b>	Menos de dos amigos 6-11			V66 v69 V70 V73	
<b>v65611</b>	Ansiedad excesiva en sit. sociales 6-11				V61
<b>v66611</b>	Maltrata animales 6-11			V63 V69 V70 V73	
<b>v69611</b>	Tendencia al delirio: autoreferencial.. 6-11			V63 V66 V70 V73	
<b>v70611</b>	Interferencias del pensamiento 6-11			V63 V66 V69 V73	
<b>v71611</b>	Desorden del pensamiento 6-11				V75
<b>v72611</b>	Tics crónicos 6-11				V83
<b>v73611</b>	Percepciones anómalas por drogas 6-11			V63 V66 V69 V70	
<b>v75611</b>	Emocionalidad excesiva 6-11				V80 V71

Las V(variables) señaladas son con las que se concuerdan)

Tabla 9.5.1.3: Estudio 3. Total 13 ítems concuerdan entre ellos.  
 Ítems con valores Kappa iguales o superiores a 0-7 (p-valor menor de 0.05)

Variables		\ Años	0 - 2	3-5
<b>v12024</b>	Retraimiento en la relación 0-24			V49
<b>v18024</b>	Retraso en desarrollo psicomotor 0-24		V20	
<b>v20024</b>	Retraso en la deambulaci3n		V18	
<b>v33024</b>	Nivel socio-econ3mico marginal 0-24			V34
<b>v34024</b>	Psicosis en padre 0-24			V33
<b>v4035</b>	Dificultades de atenci3n/concentraci3n 3-5			V41
<b>v4135</b>	Dificultades en la lateralidad 3-5			V40
<b>v4335</b>	Excitaci3n excesiva 3-5			V44
<b>v4435</b>	Rabietas y enfados frecuentes 3-5			V43
<b>v4535</b>	Enuresis 3-5			V46
<b>v4635</b>	Encopresis 3-5			V45
<b>v4835</b>	Niño raro 3-5			V49
<b>v4935</b>	Aislamiento y empeoramiento relacional 3-5			V12 V48

Tabla 9.5.1.4: Estudio 4. Total 4 ítems concuerdan entre ellos.  
 Ítems con valores Kappa iguales o superiores a 0-7 (p-valor menor de 0.05)

Variables		\ Años	0-2 años
	Apgar 1 minuto		Apgar 10
	Apgar 10 minutos		Apgar 1
<b>v29024</b>	Abusos Sexuales en niño 0-24		V30
<b>v30024</b>	Agresividad en la familia 0-24		V29

Tabla 9.5.1.5: Estudio 5: Agrupación de los estudios 1,3 y 4. Total 32 ítems concuerdan entre ellos. Ítems con valores Kappa iguales o superiores a 0-7 (p-valor menor de 0.05).

Variables		\ Años	0 - 2	3 – 17 (1)
v8024	Nacimiento en cond. masificadas		V15 V17 V19 V22 V27 V37 V9	
v9024	Daños neurológicos perinatales		V22 V27 V8 V11 V15 V17 V19 V37	
v11024	Trast. grave relación: no sonríe		V22 V27 V37 V12 V15 V17 V19 V9	
v12024	Retraimiento en la relación 0-24		V15 V17 V19 V11	V48 V49
v15024	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes 0-24		V12 V27 V8 V11 V17 V19 V22 V37 V9	V17 V18 V26 V27 V28 V36 V41 V42 V19 V22 V37
v17024	Anomalías en el juego: agresivo 0-24		V12 V22 V27 V8 V11 V15 V19 V37 V9	V15 V19 V26 V27 V37 V40 V41 V42 V48
v18024	Retraso en desarrollo psicomotor 0-24			V15 V19
v19024	Autosensorialidad: balanceo 0-24		V12 V22 V27 V8 V11 V15 V17 V37 V9	V17 V18 V22 V26 V27 V28 V36 V42 V15 V37 V41
v20024	Retraso en la deambulación		V30	
v22024	Institucionalizaciones tempranas 0-24		V11 V17 V19 V27 V8 V9 V15 V37	V19 V27 V28 V41 V42 V15 V26 V37
v26024	Ingresos hospitalarios frecuentes 0-24			V15 V17 V19 V27 V41 V22 V37
v27024	Falta de higiene y cuidados básicos 0-24		V11 V15 V17 V19 V22 V8 V9 V37	V15 V17 V19 V22 V26 V28 V29 V36 V37 V42
v28024	Rechazo de alimentación: vómitos 0-24			V15 V19 V22 V27 V37
v29024	Abusos Sexuales en niño 0-24		V30	V27 V30 V36
v30024	Agresividad en la familia 0-24		V29 V20	V29
v32024	Padres con Tr. Toxicomanías 0-24		V34	V34
v33024	Nivel socio-económico marginal 0-24		V34	V34 V37
v34024	Psicosis en padre 0-24		V32 V33	V32 V33
v36024	Psicosis en hermanos 0-24			V15 V19 V27 V29 V37
v37024	Situaciones de guerra/catástrofe 0-24		V11 V8 V15 V17 V19 V22 V27 V9	V17 V27 V28 V33 V36 V41 V42 V49 V15 V19 V22 V26
v4035	Dificultades de atención/concentración 3-5			V17 V41
v4135	Dificultades en la lateralidad 3-5			V15 V17 V22 V26 V37 V40 V42 V19
v4235	Niño triste, infeliz 3-5			V15 V17 V19 V22 V27 V37 V41 V48 V49
v4335	Excitación excesiva 3-5			V47 V44
v4435	Rabietas y enfados frecuentes 3-5			V43
v4535	Enuresis 3-5			V46
v4635	Encopresis 3-5			V45
v4735	Agresividad, impulsividad 3-5			V43
v4835	Niño raro 3-5			V12 V17 V42 V49
v4935	Aislamiento y empeoramiento relacional 3-5			V12 V37 V42 V48
v5035	Problemas en los hábitos básicos 3-5		V70	V52
v5135	Problemas relación madre-hijo 3-5			V52
v5235	Problemas madre-hijo en el dormir 3-5			V50 V51

(1) En este estudio en las tres franjas de edad: 3-5, 6-11 y 12-17 se obtienen idénticos resultados.



### 9.5.3 Correlaciones.

En las tablas que aparecen a continuación se han eliminado todas aquellas variables cuyos valores son inferiores a 0.75.

Tabla 9.5.3.1: Estudio 1: 0-2 años.

ITEMS	v10024	v15024	v35024	v37024	v9024
v10024	.	0.87	.	.	0.81
v15024	0.87	.	.	.	.
v35024	.	.	.	0.76	.
v37024	.	.	0.76	.	.
v9024	0.81	.	.	.	.

Estudio 1: 3-5 años. No hay correlaciones.

Tabla 9.5.3.2: Estudio 1: 6-11 años.

ITEMS	v22611	v37611	v69611	v70611	v73611	v74611
v22611	.	0.80	.	.	.	.
v37611	0.80	.	.	0.75	.	.
v69611	.	.	.	0.83	.	.
v70611	.	0.75	0.83	.	.	.
v73611	.	.	.	.	.	0.79
v74611	.	.	.	.	0.79	.

Tabla 9.5.3.3: Estudio 1: 12-17 años.

ITEMS	v221217	v351217	v371217	v591217	v661217	v671217	v681217	v691217
v221217	.	.	0.77	.	.	.	.	.
v351217	.	.	0.76	.	.	.	.	.
v371217	0.77	0.76	.	.	.	.	.	.
v591217	.	.	.	.	.	0.81	.	.
v661217	.	.	.	.	.	0.87	.	.
v671217	.	.	.	0.81	0.87	.	.	.
v681217	.	.	.	.	.	.	.	0.76
v691217	.	.	.	.	.	.	0.76	.

Tabla 9.5.3.4: Estudio 2: 0-2 años.

ITEMS	v17024	v19024	v29024	v30024	v5024	v7024	v9024
v17024	.	0.76	.	.	.	.	0.76
v19024	0.76	.	.	.	.	.	.
v29024	.	.	.	0.88	.	.	.
v30024	.	.	0.88	.	.	.	.
v5024	.	.	.	.	.	0.76	.
v7024	.	.	.	.	0.76	.	.
v9024	0.76	.	.	.	.	.	.

Tabla 9.5.3.5: Estudio 2: 3-5 años.

ITEMS	v1735	v1935	v2935	v3035	v4135	v4335	v4435	v4635	v4835	v4935
v1735	.	0.75	.	.	0.83	.	.	0.84	.	.
v1935	0.75	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v2935	.	.	.	0.77	.	.	.	.	.	.
v3035	.	.	0.77	.	.	.	.	.	.	.
v4135	0.83	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v4335	.	.	.	.	.	.	0.84	.	.	.
v4435	.	.	.	.	.	0.84	.	.	.	.
v4635	0.84	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v4835	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.88
v4935	.	.	.	.	.	.	.	0.88	.	.

Tabla 9.5.3.6: Estudio 2: 6-11 años.

ITEMS	v15611	v17611	v29611	v30611	v39611	v40611	v41611	v46611	v48611	v49611	v55611	v56611	v57611	v63611	v66611	v69611	v70611	v73611
v15611	.	.	.	.	.	.	0.83	0.84	.	.	.	.	.	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75
v17611	.	.	.	.	.	.	0.83	0.84	.	.	.	.	.	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75
v29611	.	.	.	0.91	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v30611	.	.	0.91	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v39611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.
v40611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.79	.	.	.	.	.	.	.
v41611	0.83	0.83	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.80	.	.	.	.	.
v46611	0.84	0.84	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.89	0.89	0.89	0.89	0.89
v48611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.87	.	.	.	.	.	.	.	.
v49611	.	.	.	.	.	.	.	.	0.87	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v55611	.	.	.	.	.	0.79	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v56611	.	.	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v57611	.	.	.	.	.	.	0.80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v63611	0.75	0.75	.	.	.	.	.	0.89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v66611	0.75	0.75	.	.	.	.	.	0.89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v69611	0.75	0.75	.	.	.	.	.	0.89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v70611	0.75	0.75	.	.	.	.	.	0.89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v73611	0.75	0.75	.	.	.	.	.	0.89	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.

Tabla 9.5.3.7: Estudio 2: 12-17 años.

ITEMS	v151217	v261217	v271217	v291217	v301217	v341217	v391217	v411217	v431217	v441217	v451217	v481217	v491217	v611217	v651217	v711217	v751217	v801217	v821217	v831217
v151217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.94	.	0.76
v261217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.81	0.81	.	.	.
v271217	.	.	.	.	.	0.75	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v291217	.	.	.	.	0.96	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v301217	.	.	.	0.96	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v341217	.	.	0.75	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v391217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.84	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v411217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.94	.	0.76
v431217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.88	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v441217	.	.	.	.	.	.	.	.	0.88	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v451217	.	.	.	.	.	.	0.84	.	.	.	.	0.79	0.79	.	.	.	.	.	.	.
v481217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.79	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v491217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.79	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v611217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.88	.	.	.	.	.
v651217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.88	.	.	.	.	.	.
v711217	.	0.81	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v751217	.	0.81	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v801217	0.94	.	.	.	.	.	.	0.94	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.81	0.91
v821217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.81	.	0.89
v831217	0.76	.	.	.	.	.	.	0.76	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.91	0.89	.

Tabla 9.5.3.8: Estudio 3: 0-2 años.

ITEMS	v18024	v20024	v33024	v34024
v18024	.	0.80	.	.
v20024	0.80	.	.	.
v33024	.	.	.	0.82
v34024	.	.	0.82	.

Tabla 9.5.3.9: Estudio 3: 3-5 años.

ITEMS	v1535	v1835	v1935	v3935	v4035	v4135	v4835	v4935
v1535	.	.	0.75	.	.	.	.	.
v1835	.	.	.	0.76	.	.	.	.
v1935	0.75	.	.	.	.	.	.	.
v3935	.	0.76	.	.	.	.	.	.
v4035	.	.	.	.	.	0.89	.	.
v4135	.	.	.	.	0.89	.	.	.
v4835	.	.	.	.	.	.	.	0.80
v4935	.	.	.	.	.	.	0.80	.



Tabla 9.5.3.10: Estudio 4: 0-2 años.

ITEMS	apgar_1	apgar_10	v29024	v30024
apgar_1	.	0.78	.	.
apgar_10	0.78	.	.	.
v29024	.	.	.	0.84
v30024	.	.	0.84	.

Tabla 9.5.3.11: Estudio 1,3 y 4: 0-2 años.

ITEMS	v10024	v11024	v15024	v17024	v19024	v29024	v30024	v34024	v37024	v9024
v10024	.	0.76	0.87	.	0.76	.	.	.	0.87	0.89
v11024	0.76	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v15024	0.87	.	.	.	.	.	.	.	0.79	0.78
v17024	.	.	.	.	0.77	.	.	.	.	.
v19024	0.76	.	.	0.77	.	.	.	.	.	.
v29024	.	.	.	.	.	.	0.85	.	.	.
v30024	.	.	.	.	.	0.85	.	.	.	.
v34024	.	.	.	.	.	.	.	.	0.75	.
v37024	0.87	.	0.79	.	.	.	.	0.75	.	0.78
v9024	0.89	.	0.78	.	.	.	.	.	0.78	.

Tabla 9.5.3.12: Estudio 1,3 y 4: 3-5 años.

ITEMS	v1235	v1535	v1735	v1935	v2235	v2635	v2935	v3035	v3235	v3435	v3735	v4135	v4335	v4435	v4835	v4935
v1235	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.75
v1535	.	.	0.76	0.81	.	.	.	.	.	.	0.79	.	.	.	.	.
v1735	.	0.76	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.78	.	.	.	.
v1935	.	0.81	.	.	.	.	.	.	.	.	0.77	0.80	.	.	.	.
v2235	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.82	.	.	.	.	.
v2635	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.75	.	.	.	.	.
v2935	.	.	.	.	.	.	.	0.80	.	.	.	.	.	.	.	.
v3035	.	.	.	.	.	.	0.80	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v3235	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.76	.	.	.	.	.	.
v3435	.	.	.	.	.	.	.	.	0.76	.	0.76	.	.	.	.	.
v3735	.	0.79	.	0.77	0.82	0.75	.	.	.	0.76	.	.	.	.	.	.
v4135	.	.	0.78	0.80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v4335	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.78	.	.
v4435	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.78	.	.	.
v4835	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.87
v4935	0.75	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.87	.

Tabla 9.5.3.13: Estudio 1,3 y 4: 6-11 años.

ITEMS	v15611	v17611	v22611	v26611	v29611	v30611	v34611	v37611	v39611	v41611	v46611	v48611	v49611	v54611
v15611	.	0.80	.	.	.	.	.	.	.	.	0.84	.	.	.
v17611	0.80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.84	.	.	.
v22611	.	.	.	0.77	.	.	0.78	0.89	.	.	.	.	.	.
v26611	.	.	0.77	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v29611	.	.	.	.	.	0.85	.	.	.	.	.	.	.	.
v30611	.	.	.	.	0.85	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v34611	.	.	0.78	.	.	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.
v37611	.	.	0.89	.	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.	.
v39611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v41611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v46611	0.84	0.84	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v48611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.82	.
v49611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.82	.	.
v54611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v56611	.	.	.	.	.	.	.	.	0.80	.	.	.	.	.
v57611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.83	.	.	.	.
v62611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v63611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.89	.	.	.
v66611	0.79	0.81	.	0.77	.	.	.	0.80	.	0.78	0.89	.	.	0.79
v67611	0.78	0.77	0.77	.	.	.	.	0.83	.	0.77	.	.	.	0.78
v68611	.	.	.	.	.	.	.	0.82	.	.	.	.	.	.
v69611	0.76	0.76	0.79	.	.	.	0.75	0.90	.	0.76	0.89	.	.	.
v70611	0.79	.	0.85	.	.	.	0.77	0.91	.	0.78	0.89	.	.	.
v71611	0.80	0.75	0.77	.	.	.	.	0.83	.	0.75	.	.	.	0.75
v72611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v73611	0.82	0.76	0.81	0.76	.	.	.	0.87	.	0.75	0.89	.	.	.
v74611	.	.	0.75	.	.	.	.	0.81	.	.	.	.	.	.
v75611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
ITEMS	v56611	v57611	v62611	v63611	v66611	v67611	v68611	v69611	v70611	v71611	v72611	v73611	v74611	v75611
v15611	.	.	.	.	0.79	0.78	.	0.76	0.79	0.80	.	0.82	.	.
v17611	.	.	.	.	0.81	0.77	.	0.76	.	0.75	.	0.76	.	.
v22611	.	.	.	.	.	0.77	.	0.79	0.85	0.77	.	0.81	0.75	.
v26611	.	.	.	.	0.77	.	.	.	.	.	.	0.76	.	.
v29611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v30611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v34611	.	.	.	.	.	.	.	0.75	0.77	.	.	.	.	.
v37611	.	.	.	.	0.80	0.83	0.82	0.90	0.91	0.83	.	0.87	0.81	.
v39611	0.80	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v41611	.	0.83	.	.	0.78	0.77	.	0.76	0.78	0.75	.	0.75	.	.
v46611	.	.	.	0.89	0.89	.	.	0.89	0.89	.	.	0.89	.	.
v48611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v49611	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v54611	.	.	.	.	0.79	0.78	.	.	.	0.75	.	.	.	.
v56611	.	0.82	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v57611	0.82	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v62611	.	.	.	.	0.80	0.79	.	.	.	.	.	.	.	.
v63611	.	.	.	.	0.75	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.
v66611	.	.	0.80	0.75	.	0.94	0.82	0.88	0.88	0.86	0.76	0.90	0.82	.
v67611	.	.	0.79	.	0.94	.	0.88	0.87	0.89	0.87	0.77	0.89	0.82	0.78
v68611	.	.	.	.	0.82	0.88	.	0.90	0.88	0.90	.	0.84	0.78	.
v69611	.	.	.	0.78	0.88	0.87	0.90	.	0.96	0.87	.	0.91	0.83	.
v70611	.	.	.	.	0.88	0.89	0.88	0.96	.	0.91	0.78	0.91	0.85	.
v71611	.	.	.	.	0.86	0.87	0.90	0.87	0.91	.	0.81	0.89	0.83	.
v72611	.	.	.	.	0.76	0.77	.	.	0.78	0.81	.	.	.	.
v73611	.	.	.	.	0.90	0.89	0.84	0.91	0.91	0.89	.	.	0.87	.
v74611	.	.	.	.	0.82	0.82	0.78	0.83	0.85	0.83	.	0.87	.	.
v75611	.	.	.	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.	.	.

Tabla 9.5.3.14: Estudio 1,3 y 4: 12-17 años.

ITEMS	v221217	v271217	v291217	v301217	v331217	v371217	v431217	v441217	v481217	v491217	v611217	v651217	v661217	v671217
v221217	.	.	.	.	.	0.86	.	.	.	.	.	.	0.77	.
v271217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.76	.
v291217	.	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v301217	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v331217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.76	.
v371217	0.86	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.88	0.78
v431217	.	.	.	.	.	.	.	0.82	.	.	.	.	.	.
v441217	.	.	.	.	.	.	0.82	.	.	.	.	.	.	.
v481217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.87	.	.	.	.
v491217	.	.	.	.	.	.	.	.	0.87	.	.	.	.	.
v611217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.76	.	.
v651217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.76	.	.	.
v661217	0.77	0.76	.	.	0.76	0.88	.	.	.	.	.	.	.	0.95
v671217	.	.	.	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.	0.95	.
v681217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v691217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v701217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v711217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.76
v721217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.79	0.86
v731217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.83	0.84
v741217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v781217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.79
v801217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v811217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v821217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v831217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
v841217	.	.	.	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.	0.79	.
ITEMS	v681217	v691217	v701217	v711217	v721217	v731217	v741217	v781217	v801217	v811217	v821217	v831217	v841217	
v221217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v271217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v291217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v301217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v331217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v371217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.78	
v431217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v441217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v481217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v491217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v611217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v651217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v661217	.	.	.	.	0.79	0.83	.	.	.	.	.	.	0.79	
v671217	.	.	.	0.76	0.86	0.84	.	0.79	.	.	.	.	.	
v681217	.	0.89	0.84	0.85	.	.	0.77	.	.	0.82	.	.	.	
v691217	0.89	.	0.83	0.83	.	.	0.83	.	.	.	.	.	.	
v701217	0.84	0.83	.	0.85	.	.	0.77	.	.	.	.	.	.	
v711217	0.85	0.83	0.85	.	0.77	.	0.76	.	.	0.84	.	.	.	
v721217	.	.	.	0.77	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v731217	.	.	.	.	.	.	.	0.78	.	.	.	.	.	
v741217	0.77	0.83	0.77	0.76	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v781217	.	.	.	.	.	0.78	.	.	.	.	.	.	.	
v801217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.81	.	.	
v811217	0.82	.	.	0.84	.	.	.	.	.	.	.	.	.	
v821217	.	.	.	.	.	.	.	.	0.81	.	.	0.89	.	
v831217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	0.89	.	.	
v841217	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	

## 9.6. Anexo 6: Análisis de la sensibilidad: Curvas ROC.

Tabla 9.6.1. Análisis descriptivo del los grupos caso y control.

Analysis Variable : sumpresid						
Estudio	N	Minimum	Mean	Median	Maximum	Variance
1-3	161	0.00	15.45	14.00	44.00	78.21
2	125	0.00	7.15	6.00	29.00	32.63

Tabla 9.6.2. Modelización.

Response Profile		
Ordered Value	estudioR	Total Frequency
1	1-3	161
2	2	125

Tabla 9.6.3. Análisis de la probabilidad de pertenecer al grupo caso.

Analysis of Maximum Likelihood Estimates					
Parameter	DF	Estimate	Standard Error	Wald Chi-Square	Pr > ChiSq
Intercept	1	-1.5642	0.2662	34.5227	<.0001
sumpresid	1	0.1724	0.0240	51.5112	<.0001

Tabla 9.6.4. Estimación de la Odds Ratio.

Odds Ratio Estimates			
Effect	Point Estimate	95% Wald Confidence Limits	
sumpresid	1.188	1.134	1.245

Tabla 9.6.5. Curva de ROC.

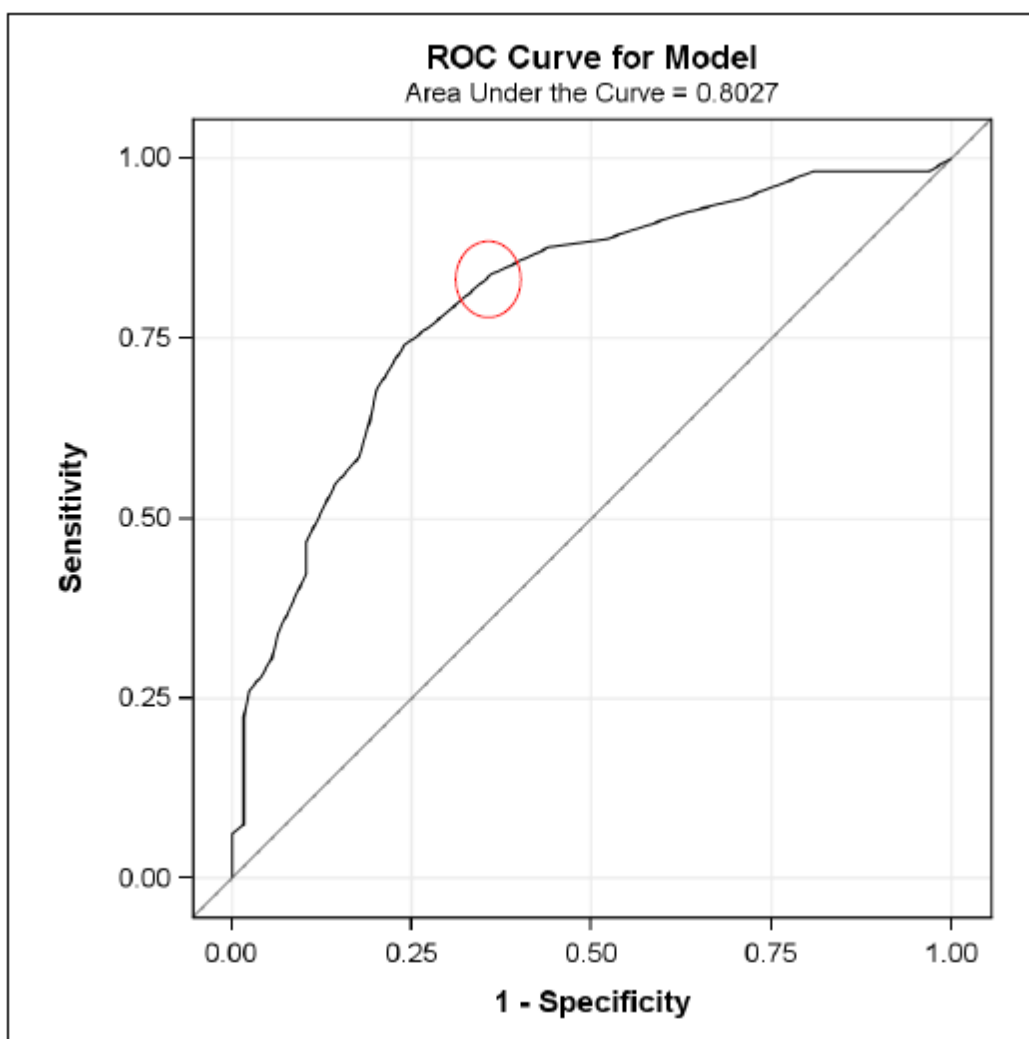


Tabla 9.6.6. Variable *sumpresid* según casos correctos, sensibilidad, especificidad y falsos positivos y negativos.

Classification Table										
		Correct		Incorrect		Percentages				
Prob Level	<i>sumpresid</i>	Event	Non-Event	Event	Non-Event	Correct	Sensitivity	Specificity	False POS	False NEG
0.160	0	161	0	125	0	56.3	100.0	0.0	43.7	.
0.180	1	158	4	121	3	56.6	98.1	3.2	43.4	42.9
0.200	2	158	4	121	3	56.6	98.1	3.2	43.4	42.9
0.220	2	158	15	110	3	60.5	98.1	12.0	41.0	16.7
0.240	3	158	24	101	3	63.6	98.1	19.2	39.0	11.1

Classification Table										
		Correct		Incorrect		Percentages				
Prob Level	sumpresid	Event	Non-Event	Event	Non-Event	Correct	Sensitivity	Specificity	False POS	False NEG
0.260	4	152	24	101	9	61.5	94.4	19.2	39.9	27.3
0.280	4	152	36	89	9	65.7	94.4	28.8	36.9	20.0
0.300	5	149	46	79	12	68.2	92.5	36.8	34.6	20.7
0.320	5	149	46	79	12	68.2	92.5	36.8	34.6	20.7
0.340	6	143	60	65	18	71.0	88.8	48.0	31.3	23.1
0.360	6	143	60	65	18	71.0	88.8	48.0	31.3	23.1
0.380	7	141	70	55	20	73.8	87.6	56.0	28.1	22.2
0.400	7	141	70	55	20	73.8	87.6	56.0	28.1	22.2
0.420	8	135	80	45	26	75.2	83.9	64.0	25.0	24.5
0.440	8	135	80	45	26	75.2	83.9	64.0	25.0	24.5
0.460	9	124	90	35	37	74.8	77.0	72.0	22.0	29.1
0.480	9	124	90	35	37	74.8	77.0	72.0	22.0	29.1
0.500	10	119	95	30	42	74.8	73.9	76.0	20.1	30.7
0.520	10	119	95	30	42	74.8	73.9	76.0	20.1	30.7
0.540	11	109	95	30	52	71.3	67.7	76.0	21.6	35.4
0.560	11	109	100	25	52	73.1	67.7	80.0	18.7	34.2
0.580	11	109	100	25	52	73.1	67.7	80.0	18.7	34.2
0.600	12	102	101	24	59	71.0	63.4	80.8	19.0	36.9
0.620	12	102	101	24	59	71.0	63.4	80.8	19.0	36.9
0.640	13	94	103	22	67	68.9	58.4	82.4	19.0	39.4
0.660	13	94	103	22	67	68.9	58.4	82.4	19.0	39.4
0.680	14	88	107	18	73	68.2	54.7	85.6	17.0	40.6
0.700	14	75	107	18	86	63.6	46.6	85.6	19.4	44.6
0.720	15	75	112	13	86	65.4	46.6	89.6	14.8	43.4
0.740	16	68	112	13	93	62.9	42.2	89.6	16.0	45.4
0.760	16	68	112	13	93	62.9	42.2	89.6	16.0	45.4
0.780	17	60	115	10	101	61.2	37.3	92.0	14.3	46.8
0.800	18	55	115	10	106	59.4	34.2	92.0	15.4	48.0
0.820	18	55	117	8	106	60.1	34.2	93.6	12.7	47.5
0.840	19	49	118	7	112	58.4	30.4	94.4	12.5	48.7
0.860	20	45	120	5	116	57.7	28.0	96.0	10.0	49.2
0.880	21	42	122	3	119	57.3	26.1	97.6	6.7	49.4
0.900	22	36	123	2	125	55.6	22.4	98.4	5.3	50.4
0.920	24	25	123	2	136	51.7	15.5	98.4	7.4	52.5

Classification Table										
		Correct		Incorrect		Percentages				
Prob Level	sumpresid	Event	Non-Event	Event	Non-Event	Correct	Sensitivity	Specificity	False POS	False NEG
0.940	26	21	123	2	140	50.3	13.0	98.4	8.7	53.2
0.960	28	15	123	2	146	48.3	9.3	98.4	11.8	54.3
0.980	33	9	125	0	152	46.9	5.6	100.0	0.0	54.9
1.000		0	125	0	161	43.7	0.0	100.0	.	56.3





Tabla 9.7.2. Análisis Factorial Estudio 2.

Análisis Factorial: Estudio 2 - Presencia													
va	Etiqueta	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12
v1	Prob. Obstétricos	-0.15	0.06	0.26	0.27	0.36	0.29	0.32	-0.19	-0.29	-0.04	-0.14	0.11
v2	Bajo peso al nacer	0.24	0.12	0.19	-0.35	0.20	-0.21	0.17	0.57	0.03	-0.16	-0.06	-0.04
v3	Gestación acortada	0.49	0.17	0.34	-0.25	0.15	0.04	0.33	0.14	-0.07	-0.31	-0.00	-0.04
v4	Mala nutrición embarazo	0.42	-0.09	-0.34	-0.15	0.14	-0.13	0.09	0.14	0.28	0.12	-0.10	0.25
v5	Depresión embarazo y puerperio	0.60	-0.25	0.30	-0.12	-0.01	-0.28	-0.08	-0.17	-0.02	-0.25	0.12	0.19
v6	Gripe o infecciones madre emb.	0.50	0.02	-0.01	-0.20	0.06	-0.25	-0.08	-0.48	0.12	0.15	-0.21	0.24
v7	Trast. emocional en embarazo	0.53	-0.28	0.49	-0.17	-0.04	-0.26	-0.09	-0.15	-0.12	-0.00	0.10	-0.08
v8	Nacimiento en cond. masificadas	0.49	-0.12	-0.21	-0.01	-0.04	0.53	-0.00	0.09	-0.27	-0.14	0.17	0.11
v9	Daños neurológicos perinatales	0.59	0.54	0.07	0.08	-0.22	0.14	0.06	-0.08	-0.13	-0.24	-0.04	-0.05
v10	Infecciones SNC	0.54	0.56	-0.09	-0.07	0.23	0.24	0.14	0.10	-0.01	-0.04	0.07	-0.15
v11	Trast. grave relación: no sonríe	0.42	0.61	0.08	0.21	-0.21	0.08	-0.03	0.09	0.02	-0.01	0.02	-0.00
v12	Retraimiento en la relación	0.37	0.34	0.19	0.12	-0.13	-0.03	0.27	0.37	0.04	0.05	-0.32	0.10
v13	Miedos, niño difícil de calmar	0.31	-0.13	0.22	0.18	-0.30	-0.11	0.16	0.11	0.30	0.26	0.28	-0.19
v14	Tr. Sueño: se despierta a menudo	0.10	0.03	0.27	0.11	-0.21	0.42	0.33	-0.32	0.17	0.32	0.13	-0.22
v15	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes	0.42	0.61	-0.09	0.19	-0.25	-0.12	-0.21	-0.04	0.02	-0.07	0.05	-0.01
v16	Cohabitación	0.18	-0.28	0.18	-0.03	-0.01	0.50	0.16	0.04	0.26	0.21	0.01	0.39
v17	Anomalías en el juego: agresivo	0.55	0.68	-0.02	0.23	-0.23	-0.07	-0.16	0.01	0.02	-0.02	0.01	0.00
v18	Retraso en desarrollo psicomotor	0.19	0.37	-0.04	0.09	-0.15	-0.29	0.22	0.01	0.18	0.29	0.22	0.13
v19	Autosensorialidad: balanceo	0.40	0.52	-0.09	0.03	-0.20	0.05	-0.26	-0.09	-0.01	0.09	-0.07	0.28
v21	Separación temprana de los padres	0.38	-0.47	0.09	0.15	0.03	-0.08	0.24	0.09	0.15	0.02	0.07	0.28
v22	Institucionalizaciones tempranas	0.20	0.04	0.33	0.00	0.46	0.04	-0.39	0.12	0.27	-0.11	0.39	0.10
v23	Funciones paternas empobrecidas	0.46	-0.40	0.21	0.01	-0.11	0.03	-0.13	0.14	-0.45	0.34	-0.07	0.01
v24	Funciones maternas empobrecidas	0.24	-0.32	0.33	-0.05	-0.31	-0.11	-0.11	0.26	-0.43	0.30	0.02	0.04
v26	Ingresos hospitalarios frecuentes	0.13	0.05	0.53	0.37	0.46	0.08	-0.15	0.07	0.09	0.03	0.14	0.04
v27	Falta de higiene y cuidados básicos	0.50	-0.42	-0.13	-0.04	-0.13	-0.01	-0.04	-0.21	0.02	-0.31	0.19	-0.13
v28	Rechazo de alimentación: vómitos	0.34	-0.13	0.56	-0.20	-0.09	0.05	-0.03	-0.22	0.12	-0.06	-0.11	-0.30
v29	Abusos Sexuales en niño	0.69	-0.31	-0.25	-0.18	-0.07	0.21	-0.08	0.04	0.21	-0.14	-0.14	-0.05
v30	Agresividad en la familia	0.68	-0.36	-0.25	-0.13	-0.13	0.26	-0.04	-0.01	0.13	-0.10	-0.16	-0.05
v31	Padres con Tr. Mental Severo	0.57	-0.39	0.10	0.21	-0.02	-0.04	-0.14	0.01	0.03	0.05	-0.40	-0.10
v32	Padres con Tr. Toxicomanías	0.59	-0.15	-0.38	0.34	0.33	-0.18	0.15	-0.02	-0.19	0.08	0.12	0.05
v33	Nivel socioeconómico marginal	0.51	-0.27	-0.16	0.27	0.19	-0.28	0.38	-0.21	-0.05	-0.10	-0.06	-0.01
v34	Psicosis en padre	0.45	0.08	-0.35	0.32	0.35	-0.15	0.14	-0.02	-0.16	0.14	0.11	-0.28
v35	Psicosis en madre	0.24	-0.21	-0.08	0.34	0.31	0.08	-0.34	0.19	0.29	0.20	-0.27	-0.33
v36	Psicosis en hermanos	0.43	-0.34	-0.38	-0.06	-0.05	0.18	-0.23	0.12	-0.17	0.10	0.32	0.02
v37	Situaciones de guerra/catástrofe	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
v38	Niño con enfermedad crónica	-0.09	0.09	0.27	0.53	0.17	0.09	-0.25	-0.12	-0.10	-0.12	-0.15	0.20
vapgar_1	Apgar 1 minuto	0.22	0.39	-0.03	-0.51	0.42	0.04	-0.17	-0.11	-0.06	0.27	-0.05	-0.00
vapgar_10	Apgar 10 minutos	0.32	0.44	-0.00	-0.52	0.34	0.05	0.05	-0.18	-0.13	0.30	0.00	-0.08

Tabla 9.7.3. Análisis Factorial Estudio 3.

Análisis Factorial: Estudio 3 - Presencia														
va	Etiqueta	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10	Factor 11	Factor 12	Factor 13
v1	Prob. Obstétricos	-0.17	0.21	0.48	-0.04	-0.50	-0.25	0.26	-0.12	0.21	0.05	-0.01	-0.30	-0.08
v2	Bajo peso al nacer	-0.05	0.20	0.69	0.22	0.29	-0.06	0.05	0.22	0.28	-0.13	-0.07	0.16	0.12
v3	Gestación acortada	0.05	0.10	0.61	0.08	0.36	0.05	0.14	0.46	0.25	-0.10	-0.13	-0.16	0.21
v4	Mala nutrición embarazo	0.52	0.47	0.02	-0.30	0.18	0.16	0.00	-0.09	-0.14	0.09	-0.07	-0.28	0.11
v5	Depresión embarazo y puerperio	0.38	0.60	0.16	-0.25	0.06	0.07	0.21	-0.08	-0.17	-0.17	0.11	-0.24	0.04
v6	Gripe o infecciones madre emb.	0.04	-0.03	-0.17	-0.05	0.58	-0.05	0.56	-0.15	-0.08	0.22	0.10	0.13	0.20
v7	Trast. emocional en embarazo	0.34	0.65	-0.17	-0.16	-0.05	0.14	0.03	-0.09	-0.19	-0.24	-0.00	-0.14	0.08
v8	Nacimiento en cond. masificadas	0.51	-0.38	-0.23	0.08	0.28	-0.14	-0.15	-0.18	-0.10	-0.03	-0.02	0.22	0.12
v9	Daños neurológicos perinatales	0.27	-0.40	0.18	0.16	0.40	0.34	-0.20	-0.06	0.29	-0.30	-0.04	-0.31	0.11
v10	Infecciones SNC	0.52	-0.35	-0.13	0.36	0.31	-0.05	-0.20	-0.19	0.26	0.13	-0.05	-0.26	-0.01
v11	Trast. grave relación: no sonríe	0.53	-0.48	0.21	0.08	-0.19	-0.06	-0.07	0.29	-0.01	-0.16	-0.10	0.18	-0.20
v12	Retraimiento en la relación	0.34	-0.62	0.09	-0.01	-0.40	-0.08	0.19	0.17	-0.14	-0.12	0.19	-0.10	0.11
v13	Miedos, niño difícil de calmar	0.35	-0.20	0.09	0.56	-0.11	0.08	0.34	0.06	-0.25	0.07	0.14	-0.24	0.10
v14	Tr. Sueño: se despierta a menudo	0.20	0.32	0.01	0.28	-0.03	0.67	-0.07	-0.25	-0.10	0.13	-0.06	-0.02	-0.07
v15	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes	0.31	-0.01	-0.07	0.21	-0.11	0.24	0.48	-0.25	0.33	0.31	-0.23	0.02	-0.24
v16	Cohabitación	-0.06	0.12	0.21	0.04	-0.28	0.53	0.03	0.06	-0.03	-0.16	0.15	0.41	0.44
v17	Anomalías en el juego: agresivo	0.50	-0.14	-0.10	0.00	-0.27	0.09	0.12	0.51	0.22	0.36	0.09	-0.10	-0.01
v18	Retraso en desarrollo psicomotor	0.34	-0.60	0.20	-0.40	0.20	0.14	0.09	0.08	-0.22	-0.24	0.13	-0.04	-0.10
v19	Autosensorialidad: balanceo	0.64	0.10	0.16	-0.18	0.06	-0.05	0.13	0.14	-0.03	0.36	0.36	0.16	0.12
v20	Retraso en la deambulación	0.31	-0.68	0.07	-0.22	0.26	0.10	0.29	-0.01	-0.28	-0.06	-0.03	0.04	-0.15
v21	Separación temprana de los padres	0.36	-0.10	0.12	-0.60	0.22	0.01	0.27	-0.29	0.34	-0.08	0.06	0.06	-0.05
v22	Institucionalizaciones tempranas	0.57	0.14	0.38	0.01	-0.04	-0.12	0.18	-0.10	0.01	-0.01	-0.46	0.24	-0.04
v23	Funciones paternas empobrecidas	0.64	0.14	-0.30	-0.16	-0.37	0.24	-0.04	0.16	0.16	0.08	0.20	-0.00	-0.03
v24	Funciones maternas empobrecidas	0.65	0.07	-0.37	-0.27	0.03	0.27	0.03	0.29	0.12	-0.03	-0.18	-0.11	-0.12
v25	Dif. lactancia materna con hermanos	0.17	-0.20	-0.63	0.17	0.19	0.15	-0.04	0.32	-0.08	0.12	-0.33	0.03	0.20
v26	Ingresos hospitalarios frecuentes	0.11	0.18	0.62	-0.02	0.07	0.26	-0.15	-0.01	-0.40	0.37	-0.19	0.02	-0.02
v27	Falta de higiene y cuidados básicos	0.66	0.08	0.07	0.03	-0.14	-0.03	-0.29	-0.05	-0.25	-0.01	-0.28	0.01	0.09
v28	Rechazo de alimentación: vómitos	0.09	-0.17	0.38	0.46	0.08	0.38	-0.23	-0.21	0.13	0.05	0.40	0.15	-0.26
v29	Abusos Sexuales en niño	0.61	-0.08	0.08	0.28	-0.18	-0.40	0.01	-0.24	0.03	0.07	-0.01	-0.08	0.35
v30	Agresividad en la familia	0.21	-0.11	-0.03	0.03	0.01	-0.07	-0.06	-0.24	-0.03	-0.06	0.20	-0.06	0.10
v31	Padres con Tr. Mental Severo	0.56	0.42	0.17	0.18	-0.07	0.01	-0.03	0.14	-0.14	-0.27	0.01	-0.05	-0.26
v32	Padres con Tr. Toxicomanías	0.46	0.39	-0.15	-0.16	0.04	-0.15	-0.41	-0.02	0.31	0.05	0.13	0.03	0.24
v33	Nivel socioeconómico marginal	0.23	0.50	-0.25	0.52	0.33	-0.17	0.16	0.20	-0.10	-0.06	0.15	0.06	-0.10
v34	Psicosis en padre	0.19	0.56	-0.27	0.36	0.26	-0.26	0.19	0.13	-0.08	-0.22	0.14	0.06	-0.22
v35	Psicosis en madre	0.49	0.29	-0.22	-0.15	-0.01	0.10	0.03	0.00	0.30	-0.17	-0.01	0.33	-0.14
v36	Psicosis en hermanos	0.28	-0.20	0.09	-0.00	-0.04	-0.23	-0.33	-0.07	-0.04	0.03	0.03	-0.03	-0.14
v37	Situaciones de guerra/catástrofe	0.70	0.10	0.23	0.09	-0.16	-0.27	0.09	-0.09	-0.05	-0.01	-0.11	0.26	0.00
v38	Niño con enfermedad crónica	-0.02	0.22	0.35	-0.31	0.40	-0.19	-0.36	0.20	-0.11	0.39	0.14	0.01	-0.19

Tabla 9.7.4. Análisis Factorial Estudio 4.

Análisis Factorial: Estudio 4 - Presencia											
va	Etiqueta	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	Factor 10
v1	Prob. Obstétricos	0.24	-0.03	0.22	0.50	-0.35	-0.11	0.06	0.10	-0.15	0.23
v2	Bajo peso al nacer	0.21	0.41	0.15	0.35	-0.09	-0.42	-0.14	-0.16	-0.04	-0.18
v3	Gestación acortada	0.32	0.54	0.03	0.41	-0.08	-0.03	-0.20	0.30	0.19	-0.04
v4	Mala nutrición embarazo	0.37	0.37	-0.29	0.08	-0.05	0.00	-0.46	0.21	0.08	0.23
v5	Depresión embarazo y puerperio	0.56	0.41	-0.17	-0.18	-0.12	0.02	0.16	-0.07	0.46	0.03
v6	Gripe o infecciones madre emb.	0.31	0.48	-0.40	0.13	-0.15	-0.21	0.05	0.18	0.32	-0.02
v7	Trast. emocional en embarazo	0.63	0.31	0.12	-0.25	0.14	0.01	-0.07	-0.15	0.16	-0.27
v8	Nacimiento en cond. masificadas	0.73	-0.09	0.08	0.21	-0.03	0.04	-0.04	0.15	-0.05	-0.13
v9	Daños neurológicos perinatales	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
v10	Infecciones SNC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
v11	Trast. grave relación: no sonríe	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
v12	Retraimiento en la relación	0.27	-0.23	0.08	0.35	0.31	-0.56	0.10	0.06	-0.13	0.04
v13	Miedos, niño difícil de calmar	0.27	-0.21	-0.15	0.28	0.59	-0.03	0.31	-0.07	0.14	-0.08
v14	Tr. Sueño: se despierta a menudo	0.20	-0.01	0.10	0.29	0.57	-0.32	0.10	0.19	-0.04	0.17
v15	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
v16	Cohabitación	0.13	0.14	-0.07	-0.37	0.11	0.03	0.40	0.42	-0.13	0.11
v18	Retraso en desarrollo psicomotor	0.06	0.01	0.28	-0.36	0.24	0.10	-0.47	0.34	-0.25	-0.34
v19	Autosensibilidad: balanceo	0.51	-0.21	-0.55	-0.08	0.07	0.26	-0.22	-0.18	-0.11	0.16
v21	Separación temprana de los padres	0.65	-0.07	0.15	-0.10	-0.04	0.14	-0.17	0.31	-0.17	-0.01
v22	Institucionalizaciones tempranas	0.42	-0.42	-0.40	0.10	0.23	0.07	-0.33	-0.05	0.13	0.09
v23	Funciones paternas empobrecidas	0.47	0.29	0.16	-0.25	0.11	0.11	0.25	0.17	-0.27	0.41
v24	Funciones maternas empobrecidas	0.53	0.33	0.01	-0.30	0.18	0.08	0.24	0.18	-0.00	0.04
v26	Ingresos hospitalarios frecuentes	0.29	-0.32	0.45	-0.01	0.20	0.04	-0.29	0.30	0.26	-0.20
v27	Falta de higiene y cuidados básicos	0.59	0.11	-0.35	0.10	-0.14	-0.19	-0.01	0.05	-0.33	-0.12
v28	Rechazo de alimentación: vómitos	0.23	-0.35	0.33	0.09	0.11	0.04	0.08	0.12	0.50	0.19
v29	Abusos Sexuales en niño	0.45	0.25	0.39	-0.15	0.31	-0.12	-0.23	-0.48	-0.07	0.16
v30	Agresividad en la familia	0.64	0.17	0.32	-0.19	0.15	-0.09	-0.13	-0.47	0.00	0.19
v31	Padres con Tr. Mental Severo	0.64	0.20	0.03	-0.16	-0.19	0.11	0.10	-0.21	-0.05	-0.13
v32	Padres con Tr. Toxicomanías	0.70	-0.24	-0.03	-0.01	-0.24	-0.02	0.13	-0.01	-0.23	-0.00
v33	Nivel socioeconómico marginal	0.64	-0.13	0.08	0.06	0.09	0.11	0.19	0.05	-0.23	-0.16
v34	Psicosis en padre	0.64	-0.35	-0.07	0.21	-0.31	-0.04	-0.03	0.05	-0.08	-0.01
v35	Psicosis en madre	0.63	-0.51	-0.28	-0.01	-0.07	0.18	-0.14	-0.09	0.12	0.13
v36	Psicosis en hermanos	0.45	-0.08	-0.23	0.09	0.14	0.13	0.41	-0.17	0.09	-0.44
v37	Situaciones de guerra/catástrofe	0.38	-0.31	0.49	-0.17	-0.35	0.09	0.16	0.08	0.31	0.08
v38	Niño con enfermedad crónica	0.25	-0.19	0.36	-0.01	-0.49	-0.30	0.09	-0.12	-0.05	-0.08
vappg_1	Apgar 1 minuto	-0.05	0.23	0.27	0.56	0.07	0.59	0.01	-0.20	-0.12	0.02
vappg_10	Apgar 10 minutos	-0.01	0.27	0.19	0.50	0.05	0.66	0.09	0.04	-0.04	-0.00

Tabla 9.7.5. Análisis Factorial de la Agrupación de los Estudios 1,3 y 4.

<b>Análisis Factorial: Estudio 1,3 y 4 - Presencia</b>							
<b>va</b>	<b>Etiqueta</b>	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Factor 4</b>	<b>Factor 5</b>	<b>Factor 6</b>
v1	Prob. Obstétricos	0.19	-0.23	0.53	0.04	-0.08	0.42
v2	Bajo peso al nacer	0.42	-0.07	0.20	-0.40	0.54	0.09
v3	Gestación acortada	0.66	-0.14	0.18	-0.26	0.42	0.11
v4	Mala nutrición embarazo	0.64	0.10	0.10	-0.18	-0.01	-0.23
v5	Depresión embarazo y puerperio	0.56	0.45	0.35	-0.13	0.12	-0.19
v6	Gripe o infecciones madre emb.	0.59	0.15	0.17	-0.16	0.12	-0.39
v7	Trast. emocional en embarazo	0.46	0.57	0.30	0.01	0.19	-0.11
v8	Nacimiento en cond. masificadas	0.66	0.09	-0.27	-0.14	-0.06	0.28
v9	Daños neurológicos perinatales	0.83	-0.28	-0.12	-0.04	0.11	-0.04
v10	Infecciones SNC	0.86	-0.31	-0.20	-0.06	0.04	-0.01
v11	Trast. grave relación: no sonríe	0.78	-0.28	-0.08	0.12	0.05	-0.12
v12	Retraimiento en la relación	0.73	-0.16	-0.00	0.27	0.09	-0.10
v13	Miedos, niño difícil de calmar	0.51	0.03	-0.01	0.49	0.10	-0.16
v14	Tr. Sueño: se despierta a menudo	0.54	-0.08	0.00	0.42	0.17	0.09
v15	Utilizan hipnóticos/tranquilizantes	0.77	-0.25	-0.12	0.12	0.06	-0.16
v16	Cohabitación	-0.05	0.39	-0.14	0.26	0.27	0.45
v18	Retraso en desarrollo psicomotor	0.69	-0.24	-0.03	0.17	0.04	-0.21
v19	Autosensorialidad: balanceo	0.82	-0.15	-0.09	0.06	-0.02	-0.11
v21	Separación temprana de los padres	0.68	0.06	0.14	-0.06	-0.11	0.09
v22	Institucionalizaciones tempranas	0.72	-0.20	-0.08	-0.11	0.01	0.14
v23	Funciones paternas empobrecidas	0.50	0.52	0.05	0.25	-0.14	0.08
v24	Funciones maternas empobrecidas	0.48	0.47	0.09	0.25	-0.05	-0.12
v26	Ingresos hospitalarios frecuentes	0.65	-0.22	0.21	0.13	0.05	0.29
v27	Falta de higiene y cuidados básicos	0.75	0.07	-0.16	-0.15	-0.04	0.06
v28	Rechazo de alimentación: vómitos	0.60	-0.04	0.14	0.29	0.15	0.02
v29	Abusos Sexuales en niño	0.67	0.26	-0.37	-0.12	0.13	0.16
v30	Agresividad en la familia	0.67	0.36	-0.33	-0.04	0.04	0.11
v31	Padres con Tr. Mental Severo	0.51	0.49	0.12	-0.03	-0.15	0.08
v32	Padres con Tr. Toxicomanías	0.75	0.12	0.09	-0.21	-0.32	0.04
v33	Nivel socioeconómico marginal	0.72	0.10	0.09	-0.11	-0.16	0.00
v34	Psicosis en padre	0.81	-0.13	0.09	-0.11	-0.27	-0.04
v35	Psicosis en madre	0.68	-0.09	0.09	-0.06	-0.38	0.01
v36	Psicosis en hermanos	0.61	0.23	-0.36	-0.06	-0.15	0.06
v37	Situaciones de guerra/catástrofe	0.84	-0.22	-0.13	-0.03	-0.06	0.06
v38	Niño con enfermedad crónica	0.36	-0.26	0.44	0.12	-0.21	0.18