

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y CIENCIAS DE LA EDUCACION

SECCION DE PSICOLOGIA

ANALISIS DE LA DEMANDA
EN UN CENTRO DE
PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL

MANUEL HERNANZ RUIZ

DIRECTOR: Dr. ALBERTO LASA ZULUETA

BILBAO, 1990

A CARMEN
A MARIA Y ANA

Y A TODA MI FAMILIA

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento:

A mi compañeros de la Unidad de Psiquiatria Infantil del
Consortio Uribe Costa Salud Mental

Al Dr. Alberto Lasa por su dedicación y apoyo.

A Juan Antonio Oleaga por su ayuda en el trabajo
estadístico.

Al profesor José Guimón y al Dr. Miguel Gutierrez por
permitirme iniciarme en el campo de la psicología clínica.

FE DE ERRATAS

Pág. 263 punto 5

DICE: "...casi un cuarto (23,5%) necesita realizar algún tipo de psicoterapia, bien individual (14,2%), grupal...)

DEBE DECIR: "...casi un cuarto (24,3%) necesita realizar algún tipo de psicoterapia, bien individual (15,0%), grupal..."

Pág. 374 párrafo 3 línea 1

DICE: "el 28,8% de los pacientes..."

DEBE DECIR: "el 30,3% de los pacientes..."

Pág. 374 párrafo 3 línea 2

DICE: "Necesita algún tipo de tratamiento."

DEBE DECIR: "Necesita algún tipo de tratamiento psicoterápico".

Pág. 406 Cuadro CXVI frecuencia en la población total de 15 años o más

DICE: "13.530".

DEBE DECIR: "13.504"

Pág. 408 Cuadro CXVIII en la línea totales

DICE: "752 43.913".

DEBE DECIR: "663 29.172".

Pág. 409 Cuadro CXIX en la línea de totales

DICE: "752 43.913".

DEBE DECIR: "673 29.172".

Pág. 425 Cuadro CXXV Total correspondiente a no patología

DICE: "445".

DEBE DECIR: "545".

Pág. 247 Párrafo 2

DICE: "Hipótesis verdadera".

DEBE DECIR: "Hipótesis falsa".

Pág. 443 Añadir en Bibliografía:

ANDONEGUI, J.I. (1979) Etude de la clientele d'un service de psychiatrie infantile ambulatoire (guidance infantile). Genève

INDICE

INDICE

I-	JUSTIFICACION.....	1
II-	OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO.....	5
III-	MATERIAL Y METODOS.....	8
	1.Descripción del Consorcio Uribe Costa, Salud Mental.....	10
	2.Censo.....	14
	3.Método.....	15
	4.Instrumentos.....	17
	5.Estadística.....	28
IV-	ELEMENTOS TEORICOS:.....	30
	1. Estudios epidemiológicos en Psiquiatría Infanto-juvenil.....	31
	2. Descripción de las variables estudiadas:.....	37
	2.1. EDAD.....	38
	2.1.1. Planteamiento.....	38
	2.1.2. Revisión.....	39
	2.1.3. Síntesis y conclusiones.....	46
	2.2. SEXO.....	51
	2.2.1. Planteamiento.....	51
	2.2.2. Revisión.....	56
	2.2.3. Síntesis y conclusiones.....	60
	2.3. ESTRUCTURA FAMILIAR.....	64
	2.3.1. Planteamiento.....	64
	2.3.1.1.-Teorías sobre la patología familiar.....	66
	a) basada en la tipología.....	66
	b) basadas en la comunicación y teoría de sistemas.....	71
	c) teorías estructurales.....	74
	2.3.1.2.-Situación conyugal.....	76
	a) Padres separados.....	77
	b) Niño huérfano.....	79
	c) Madre soltera.....	82
	2.3.1.3.-Composición de la fratria....	83
	a) Estudios sobre la posición dentro de la fratria.....	85
	c) Estudios sobre el hijo único.....	86
	2.3.1.4. Convivencia familiar.....	87

2.3.1.5. Nivel socioprofesional de la familia.....	89
2.3.2. Revisión.....	90
2.3.2.1. Situación conyugal.....	90
2.3.2.2. Composición de la fratria....	94
2.3.2.3. Convivencia familiar.....	96
2.3.2.4. Nivel socioprofesional de la familia.....	100
2.3.3. Síntesis y conclusiones.....	105
2.3.3.1. Situación conyugal.....	105
2.3.3.2. Composición de la fratria....	106
2.3.3.3. Convivencia familiar.....	106
2.3.3.4. Nivel socioprofesional de la familia.....	107
2.4.- ADAPTACION ESCOLAR:.....	109
2.4.1. Planteamiento.....	109
2.4.1.1. Lugar de escolarización.....	114
2.4.1.2. Nivel y trayectoria escolar..	115
2.4.2. Revisión.....	116
2.4.3. Síntesis y conclusiones.....	117
2.5.- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS.....	118
2.5.1. Planteamiento.....	118
2.5.2. Revisión.....	120
2.5.3. Síntesis y conclusiones.....	123
2.6.- PROCEDENCIA.....	124
2.6.1. Planteamiento.....	124
2.6.2. Revisión.....	124
2.6.3. Síntesis y conclusiones.....	135
2.7.- MOTIVO DE CONSULTA.....	137
2.7.1. Planteamiento.....	137
2.7.2. Revisión.....	137
2.7.3. Síntesis y conclusiones.....	145

2.8.- DIAGNOSTICO:.....	147
2.8.1. Planteamiento.....	147
2.8.2. Revisión.....	170
2.8.3. Síntesis y conclusiones.....	181
2.9.- INDICACION TERAPEUTICA.....	182
2.8.1. Planteamiento.....	182
2.8.2. Revisión.....	183
2.8.3. Síntesis y conclusiones.....	185
V. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	186
1. Estadística descriptiva.....	187
1.1.- Edad.....	188
1.2.- Sexo.....	192
1.3.- Datos relativos al padre.....	194
1.4.- Datos relativos a la madre.....	196
1.5.- Situación conyugal.....	198
1.6.- Número de hermanos del paciente.....	201
1.7.- Lugar que el paciente ocupa dentro de la fratria.....	203
1.8.- Convivencia.....	205
1.9.- Situación laboral del padre.....	208
1.10.- Situación laboral de la madre.....	211
1.11.- Edad del padre.....	215
1.12.- Edad de la madre.....	218
1.13.- Lugar de nacimiento del padre.....	224
1.14.- Lugar de nacimiento de la madre.....	227
1.15.- Nivel socioprofesional de la familia.....	231
1.16.- Situación escolar.....	233
1.17.- Si no está escolarizado al cuidado de quién está.....	235
1.18.- Lugar de escolarización.....	237
1.19.- Nivel escolar.....	239
1.20.- Trayectoria escolar.....	243
1.21.- Antecedentes psiquiátricos.....	245
1.22.- Procedencia.....	251
1.23.- Motivo de consulta.....	253
1.24.- Diagnóstico.....	257
1.25.- Orientación terapéutica.....	261
1.26.- Especificación del tratamiento si es necesario.....	263

2.- ANALISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS.....266

Diagnóstico y :

2.1 Sexo.....	269
2.2 Edad.....	272
2.3 Datos padre.....	275
2.4 Datos madre.....	278
2.5 Situación conyugal.....	281
2.6 Número de hermanos del paciente.....	284
2.7 Lugar que el paciente ocupa dentro de la fratria.....	287
2.8 Convivencia.....	290
2.9 Situación laboral del padre.....	293
2.10 Situación laboral de la madre.....	296
2.11 Edad del padre.....	299
2.12 Lugar de nacimiento del padre.....	302
2.13 Edad de la madre.....	305
2.14 Lugar de nacimiento de la madre.....	308
2.15 Nivel socioprofesional de la familia.....	311
2.16 Situación escolar.....	314
2.17 Si no está escolarizado al cuidado de quién está.....	317
2.18 Lugar de escolarización.....	319
2.19 Nivel escolar.....	322
2.20 Trayectoria escolar.....	326
2.21 Antecedentes psiquiátricos del padre.....	329
2.22 Antecedentes psiquiátricos de la madre.....	332
2.23 Antecedentes psiquiátricos del paciente.....	335
2.24 Procedencia.....	337
2.25 Motivo de consulta.....	341
2.26 Orientación terapéutica.....	345
2.27 Especificación del tratamiento si es necesario.....	348

VI. COMENTARIOS A LOS RESULTADOS DEL ANALISIS ESTADISTICO COMPARATIVO.....352

1. Edad.....	354
2. Sexo.....	357
3. Datos del padre y de la madre.....	358
4. Situación conyugal.....	359
5. Composición de la fratria.....	360
6. Convivencia.....	361
7. Situación laboral del padre y de la madre.....	362
8. Edad del padre y de la madre.....	363
9. Lugar de nacimiento del padre y de la madre.....	364
10. Nivel socioprofesional de la familia.....	365
11. Situación escolar.....	366
12. Al cuidado de.....	367
13. Lugar donde realiza sus estudios.....	368

14 Nivel escolar.....	368
15 Trayectoria escolar.....	370
16 Antecedentes psiquiátricos.....	371
17 Procedencia.....	372
18 Motivos de consulta.....	373
19 Orientación terapéutica.....	374
20 Tratamiento necesario.....	376

VII. REVISIÓN COMPARATIVA DE NUESTRO ESTUDIO Y
OTROS TRABAJOS EPIDEMIOLÓGICOS.....377

1. Edad.....	379
2. Sexo.....	385
3. Situación conyugal.....	388
4 Composición de la fratria.....	390
5 Convivencia.....	391
6 Nivel socioprofesional.....	393
7 Antecedentes psiquiátricos.....	394
8 Diagnóstico.....	396
9 Motivos de consulta.....	398
10 Procedencia.....	401

VIII.- COMPARACIÓN ENTRE NUESTRA MUESTRA Y
LA POBLACIÓN.....404

1. Edad.....	406
2. Sexo.....	407
3. Nivel escolar.....	408
4. Lugar dónde realizan sus estudios.....	409

IX.- CONCLUSIONES.....410

1. Hipótesis de trabajo.....	412
2. Conclusiones generales.....	428

X - BIBLIOGRAFÍA.....442

XI - ANEXOS.....466

INDICE DE CUADROS

CUADRO I (Distribución de las consultas realizadas en diferentes Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil dependiendo de la edad en que se realizan).....	41
CUADRO II (Distribución de la consulta en un Servicio de Guidance Infantil según la edad en que se realiza. J.I. ANDONEGUI, 1.979).....	42
CUADRO III (Distribución de la consulta en un Servicio de psiquiatría hospitalario según la edad en que se realiza. J.M. OCAÑA, 1.982).....	43
CUADRO IV (Distribución de la consulta en un Servicio de psiquiatría hospitalario según la edad en que se realiza. M.SUNYER, 1.982).....	44
CUADRO V (Comparación en diferentes países de la distribución de la población consultante en función de la edad E. JONGEN, G. MOUVET, A. WUIDAR y cols. 1.973).....	45
CUADRO VI (Distribución de la consulta en los Centros de Salud Mental Infantil del área de Oviedo Aviles. E. SERRANO GUERRA y J. L. PEDREIRA, 1.990).....	46
CUADRO VII (Registros comparativos sobre la edad de consulta en diferentes estudios. W. BETTSCHART y Cols., 1.978, F. CASADEBAIG y Cols., 1.976, R. SADOUN y Cols., 1.976, J.I. ANDONEGUI, 1.982, M. SUNYER 1.982, J.M. OCAÑA 1.982 y P.BRUN-NEY y Cols., 1.984).....	47
CUADRO VIII (Distribución de la consulta en función de la edad sobre una población de 6.451 sujetos).....	48
CUADRO IX (Porcentajes y sex-ratio obtenidos en distintas Consultas de Psiquiatría infantil en función del sexo).....	57
CUADRO X (Sex-ratio de la población atendida. Diferentes estudios).....	59
CUADRO XI (Distribución de la consulta en función del sexo y la edad en el Centro de Salud Mental Infantil del área de Oviedo. E. SERRANO GUERRA 1.990).....	62

CUADRO XII (Situación conyugal G. LANDONI, 1.973).....	81
CUADRO XIII (Situación conyugal J.I.ANDONEGUI, 1.973)..	81
CUADRO XIV (Situación conyugal J.P. THEVENOT y N. QUEHADA, 1.989).....	82
CUADRO XV (Número de hermanos y lugar que ocupan dentro de la fratria. R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON, 1.976).....	85
CUADRO XVI (Convivencia familiar. R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON, 1.976).....	86
CUADRO XVII (Convivencia familiar. J.P. THEVENOT y N. QUEHADA, 1.989).....	87
CUADRO XVIII (Convivencia familiar. J. I. ANDONEGUI, 1.979).....	88
CUADRO XIX (Convivencia familiar. C. CHILAND, 1.971)...	98
CUADRO XX (Convivencia familiar. F. CASADEBAIG y N. QUEHADA, 1.989).....	100
CUADRO XXI (Nivel socioprofesional. G. LANDONI, 1.973).	101
CUADRO XXII (Nivel socioprofesional. J. I. ANDONEGUI, 1.979).....	102
CUADRO XXIII (Categorías socioprofesionales: comparación entre la población y la muestra. C. CHILAND, 1.971).....	103
CUADRO XXIV (Nivel socioprofesional de las tres muestras. C. CHILAND, 1.971).....	104
CUADRO XXV (Diferentes investigaciones sobre la situación conyugal. G. LANDONI, 1.973, J.I.ANDONEGUI, 1.973, J.P.THEVENOT y N.QUEHADA, 1.988).....	105
CUADRO XXVI (Diferentes investigaciones sobre la convivencia del niño. R.SADOON, F.CASADEBAIG y F.HATON, 1.976, J.P. THEVENOT y N. QUEHADA, 1.978, J.I. ANDONEGUI, 1.979).....	107
CUADRO XXVII (Situación escolar de los niños atendidos en el Centro de Salud Mental. E.SERRANO, 1.990, J.L. PEDREIRA, 1.990, J.L. PEDREIRA, 1.990).....	116

CUADRO XXVIII (Porcentaje de niños que acuden a consulta y antecedentes psicológicos psiquiátricos de los padres. R. SADOUN, F. CASADEBAIG y F. HATON, 1.976).....	122
CUADRO XXIX (Procedencia de la demanda. P. BRUN-NEY, D. BLOND y D. GOLLA, 1.984)	125
CUADRO XXX (Procedencia de la demanda. J.I. ANDONEGUI, 1.973).....	128
CUADRO XXXI (Procedencia de la demanda. G. LANDONI y Cols., 1.973).	127
CUADRO XXXII (Procedencia de la demanda. F. CASADEBAIG y N. QUEMADA, 1.989).....	128
CUADRO XXXIII (Procedencia de la consulta en diferentes países. JONGEN E., MOUVET G., WUIDAR A., GABEL M., KLEIN F., LEBOUTEILLER M.P., BETTSCHART W. y MERLUS G., 1.973).....	129
CUADRO XXIV (Procedencia de la consulta. M. SUNYER, 1.982).....	130
CUADRO XXXV (Procedencia de la consulta. THEVENOT J.P. y QUEMADA N., 1.989).....	131
CUADRO XXXVI. (Remitentes de la demanda en el Centro de Salud Mental de Mieres. A.E. SANCHEZ GUTIERREZ, 1.990).....	132
CUADRO XXXVII. (Remitentes de la demanda en el Centro de Salud Mental de Oviedo. E. SERRANO GUERRA, 1.980).....	133
CUADRO XXXVIII (Porcentajes de motivos de consulta en los pacientes enviados por el profesor a la Unidad de Psiquiatría Infantil. M. STAMBACK, 1.975)....	134
CUADRO XXXIX (CUADRO comparativo de diversas investigaciones sobre la procedencia de los pacientes en un Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.....	135
CUADRO XL (Motivos de consulta en un Centro de Psiquiatría infantil.G. LANDONI, 1.973).....	138
CUADRO XLI (Motivos de consulta. R. SADOUN, F. CASADEBAIG y F. HATON.1.978).....	139

CUADRO XLII (Motivos de consulta. J.M. OCAÑA, 1.973)...	140
CUADRO XLIII (Motivos de consulta. H.SUNYER, 1.982)...	141
CUADRO XLIV (Motivos de consulta. F. CASADEBAIG y N. QUEMADA, 1.989).....	142
CUADRO XLV (Motivos de consulta en el Centro de Salud Mental de Mieres. A. E. SANCHEZ GUTIERREZ, 1.990).....	143
CUADRO XLVI (Motivos de consulta en el Centro de Salud Mental de Oviedo. E. SERRANO GUERRA, 1.990).....	144
CUADRO XLVII (Motivos de consulta, recopilación).....	145
CUADRO XLVIII (Diagnósticos.Informes técnicos del Gobierno Vasco. Número 3, 1.984).....	171
CUADRO XLIX (Diagnósticos.Informes técnicos del Gobierno Vasco. Número 3, 1.984).....	172
CUADRO L (Diagnósticos. J.M. OCAÑA, 1.982).....	173
CUADRO LI (Diagnósticos. M. SUNYER, 1.982).....	174
CUADRO LII (Diagnósticos reagrupados. H. SUNYER, 1.982).....	175
CUADRO LIII (Diagnósticos. R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON, 1.976).....	178
CUADRO LIV (Diagnósticos. J.I. ANDONEGUI, 1.973).....	177
CUADRO LV (Diagnósticos. WETTSCHART W., HENNY R., BOLOGNINI M., 1.978).....	178
CUADRO LVI (Diagnósticos Centro de Salud Mental de Mieres. A. E. SANCHEZ GUTIERREZ, 1.990).....	179
CUADRO LVII (Diagnósticos Centro de Salud Mental de Oviedo. E. SERRANO GUERRA, 1.990).....	180
CUADRO LVIII (Tipo de intervención en la Unidad de Infantil del área de Mieres (Principado de Asturias) A. E. SANCHEZ GUTIERREZ. 1.990).....	184
CUADRO LIX (Tipo de intervención en el Centro de Salud Mental Infantil del área de Oviedo. E. SERRANO GUERRA, 1.990).....	185

CUADRO LX.(Distribución de las edades en que se realiza la consulta).....	189
CUADRO LXI.(Distribución reagrupada según la edad en la que se realiza la consulta.).....	191
CUADRO LXII.(Distribución de la población según el sexo).....	193
CUADRO LXIII (Datos relativos al padre sobre el total de la población.).....	194
CUADRO XLIV. (Datos relativos al padre sobre el total de los datos conocidos.).....	195
CUADRO LXV. (Datos relativos a la madre sobre el total de la población.).....	196
CUADRO LXVI. (Datos relativos a la madre sobre el total de los datos conocidos.).....	197
CUADRO LXVII.(Situación conyugal sobre el total de la población estudiada.).....	199
CUADRO LXVIII. (Situación conyugal sobre el total de los datos conocidos.).....	199
CUADRO LXIX. (Número de hermanos de los pacientes de la población estudiada.).....	201
CUADRO LXX. (Número de hermanos reagrupados de los pacientes de la población estudiada.).....	202
CUADRO LXXI. (Lugar que ocupa el paciente dentro de la fratria.).....	204
CUADRO LXXII. (Convivencia.).....	206
CUADRO LXXIII. (Convivencia reagrupada.).....	206
CUADRO LXXIV. (Situación laboral del padre de los pacientes que consultan en la Unidad.).....	209
CUADRO LXXV. (Situación laboral del padre de los pacientes que consultan en la Unidad sobre el total de los que viven.).....	209
CUADRO LXXVI. (Situación laboral de la madre.).....	212

CUADRO LXXVII. (Distribución de la situación laboral de la madre sobre el total de las madres que viven.).....	212
CUADRO LXXVIII. (Edad del padre.).....	216
CUADRO LXXIX. (Edad del padre reagrupada sobre el total de los padres que viven.).....	218
CUADRO LXXX. (Edad de la madre.).....	220
CUADRO LXXXI. (Edad de la madre reagrupada sobre el total de las madres que viven).....	222
CUADRO LXXXII. (Lugar de nacimiento del padre.).....	225
CUADRO LXXXIII. (Lugar de nacimiento del padre sobre el total de los casos conocidos.).....	225
CUADRO LXXXIV. (Lugar de nacimiento de la madre).....	228
CUADRO LXXXV. (Lugar de nacimiento de la madre sobre el total de los casos conocidos.).....	229
CUADRO LXXXVI. (Nivel socioprofesional de la familia).....	231
CUADRO LXXXVII. (Nivel socioprofesional de la familia sobre el total de casos conocidos.).....	232
CUADRO LXXXVIII. (Situación escolar de la población consultante.).....	233
CUADRO LXXXIX. (Situación escolar de la población consultante sobre el total de los datos conocidos).....	234
CUADRO XC. (Situación de los pacientes no escolarizados al cuidado de...).....	236
CUADRO XCI. (Lugar de escolarización de la población estudiada.).....	237
CUADRO XCII. (Nivel escolar de los pacientes que acuden a consulta.).....	238
CUADRO XCIII. (Nivel escolar reagrupado de los pacientes que acuden a consulta.).....	241
CUADRO XCIV. (Trayectoria escolar de los pacientes).....	243
CUADRO XCV. (Frecuencias de los antecedentes psiquiátricos del padre, de la madre y del paciente.).....	247

CUADRO XCVI. (Porcentajes de los antecedentes psiquiátricos del padre, de la madre y del paciente.)..	247
CUADRO XCVII. (Análisis de los antecedentes psicológicos-psiquiátricos de del paciente y de sus padre).....	248
CUADRO XCVIII. (Procedencia.).....	252
CUADRO XCIX. (Motivos de consulta.).....	254
CUADRO C. (Motivos de consulta recategorizados.).....	256
CUADRO CI. (Diagnósticos.).....	258
CUADRO CII. (Diagnósticos sobre la población diagnosticada).....	259
CUADRO CIII. (Orientación terapéutica.).....	261
CUADRO CIV. (Distribución del tipo de tratamiento necesario para los 420 casos de indicación de tratamiento necesario.).....	264
CUADRO CV. (Distribución del tipo de tratamiento necesario sobre el total de la población que solicita consulta.).....	264
CUADRO CVI. (Comparación entre nuestra población y los estudios de E.JONGEN, G.MOUVET y A.WUIDAR 1.973 en relación a la edad.).....	378
CUADRO CVII. (Distribución de los pacientes que acuden a nuestra Unidad y la distribución obtenida en el CUADRO I.).....	380
CUADRO CVIII (Distribución de las edades de consulta en tres centros de Salud Mental Infanto-Juvenil).....	383
CUADRO CIX. (Sex-ratio de nuestra población en función de los grupos de edad establecidos.).....	386
CUADRO CX. (Tabla comparativa de la Situación Conyugal entre diferentes estudios y nuestros resultados.).....	388
CUADRO CXI. (Distribución en relación con la convivencia entre nuestros pacientes y otros trabajos.).....	391

CUADRO CXII. (Distribución de los pacientes en función de los antecedentes psiquiátricos de los padres en nuestro estudio y en el de R.SADOUN, F.CASADEBAIG, F.HATON (1976).....	394
CUADRO CXIII. (Distribución de la población según la existencia o no de patología en los estudios de ANDONEGUI (1979) ANDONEGUI (1979) y los obtenidos en nuestra Unidad.).....	397
CUADRO CXIV. (Distribución de los motivos de Consulta en los estudios de G. LANDONI (1973), R. SADOUN y Cols. (1973), J.M. OCANA (1982), M. SUNYER (1982), F.CASADEBAIG y Cols. (1989), y nuestros datos de Uribe-Costa.).....	398
CUADRO CXV. (Distribución de la población en función de la Procedencia segun diferentes estudios)...	401
CUADRO CXVI (Distribución de la población en función de la edad. Comparación entre nuestra muestra y la población).....	406
CUADRO CXVII (Distribución de la población en función del sexo. Comparación entre nuestra muestra y la población).....	407
CUADRO CXVIII (Distribución de la población en función del nivel escolar. Comparación entre nuestra muestra y la población).....	408
CUADRO CXIX (Distribución de la población en función del lugar donde realizan sus estudios. Comparación entre nuestra muestra y la población).....	409
CUADRO CXX. (Distribución de la población en función de la existencia o no de patología y la Procedencia).....	416
CUADRO CXXI (Distribución de la población en función de la existencia o no de patología y de la iniciativa propia o ajena.).....	417
CUADRO CXXII (Distribución entre el nivel socioprofesional y patología.).....	419
CUADRO CXXIII (Distribución entre la actividad laboral de la madre y la patología).....	421

CUADRO CXXIV (Distribución entre los pacientes
cuyos padres (varones) tienen antecedentes
psiquiátricos y la ausencia o presencia de
patología en el paciente.).....423

CUADRO CXXV (Distribución entre los pacientes
cuyas madres tienen antecedentes psiquiátricos
y la ausencia o presencia de patología en el
paciente.).....425

CUADRO CXXVI (Distribución de la situación conyugal
en función de la existencia o no de patología.).....427

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	Sexo.....	271
TABLA 2	Edad.....	274
TABLA 3	Datos relativos al padre.....	277
TABLA 4	Datos relativos a la madre.....	280
TABLA 5	Situación conyugal.....	283
TABLA 6	Número de hermanos del paciente.....	286
TABLA 7	Lugar que el paciente ocupa dentro de la fratria.....	289
TABLA 8	Convivencia.....	292
TABLA 9	Situación laboral del padre.....	295
TABLA 10	Situación laboral de la madre.....	298
TABLA 11	Edad del padre.....	301
TABLA 12	Lugar de nacimiento del padre.....	304
TABLA 13	Edad de la madre.....	307
TABLA 14	Lugar de nacimiento de la madre.....	310
TABLA 15	Nivel socioprofesional de la familia.....	313
TABLA 16	Situación escolar.....	316
TABLA 17	Si no está escolarizado al cuidado de quién está.....	318
TABLA 18	Dónde está escolarizado.....	321
TABLA 19	Nivel escolar.....	324
TABLA 20	Trayectoria escolar.....	328
TABLA 21	Antecedentes psiquiátricos del padre.....	331
TABLA 22	Antecedentes psiquiátricos de la madre.....	334
TABLA 23	Antecedentes psiquiátricos del paciente.....	336
TABLA 24	Procedencia.....	339
TABLA 25	Motivo de consulta.....	343
TABLA 26	Orientación terapéutica.....	347
TABLA 27	Especificación del tratamiento si es necesario.....	351

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1 Distribución de la población según la edad en que consultan.....	190
GRAFICO 2 Distribución de la población según la edad en que consultan (reagrupados).....	191
GRAFICO 3 Distribución de la población según el sexo...	193
GRAFICO 4 Datos relativos al padre sobre el total de la población.....	195
GRAFICO 5 Datos relativos a la madre sobre el total de la población.....	197
GRAFICO 6 Situación conyugal de los padres de los pacientes.....	200
GRAFICO 7 Número de hermanos (sobre el total de los casos conocidos).....	202
GRAFICO 8 Lugar del paciente en la fratria (sobre el total de los casos conocidos).....	204
GRAFICO 9 Convivencia (Con quién vive el paciente).....	207
GRAFICO 10 Situación laboral del padre (sobre los padres que viven).....	210
GRAFICO 11 Situación laboral de la madre (sobre el total de las que viven).....	213
GRAFICO 12 Situación laboral de los padre (sobre el total de los que viven).....	214
GRAFICO 13 Edad del padre (sobre el total de los que viven).....	217
GRAFICO 14 Edad de la madre (sobre el total de las que viven).....	221
GRAFICO 15 Edad del padre y de la madre.....	223
GRAFICO 16 Lugar de nacimiento del padre sobre el total de los casos conocidos.....	226
GRAFICO 17 Lugar de nacimiento de la madre (sobre el total de los casos conocidos).....	229

GRAFICO 18	Lugar de nacimiento de los padre (sobre el total de los casos conocidos).....	230
GRAFICO 19	Nivel socioprofesional de la familia el total de los casos conocidos).....	232
GRAFICO 20	Situación escolar de la población atendida..	234
GRAFICO 21	Situación de los pacientes no escolarizados.	236
GRAFICO 22	Centro donde realizan sus estudios los pacientes atendidos.....	238
GRAFICO 23	Nivel escolar de los pacientes (reagrupado).	242
GRAFICO 24	Trayectoria escolar.....	244
GRAFICO 25	Antecedentes asistenciales (sobre el total de la población).....	248
GRAFICO 26	Antecedentes asistenciales (Tipo de antecedentes).....	250
GRAFICO 27	Procedencia de la consulta.....	252
GRAFICO 28	Motivo de consulta.....	255
GRAFICO 29	Motivo de consulta (reagrupado).....	258
GRAFICO 30	Diagnóstico (sobre los realizados).....	260
GRAFICO 31	Orientación terapéutica.....	262
GRAFICO 32	Tipo de tratamiento indicado.....	265

I JUSTIFICACION

I JUSTIFICACION

En el presente trabajo, llevaré a cabo un estudio descriptivo de la población que acude a un Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. En este país y en la actualidad son muy escasos los estudios que reflejan el tipo y las características de la demanda que reciben estas Unidades.

El Informe realizado por la Comisión de Expertos en Psiquiatría Infantil formada por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, planteó en el año 1982 la necesidad de estudiar la asistencia psiquiátrica infanto-juvenil en Euskadi. En dicho Informe (Informes Técnicos número 3, 1984) se deja constancia de cómo es sabido que al menos el 5% de la población infantil presenta problemas de orden psicológico o psiquiátricos severos y un porcentaje aún mayor trastornos leves.

La creación de Servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil aún está por desarrollar, a pesar de la importancia que el desarrollo de estos servicios han de tener en la prevención de la Salud Mental adulta.

Es importante resaltar la escasa atención que se ha dedicado a realizar estudios epidemiológicos sobre la descripción y el análisis de la demanda que se recibe en un Servicio de Psiquiatría Infantil. Los mayores trabajos epidemiológicos a este respecto han sido dirigidos hacia la población que consulta en los servicios de Psiquiatría de adultos.

Caben diferentes explicaciones sobre la falta de estudios epidemiológicos relativos al mundo de la Psiquiatría infantil. Explicaciones que hablan del mayor interés en resolver los problemas creados con la patología psíquica del adulto, u otras que ven actitudes particularmente reacias a la hora de considerar al niño como objeto de estudio de la Psiquiatría o de la Psicología clínica, pasando por las que excusan la falta debido a las dificultades concretas que plantean los trabajos en el campo de la epidemiología infantil.

Sin embargo, sería de gran interés para la realización de una política asistencial realista disponer de estudios epidemiológicos, que permitieran conocer con detalle el tipo de demanda que se realiza en las Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

El conocimiento de la demanda aportaría tener datos cuantitativos (cuántos consultan) y cualitativos (por qué consultan, en qué condiciones...). Posteriormente un análisis estadístico adecuado nos permitiría también, conocer si existe alguna variable discriminatoria en el hecho de consultar en un Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

En este trabajo pretendemos estudiar dos grupos de variables. Unas sociodemográficas tales como la edad, el sexo, el tipo de familia, etc y otras de orden clínico referidas al motivo de consulta, la procedencia o fuente de derivación, los antecedentes psiquiátricos-psicológicos de los pacientes, el diagnóstico y la indicación terapéutica.

Pensamos que la realización de este estudio sobre la demanda que se atiende en los Servicios de Psiquiatría

Infantil puede arrojar datos importantes con vistas a poder realizar investigaciones posteriores que permitan abordar adecuadamente, desde un punto de vista cualitativo y cuantitativo, la asistencia psiquiátrica de la población infanto-juvenil. Ello, sin duda, favorecería una mejor Salud Mental adulta.

II OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO

II OBJETIVOS E HIPOTESIS DE TRABAJO

El estudio se encuadra dentro de una investigación epidemiológica descriptiva. Esta nos permitirá determinar la frecuencia y la distribución de los trastornos psíquicos de la colectividad que estudiamos, así como de sus características más importantes.

Nos planteamos los siguientes objetivos:

- 1º Investigar acerca de la demanda que se recibe en una Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- 2º Realizar una descripción sociodemográfica de la población consultante.
- 3º Describir los antecedentes psiquiátricos de los padres y del paciente que acude a consulta.
- 4º Describir las fuentes de derivación utilizadas para remitir pacientes al Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.
- 5º Describir las necesidades asistenciales de la población infanto-juvenil.
- 6º Describir las indicaciones terapéuticas dadas a los pacientes.
- 7º Analizar la relación entre el diagnóstico y el resto de las variables estudiadas

Las hipótesis de trabajo que detallamos a continuación surgen del deseo de estudiar la relación entre los datos sociodemográficos y los datos médicos:

- 1a El mayor número de consultas se solicitan cuando el paciente tiene entre 5 y 9 años.
- 2a El número de varones que consulta en nuestro Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil es mayor que el número de niñas.
- 3a La patología varía en función del sexo de los consultantes.
- 4a La patología que observamos en los pacientes será diferente en función de quien remita el caso a la Unidad.
- 5a Las consultas que se realizan por indicación de alguien ajeno a la familia presentan patología con más frecuencia que las realizadas por propia iniciativa.
- 6a Existe relación entre el nivel socioprofesional de la familia y la patología del niño.
- 7a No hay relación entre la actividad profesional de la madre y el diagnóstico del paciente.
- 8a Existe mayor frecuencia de patología entre los hijos cuyos padres tienen antecedentes psiquiátricos que entre aquellos cuyos padres (varones) no tienen antecedentes psiquiátricos.

9a Existe mayor frecuencia de patología entre los hijos cuyas madres tienen antecedentes psiquiátricos que entre aquellos cuyos madres no tienen antecedentes psiquiátricos.

10a Existe mayor patología entre los pacientes cuyos padres no viven unidos que entre aquellos cuyos padres viven unidos.

III MATERIAL Y METODOS

III MATERIAL Y METODOS

1. DESCRIPCION DEL CONSORCIO URIBE COSTA, SALUD MENTAL

Creación y composición:

Con fecha 24 de diciembre de 1981 la Viceconsejería de Administración Local del Departamento de Presidencia del Gobierno Vasco, aprobó la constitución y los Estatutos del Consorcio Uribe Costa Salud Mental.

El Consorcio estaba integrado por la Excma. Diputación Foral del Señorío de Vizcaya y los municipios de la Comarca de Uribe Costa: Getxo, Berango, Sopelana, Urdúliz, Barrika, Górliz, Plencia y Lemóniz.

La Excma. Diputación Foral del Señorío de Vizcaya en aquella época, era la responsable, casi en exclusiva, de la asistencia psiquiátrica tradicional. Esta competencia de la Excma. Diputación, es compartida por los municipios a partir de la interpretación dada a la Ley de Bases de Sanidad Local. La creación de la figura de Consorcio se forma a partir de la heterogeneidad de organismos, pensando que jurídicamente es la más idónea.

En enero de 1985 la composición de Consorcio es modificada, al entrar como miembro de pleno derecho, el Ayuntamiento de Lejona. A partir del 1 de agosto del mismo año, como resultado de la ley 27/1983 de 25 de noviembre,

relativa a las competencias en materia de Sanidad, el Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco se subroga en los derechos y obligaciones que la Excm. Diputación Foral del Señorío de Vizcaya asumía en el Consorcio.

Financiación:

La financiación del Consorcio proviene en su cincuenta por ciento del Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social de Gobierno Vasco y el restante cincuenta por ciento de las aportaciones de los ayuntamientos consorciados en proporción directa al número de habitantes de derecho empadronados en cada uno de ellos.

Régimen orgánico:

Conforme está determinado en sus Estatutos y por orden jerárquico, está integrado por: a) La Asamblea General, b) La Comisión Ejecutiva y c) La Presidencia del Consorcio.

La Asamblea General, está compuesta por 25 vocales representantes de los diferentes ayuntamientos consorciados y del Gobierno Vasco. La distribución como hemos mencionado anteriormente está en función del número de habitantes de derecho de cada ayuntamiento. Es el órgano supremo de dirección del Consorcio. Debe reunirse como mínimo dos

veces al año: en el primer trimestre para examinar y resolver el balance, cuenta de resultados y memoria de actividades del ejercicio anterior y en el último trimestre para examinar y decidir sobre el presupuesto de gastos e ingresos para el próximo ejercicio.

La Comisión Ejecutiva es el órgano permanente de gobierno y administración con plena autonomía. Está integrada por la Presidencia y 11 vocales: dos del Departamento de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social y uno por cada uno de los ayuntamientos. Se reúne preceptivamente en sesión ordinaria una vez al mes.

La Presidencia del Consorcio es designada por la Asamblea general entre sus miembros, en escrutinio secreto y directo. El presidente designa entre los vocales dos vicepresidentes, que le sustituyen en caso de ausencia. Representa judicial y extrajudicialmente al Consorcio.

Existen tres Comisiones Informativas creadas por la Asamblea General:

- 1.- Comisión de Régimen Interior.
- 2.- Comisión Económico-Financiera.
- 3.- Comisión Técnica.

Organización y actividad asistencial:

Desde el punto de vista organizativo y asistencial, en el Consorcio existen tres unidades diferenciadas en cuanto a sus funciones y actividades se refiere, además de los servicios de gerencia y administración: a) La Unidad de Psiquiatría ambulatoria de Adultos, b) La Unidad de Psiquiatría Infantil y c) La Oficina de Información y Actividades Comunitarias. Cada una de ellas dirigidas por un jefe de Unidad, y las tres por un Director Médico. El director es el responsable último del funcionamiento general de las unidades. Para su asesoramiento, el director cuenta con la Junta Facultativa, en la que se examinan todos los aspectos de la Institución. Esta Junta está compuesta por:

- Presidente del Consorcio.
- Director (Jefe de Unidad de Psiquiatría de Adultos).
- Jefe de Unidad de Psiquiatría Infantil.
- Subjefe de Unidad de Psiquiatría de Adultos
- Subjefe de Unidad de Psiquiatría Infantil.
- Jefe de la Oficina de Información y Actividades Comunitarias.
- Gerente.

La actividad asistencial del Consorcio Uribe Costa Salud Mental, se realiza en dos locales ubicados en el Municipio de Getxo. En uno de ellos se realizan las actividades de la Unidad de Adultos: consulta ambulatoria de Psiquiatría de adultos, consulta ambulatoria de

alcoholismo y toxicomanías y Hospital de Día. En otro local se realizan las labores de la Unidad de Psiquiatría Infantil.

Población que atiende:

En el momento al que se refiere la investigación que llevamos a cabo, la población que atendía el Consorcio Uribe Costa Salud Mental era de 120.238 habitantes de los cuales 43.913 tienen menos de 22 años (32.482 menos de 16).

El tamaño de la red social tiene un valor medio y puede considerarse como "cerrada", existe una presencia predominante de miembros familiares, es homogénea culturalmente y está muy interrelacionada.

Su carácter inicial como área experimental ha originado diversas investigaciones. Este sentido es una población muy estudiada desde diversos ángulos de la salud mental.

2. CENSO

El estudio se ha realizado a partir de la totalidad de los pacientes que demandaron consulta en la Unidad de

Psiquiatría Infantil del Consorcio Uribe Costa Salud Mental durante los años 1986 y 1987.

El total de casos que fueron atendidos en primera consulta fue de 752 , con edades comprendidas entre los 10 meses y los 21 años.

3 . METODO

Los datos han sido recogidos en dos fases: la primera de ellas a través del registro de demanda realizado por la Diplomada Social de la Unidad y la segunda a partir de los datos, referidos al diagnóstico y a la orientación terapéutica, aportados por los psiquiatras y psicólogos de la Unidad

Las variables estudiadas son las siguientes:

- V.1.- Edad.
- V.2.- Sexo.
- V.3.- Datos relativos al padre.
- V.4.- Datos relativos a la madre.
- V.5.- Situación conyugal.
- V.6.- Número de hermanos del paciente.
- V.7.- Lugar que el paciente ocupa dentro de la fratria.
- V.8.- Convivencia.
- V.9.- Situación laboral del padre.

- V.10.- Situación laboral de la madre.
- V.11.- Edad del padre.
- V.12.- Edad de la madre.
- V.13.- Lugar de nacimiento del padre.
- V.14.- Lugar de nacimiento de la madre.
- V.15.- Nivel socioprofesional de la familia.
- V.16.- Situación escolar.
- V.17.- Si no está escolarizado al cuidado de quién está
- V.18.- Dónde está escolarizado.
- V.19.- Nivel escolar.
- V.20.- Trayectoria escolar.
- V.21.- Antecedentes psiquiátricos-psicológicos del padre.
- V.22.- Antecedentes psiquiátricos-psicológicos de la madre.
- V.23.- Antecedentes psiquiátricos-psicológicos del
paciente.
- V.24.- Procedencia.
- V.25.- Motivo de consulta.
- V.26.- Diagnóstico.
- V.27.- Orientación terapéutica.
- V.28.- Especificación del tratamiento si es necesario.

El cuestionario de entrada es realizado a todos los pacientes cuando éstos solicitan ser atendidos en el Centro. Este cuestionario ha sido realizado siempre por una misma persona (Diplomada Social) y en él se recogen todos los datos relativos a la filiación personal, situación socioprofesional, actividad laboral, situación escolar, trayectoria escolar, motivo de consulta y procedencia.

Los datos relativos al diagnóstico y orientación terapéutica, han sido referidos por cinco clínicos (dos psiquiatras y tres psicólogos)

Es importante resaltar que a lo largo del período de estudio al que hemos limitado el trabajo, el equipo ha permanecido inalterable tanto en su composición numérica como en las personas. Por ello, la fiabilidad de los datos consideramos que es alta, incluso en el tan problemático tema de los diagnósticos, donde los criterios personales y las fluctuaciones del personal laboral pueden producir variaciones.

4. INSTRUMENTOS :

Los datos recogidos en el cuestionario de demanda son los siguientes:

V.0 NUMERO DE HISTORIA.

V.1 EDAD:

(Los años cumplidos del paciente el día que solicita consulta)

V.2 SEXO:

1. Varón.
2. Hembra.

V.3 DATOS RELATIVOS AL PADRE:

- 0. No consta.
- 1. Vive.
- 2. Fallecido.
- 3. Desconocido.

V.4 DATOS RELATIVOS A LA MADRE:

- 0. No consta.
- 1. Vive.
- 2. Fallecido.

V.5 SITUACION CONYUGAL:

- 0. No consta.
- 1. Padres unidos.
- 2. Padres separados.
- 3. Niño huérfano.
- 4. Madre soltera.

V.6 NUMERO DE HERMANOS (incluido él):

- 0. no consta.
- (registrar el número de hermanos).

V.7 LUGAR QUE OCUPA DENTRO DE LA FRATRIA:

- 0. No consta.

1. El mayor.
2. Intermedio.
3. Menor.
4. Unico.

V.8 CONVIVENCIA:

0. No consta.
1. Vive con sus dos padres.
2. Vive con uno de sus padres.
3. Vive con uno de sus padres unido en segundas o más nupcias.
4. Vive con miembros de su familia.
5. Vive en una institución.
6. Adoptado.

V.9 SITUACION LABORAL DEL PADRE:

0. No consta.
1. Activo.
2. Paro.
3. Incapacidad laboral.
4. Jubilación.
6. Fallecido o desconocido.

V.10 SITUACION LABORAL DE LA MADRE:

0. No consta.
1. Activo.
2. Paro y ama de casa.
3. Incapacidad laboral.

4. Jubilación.

V.11 EDAD DEL PADRE:

0. No consta.

(Registrar su edad en el momento de la consulta).

V.12 EDAD DE LA MADRE:

0. No consta.

(Registrar su edad en el momento de la consulta).

V.13 LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE:

0. No consta.

1. Vizcaya.

2. Resto de la Comunidad Autónoma.

3. Resto de España.

4. Extranjero.

V.14 LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE:

0. No consta.

1. Vizcaya.

2. Resto de la Comunidad Autónoma.

3. Resto de España.

4. Extranjero.

V.15 NIVEL SOCIAL DE LA FAMILIA:

- 0. No consta.
- 1. Nivel alto (directores generales, ejecutivos de alto nivel).
- 2. Nivel medio-alto (profesiones liberales, técnicos de cualificación universitaria, pequeños propietarios, administrativos superiores, comerciantes).
- 3. Nivel medio-bajo (empleados, vendedores, servicios, administrativos medios, marinos, obreros cualificados).
- 4. Nivel bajo (agricultores, obreros no cualificados, pescadores).
- 5. Nivel de pobreza (paro mantenido, dependencia de instituciones benéficas o ayuda social).

V.16 SITUACION ESCOLAR:

- 0. No consta.
- 1. Está escolarizado.
- 2. No está escolarizado por no haber cumplido la edad.
- 3. Interrupción de la escolaridad.

V.17 SI NO ESTA ESCOLARIZADO, AL CUIDADO DE...:

- 1. Padre o madre.
- 2. Familiares.

- 3. Guardería.
- 4. Empleada.
- 6. Otros.

V.18 ESTA ESCOLARIZADO:

- 0. No consta
- 1. Colegio privado.
- 2. Colegio público.
- 3. Ikastola.

V.19 NIVEL ESCOLAR:

- 0. No consta.
- 1. Maternal.
- 2. Primero de preescolar.
- 3. Segundo de preescolar.
- 4. Primero de E.G.B.
- 5. Segundo de E.G.B.
- 6. Tercero de E.G.B.
- 7. Cuarto de E.G.B.
- 8. Quinto de E.G.B.
- 9. Sexto de E.G.B.
- 10. Séptimo de E.G.B.
- 11. Octavo de E.G.B.
- 12. Primero de B.U.P.
- 13. Segundo de B.U.P.
- 14. Tercero de B.U.P.
- 15. C.O.U.
- 16. Primero de F.P.
- 17. Segundo de F.P.
- 18. Tercero de F.P.

- 19. Graduado escolar.
- 20. REM.
- 21. Otros.

V.20 TRAYECTORIA ESCOLAR:

- 0. No consta.
- 1. Normal.
- 2. Repetidor una o más veces.
- 3. Programa de educación especial.
- 4. Programa de educación especial en centro especializado

V.21 ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PADRE:

- 0. No consta.
- 1. Consulta extrahospitalaria.
- 2. Tratamiento psicológico/psiquiátrico.
- 3. Ingresos psiquiátricos.
- 4. Sin antecedentes.

V.22 ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LA MADRE:

- 0. No consta.
- 1. Consulta extrahospitalaria.
- 2. Tratamiento psicológico/psiquiátrico.
- 3. Ingresos psiquiátricos.
- 4. Sin antecedentes.

V.23 ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PACIENTE:

- 0. No consta.
- 1. Consulta extrahospitalaria.
- 2. Tratamiento psicológico/psiquiátrico.
- 3. Ingresos psiquiátricos.
- 4. Sin antecedentes.

V.24 PROCEDENCIA:

- 0. No consta.
- 1. Propia iniciativa.
- 2. Médico de cabecera o pediatra.
- 3. Servicios hospitalarios.
- 4. Guardería o escuela.
- 5. Especialista en salud mental.
- 6. Servicios sociales.
- 7. Otros.

V.25 SEGUNDA PROCEDENCIA:

(igual que en la variable 24, caso de que el paciente haya sido remitido por más de un agente)

V.26 MOTIVO DE CONSULTA:

- 0. No consta.
- 1. Trastornos de adaptación escolar.
- 2. Trastornos del comportamiento.
- 3. Trastornos de adaptación familiar.
- 4. Trastornos del sueño.
- 5. Trastornos de la esfera oral-alimenticia.

6. Hipercinesia.
7. Trastornos del lenguaje.
8. Trastornos de expresión orgánica.
9. Enuresis.
10. Encopresis.
11. Trastornos de la afectividad (inhibición, excitabilidad, sociabilidad).
12. Conductas agresivas.
13. Tics.
14. Miedos y fobias.
15. Retraso del desarrollo.
16. Intento de suicidio.
17. Otros.

V.27 SEGUNDO MOTIVO DE CONSULTA:

(igual que la variable 26 caso de que el paciente haya sido remitido por dos motivos de consulta).

V.28 TERCER MOTIVO DE CONSULTA:

(igual que la variable 26 caso de que el paciente haya sido remitido por un tercer motivo de consulta).

V.28 DIAGNOSTICO: (Utilizando las categorías de la O.M.S. C.I.D. 9 Revisión y sin especificar las extensiones)

180. Sin datos por interrupción del proceso.
899. Variación dentro de la norma.
299. Psicosis peculiares de la niñez

(incluimos también la prepsicosis y disarmonía evolutiva).

- 300. Neurosis.
- 301. Trastornos de la personalidad.
- 302. Desviaciones y trastornos sexuales.
- 306. Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales.
- 307. Síntomas no clasificables en otra parte.
- 308. Reacción aguda ante gran tensión.
- 309. Reacción de adaptación.
- 310. Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo.
- 311. Trastorno depresivo no clasificable en otra parte.
- 312. Perturbaciones de la conducta no clasificable en otra parte.
- 313. Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y adolescencia.
- 314. Síndrome hiperkinético infantil.
- 315. Retraso específico del desarrollo.
- 316. Factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otra parte.
- 317. Retraso mental.

V.30 ORIENTACION TERAPEUTICA:

- 0. No consta.
- 1. Tratamiento necesario.
- 2. Tratamiento no necesario.
- 3. Interrunpe.

V.31 TRATAMIENTO NECESARIO:

0. No consta.
1. Consultas espaciadas.
2. Terapia medicamentosa.
3. Reeducción (lenguaje, psicomotora o psicopedagógica).
4. Psicoterapia individual.
5. Psicoterapia grupal.
6. Psicoterapia familiar.
7. Derivado.
8. No necesario o interrumpe.

Observaciones:

1/ La edad que ha sido recogida es la que el sujeto tenía en el momento de solicitar la demanda de consulta.

2/ La situación conyugal ha sido valorada en función de si la pareja vive junta (independientemente de estar o no casados).

3/ El nivel socioprofesional de la familia ha sido valorado por la Diplomada Social, en función de la profesión y del trabajo que desarrolla el padre y la madre.

4/ Los antecedentes psiquiátricos del padre, de la madre y del paciente han sido considerados cuando éstos han sido descritos por los padres en la entrevista de demanda.

5/ La procedencia en algunos casos ha sido múltiple y se ha contemplado así en el trabajo estadístico.

6/ El motivo de consulta registrado ha sido el referido en la entrevista de demanda. En algunos casos éste ha sido múltiple.

7/ Los síntomas registrados son los que la familia o el paciente refiere en la entrevista de demanda. Pueden ser múltiples.

5. ESTADISTICA.

En el trabajo estadístico realizado he utilizado el tests de Chi-Cuadrado. Este es uno de los más utilizados en la investigación epidemiológica, además de resultar conveniente para obtener datos referentes a la relación que puede existir entre la variable diagnóstico y el resto de las variables con las que he trabajado.

El Chi-Cuadrado pertenece a los llamados "tests de Hipótesis" y su objetivo es determinar si se puede rechazar la Hipótesis Nula, que postula que los resultados obtenidos en cuanto a la relación de las variables estudiadas son debidos al azar y que, por lo tanto, no existe en la población la relación que observamos en la muestra estudiada.

El Chi-Cuadrado es un Coeficiente de Asociación que se obtiene a partir de la comparación entre las frecuencias

empíricas que hemos obtenido y las "frecuencias teóricas" esperadas. Las frecuencias teóricas son las frecuencias esperadas en una distribución proporcional de los valores de cada variable en todos los casos.

La fórmula es la siguiente:

$$\chi^2 = \sum (f_e - f_t)^2 / f_t$$

La utilización de Chi-Cuadrado, está directamente relacionada con los Grados de Libertad (G. L.). Estos se obtienen a través del producto del número de filas menos uno por el número de columnas menos uno.

$$G. L. = (F-1) (K-1)$$

Hemos trabajado con el Nivel de confianza del 99 % ($p < 0,01$) y del 95 % ($p < 0,05$).

Uno de los requisitos establecidos para que la prueba de Contingencia Chi-Cuadrado pueda aplicarse exige que en las tablas de más de 2×2 es necesario que el número de celdas con frecuencia teórica menor de 5 no sea mayor que el 20 % del total de celdas.

He utilizado también la prueba de "Z" para poder obtener conclusiones en las comparaciones entre dos medias.

IV. ELEMENTOS TEORICOS

IV. ELEMENTOS TEORICOS

1. LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS EN PSIQUIATRIA INFANTIL

La epidemiología es la disciplina que se encarga de estudiar la frecuencia y la distribución de las enfermedades de una población dada en el tiempo y en el espacio, así como los factores que influyen en esta distribución (R. SADOON, 1968).

Los objetivos que persigue son los siguientes:

1/ Evaluar la frecuencia y la distribución de los diferentes trastornos que padece la población en su totalidad o de un grupo determinado.

2/ Estudiar los factores influyentes en la frecuencia y distribución de los trastornos.

3/ Verificar mediante la búsqueda de un número suficiente de casos y a través de análisis estadísticos las hipótesis que han dirigido la investigación.

4/ Evaluar la tasa de curación para poder juzgar las medidas preventivas o de tratamiento.

A la hora de realizar trabajos estadísticos que evalúen la frecuencia hemos de distinguir, siguiendo a R. SADOON (1968), entre la frecuencia de casos nuevos o incidencia y la frecuencia global o prevalencia. La

determinación de ambas es necesaria para poder trabajar en el campo de la prevención y de la planificación asistencial.

La incidencia o frecuencia de casos nuevos indica el número de nuevos casos de aparición de una enfermedad en un período y una población concreta. Se expresa en términos de tasas y habitualmente en la forma de 0/00.

La prevalencia o frecuencia de casos global, indica el número de casos de una enfermedad que existe en un momento concreto. Se expresa al igual que la incidencia en términos de tasas y también habitualmente se hace en 0/00.

Como hemos dicho, la determinación de la frecuencia (tanto global como de casos nuevos) es importante a la hora de la planificación, de la prevención y del tratamiento de la enfermedad. Las dificultades para realizar esta labor son complejas, debido en parte a lo difícil que resulta poder registrar los casos de enfermedad mental. Factores sociales tales como el número de consultas privadas de Psicología o Psiquiatría, la "vergüenza" existente hoy en día en el enfermo mental, etc, etc. hacen que las tasas de frecuencia varíen normalmente de un estudio a otro, incluso cuando éstos son realizados en el mismo país.

P. CHEVALIER (1989) nos da cuenta en su artículo "Prévalence et facteurs sociodémographiques" de estas dificultades, al señalar que la población infantil que acude a los servicios de Psiquiatría Infanto-Juvenil ambulatoria no es equivalente a la población que presenta problemas de orden psíquico.

S. LEBOVICI (1986) menciona como en Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de prevalencia varía del 16,7 al 60,5 0/00 en estudios hechos hasta el año 1950. Después de 1950 la tasa varió de 53 a 83 0/00 . El autor se plantea dos posibles respuestas que podrían explicar esta variación. La primera abogaría por la no concordancia entre las encuestas destinadas a evaluar las necesidades en materia psiquiátrica y las que evalúan la importancia de los trastornos mentales. La segunda iría dirigida a la dificultad de evaluar los criterios para definir los casos y los trastornos mentales.

En el campo de la Psiquiatría infantil, la cuestión se complica aún más por diferentes motivos:

1/ El primer problema lo encontramos a la hora de definir lo que es normalidad y patología en el niño. ¿La ausencia de síntomas ha de considerarse como normalidad?, ¿la presencia de síntomas ligeros contra los que el niño se organiza bien deben considerarse como patología?, ¿nos debemos de basar en la influencia que los síntomas tienen en la vida del niño?, ¿hemos de diagnosticar una patología cuando la madre ha necesitado un apoyo para desarrollar su función?, ¿hemos de esperar a que el niño haya requerido la asistencia de los servicios sociales, médicos o escolares?. Son muchas las preguntas que dificultan el establecimiento claro de la patología en el niño.

2/ La dificultad de definir los cuadros nosológicos con precisión es mucho más difícil en el niño y en el adolescente que en el adulto. Tanto el niño como el adolescente se encuentran inmersos en un proceso evolutivo constante, donde la variación es la norma y donde la

patología y la normalidad están separadas en muchos casos por una línea mal delimitada.

3/ Otra dificultad la encontramos a la hora de establecer lo que son "necesidades psiquiátricas". C. CHILAND (1971) reflexiona sobre las repercusiones que en este punto tiene la idiosincrasia de un país. Sin duda, las peculiaridades de cada país, hacen que el concepto de "necesidad de atención psiquiátrica" pueda variar. Esta autora nos refiere concretamente como la Psicología escolar afronta de diferente manera los trastornos de los alumnos e incluso, no sólo dependiendo del país, sino también del momento concreto en el que se hallen. Para documentar este aspecto cita a WICKMAN (1928), cuando afirma que los maestros apreciaban en su estudio inadecuadamente los trastornos psicológicos de sus alumnos al sobreestimar el valor patológico de las conductas agresivas.

4/ Tanto el niño como el adolescente van a depender en la mayoría de los casos de los adultos para percibir a través de ellos su propia patología. Es decir, dependerá del interés que tengan sus padres de poderse interesar por sus síntomas y la capacidad de que éstos los vean como algo patológico y susceptible de atención y no solamente como una muestra de un carácter del niño sin mayor trascendencia.

A este respecto, BOWER indica que el que un maestro juzge bien la patología o problema de su alumno no depende ni de la experiencia de éste, ni de su edad, ni de los años de universidad, ni de la dimensión de su clase, ni de su estado conyugal, ni del tiempo que lleve dirigiendo la clase, sino del tener una formación específica sobre el desarrollo evolutivo del niño.

A la hora de hacer una valoración del niño o del adolescente, hay que tener en cuenta simultáneamente una serie de aspectos, no podemos hacer esta valoración de manera parcial. Los factores que deben ser estudiados se pueden agrupar en tres grandes bloques: genéticos, somáticos y psicológicos y, por último, factores sociales y del medio.

Como se podrá apreciar en nuestra investigación trabajaremos en el estudio de los factores que aquí hemos denominado somáticos y psicológicos y factores sociales y del medio.

El estudio de los factores influyentes sobre la frecuencia y la distribución de los trastornos mentales está en la base de las investigaciones, cuyos objetivos están puestos en el descubrimiento de causas etiológicas de la enfermedad.

Así pues, tal y como describen M. SOULE y F. SIROL (1988), el trabajo estadístico abre varias puertas al campo de la investigación en Psiquiatría infantil a pesar de que éste sea poco compatible con la experiencia clínica subjetiva casi por definición.

Con vistas a poder realizar estos trabajos epidemiológicos y posteriormente analizar estadísticamente los resultados obtenidos, es de gran importancia el trabajo previo de recogida de datos. Tal y como hemos visto, si pretendemos que la recogida de datos tenga un interés es fundamental que se haga partiendo de una serie de presupuestos y conceptualizaciones comunes, que

posteriormente nos permita trabajar y aprovechar los resultados obtenidos.

S. LEBOVICI, propone la utilización de un registro que sea homogéneo y que esté definido. Este registro homogéneo nos permitiría transmitir informaciones en un lenguaje común y realizar trabajos comparativos entre diferentes servicios e incluso países. La realización de este registro permitiría la elaboración de estudios epidemiológicos y sería una herramienta imprescindible para realizar un trabajo de prevención, planificación y política asistencial, al conocer de una manera real y adecuada las necesidades de cada población.

Esta propuesta evitaría una de las dificultades mencionadas por C. CHILAND (1971) al referirse a los estudios comparativos, cuando nos señala los problemas que presenta su elaboración al encontrarse ante estudios realizados mediante instrumentos diferentes y sometidos a grandes variaciones en el contexto social y realizados bajo criterios no uniformes.

2- DESCRIPCION DE LAS VARIABLES ESTUDIADAS

A continuación realizaremos una revisión de las variables que hemos determinado estudiar. En el estudio de cada una de ellas, realizaré en primer lugar un planteamiento del valor y del interés que tiene la variable. En segundo lugar, trataré de recoger todos los datos aportados por los diferentes autores mencionados en la bibliografía y los estudios realizados en torno al tema (revisión). Por último, recogeré los resultados revisados de forma que sea posible realizar una síntesis y análisis posterior de la información obtenida.

El estudio bibliográfico de cada variable nos permitirá recoger diversas posturas y posicionamientos críticos que nos hablen de experiencias teóricas y/o experimentales que se han realizado al respecto.

2.1. EDAD.

2.1.1. Planteamiento.

El primer problema que se plantea la Psiquiatría y la Psicología clínica infantil viene determinado por las propias características de su objeto de estudio: el niño y su continua evolución, tanto física como psicológica.

Esta evolución permanente hace necesario que consideremos un síntoma en unas ocasiones como un evento patológico y en otras como un hecho que se encuentra dentro de una trayectoria madurativa concreta.

Han sido muchas las clasificaciones que se han realizado con objeto de poder determinar y concretar al máximo todas las etapas, estadios, fases o momentos evolutivos del niño en su proceso de maduración y de desarrollo. Nuestro objetivo no es el de estudiar estas clasificaciones ni el de hallar una solución al problema de la diversidad existente a este respecto, sino el de observar cómo todas ellas tienen en común una preocupación: la de tratar de delimitar, dependiendo del momento evolutivo, cuales son las capacidades, las debilidades y los momentos críticos del niño en un momento determinado.

Como es sabido las manifestaciones psicopatológicas del niño evolucionan dependiendo de su edad. Autores como Ph. MAZET y D. HOUZEL (1981) señalan tres factores como indispensables a la hora de hacer una valoración crítica de

los síntomas que aparecen en la niñez. El primero se refiere a la constatación clínica, según la cual a medida que el niño va creciendo la cualidad del síntoma implica un nivel de mentalización o de interiorización mayor. El niño al ir creciendo deja de expresar por vía corporal los conflictos psíquicos para pasar a expresarlos a través de una sofisticación mayor, gracias a los mecanismos de interiorización y a la mentalización.

En segundo lugar, es importante señalar cómo el desarrollo da lugar a una serie de crisis que pueden considerarse patológicas hoy y no necesariamente mañana. Estos momentos evolutivos claves se dan durante el establecimiento de la concepción de la existencia del otro, hacia los 3 ó 5 años, en la pubertad y en la adolescencia.

Por último y en tercer lugar, también podemos observar momentos difíciles en la evolución del niño dependiendo de las circunstancias y del entorno en el que el niño se halla inmerso. La entrada en el colegio o guardería, el comienzo de determinados aprendizajes escolares o las dificultades de la autonomía del adolescente son ejemplos de estos momentos vitales en el desarrollo.

2.1.2. Revisión.

El cuadro que presentamos a continuación (Cuadro I) recoge en porcentajes las frecuencias referidas a la edad

en la que consultan los pacientes. Todas las investigaciones mencionadas en este cuadro, han sido realizadas distribuyendo la edad de los pacientes en cuatro grupos: de 0 a 4 años, de 5 a 8, de 10 a 14 y de 15 a 19 años.

Las investigaciones llevadas a cabo por F. CASADEBAIG, A. CHEVALIER, R. DIATKINE, M. GABEL y S. LEOVICI(1978), W.BETTSCHART, R. HENNY Y M. BOLOGNINI (1978), P. BRUN-NEY, D. BLOND y D. GOLA (1984), F. CASADEBAIG y A. CHEVALIER (1976), R. SADOUN, F. CASADEBAIG y F. HATTON (1976) y F. CASADEBAIG y N. QUEMADA (1989), aportan interesantes observaciones.

Como puede observarse en los cinco trabajos comparados, existe una coincidencia: el mayor volumen de consulta se da cuando los niños tienen entre 5 y 9 años. Incluso observamos cómo en todas las investigaciones este volumen de consultas alcanza como mínimo el 50,0% de la población atendida. La menor demanda es la realizada por jóvenes de 15 a 19 años.

CUADRO I

Distribución de las consultas realizadas en diferentes Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil dependiendo de la edad en que se realizan.

EDAD	1	2	3	4	5	6
0 - 4 años	12,5%	18,5%	3,0%	13,5%	9,6%	13,5%
5 - 9 años	54,0%	50,0%	57,5%	53,5%	54,0%	50,8%
10 -14 años	28,5%	23,0%	34,5%	27,5%	30,3%	29,0%
15 -19 años	5,0%	8,5%	5,5%	5,5%	5,9%	6,3%

1. Investigación realizada en el Centre Alfred Binet de Paris durante los años 1970-1975 con una muestra de 3.453 pacientes. F. CASADEBAIG, A. CHEVALIER, R. DIATKINE, M. GABEL y S. LEBOVICI. (1978).

2. Investigación realizada en el Service Médico-Pédagogique -adoles de Lausana con una muestra de 2.675 pacientes. M. BETTSCHART, R. HENNY y M. BOLOGNINI (1976).

3. Investigación realizada en la Consultation d'Hygiène Mentale infantile de Yvernonax, tomando una muestra de 323 pacientes. P. BRUN-NEY, D. BLOND y D. GOLA (1984).

4. Investigación realizada en el Centre Alfred Binet de Paris durante los años 1972-1974, y con una muestra de 1.663 pacientes F. CASADEBAIG y A. CHEVALIER (1976). Esta muestra está incluida dentro de la población investigada en el trabajo 1.

5. Investigación realizada en el Centre Alfred Binet de Paris durante los años 1970 y 1971, con una población de 1.230 pacientes. R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. MATTON (1976).

6. Investigación realizada en el Departamento de Loira-Atlantique sobre la incidencia durante el año 1985 de los nuevos consultantes en Psiquiatría Infanto-Juvenil en los servicios públicos y privados. Autores F. CASADEBAIG y M. QUEMADA (1989). El número de casos es de 1.308.

Como hacíamos referencia en el párrafo anterior, las dificultades que se presentan a la hora de poder agrupar los datos obtenidos en diferentes investigaciones para realizar estudios comparativos son manifiestos. Las investigaciones que presentamos a continuación distribuyen de diferente manera los rangos de edad, por lo que no podemos comparar estos estudios con los anteriores si queremos ser precisos.

J.I. ANDONEGUI (1979) realizó su Tesis Doctoral "Etude de la clientele d'un service de psychiatrie infantile ambulatoire (guidance infantile): mode de contact". Categorizó las edades en las que se solicitaba consulta de dos años en dos y tomó una muestra compuesta por 527 sujetos de 4 a 15 años. La distribución que obtuvo queda reflejada en el Cuadro II.

CUADRO II

Distribución de la consulta en un
Servicio de Guidance Infantil según
la edad en que se realiza.

4-5 años	18,9 %
6-7 años	31,0 %
8-9 años	21,5 %
10-11 años	12,8 %
12-13 años	9,8 %
14-15 años	5,7 %

J.I. ANDONEGUI (1979)

Investigaciones llevadas a cabo en nuestro país, como la de J.M. OCAÑA (1982) muestran cómo en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Infantil San Rafael de Madrid la demanda que se recibe se distribuye, sobre una muestra de 439 casos, de forma similar (Cuadro III). En este caso los rangos han sido establecidos de tres en tres años.

CUADRO III

Distribución de la consulta en un Servicio de Psiquiatría hospitalario según la edad en que se realiza.

menos de 5 años	8,43 %
5 a 7 años	29,61 %
8 a 10 años	28,47 %
11 a 13 años	18,59 %
14 a 16 años	11,62 %
más de 16 años	2,28 %

J.M. OCAÑA (1982)

El estudio realizado por M. SUNYER (1982) sobre "Los motivos de consulta en Psiquiatría Infantil, atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Civil de Basurto", recoge la siguiente distribución de los pacientes sobre una población de 1.161 casos (Cuadro IV).

CUADRO IV

Distribución de la consulta en un
Servicio de Psiquiatría hospitalario
según la edad en que se realiza.

de 0 años a 18 meses	2,7 %
de 19 meses a 2 años y 11 meses	3,1 %
de 3 años a 3 años y 11 meses	4,0 %
de 4 años a 4 años y 11 meses	9,0 %
de 5 años a 5 años y 11 meses	8,9 %
de 6 años a 6 años y 11 meses	12,1 %
de 7 años a 7 años y 11 meses	10,0 %
de 8 años a 8 años y 11 meses	10,3 %
de 9 años a 9 años y 11 meses	10,0 %
de 10 años a 10 años y 11 meses	8,9 %
de 11 años a 11 años y 11 meses	7,3 %
de 12 años a 12 años y 11 meses	13,8 %

H.SUNYER (1982)

E. JONGEN, G. MOUVET, A. WUIDAR y cols. (1973) describieron este mismo aspecto comparando las frecuencias de consulta en diferentes países. Tomaron datos referidos a Bruselas, París y Suiza y obtuvieron resultados bastante similares en lo que concierne a los rangos de edad con mayor número de consultas (Cuadro V).

CUADRO V

Comparación en diferentes países de la
distribución de la población consultante
en función de la edad.

edad	Bruselas	París	Suiza
0 - 7 años	23%	22%	36,0%
7 -13 años	48%	61%	49,0%
más de 13	29%	17%	15,0%

E. JONGEN, G. MOUVET, A. WUIDAR y cols. (1973)

En una reciente compilación realizada por J. GARCIA GONZALEZ y V. APARICIO (1980), se recoge el trabajo de E. SERRANO GUERRA "Asistencias y formas de intervención en Salud Mental en el área de Oviedo" y el trabajo de J.L. PEDREIRA (1990) "El trabajo en salud Mental Infanto-juvenil en el área sanitaria de Avilés". En estos trabajos se realiza un estudio del movimiento asistencial en un Centro de Salud Mental infantil que atiende a la población comprendida entre 0 y 14 años. Los resultados que obtiene con respecto a la edad en que consultan los pacientes es la siguiente (Cuadro VI):

Cuadro VI

Distribución de la consulta en
los Centros de Salud Mental Infantil
del área de Oviedo y Aviles.

	1	2	3
0-4 años	10 %	20,5 %	23,5 %
5-9 años	50 %	50,1 %	47,4 %
10-14 años	40 %	28,2 %	28,0 %

(1) E. SERRANO GUERRA (1990)

(2) J. L. PEDREIRA AÑO 1986 (1990)

(2) J. L. PEDREIRA AÑO 1987 (1990)

2.1.3. Síntesis y conclusiones.

En el último trabajo que hemos presentado de E.JONGEN y Cols (1973), se observa cómo el mayor porcentaje de las consultas se ha realizado cuando los pacientes tenían entre 7 y 13 años.

En el Cuadro VII presentamos la recopilación comparada de los trabajos mencionados anteriormente y que por diferencias en cuanto al establecimiento del rango de edad no han podido ser comparados más detenidamente. En él veremos que el mayor porcentaje de consultas se realiza a estas edades, a la vista de los resultados de las investigaciones llevadas a cabo por W. BETTSCHART y Cols. (1978), F. CASADEBAIG y Cols. (1976), R. SADOUN y Cols.

(1976), J.I. ANDONEGUI (1982), M. SUNYER (1982), J.M. OCANA (1982) y P.BRUN-NEY y Cols. (1984).

CUADRO VII

Registros comparativos sobre la edad de consulta en diferentes estudios.

de 5 a 9 años	(1) 50,0%	53,8% de 5 a 9 años
	(2) 53,5%	
	(3) 54,0%	
	(7) 57,5%	
de 6 a 9 años	(4) 52,5%	52,5% de 6 a 9 años
de 5 a 10 años	(5) 51,3%	54,7% de 5 a 10 años
	(6) 58,1%	
	(7) 57,5%	

- (1) W. BETTSCHART y Cols. (1978).
- (2) F. CASADEBAIG y Cols. (1976).
- (3) R. SADOON y Cols. (1976).
- (4) J.I. ANDONEGUI (1982).
- (5) M. SUNYER (1982).
- (6) J.M. OCANA (1982).
- (7) P.BRUN-NEY y Cols. (1984).

Otro cuadro resumen lo podemos obtener del análisis de los trabajos mencionados anteriormente en el Cuadro I. Exponemos a continuación los resultados que se obtendrían

de dicho cuadro obteniendo los valores reales. Así, sobre una población total de 6.451 pacientes la distribución resultante de la edad en la que estos niños y jóvenes consulta es la siguiente (Cuadro VIII):

CUADRO VIII

Distribución de la consulta en función de la edad
sobre una población de 6.451 sujetos.

0	-	4 años	14,6 %
5	-	9 años	52,8 %
10	-	14 años	26,0 %
15	-	19 años	6,5 %

Conclusiones:

1ª Hemos de hacer referencia a un problema aún no resuelto y que se evidencia en los trabajos recogidos. Nos referimos a la ausencia de una delimitación clara de la edad límite en que se atiende a adolescentes en los servicios de Psiquiatría Infanto-juvenil. Las amplitudes observadas varían en los trabajos recogidos desde los 13 años (M. SUNYER, 1982) hasta los 19 años en los trabajos de P.BRUN y cols (1984), W.BETTSCHART y cols. (1978), CASADEBAIG y cols (1976) y R.SADOUN y cols. (1976).

La adolescencia, edad a caballo entre el mundo adulto y el mundo infantil, se encuentra en igual tesitura en las Unidades de Psiquiatría infantil, al estar su asistencia dividida entre los Consultorios de adultos y los de infantil. Hay que señalar, además, la influencia de un factor asistencial determinante a la hora de la delimitación de las edades entre las que se ofrece asistencia. Los niveles de demanda de asistencia varían en función de la existencia o no de centros de hospitalización y las Unidades específicas de atención al adolescente.

2ª El mayor número de consultas se solicita cuando los pacientes tienen una edad media (entre los 5 y los 10 años).

Probablemente, el gran número de consultas realizadas por indicación o consejo de los centros escolares ha hecho que la mayoría de la población atendida esté situada en una franja de edad comprendida entre los 5 y los 8 años, edades en las que probablemente las dificultades escolares son más frecuentes.

3ª Es en la adolescencia cuando menos se consulta, sólo un 6,5% de los pacientes atendidos tienen entre 15 y 18 años (sobre una muestra de 6.451 pacientes).

4ª En la primera infancia, hasta los 5 años sin cumplir, el porcentaje de consultas solicitadas supone un 14,6 %.

Además del factor asistencial mencionado anteriormente, no podemos olvidar que tanto en la primera infancia como en la adolescencia los límites entre lo patológico y lo normal son difíciles de delimitar y

posiblemente sea ésta la causa de la menor proporción de consultas en ellos.

P. CHEVALIER (1989) plantea apoyándose en este mismo criterio una cuestión de gran importancia con vistas a la planificación asistencial. Para este autor, la baja proporción de niños muy pequeños y de adolescentes que solicitan ser atendidos en los Centros de Salud Mental, es debida a la falta de un buen despistaje más que a la ausencia de cuadros patológicos. Igualmente, en nuestro país, influye la escasez de centros de asistencia de Psiquiatría infantil, y otros agentes asistenciales tales como la Asistencia Primaria, los dispositivos de atención psicológica en la escuela, etc.

2.2. SEXO.

2.2.1. Planteamiento.

Todos los estudios epidemiológicos realizados en torno al estudio del sexo en la población consultante son coincidentes en cuanto a los resultados obtenidos. Existe una sobrerrepresentación de los niños con respecto a las niñas, tanto en lo que respecta al número de demandas como a la patología diagnosticada. Es decir, los niños acuden más y reciben más diagnósticos que indican patología que las niñas.

Estudios realizados a este respecto llegan incluso a afirmar que hay patologías que son casi específicas de un sexo, como por ejemplo la anorexia propia más de las púberes que de los varones o, en el sentido contrario, los tics o el tartamudeo mucho más frecuentes en los niños que en las niñas.

Desde el punto de vista teórico, esta desproporción (que como se sabe se invierte en la población consultante en la edad adulta) puede recibir diversas explicaciones, dependiendo de la óptica que se tome. Las concepciones más importantes son las organicistas, las sociológicas y las psicológicas.

Las concepciones organicistas, se basan en la evidencia clínica de la mayor vulnerabilidad genética y la fragilidad biológica de los varones en comparación con las niñas en el momento del nacimiento. Los defensores de esta

concepción, opinan que esta vulnerabilidad continúa presente a lo largo del desarrollo y por ello la mayor representación de varones en las consultas es debida a cuestiones de orden organicista.

Las concepciones sociológicas refieren sus argumentos a los diferentes papeles que cumple el varón y la mujer en la sociedad. El reparto de los roles sociales ha hecho que las expectativas de los padres varíen en función del sexo de sus hijos.

Los padres muestran una mayor inquietud por los varones que por las niñas, debido a cuestiones de mera integración social. Así, la actitud en la vida y la agresividad que se plantea es mayor en el varón. Los estudios realizados por MACCOBY y JACKLIN (1974) concluyen que el varón es el miembro más agresivo de la especie humana. Esta agresividad se ha dado siempre a lo largo de la historia y en diferentes culturas, tal y como confirman en su revisión al respecto EDWARDS y WHITING (1978). A la misma conclusión llegan FRODI, MECAULAY Y THOME (1977) en sus trabajos sobre condiciones experimentales.

La aportación etológica de I.EIBL-EIBESFELDT apoya la concepción según la cual en los varones se aprecia una dispersión de las conductas en torno a la norma en comparación con la desviación observada en las hembras. Para el autor esta dispersión explica el papel innovador y de exploración del varón por un lado y por otro el papel de mantenimiento de las normas, de "conservación" de las conductas y conservación del patrimonio cultural que realizan las hembras.

Los estudios llevados a cabo por R. ZAZZO se dirigen a demostrar cómo en el medio escolar existe una tolerancia mayor hacia las niñas que hacia los niños, porque ellas no se saltan tanto las normas establecidas.

Todos estos argumentos recogen diferentes explicaciones, que desde el punto de vista sociológico tratan de explicar la mayor representación masculina en las consultas de Psiquiatría infantil.

Los argumentos psicológicos parten del hecho de que las diferencias sexuales crean de por sí una serie de contrastes suficientes como para poder hablar cada vez con mayor intensidad de una Psicología diferencial entre el hombre y la mujer.

Desde el punto de vista cognitivo, numerosos estudios reflejan cómo el desarrollo del niño es diferente al de la niña. En lo referente a la capacidad verbal, las niñas obtienen mayor puntuación entre los 11 y los 13 años y los niños tardan más en adquirir los mecanismos de la lectura. Según las investigaciones realizadas por SCHACHTER y Cols. (1978), NELSON (1973) y MACCOBY y JACKLIN (1974), las diferencias entre un sexo y otro parecen determinar que los varones son más lentos en general en las adquisiciones verbales.

En lo referente a la adquisición de capacidades numéricas, las primeras adquisiciones se realizan prácticamente sin que se establezcan diferencias entre unos y otros, aunque posteriormente los varones, a partir de los 11 años, hacen progresos más rápidos y estables. Entre los 11 y los 13 años M. RUTTER (1985) señala que en los tests

visoespaciales los niños obtienen puntuaciones más altas que las niñas.

Vistas estas diferencias, desde el prisma de la sociabilidad, los estudios de WALDROP y HALVERSON (1975) refieren que los niños en edad de guardería suelen jugar en pequeños grupos de cuatro o cinco niños, mientras que las niñas lo hacen en parejas o tríos. Desde los 3 años los grupos suelen ser realizados con miembros del mismo sexo y si la agrupación es heterosexual, las muestras de hostilidad suelen ser mayores (EDWARDS y WHUITING 1978). La organización en jerarquía de dominio es diferente según el grupo sea de chicos o de chicas. Los chicos tienden a establecer la jerarquía de una forma clara (OMARK y EDELMAN, 1973) y sus juegos incluyen una gran cantidad de contactos corporales bruscos y fuertes. Las niñas, por el contrario, no se preocupan tanto de la organización jerárquica y sus juegos son más tranquilos y pausados.

Los argumentos utilizados por las teorías de Psicología profunda apuntan como nos expresa STOLLER (1978), a una identificación más directa entre madre e hija, que hace que la base de la niña sea más sólida que la del varón y que, por lo tanto, consulte menos que éste. Estas mismas teorías dan un argumento más, que explicaría la sobrerrepresentación al afirmar que el niño juega un rol fundamental en los fantasmas edípicos de la madre, que hace que ella pueda verle como peligroso y amenazante o bien, al contrario, como un objeto precioso.

Para terminar, señalaremos que M. RUTTER (1985) recoge una serie de investigaciones y afirmaciones relativas al comportamiento y a la presión que los padres ejercen para con el comportamiento de sus hijos, que puede

ser interesante mencionar. Afirma que los niños varones tienen muchas más presiones para no jugar con juguetes de niñas que las que tienen las niñas para no jugar con juguetes de niños. El temor a que el niño pueda resultar afeminado es tan grande, que incluso se manifiesta hasta en la decoración del dormitorio, utilizando colores fuertes, rayas y materiales duros para la habitación del chico y tonos pasteles, suaves y materiales blandos para las habitaciones de las niñas (RHEINGOLD y COOK, 1975).

Los padres varones suelen jugar más duramente con los niños que con las niñas, y también utilizan castigos más duros para los varones. Cuesta más castigar a las niñas y de hacerlo los castigos son más suaves. La relación entre el padre y el hijo está marcada por la autoridad y la jerarquización, mientras que la relación de la niña con la madre está más marcada por expresiones de afecto y relaciones más cordiales con las hijas.

Para finalizar este epígrafe es importante señalar que las tasas de morbilidad varían hacia los 25-35 años. A partir de esta edad la sobrerrepresentación se invierte acudiendo mayor número de mujeres que de hombres a consulta de Psiquiatría. Esta observación es importante realizarla, por lo que puede suponer de interés científico el descubrir los motivos que la originan. Las preguntas que puede plantear el hecho clínico pueden ser muchas e interesantes, y su solución puede ayudar a resolver problemas de planificación asistencial. ¿Consultan más mujeres en la edad adulta porque la patología ha estado encubierta? ¿el varón oculta su patología de una manera más adecuada en la vida adulta?.

2.2.2. Revisión.

A continuación expondremos los resultados de diversos trabajos epidemiológicos que hacen referencia a la variable sexo. De ellos sólo he recogido los datos que hacen referencia a esta variable, los otros aspectos iremos viéndolos a lo largo del capítulo. Presentaré en primer lugar un cuadro en el que se reflejan los porcentajes de pacientes que solicitan consulta distribuidos en función del sexo. Posteriormente, otro cuadro reflejará los diversos estudios recopilados por PH. CHEVALIER (1989).

En ambos cuadros hemos calculado el sex-ratio niños/niñas de manera que este registro nos permita una mejor comparación de los resultados obtenidos. Un sex-ratio superior a 1 nos indica la existencia de una sobrerrepresentación masculina, un sex-ratio igual a 1 indica que la representación de niños es igual a la de niñas, mientras que un sex-ratio menor que 1 indica que la representación de niñas es mayor que la de niños.

En el Cuadro IX observamos los porcentajes de representación masculina y femenina, así como el sex-ratio correspondiente. Como vemos en todos ellos la sobrerrepresentación masculina es manifiesta ya que varía la amplitud desde 1,4 sex-ratio (R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATTON (1976)) hasta 2,12 sex-ratio (P. BRUN-NEY, D. BLOND y D. GOLA (1984)).

CUADRO IX

Porcentajes y sex-ratios obtenidos en distintas Consultas de Psiquiatría Infanto-Juvenil en función del sexo.

	V.	H.	RATIO
F. SIROL (1979) Intersecteur XIV du Paris. N = 1.516 casos.	63,0 %	37,0 %	1,70
P. BRUN-MEY, D. BLOND y D. GOLA (1984). Consultation d'Hygiène Infantile de Oyonnax N = 323 casos.	68,0 %	32,0 %	2,12
G. LANDONI y Cols. (1973). Office Médico-Pédagogique Vaudois N = 692 casos.	63,4 %	36,6 %	1,73
J.I. ANDONEGUI (1979). Service Médico-Pédagogique Vaudois. N = 527 casos.	60,9 %	39,1 %	1,60
R. SADOUM, F. CASADEBAIG y F. HATTON (1976). Centro Alfred-Binet de Paris (1970/74) N = 1.663 casos.	57,6 %	42,4 %	1,40
W. BETTSCHART, R. HENNY y M. BOLOGNINI (1978). Service Médico-Pédagogique Vaudois (Suiza). N = 2.675 casos.	64,0 %	36,0 %	1,77
M. SUNYER (1982). Servicio de Psiquiatría Hospital Civil de Bilbao. N = 1.161 casos.	65,8 %	34,2 %	1,90
F. CASADEBAIG y QUEMADA (1979) Département de Loire-Atlantique N = 1.306 casos.	65,0 %	35,0 %	1,85
E. SERRANO (1990) Centro Salud Mental Infantil del área de Oviedo N = 1.120 casos.	65,0 %	35,0 %	1,85

En un segundo cuadro (Cuadro X) presentamos la proporción existente entre las consultas realizadas por niñas y las realizadas por niños, aportando únicamente el sex-ratio obtenido. Observamos como el sex-ratio varía en función de la edad de los pacientes.

CUADRO X

Sex-ratio de la población atendida.

	sex-ratio
1- F. VERHULST y Cols. (1985) (muestra entre 8 y 11 años)	2,40
2- C. CHILAND (1971) (Estudiantes de tercer grado)	2,33
3- M. RUTTER y Cols. (1976) (antes de los 10 años)	2,30
4- M. CHAZAN y S. JACKSON (1971) (muestra con niños de 5 años)	1,93
5- M. RUTTER y Cols. (1975) (muestra con niños de 10 años)	1,83
6- M. RUTTER y PH. GRAHAM (1966) (muestra entre 10 y 11 años)	1,82
7- M. STAMBACK y M. VIAL (1974) (muestra con niños de 5 años)	1,74
8- M. KICHMAN y Cols. (1975) (muestra con niños de 3 años)	1,70
9- PH. GRAHAM y M. RUTTER (1973) (muestra entre 14 y 15 años)	1,64
10- R. LAPOUSE y M. MONK (1958) (muestra entre 6 y 12 años)	1,61
11- S. LESLEI (1974) (muestra entre 13 y 14 años)	1,53
12- J. WERRY y H. QUAY (1971) (muestra entre 5 a 8 años)	1,40
13- M. RUTTER y Cols. (1976) (después de los 10 años)	1,30
14- W. BETTSCHART y Cols. (1980) (muestra con niños de 9 años)	1,30
15- C. CHILAND (1971) (Estudiantes de segundo grado)	1,29
16- S. BJORNSSON (1974) (muestra entre 5 y 15 años)	1,27
17- R. Mc GEE y Cols. (1984) (muestra con niños de 7 años)	1,21
18- L. MILLER y Cols. (1971) (muestra entre 7 y 12 años)	1,18
19- A. VIKAN (1975) (muestra con niños de 10 años)	1,17
20- F. VERHULST y Cols. (1985) (muestra entre 4 y 16 años)	1,12

2.2.3. Síntesis y conclusiones:

De los trabajos analizados podemos observar como la sobrerrepresentación masculina es una constante, con un mínimo de 57,6% y un máximo de 68 % de varones.

El sex-ratio mayor encontrado es de 2,40, obtenido por F. VERHULST (1985). El más bajo es 1,12, obtenido por este mismo autor en otra investigación (VERHULST, 1985). Que un mismo autor obtenga en sus investigaciones realizadas en el mismo año el máximo sex-ratio y el mínimo, nos permite aclarar la importancia existente en la interrelación de los datos y en la importancia del análisis cualitativo. Como se puede observar en un análisis más detallado de los datos, los sex-ratios no son del todo comparables, debido a que no todos los trabajos realizan la muestra en los mismos rangos de edad. Según la investigación de VERHULST, la mayor sobrerrepresentación masculina (sex-ratio de 2,40) se da entre los muchachos de 8 y 11 años; mientras que si el registro se realiza con niños entre 4 y 18 años, el sex-ratio baja considerablemente. Por ahora no sacaremos ninguna conclusión a esta observación. Esperaremos a los resultados que obtengamos.

En general podemos decir que en todas las investigaciones mencionadas la sobrerrepresentación masculina es un hecho incuestionable.

Una de las explicaciones más comunes a este hecho hace referencia a la mayor inquietud de las familias en que el varón tenga éxito. El éxito de la niña es juzgado como de menor importancia y por ello se le exige menos.

Otro argumento importante se apoya en la mayor adaptación de las niñas al medio escolar y a sus dificultades.

F. CASADEBAIG, A. CHEVALIER, R. DIATKINE, M.GABEL y S. LEOVICI (1978), intentan precisar las razones que provocan esta sobrerrepresentación de los varones. En la revisión bibliográfica que realizan concluyen que " los trabajos a los que hacemos alusión muestran con claridad que las diferencias genotípicas se ven modificadas, reforzadas o anuladas por la actitud que determinan y las reacciones que provocan. Pero esto no excluye que los comportamientos del entorno en relación con la diferencia de sexos puedan ser igualmente programados. Es difícil por lo tanto precisar lo que procede de la cultura y lo que tal vez la educación fuera capaz de modificar".

Comparan posteriormente su trabajo con el de J. BIGRAS (1968), M. RUTTER (1970) y BETTSCHART (1978) para concluir que la sobrerrepresentación de los varones es independiente del nivel socio-familiar y de la nacionalidad. En relación al diagnóstico, esta comparación apoya la argumentación que se basaba en la mayor debilidad de los varones. En ellos se perciben más los trastornos de desarrollo o de naturaleza psicótica, mientras que en las niñas los diagnósticos más frecuentes son los de variación dentro de la norma o los trastornos psicosomáticos.

F. CASADEBAIG, A. CHEVALIER, R. DIATKINE, M.GABEL y S. LEOVICI (1978), apoyan finalmente la hipótesis que achaca la mayor representación masculina a la mayor fragilidad biológica del varón.

Las conclusiones a las que llegamos son las siguientes:

- 1ª La sobrerrepresentación masculina es un hecho generalizado en todos los trabajos revisados.
- 2ª Probablemente, a la vista de la amplitud de los sex-ratios obtenidos y a la vista también de las teorizaciones realizadas, la sobrerrepresentación masculina está en función de la edad de los pacientes.

Observemos esta confirmación en los sex-ratios obtenidos por E. SERRANO (1990) Cuadro XI.

Cuadro XI

Distribución de la consulta en función del sexo y la edad en el Centro de Salud Mental Infantil del área de Oviedo.

sex-ratio	
0-4 años	1,4
5-9 años	1,8
10-14 años	1,9

E. SERRANO GUERRA (1990)

Consideramos importante añadir a esta conclusión la aportación teórica señalada tanto en los trabajos de F. CASADEBAIG, A. CHEVALIER, R. DIATKINE, M. GABEL y S. LEBOVICI (1978), como de W. BETTSCHART, R. HENNY Y M. BOLOGNINI (1978) ya que ambos mantienen que la sobrerrepresentación masculina no proporciona una idea correcta de la morbilidad en Psiquiatría infanto-juvenil. Es muy probable, dicen los autores, que un mejor conocimiento de la Psicología femenina y de su funcionamiento psíquico nos permitiría realizar una labor preventiva que podría evitar la sobrerrepresentación de la mujer en las consultas de Psiquiatría en su vida adulta.

2.3. ESTRUCTURA FAMILIAR.

2.3.1. Planteamiento.

Al hablar de "marco familiar", se tiende a generalizar la concepción de la familia occidental a la universalidad de los diferentes marcos familiares. No hay que olvidar que la familia occidental, se rige por una organización diferente a la que puede observarse dentro de otras culturas. La familia ha de considerarse como una estructura que está en continua interrelación con el medio que la rodea, es la portadora de la cultura y de las tradiciones y es a su vez la que recibe estas tradiciones y su influencia. Por ello podríamos hablar de las diferencias existentes dentro de la cultura occidental y hablar de la organización familiar en el Mediterráneo o en el norte de Europa.

Sin olvidar estas observaciones, hay una serie de hechos que son comunes a todas las familias con independencia de la cultura o subcultura en la que se encuadren.

El niño basa sus primeras relaciones en la madre que le alimenta y cuida o su sustituta. Reacciona ante ella con manifestaciones de agrado y satisfacción o de angustia y hostilidad por el hecho de que ésta no puede satisfacer todas las demandas que le solicita.

Son numerosos los estudios han puesto en evidencia la importancia que tienen estos primeros momentos y

primeras relaciones del niño con su madre en la vida futura. De igual manera es de suma importancia la relación que juegan los otros miembros de la familia y sobre todo la función que desarrolla el padre.

El papel que desarrolla el padre desde el mismo momento del nacimiento es fundamental. WINNICOTT (1971) recalca la importancia del padre en la casa por ser éste un apoyo básico para la madre, para que ésta se sienta acogida y recogida, para poder desarrollar y encarnar las normas y leyes de la familia y de la sociedad y para que el niño a través de sus relaciones con él comience las relaciones con el medio.

Todas las relaciones que existen en la familia se encuentran interrelacionadas unas con otras. El tipo de relación que establece la madre con el niño, la que establece el padre, la que establecen ambos como pareja paternal y la que se establece con el resto de la familia son fundamentales y el niño irá variando su conducta de acuerdo con esa relación de igual manera que el comportamiento del niño hará variar e influenciará en la conducta del resto de los componentes de la familia (BELL, 1968; Mc PHERSON, 1970; OSOFSKY y O'CONNELL, 1972 y HARPER, 1975).

Diferentes estudios mencionados por M. RUTTER (1985), hablan de la variabilidad que existe en la determinación de las relaciones y la influencia que existe en éstas dependiendo del nivel de relación de la pareja, el número de hijos o el sexo de éstos.

El tipo de relación que se establece entre los padres y los hijos ha sido abordado en muchas ocasiones con

el objeto de poder hablar de la determinación que existe en la patología de los hijos en función de la patología de los padres. El tan traído y llevado tema de la los padres patógenos ha sido descrito en numerosas ocasiones por diferentes autores, dando lugar a las descripciones tipológicas de la madre fálica, la madre esquizofrenógena, el padre rígido, etc. Al tratar este tema es importante hacer la aclaración de que estos estudios se refieren no sólo al hecho de la madre física o del padre real, sino también al padre o a la madre imaginaria.

2.3.1.1.-Teorías sobre la patología familiar

El acercamiento a las familias y la comprensión de los fenómenos que en ellas se dan, se realiza desde diversas teorías. Las más importantes son:

a) Teorías basadas en la tipología psicológica:

Estas teorías apoyan la hipótesis que afirmaría que si un niño sufre una alteración mental es debido a determinado conflicto no resuelto por el padre, la madre o la pareja paterna.

Diversos autores expresan este punto de vista después de haberlo estudiado en áreas específicas. La discusión sobre los "padres patógenos" también ha sido altamente criticada como veremos más adelante.

M.MANNONI (1967) basando su teorización en la obra de J.LACAN apoyó esta teoría tras los estudios realizados sobre el niño psicótico y del débil mental. Esta autora interpreta la enfermedad mental del psicótico o del deficiente como vinculada a un discurso familiar alienante, que se fija en el sujeto desde el momento del nacimiento, dada la imposibilidad que se le da de entrar en la situación triangular. Por ello, el enfermo no puede fijar nunca su identidad a no ser que se modifique el sistema de lenguaje en el que se halla prisionero.

Otros autores buscaron la etiología de los trastornos del hijo en una etiología paterna; es decir, en la descripción de tal o cual sistema de actitudes, personalidad o carácter de uno de los padres.

R.SPITZ (1968) en su estudio sobre los desordenes "psicotóxicos" del lactante, describe actitudes maternas directamente responsables de la perturbación del niño. Un rechazo primario manifiesto de la madre puede dar lugar a un estado de shock, de coma e incluso de la muerte del niño; una solicitud primaria excesiva y ansiosa sería la responsable de los cólicos idiopáticos del primer trimestre; la hostilidad disfrazada de ansiedad manifiesta sería responsable del eczema infantil, etc.

FROMM-REICHMANN (1948), en el estudio sobre los padres de los psicóticos, describió la madre esquizofrenógena, agresiva, dominadora, insegura y rechazante en contraste con el padre inadecuado, pasivo e indiferente.

HOTCHKISS, GILBY y WIESENFELD (citado por Ajuriaguerra 1.980) distinguieron cinco tipos de madres de

esquizofrénicos: 1.- Madres supersolicitadoras, dominantes. 2.- Madres indolentes, dulces, sumisas a los deseos de sus hijos. 3.- Madres seductoras. 4.- Madres supercontroladoras. 5.- Madres pasivas no participantes, indiferentes.

L. DESPERT (1968), describe a las madres de los niños psicóticos como rechazadoras y abiertamente agresivas o hiperprotectoras, enmascarando así una reprimida agresividad.

Los estudios realizados por R.LAFORGUE y J.LEUBA hablan de la madre virago refiriéndose a la madre que desviriliza a su hijo a través de sus exigencias excesivas, tomando ella una posición varonil. Describen también a la madre escrupulosa en exceso, perfeccionista, que exige a su hijo un orden. A través de este orden y rituales es como mantiene y establece las relaciones, siendo por ello frías en calidad emocional.

L. KANNER (1973) describió a los padres de los niños autistas como intelectuales, faltos de calor afectivo, mecanizando sus conductas educativas y manteniendo pobres y formales relaciones.

LIDZ (1957), describe igualmente el tipo de padres que denomina padres esquizofrenógenos: 1.- Los padres de muchachas esquizofrénicas son severos, desconfiados y paranoides. Desvalorizan a su esposa ante los ojos de su hija y con ésta pueden manifestar conductas de seducción. 2.- Los padres de muchachos esquizofrénicos son egocéntricos, buscan el prestigio y rivalizan con su hijo del que se sienten celosos ante su mujer. O bien se desvalorizan a menudo o se muestran al borde del delirio de

grandeza con participación de la madre y aislamiento del muchacho.

J.M. SUTTER (1951) distingue el tipo de padre ausente, en el que las dificultades aparecen como consecuencia de un vacío en la autoridad que éste como padre ha de desarrollar e imponer en la casa. También el tipo de padre rígido o el tipo de padre cruel son formas comunes de personalidad que pueden originar problemas en los hijos.

Son muchos más los estudios que hacen referencia a esta tipología y que por la limitación de nuestro planteamiento no podemos detenernos. Queda con los casos ya expuestos la idea que se trata de expresar: la patología de uno de los padres determina la evolución del niño, hasta el punto de poder provocar en él una patología de consideración grave (H. FLAVIGNY (1965), G. MAUCO (1971), P. OSTERRIETH (1967), entre otros).

Adoptando una actitud crítica ante esta corriente podríamos decir que:

1/ El niño no es únicamente un ser pasivo que espera ser modelado por los padres, es también un ser con unas capacidades propias, con un quantum de energía determinado y, como ya hemos repetido en numerosas ocasiones, en continua evolución. Por ello, pensamos que reaccionará de diferente manera ante la patología de sus padres en función de su estructuración, su capacidad de reacción y su nivel evolutivo. Su capacidad de reorganización ante los problemas y dificultades que se encuentra ante su familia, le posibilitará manifestar reacciones que van desde la hipermadurez, hasta las

reacciones sanas y las patológicas dependiendo siempre del tipo de organización mental del psiquismo del niño.

2/ En realidad las diferentes descripciones no dejan de ser superficiales y no aportan datos sobre los mecanismos profundos de su comportamiento.

3/ Desde la experiencia también se puede hacer la observación de cómo a veces los padres se comportan de un modo cálido y sano con un hijo y con otro de una forma claramente patógena.

4/ No está demostrada la noción de causalidad lineal; es decir, que aunque la patología de los padres sea evidente y la del hijo también, eso no nos permite establecer una relación de causalidad directa entre la patología de los padres y la patología de los hijos.

Por ello, pensamos que el tipo de organización de un niño no puede explicarse teniendo en cuenta únicamente la relación directa que puede existir entre los padres y los hijos. Siempre hay más aspectos: por ejemplo el tipo de cosas que ofrecen los padres, lo que el niño vivencia desde el punto de vista imaginario, la relación que establece con ellos, etc.

La causalidad lineal y la pasividad del niño es criticada por numerosos autores: S. LEBOVICI (1970), B. BETTELHEIM (1969) y SPITZ (1968) entre otros. Al opinar cómo el niño y la madre se relacionan recíprocamente entre ellos, habiendo una interacción recíproca entre ambos que posteriormente el niño elabora, S. LEBOVICI emplea la expresión "espiral transaccional" para reflejar esta continua relación.

b) Teorías de la comunicación y teorías de sistemas:

Esta teoría tiene su origen en los años 50 en la escuela americana. Comienza con WATZLAWICK y con los estudios de BATESON sobre el "doble vínculo", J. HALEY, D. JACKSON, SELVINI-PALAZZOLI, en Italia, etc.

Los principios de la teoría de la comunicación pueden resumirse en cinco. El primero hace referencia a la imposibilidad del individuo de rechazar la comunicación puesto que en el mismo hecho de rechazarla se da una comunicación. Considera también que toda comunicación tiene dos aspectos: el contenido mismo de la conversación y el tipo de relación que se establece entre los interlocutores. En tercer lugar, hay que determinar las características de la relación entre los interlocutores depende de ellos, de las secuencias de comunicación. En la comunicación se dan dos tipos de comunicación: la analógica que se refiere no sólo a lo dicho, sino también a todo lo que acompaña a lo que se está diciendo, la mímica, la postura, etc. y la digital que se refiere única y exclusivamente a lo que se dice. Y por último, hay que decir que la comunicación puede estar basada en interacciones de naturaleza simétrica o en interacciones de naturaleza complementaria.

El acercamiento sistémico, se basa en la teoría de la comunicación. Para ellos, la familia constituye un sistema que se caracteriza por dos tendencias contradictorias: por un lado la tendencia homeostática y por el otro la necesidad de cambio.

La patología se basa en el hecho de que los tipos de comunicación presentan una serie de anomalías de una manera habitual. El niño se ve entonces prisionero de una comunicación enloquecida y sin medios para advertirlo ni poder localizar el origen de la perturbación. Como señaló P. BOURDIER (1972), cuando la enfermedad de los padres es reconocida las consecuencias para el niño no son tan graves, ya que sabe a que atenerse y podrá buscar otros objetivos en que identificarse.

A continuación presentamos algunas anomalías en la comunicación:

1/ La primera fue descrita por G. BATESON (1956) y la denominó "Doble Vínculo". El doble vínculo define una situación patológica que une al individuo con su familia.

El "Doble Vínculo" está determinado por los elementos: 1.- Una situación que atañe a toda la familia, uno de los miembros será denominado "víctima". 2.- La víctima sufre constantemente un mismo hecho. 3.- El doble vínculo comienza siempre con una primera orden negativa. 4.- Una segunda orden en conflicto con la primera y a un nivel de abstracción más elevado. 5.- Una nueva orden, esta vez negativa que impide a la víctima escapar al campo de la comunicación. 6.- Este proceso se desencadena automáticamente a partir de la aparición de una orden cualquiera.

2/ La "Tangencialización" un mensaje a ha sido emitido por una persona A, y es seguido por un mensaje b emitido por una persona B, y este mensaje b reconoce al mismo tiempo la intención de comunicar pero ignora el

contenido del mensaje emitido por la persona A y su intención profunda. Por ejemplo, un niño corre hacia su madre diciendo "mira, he cogido un gusano" y la madre le contesta "ve a lavarte las manos".

3/ La "Descalificación" por la que uno de los términos del mensaje del niño es tomado por parte del adulto en otro sentido. Por ejemplo, el niño dice "me tratas como a un niño" y la madre contesta "¡pero tú eres mi niño!".

4/ La "mistificación" en la que hay una distorsión entre el contenido del mensaje y los sentimientos e intenciones que vehiculiza. Por ejemplo, emitir un mensaje afectuoso que de hecho enmascara sentimientos agresivos.

Algunos autores como J.C. BENOIT (1981), muestran cómo las comunicaciones paradójicas se agravan por las manipulaciones de la familia y sobre todo de la madre.

G. BATESON, J. HALEY, D. JACKSON y J. WEAKLAND (1956), al estudiar las dificultades de la comunicación, hablan de la homeostasis interactiva del sistema familiar, que en el caso de la psicosis responde a las interacciones de distintos miembros y al mismo tiempo a los síntomas del paciente.

P. WATZLAWICK (1972) opina que el comportamiento y la comunicación interactúan y que pueden modificarse por la acción que se ejerza en una de ellas.

El interés de estos estudios es grande pero en lo que concierne a la psicopatología tiene sus límites, pues es evidente que lo propio del psiquismo humano no es emitir

o recibir mensajes, sino la realidad psíquica interior, su funcionamiento psíquico.

c) Teorías estructurales:

Estas teorías no son "etiológicas" porque no tratan de buscar una causa para los trastornos del niño en la personalidad de los padres, sino que lo que hacen es estudiar el equilibrio afectivo del grupo familiar, el equilibrio de las interacciones dinámicas entre los miembros de la familia sin conceder privilegios a uno en relación al otro. Tratan y tienen en cuenta la influencia de los padres en el niño, pero también la influencia del niño en los padres.

R.LAFORGUE (1936) describió lo que se llama "neurosis familiar". Este concepto reagrupa numerosas adquisiciones del psicoanálisis: el papel central de la identificación con los padres, el Complejo de Edipo como complejo nuclear de la neurosis, la importancia de la relación de los padres entre sí, etc. Este autor insiste principalmente en la influencia patológica de una pareja constituida en función de cierta complementariedad neurótica (por ejemplo una pareja sadomasoquista).

J. LEUBA (1936) se interesó por el estudio de familias neuróticas y en particular por la transmisión de una generación a otra de determinado tipo de neurosis.

S. LEBOVICI (1970) insiste en la historia familiar de una neurosis. Existen ciertas tendencias generales en la organización de una neurosis familiar:

1/ El primer hijo es frecuentemente objeto de una investidura narcisista por parte de uno de los padres. El otro se siente excluido y adopta actitudes más o menos rechazantes con respecto al hijo.

2/ El primer hijo de cada sexo tiende a soportar las proyecciones de las imagos paternas correspondientes de los padres. Un padre determinado tenderá, por ejemplo, a revivir con su hijo los conflictos que vivió con su padre, y la madre revivirá los que tuvo con su propia madre.

3/ El número que ocupa el hijo puede resultar que desempeñe un papel importante (dependiendo por ejemplo de la propia historia de los padres).

4/ El lugar del niño en cuanto a sexo también puede resultar importante.

5/ Un caso particular e importante es el del niño que nace después de la muerte de un hermano, cuando existe en los padres un deseo inconsciente de sustitución del fallecido. En este caso el nacimiento del hermanito-sustituto, evita el trabajo del duelo psicológico que puede resultar muy costoso.

2.3.1.2. Situación conyugal.

Una de las características más importantes para el buen desarrollo emocional del niño y de adolescente está relacionada con la situación conyugal.

WINNICOTT (1971) nos habla de la importancia que tiene para el niño la unión de los padres. Nos dice que ésta unión ha de ser sólida de manera que le permita al niño tanto agarrarse a ella en los momentos difíciles como poder enfrentarse a ella. Como la roca que recibe el golpe o la caricia de la mar.

En este epígrafe haremos una revisión de las situaciones en las que puede encontrarse el niño debido las perturbaciones del grupo familiar. Indudablemente, no puede hablarse de un padre o de una madre ideal ni, por lo tanto de una pareja ideal o perfecta. Los factores neuróticos que encontramos en los individuos también los encontramos en la pareja.

En ocasiones estos trastornos neuróticos ocasionan hogares desunidos. AJURIAGUERRA (1980) menciona una encuesta realizada por G. MENUT, en la que el 66% de los niños difíciles provienen de hogares desunidos.

A) Padres separados.

Podemos considerar el divorcio como el resultado final de una disonancia conyugal, de un desacuerdo e inadaptación familiar. Decimos resultado final porque es imprescindible considerarlo como la conclusión legal de un estado conflictivo irresoluble, o dicho en palabras de J.L. DESPERT (1968) de un "divorcio emocional" que le precede siempre. Visto desde este punto de vista, el divorcio puede proporcionar a los hijos una modificación de sus vidas que puede ser saludable.

WESTMAN y cols. (1970) a la hora de reflexionar sobre las consecuencias que el divorcio ocasiona en los hijos, mantiene la hipótesis de que éste, en primer lugar, ha de considerarse como un proceso; en segundo lugar modifica la forma de las relaciones familiares y, por último, mantiene también que el divorcio en sí mismo es una experiencia menos patógena para los niños que el contacto día a día con las personalidades de los padres y las relaciones que éstos mantienen con los hijos.

Esta opinión es refrendada por M. RUTTER (1985), quien nos dice que la discordia es tan importante o más que el divorcio en sí. Este autor añade que es un factor de buen pronóstico el que el hijo mantenga una buena relación con uno de los padres, independientemente del sexo de éstos.

La separación es para los niños la confrontación y el resultado de un desacuerdo irremediable. El niño participa siempre de ella y sus reacciones pueden ser muy

variables, dependiendo de factores tales como la edad, la madurez y la estructuración de su personalidad en el momento traumático. De una u otra forma, la respuesta del niño estará siempre acompañada por una reacción emocional intensa que podrá ir acompañada de una hiperactividad o por una inhibición física.

Las investigaciones a este respecto llevadas por J.R. McDERMOTT (1970) concluyen hablando de la gran importancia que adquieren los problemas de conducta en estos niños. La sintomatología habitual suele mostrar un amplio abanico de trastornos que pueden manifestarse en alteraciones depresivas, manifestaciones de angustia, aislamiento, terrores nocturnos, etc. Esta gran variabilidad posiblemente esté influenciada por el hecho de que existen edades que son más vulnerables que otras.

Cuando el niño es muy pequeño, está desprovisto de capacidades que le permiten entender y elaborar la situación, con lo cual la influencia de la separación se manifestará a través de una sintomatología de expresión corporal: dolores diversos, vómitos, espasmos, etc.

Si el hijo se encuentra en el periodo edípico, se suelen observar reacciones de orden superyoico, él se ve como la causa por la que sus padres han discutido. Son típicas en este momento evolutivo las respuestas que implican cierta autopunición, tales como el fracaso escolar, los trastornos del comportamiento, estados depresivos, etc.

Cuando la separación se da en el momento de la latencia, podemos observar dos tipos de reacción. La primera correspondería al niño que ante el hecho de no

tener padres en los que proyectar todo un mundo de poderes y sabiduría, se refugian en su propio yo llegando a una hipernadurez que les hace ser ellos mismos los que se cuidan de si mismos. Si no, la reacción tiende a ser bien distinta y el niño reacciona proyectando continuamente las dificultades al exterior al sentirse víctima de lo acontecido.

En los adolescentes las tintas parecen cargarse en el problema de la identificación, en una problemática de identidad.

B) Niño huérfano.

No es necesario señalar la importancia que tiene para los hijos el que sus padres vivan. Cuando uno de los padres fallecen, el niño o la niña se enfrenta a una situación temida, tanto en lo real como en lo imaginario. El hijo se encontrará con una serie de dificultades añadidas a su desarrollo.

Evaluar estas dificultades no es tarea sencilla. Hay varios factores que van a influir sobre el niño. En primer lugar recordaremos, una vez más, cómo la evolución constante del niño no nos permite hacer o sacar conclusiones definitivas, ni de este hecho ni de otros. Cualquier suceso (más o menos traumático) para poder ser evaluado ha de serlo en función del momento evolutivo concreto por el que pase el niño o la niña. Indudablemente,

la pérdida de uno de los padres no es ni supone lo mismo para un niño de 2 años que para un adolescente de 18 años.

En segundo lugar, la situación del niño será bastante diferente dependiendo de cómo reaccione el padre que aún vive. El niño podrá ver la reacción de su padre y los mecanismos que utiliza para superar la situación.

También parece evidente que las reacciones serán distintas en función del sexo del hijo y del sexo del padre desaparecido. Cuando quien fallece es el padre del mismo sexo, el hijo puede ver truncados sus deseos y procesos de identificación.

Ademas de la edad del niño, de la reacción el adulto y del sexo, también juegan una importancia fundamental factores como la existencia de hermanos y las circunstancias que han rodeado la desaparición de uno de los padres, si ha sido brusca o previsible.

Normalmente, a la situación de duelo por la pérdida de uno de los padres se añaden otras circunstancias que pueden ocasionar problemas. Las variaciones de orden económico que puede encontrarse la mujer viuda o la falta de cuidados que pueden producirse en el niño son ejemplo de ello. En ocasiones se produce junto con el fallecimiento de uno de los padres o la separación matrimonial un cambio de domicilio con los consiguientes cambios de medio, círculo de amigos y de personas encargadas de sus cuidados.

A la hora de determinar las características que nos encontramos ante el niño huérfano, es imprescindible pararnos en el concepto de duelo. En el duelo existen diferentes interpretaciones: la primera es la del duelo

visto como una condolencia, como un luto, como una señal externa que refiere una situación especial y requiere una atención especial por parte de la sociedad. La segunda se refiere al duelo como el proceso mental que supone una elaboración psicológica de la pérdida de un ser querido para el sujeto.

Cuando el niño se queda huérfano hay una serie de etapas desde el punto de vista psicológico que ha de superar: en primer lugar una reacción inmediata, luego una posición de retraimiento del afecto y, por último, una fase de reanimación.

La reacción inmediata del niño ante la muerte de uno de sus padres puede ser directa, manifestando abiertamente su tristeza, bien a través de un estado depresivo, de agitación, reacción de crisis, etc. o de defensa, en cuyo caso el sujeto tiende a comportarse como si nada hubiera sucedido, el sujeto no expresa ningún comportamiento ni actitud que se refiera a la situación especial vivida. Cuando esta reacción de defensa dura mucho tiempo es cuando se habla de una negación o no elaboración del duelo.

Si hay una aceptación de la muerte, entonces se pasa a una segunda fase, la que hemos denominado fase de retraimiento del afecto. En ella el sujeto se ve inmerso en un empobrecimiento de sus relaciones con el exterior, el sujeto se repliega sobre sí mismo.

En la etapa de la reanimación el sujeto despierta de nuevo ante la vida exterior, retomando las relaciones afectivas que anteriormente tenía establecidas.

Como ya hemos comentado y a pesar de las diferentes maneras en que el niño puede reaccionar ante la muerte de uno de sus padres, quizás podamos establecer dos tipos de reacción habituales: una la sensación de abandono y otra la reacción de culpabilidad. Si la reacción predominante es el sentimiento de abandono, el niño se encuentra sumergido en un sentimiento de desesperación por encontrarse sólo y vacío, teme que mueran también el resto de las personas cercanas a él. Cuando la reacción predominante es la culpabilidad, hallamos en los niños repetidos temas de castigos y comportamientos que parecen esperar una reacción por parte de los adultos, incluido el difunto, a base de castigos para reparar sus errores.

C) Hijo de madre soltera.

Según estudios realizados por BRU y cols. (1976), la mayoría de las madres solteras son muy jóvenes y proceden de ambientes muy poco favorecidos. Su pasado suele estar caracterizado por carencias, fracasos y dificultades relacionales importantes, sus características personales están teñidas de inestabilidad y su equilibrio afectivo es muy precario.

M. SOULE (1968) describió diferentes tipos de personalidad. En primer lugar describe el tipo de la "verdadera madre soltera" definiendo a ésta como la mujer que conserva a su hijo y prescinde fácilmente del hombre. Un segundo tipo correspondería a la madre que tras tener el hijo no ha sabido conservar el hombre con el que contaba. Y

un tercero tipo que correspondería a las mujeres que desde el punto de vista intelectual, social y personal están a merced de cualquier influencia.

El trabajo de C.P. MALMQUIST, T.J. KIREKUK y R.M. SPANO (1967) describe a la madre soltera con una personalidad con tendencia a trastornos impulsivos y del pensamiento, siendo éstas unas mujeres con carácter impulsivo, aisladas y con un control sobre sí mismas variable y lábil

El hijo de la madre soltera se enfrenta a una serie de dificultades sobreañadidas a su proceso de desarrollo. Con una madre insatisfecha e infantil, el niño suele presentar problemas de organización en su personalidad y derivados de ellos, problemas instrumentales.

2.3.1.3. Composición de la fratria.

El influjo de la constelación de hermanos en las características psicológicas y sociales de cada uno de ellos es un hecho aceptado universalmente y que forma parte de las creencias populares y prácticas sociales (CH. BAUDOUIN, 1931).

Los trabajos sobre las relaciones entre la fratria, comenzaron en el S.XIX. DUNCAN (1.864), MITTVHELL (1.868), GALTON (1.874), y ANSELL (1.874), entre otros, comenzaron sus investigaciones.

S. FREUD (1912) desarrolla en su teoría la visión de los vínculos fraternos como origen de problemas muy frecuentemente. Considera a los hermanos como miembros de un grupo que rivalizan entre sí para conseguir la atención y los cuidados de la madre lo que ocasiona en diferentes momentos gran rivalidad. P. CAHN (1962) afirma que en el niño existe siempre un deseo innato, el deseo de que la madre sea sólo para él y por ello los hermanos son siempre considerados como fuente generadora de envidias y de frustraciones.

La rivalidad entre hermanos no está en función del reparto equitativo de los cuidados de la madre a los hijos, sino que está en función de otros hechos tales como la personalidad de la madre, su propia historia personal, la situación conyugal, etc.

El lugar que ocupa cada hijo en la fratria no determina unas características determinadas, pero diferentes estudios reflejan cómo el lugar de ubicación puede condicionar de alguna manera rasgos específicos en la personalidades o en las capacidades de cada hijo.

Indudablemente hay un factor influyente que no puede pasar desapercibido en relación con la determinación de la importancia de la fratria. Si bien es importante el número de hijos, también es importante el intervalo de edades que se da entre ellos, y el sexo.

A) Estudios sobre la posición dentro de la fratria.

Para los padres el hijo primogénito representa una fuente ansiógena debido a su inexperiencia y a las expectativas puestas en su hijo.

El hijo primogénito habrá de soportar conductas contradictorias por parte de sus padres en lo referido a la educación. Aunque por otro lado también será el hijo al que se le brinden más posibilidades de identificación y al que se le presenten mayores estímulos y exigencias.

Los estudios realizados por G. MAUCO y P. RAMBAUD (1951) demuestran que los primogénitos tienen mayor cociente intelectual que los segundogénitos. Aunque desde el punto de vista psicológico se puede observar que son los primogénitos los que acuden con mayor frecuencia a un consultorio de Psiquiatría infantil.

Desde el punto de vista del propio hijo su situación como primogénito no es cómoda. Disfruta de todas las atenciones de los padres sin tener que compartirlas con nadie hasta el momento en el que nace el segundo hermano. Es entonces cuando se confronta con una situación semejante a la del "príncipe destronado".

El benjamín de la familia suele ser considerado como el hijo del "nimo", se encuentra ante sí a unos padres más seguros de la educación y cuidados que han de darle. Los padres están menos preocupados con el ritmo madurativo del niño. A esto en ocasiones hay que añadir la particularidad de la decisión de los padres de no tener

más hijos, con lo que este hijo va a representar su última experiencia como padres. En algunos casos el hijo pequeño, puede cubrir unas necesidades de los padres que le pueden hacer más consentido e infantilizado.

El hijo mediano o intermedio suele ser el hijo permanentemente "comparado" y "olvidado" por los padres.

B) Estudios sobre el hijo único.

N. CUTTS y N. MOSELY (1954) señalan en sus trabajos la amplitud de sentimientos de inferioridad que tienden a tener los hijos únicos por considerarse diferentes a los demás a causa de su carencia de hermanos. Estos autores señalan también que se pueden describir dos hogares tipo cuando en ellos hay un sólo hijo: el primero es un hogar donde al niño se le tiene rodeado de atenciones y cuidados, "al fin y al cabo es el único", y otro en el que se le trata como un adulto. Tanto en un caso como en el otro, la carencia de rivalidad parece perniciosa. La presencia de hermanos, la competencia entre ellos, los celos, las frustraciones, etc. introducen al niño en un mundo en el que aprende a defenderse, a controlar sus deseos, a renunciar y a frustrarse.

Según L. KANNER (1973) el carácter del hijo único, es frágil, caprichoso, tímido, con dificultades de adaptación con sus compañeros y para integrarse en un grupo, es posesivo, y posee un lenguaje superior.

Como veremos posteriormente en la revisión, existen estudios referidos a los hijos únicos que obtienen resultados absolutamente opuestos. La situación es de difícil solución dada la complejidad en poder controlar todas las variables influyentes.

El hijo único puede tener unos rasgos en su personalidad, pero no podemos determinar con exactitud si esos rasgos dependen de su carácter de hijo único o de todas las circunstancias que ello rodea.

2.3.1.4. Convivencia familiar.

El medio normal de desarrollo del niño es verse acompañado por sus dos padres. Sin embargo, en ocasiones bien por la separación o divorcio de los padres o por fallecimiento de uno de ellos, el niño se encuentra sumido en una situación especial. Cuando esto ocurre, es frecuente que se sobreañada un problema más: la gran variabilidad e inestabilidad de su entorno físico el niño cambia normalmente de residencia y de entorno social, el conjunto de familiares y amistades que el niño había ido estableciendo se ve, en estos casos, roto con frecuencia.

Una de las soluciones que se da a esta situación es el internamiento del niño en una institución. Diferentes estudios hablan de que esta solución en principio satisfactoria, ya que al niño se le va a atender al menos físicamente bien, no es tan favorable como parece a primera vista. Los trabajos que realizaron A. FREUD y O. BULLINGHAN

(1958) durante la Segunda Guerra Mundial pusieron de manifiesto la importancia que tiene el hogar para conseguir una conciencia de seguridad y equilibrio en el niño. La separación a la vista de este trabajo creaba mayores problemas que los que se trataban de solucionar alejando a los niños de sus hogares para que no estuvieran sometidos a las tensiones provocadas por los bombardeos en su ciudad.

Estas separaciones son aún peores cuanto más joven sea el niño. SPITZ (1945) hace cuarenta y cinco años observó ya las graves repercusiones que puede tener en el psiquismo del bebé su separación de la madre. Además de los trastornos de la personalidad e intelectuales, una situación de "hospitalismo" puede crear graves problemas físicos que pueden ocasionar la muerte.

Cuando la separación es en la segunda infancia (seis o siete años), los efectos son más ligeros.

En ocasiones, el hijo de un matrimonio separado o huérfano de uno de sus padres, ha de aceptar el nuevo matrimonio de sus padres. El caso del niño que vive con uno de sus padres casado en segundas nupcias (o más) es cada vez más frecuente en nuestro país. Los hijos que se encuentran en esta situación, se ven en la necesidad de integrar en su mundo un nuevo padre lo que en numerosas ocasiones les resulta difícil y traumatizante. Indudablemente, la situación que se puede plantear es diferente si el nuevo matrimonio está originado tras el fallecimiento del otro cónyuge o tras un divorcio. En el caso del fallecimiento, el hijo ha de poder elaborar adecuadamente el duelo antes de que se realice el nuevo matrimonio. En el caso del divorcio a estos problemas se le añaden otros, consecuencia de la situación.

El caso del niño adoptado y la incidencia psiquiátrica de estos niños no ha sido muy estudiada. M. SKODAK y H.M. SKEELS piensan que la evolución de estos niños depende en realidad de la actitud, el clima y las características socio-económicas de los padres adoptivos.

2.3.1.5. Nivel socioprofesional de la familia.

Podemos definir la clase social como la relación que una persona mantiene con los medios de producción o la capacidad de negociación en el mercado de trabajo. La clase social se puede observar a través del status de la persona.

Existen amplias diferencias en el desarrollo emocional y cognitivo de los niños en función de la sociedad en la que viven. Una de las variables que más se han estudiado a este respecto es la que trata de relacionar el nivel del desarrollo con la pertenencia a una clase social determinada. Uno de estos estudios es el realizado por M. REUCHLIN (1972). En él, el autor tras revisar las diferentes teorías y conceptualizaciones dirigidas a la comprensión y delimitación de la influencia del medio social y el desarrollo cognitivo, llega a las siguientes conclusiones:

1. La estimulación que reciben los chicos de las clases bajas no ha de ser necesariamente menor que la que reciben los de la clase más favorecida. Sin embargo, la

complejidad de la organización material es un hecho favorecedor del desarrollo.

2. Más importante que la riqueza de medios es el nivel de organización de la estructura.

3. El nivel cultural de los padres está en relación directa con la adopción de actitudes pedagógicas que son favorecedoras de estructuras más complejas y abstractas.

2.3.2. Revisión.

2.3.2.1. Situación conyugal.

En el estudio realizado por G. LANDONI (1973) en Vaudois sobre una muestra de 692 casos calcula el porcentaje de consultas atendidas en su centro diferenciándolas en función de la situación conyugal en la que vive y diferenciando también el sexo de los pacientes. Obtiene los resultados expuestos en el Cuadro XII. Observamos cómo la gran mayoría de los pacientes, (el 84 %) vive en compañía de sus dos padres. El 16 % restante vive con sus padres separados (7,6 %) o en instituciones (6,8%).

Cuadro XII

Situación conyugal

	V.	H.	Total
padres unidos.	82,9 %	85,8 %	84,0 %
padres separados.	7,5 %	7,8 %	7,6 %
vive en instituc.	7,7 %	5,1 %	6,8 %
sin registro.	1,8 %	1,2 %	1,6 %

G. LANDONI (1973)

Obtiene resultados similares J.I.ANDONEGUI (1973) en su Tesis Doctoral, aproximadamente un 80 % de los niños vive con sus padres, un 14 % lo hace con sus padres separados y el 6 % restante vive con sus padres no casados, uno de ellos fallecido o desconocido. (Cuadro XIII).

Cuadro XIII

Situación conyugal

Padres unidos.	79,5 %
Padres separados.	14,0 %
Otros	6,3 %

J.I.ANDONEGUI (1973)

(Dentro de Otros incluye padres no casados y que no viven juntos uno de los padres fallecido o padres desconocidos).

El estudio referido por J.P. THEVENOT y N. QUEHADA (1989) toma 713 casos de pacientes que han solicitado consulta en los 15 sectores de París. Es el primer resultado de la puesta en marcha de un plan de dossier informatizado que se empezó a llevar a cabo en enero de 1988. Con relación a la situación conyugal obtienen los siguientes resultados (Cuadro XIV):

Cuadro XIV
Situación conyugal

	V.	H.	TOTAL
Padres unidos	78 %	66 %	71 %
Padres separados	19 %	25 %	21 %
Viudos	3 %	5 %	4 %
Madre soltera	3 %	2 %	2%
Otras situaciones	1 %	1 %	1 %
Sin datos	0 %	1 %	1 %

J.P. THEVENOT y N. QUEHADA (1989)

Dentro de los estudios referidos al fallecimiento de uno de los padres, M. POROT (1971) agrupó las reacciones del niño en esta situación en tres grupos de edad: el

primero de 0 a 7 años, el segundo de 7 a 10 años y el tercero de más de 10 años. Observó entonces cómo en los niños pertenecientes al primer grupo las consecuencias dependían principalmente de la calidad de los sustitutos familiares. Cuando estos sustitutos eran adecuados el niño respondía mejor; por el contrario, las consecuencias eran catastróficas cuando la pérdida de uno de los padres provocaba en el niño una carencia afectiva duradera.

Cuando la pérdida se produce entre los 7 y los 10 años, el niño puede reaccionar mejor aunque si no es capaz de tener una buena reacción, se observan comportamientos regresivos e incluso reacciones de retraimiento importantes. A partir de los 10 años, el niño tiene tendencia a reaccionar cada vez de manera más próxima al adulto.

En el caso de las madres solteras, el estudio llevado a cabo por G. GENEVARD (1956) revela que son pocos los padres que han mantenido contacto con sus hijos ilegítimos. En este mismo estudio se refleja que la mitad de las madres no se ocuparon de sus hijos hasta la edad de quince años, y que en muchos casos los niños fueron abandonados antes de los seis años.

Continúa este autor afirmando que los hijos ilegítimos y engendran hijos fuera del matrimonio más a menudo que la población en general. La integración sexual se alcanza difícilmente y debido a las carencias son frecuentes los trastornos psicosomáticos, las depresiones reactivas, la gran avidez afectiva y la dificultad para establecer relaciones afectivas estables.

2.3.2.2. Composición de la fratria.

El trabajo realizado por R. SADOUN, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976) trata de estudiar la relación existente entre el número de hermanos y el lugar que ocupan dentro de la fratria en función de los casos que han solicitado consulta en el Centro Alfret-Binet de París. Concluyen que el mayor número de demandas se realiza por familias con dos hijos (31,8 %). Dependiendo del rango que ocupa el paciente dentro de la fratria observa cómo cuando la familia está compuesta por dos hermanos consulta en mayor proporción el mayor, si los hijos son tres se consulta más por el pequeño y las familias más numerosas consultan más por los hijos que ocupan un lugar intermedio dentro de la fratria. (Cuadro XV)

Estudios llevados a cabo por J. BURSTIN (1966) determinan que las dificultades y problemáticas que llevan a los hijos únicos a consultar en los servicios de Psiquiatría infantil no son significativamente diferentes a las realizadas por los niños con hermanos, ni en cantidad ni en calidad. A estas mismas conclusiones llegaron M. SCHACHTER y ROUX.

Cuadro XV

Número de hermanos y lugar que ocupan
dentro de la fratria

Número de hermanos	N	rango		
		primero	Intermd.	pequeño
2	393	52,7 %		47,3 %
3	282	28,1 %	30,1 %	41,8 %
4	137	16,0 %	51,1 %	32,8 %
5	83	15,7 %	56,6 %	27,7 %
6 ó más	106	3,8 %	74,5 %	21,7 %

R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976)
El porcentaje de hijos únicos es del 18,5 %
(N= 229).

Sin embargo SZYMANSKA y KORITOWSKA (1950) concluyen en sus investigaciones que el 42% de los niños afectados por perturbaciones caracterológicas eran hijos únicos. Como se ve existe una gran diversidad en torno a las opiniones e incluso en torno a las investigaciones llevadas a cabo a este respecto.

2.3.2.3. Convivencia familiar.

R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976) en su estudio epidemiológico sobre la consulta en el centro de Salud Mental Alfred Binet durante los años 1970 y 1971 atienden a una población de 1.230 pacientes; de ellos, prácticamente tres cuartas partes viven con sus padres. Un 14 % viven con uno de sus padres tal y como refleja el Cuadro XVI.

Cuadro XVI

Convivencia familiar

- el 74,5 % vive con sus padres
- el 6 % vive con su padre o su madre casados en segundas nupcias
- el 14,0 % vive sólo con uno de sus padres.
- el 4,5 % restante no vive con sus padres.

R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976)

Las investigaciones llevadas a cabo por J.P. THEVENOT y N. QUEHADA (1989), sobre un total de 714 consultantes, determinan cómo la mayoría de los niños (66%) viven con sus dos padres y en caso de vivir con uno de ellos solamente la gran mayoría (15 %) lo hace con su madre en oposición al 1 % que vive con su padre solo. Igualmente, es de destacar como el porcentaje de niñas que vive en una

institución (8 %) es claramente superior al porcentaje de los niños que se encuentran en esta situación. En el Cuadro XVII presentamos estos resultados.

Cuadro XVII
Convivencia familiar.

	V.	H.	TOTAL
Con sus dos padres	70 %	60 %	66%
Solo con su madre	14 %	16 %	15%
Solo con su padre	1 %	2 %	1%
Casados en segundas nupcias	10 %	11 %	10%
Con familia adoptiva	1 %	2 %	2%
Con otros familiares	2 %	1 %	1%
En institución	1 %	8 %	4%
Otra situación	1 %	0 %	1%

J.P. THEVENOT y N. QUEMADA (1989)

En su tesis doctoral el Dr. J. I. ANDONEGUI (1979) nos aporta dos datos, cuya comparación puede resultar interesante. Por una parte nos muestra los porcentajes de los pacientes que acuden a consulta y que componen la muestra de su investigación (niños de 5 a 15 años) y, por otra, esta misma distribución pero tomando la población

total consultante en el servicio (0 a 15 años). Los datos, se distribuyen de manera similar a los mencionados anteriormente. El mayor número de pacientes que consulta vive con sus padres. En el Cuadro XVIII reflejamos los resultados de la investigación.

Cuadro XVIII
Convivencia familiar

	En la muestra recogida(5-15)	En toda la unidad
vive con sus dos padres.	76,9 %	69,6%
vive con uno de los padres.	8,1 %	10,0%
vive con uno de los padres casado en segundas nupcias.	6,8 %	6,5%
vive con miembros de su familia.	4,9 %	7,8%
vive en una institución	1,9 %	6,1%
otras.	0,4 %	0,0%

J. I. ANDONEGUI (1979)

C. CHILAND (1971) en su obra "L'enfant de six ans et son avenir", toma tres muestras diferentes de población y posteriormente compara los resultados obtenidos. La primera muestra El está compuesta por 66 alumnos de 6 años,

la segunda E2 compuesta por 60 alumnos de 6 años difiere de la anterior en que el nivel sociocultural de las familias es mayor, así como el nivel de inteligencia de los niños y los resultados escolares. La tercera muestra C con una población de 77 niños, es tomada entre niños de 6 años que consultan en un Servicio de Salud Mental Infantil. A la hora de estudiar las diferencias entre los diferentes grupos en relación con la convivencia familiar que existe, establece dos grupos; uno que denomina "situación regular", donde incluye todos los casos en los que el niño vive con su padre y su madre (casados y padres a la vez biológicos y legítimos) y "otras situaciones". Observa los siguientes porcentajes: (Cuadro XIX).

Cuadro XIX

Convivencia familiar

	Situación Regular	Otras situaciones
E1 (n=66)	86 %	14 %
E2 (n=60)	84 %	16 %
C (n=77)	71 %	29 %

E1: muestra escolar 1 (desfavorecida), E2: muestra escolar 2, C: Pacientes de un centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.

C. CHILAND (1971)

En el Cuadro XX presentamos los resultados obtenidos por F. CASADEBAIG y N. QUEMADA (1989). Como se ve

la mayoría, el 80 % de los consultantes, viven con sus dos padres.

CUADRO XX
Convivencia familiar

VIVE CON...	V.	H.	TOTAL
Con sus padres.	80 %	73 %	78 %
Solo con su madre.	13 %	15 %	13 %
Con otros de la familia.	3 %	6 %	4 %
Adoptado, internado u otros.	4 %	6 %	5 %

F. CASADEBAIG y N. QUEMADA (1988).

2.3.2.4. Nivel socioprofesional de la familia.

G. LANDONI (1973) analizó la demanda atendida en función de las variables sexo y del nivel socio-económico de la familia. Pudo observar cómo el menor número de demandas era el realizado por las clases más altas. Más del 50 % de la demanda era solicitada por asalariados con y sin formación profesional. (Cuadro XXI).

Cuadro XXI
Nivel socioprofesional

	V.	H.	TOTAL
ASALARIADO SIN FORMAC. PROF.	8,9 %	5,5 %	14,4 %
ASALARIADO CON FORMAC. PROF.	24,6 %	15,7 %	40,3 %
CLASE MEDIA INFERIOR	16,0 %	8,7 %	24,7 %
CLASE MEDIA SUPERIOR	7,5 %	2,8 %	10,3 %
INTELECTUALES	4,8 %	4,5 %	9,3 %

G. LANDONI (1973)

J.I. ANDONEGUI (1979) tras reagrupar las categorías profesionales especificadas en un primer momento, estableció cuatro grupos. Observó cómo los cuadros medios era los que mas solicitaban consulta, tal y como refleja el Cuadro XXII.

CUADRO XXII

Nivel socioprofesional

AGRICULTORES	7,4 %
NIVEL BAJO (mano de obra especializada y los no cualificados)	16,5 %
NIVEL MEDIO (empleados cualificados, encargados autónomos)	59,9 %
NIVEL ALTO (profesiones liberales y cuadros superiores)	16,5 %

J. I. ANDONEGUI (1979)

En la investigación llevada a cabo por C. CHILAND (1971), observamos la distribución de las diferentes categorías socioprofesionales de las familias de los niños consultantes, en comparación con las categorías socioprofesionales de la zona donde viven. Tal y como queda reflejado en el Cuadro XXIII.

Cuadro XXIII

Categorías socioprofesionales: comparación
entre la población y la muestra

	En la Población	En la Muestra
Industriales, comerciantes y artesanos.	8,0 %	4,8 %
Profesiones superiores y cuadros superiores.	14,2 %	16,7 %
Cuadros medios	15,0 %	15,1 %
Empleados	15,3 %	15,1 %
Obreros	37,6 %	31,8 %
Personal de servicio	4,5 %	3,0 %
Ejercito, policía	2,7 %	10,6 %
Otros	2,7 %	3,0 %

C. CHILAND (1971)

Los niveles socioprofesionales de las tres muestras tomadas por C. CHILAND (1971) en su investigación se distribuyen de la siguiente manera: Cuadro XXIV.

Cuadro XXIV

Nivel socioprofesional de las tres muestras

Nivel socioprofesional	E1 (n=86)	E2 (n=60)	C (n=77)
Superior	22,7 %	21,7 %	13,0%
Medio	38,4 %	45,0 %	28.8%
Inferior	40,9 %	30,0 %	57,1%
Desconocido	0	3,3 %	0

E1: muestra escolar 1 (desfavorecida), E2: muestra escolar 2, C: Pacientes de un centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.

C. CHILAND (1971)

2.3.3. Síntesis y conclusiones.

1/ Sobre la situación conyugal podemos concluir que la mayor proporción de niños que consultan forman parte de una familia unida.

El Cuadro XXV que presentamos a continuación, reúne las diferentes investigaciones llevadas a cabo a este respecto.

Cuadro XXV

Diferentes investigaciones
sobre la situación conyugal.

	(1)	(2)	(3)
Padres unidos	84,00%	79,50%	71,00%
Padres separados	7,60%	14,00%	21,00%
Otros	8,40%	6,30%	8,00%

(1) G. LANDONI (1973)

(2) J.I.ANDONEGUI (1973)

(3) J.P.THEVENOT y N.QUEMADA (1989)

El porcentaje de consultantes cuyos padres están unidos, varía del 71% (THEVENOT y QUEMADA, 1989) al 84 % (LANDONI, 1973). Las discrepancias entre los datos pueden estar ocasionados por factores puramente sociales. Hay que pensar que un estudio fue realizado en el año 1973 y el

otro en el 1989., además de ser realizado en diferentes países (Francia y Suiza).

2/ Sobre la composición de la fratria observamos cómo el porcentaje de hijos únicos que solicita consulta es del 18 % aproximadamente (SADOUN, CASADEBAIG y HATON, 1976)

3/ Sobre la composición de la fratria la mayor proporción de consultas es solicitada por familias con dos hijos; esta proporción va disminuyendo hasta las familias compuestas por cinco hijos para volver a aumentar cuando la fratria está compuesta por seis o más hijos. (SADOUN, F. CASADEBAIG y HATON, 1976).

4/ Sobre la convivencia familiar vemos como prácticamente el 75 % de los niños que consultan viven con sus dos padres.

El siguiente Cuadro recoge las distintas investigaciones Cuadro XXVI.

Cuadro XXVI
Diferentes investigaciones sobre
la convivencia del niño

	(1)	(2).	(3)
Vive con sus dos padres	74,5%	66,0%	69,6%
Vive con uno de los padres	20,0%	28,0%	16,5%
Otras situaciones	4,5%	8,0%	13,9%

(1) R.SADOUN, F.CASADEBAIG y F.HATON (1976)
(2) J.P. THEVENOT y N. QUEMADA (1979)
(3) J.I. ANDONEGUI (1979)

La variación va desde el 66 % (THEVENOT y QUEMADA, 1989) hasta el 74,5% en el trabajo de R.SADOUN, F.CASADEBAIG y F.HATON (1976). Aproximadamente el 6 % de los niños consultantes, vive con uno de sus padres casados en segundas nupcias.

5/ Con relación al nivel socioprofesional, las investigaciones descritas indican que la población consultante pertenece en más del 50 % a la clase media

La relación profesión del padre y diagnóstico parece tener un gran interés. Los diagnósticos de Trastornos Específicos del Desarrollo y Trastornos Graves de la Personalidad, suelen darse principalmente en niños que pertenecen a medios sociales bajos o desfavorecidos. La

pertenencia a un nivel social bajo es un factor de alto riesgo.

Con relación al trabajo de la madre hay un dato importante de recoger para su posterior estudio. Parece ser que la actividad profesional de la madre no es un factor de perturbación en el hijo. Esta constatación confirmaría la hipótesis de que el niño no es tan sensible a la duración de la estancia de la madre en casa como a la calidad de la relación que mantiene esa madre durante su permanencia en la casa. Es pues más importante la "presencia cualitativa suficientemente buena" la que necesita el niño (F. SIROL, 1979)

2.4. ADAPTACION ESCOLAR

2.4.1. Planteamiento.

La escuela o la guardería es para el niño, además del lugar donde va a adquirir toda una serie de conocimientos reglados, el lugar donde va a establecer su primer contacto con el mundo social. A partir de la entrada en el colegio, su inserción en el medio social irá ampliándose progresivamente.

Así pues, la escuela supondrá para el pequeño todo un reto a su capacidad de adaptación. Tendrá que ir adaptándose a personas y reglas sociales diferentes a las de su familia y a compartir con sus compañeros el tiempo y las atenciones recibidas por el profesor.

Señalaremos que a este "reto adaptativo", ha de enfrentarse también la escuela. El sistema escolar ha necesitado ir organizándose de diversas maneras a través del tiempo y de las culturas e incluso a través de su propia historia como Centro escolar concreto.

La inadaptación escolar es un concepto que evidentemente varía de un país a otro y que, por lo tanto, es difícilmente objetivable. Remitimos a este respecto al lector a las observaciones realizadas por C. CHILAND (1971) expresadas anteriormente.

CL. LAUNAY (1987), recoge estadísticas de la demanda recibida en los centros psicopedagógicos observando como todas ellas tienen una variabilidad muy escasa. Son casi coincidentes en los motivos que llevan a los chicos a la consulta: del 40 al 50% el motivo es el retraso escolar otro 25 % tiene que ver con dificultades específicas relativas al medio escolar (trastornos del lenguaje y dificultades escolares particulares.

La demanda recibida alegando problemas de orden escolar ha de ser analizada con precaución si queremos determinar cual es el origen real del problema, puesto que como hemos dicho anteriormente, en la escuela entran en juego muchos más factores que los puramente académicos. La primera misión del clínico debe de ser la de determinar si el motivo de consulta se corresponde con un problema de ámbito escolar, o si por el contrario el retraso en el

aprendizaje es un síntoma más dentro de un cuadro nosológico mayor.

Para ello es necesario tener en cuenta cada uno de los tres factores que están implicados en el proceso de aprendizaje:

1/ El primero de ellos es el mismo niño. En él hemos de distinguir entre sus posibilidades para poder realizar aprendizajes y el deseo de aprender. Las posibilidades se han de evaluar desde una perspectiva orgánica (déficit sensorial, alteración neurofisiológica, etc.) y desde otra psicológica (Capacidad intelectual, alteraciones cognitivas estructuradas, etc.). El deseo de aprender, su motivación, tiene su origen en tres fuentes bien delimitadas una de origen individual, otra de origen familiar y una tercera de origen social.

El niño en su evolución, va apropiándose haciendo suya la motivación, ya que al principio ésta es más bien externa y hasta los 10 - 12 años no la hace suya.

2/ El segundo factor influyente es la familia e interviene en este proceso de dos maneras. La primera se refiere a la dinámica creada en la familia al acudir el

hijo al colegio. Sin lugar a dudas la salida del niño al colegio provoca una readaptación de la familia al completo, no es tan sólo una readaptación para el niño. La segunda relación se establece al influir el grado de motivación de la familia y la actitud de los padres en la motivación del chico para acudir a la escuela.

3/ La escuela, es el tercer factor que influye. Podemos observar como la influencia que recibe el niño en la escuela, va a depender de factores tales como la personalidad del profesor, el grupo en el que se halla incluido, y numerosas condiciones objetivas tales como el edificio, el número de compañeros que hay en el aula, el ideario del centro, la cantidad de material pedagógico disponible, etc.

B. ANDREY y J. LE MEN (1968) señalan cómo hasta los 7 años la escuela resulta un juego para el niño; un juego serio, ya que lo que hace es imitar la conducta y el trabajo de los mayores. Posteriormente, entre los 7 y los 10 años, tan sólo el 25 % de los alumnos ve satisfechas sus motivaciones, al sentir la escuela como algo que les va a ayudar. El resto, más que vinculados a la escuela se encuentran vinculados al grupo al que pertenecen. A partir de los 11 años, siguiendo a estos autores, si todas las

cosas anteriores han ido bien el joven puede empezar a ver la escuela como el lugar que le va a preparar para el futuro.

2.4.1.1. Lugar de escolarización.

Nos referimos por lugar de escolarización el elegido por los padres para que acuda su hijo. Estudiaremos la distribución de los chicos que acuden a consulta dependiendo de si están escolarizados en un centro público, privado o en una ikastola.

Probablemente la influencia que puede tener el lugar donde el niño o la niña se escolaricen, tendrá más que ver con factores multiconvergentes que con el hecho concreto de la especificidad del lugar de escolarización.

Los padres, a la hora de determinar el lugar en el que sus hijos van a recibir la educación, además de evaluar cuestiones pedagógicas, toman en consideración aspectos tales como las características ideológicas del centro, los equipamientos que tiene, las actividades extraescolares que se realizan, la distancia a la que se encuentra del domicilio, etc., etc..

2.4.1.2. Nivel y trayectoria escolar

El nivel escolar y la trayectoria escolar adecuada representa para el estudiante la posibilidad de compartir sus vivencias con compañeros de su misma edad y adquirir aprendizajes de acuerdo con las capacidades evolutivas de su momento.

La interrelación entre el fracaso escolar y dificultades emocionales es causa de debate en numerosos círculos. Aun dejando esta discusión para otros foros, sí cabe decir que independientemente de qué origine qué, una vez establecido el fracaso, se entra en un círculo vicioso. del que para el chico es difícil salir. Los padres pueden considerar ese retraso como una tara, que lo que hará que se perturben las relaciones a nivel familiar.

Por ello, es posible que en la medida en que se da un desajuste entre la edad cronológica y el curso escolar, los problemas sean cada vez mayores.

2.4.2. Revisión.

La población que acudió a consulta en el Centro de Salud Mental del área de Oviedo E. SERRANO (1990), estaba escolarizada en un 92 % de los casos. En el registro de datos aportado por J.L. PEDREIRA (1990), los resultados son similares. Cuadro XXVII.

Cuadro XXVII.

Situación escolar de los niños
atendidos en el centro de Salud Mental.

	1	2	3
En curso de su edad	80 %	64,8 %	67,2 %
Retrasado de curso	11 %	8,9 %	8,0 %
Educación Especial	1 %	1,6 %	1,1 %
No edad escolar	5 %	16,1 %	14,6 %
Guardería	2 %	7,7 %	7,1 %
No escolarizado	1 %	0,8 %	1,8 %

(1) E.SERRANO (1990).

(2) J.L. PEDREIRA año 1986 Centro de salud Mental Infanto Juvenil de Avilés N=429 (1990)

(3) J.L. PEDREIRA año 1987 Centro de salud Mental Infanto Juvenil de Avilés N=438 (1990)

2.4.3. Síntesis y conclusiones.

El trabajo de E. SERRANO (1980) es el único de los que hemos recogido que registra este dato. Recordemos las conclusiones a las que llega

1/ El 92 % de los niños y adolescentes que acuden a consulta está escolarizado.

2/ El 11 % de los pacientes lleva por lo menos un año de retraso escolar.

3/ El 2 % de los pacientes acude a una guardería

4/ El 1 % de los pacientes está escolarizado dentro de un programa de Educación Especial.

5/ El 1 % de los pacientes que acuden a consulta no acude al colegio a pesar de estar en edad escolar.

2.5.- ANTECEDENTES PSICOLOGICOS-PSIQUIATRICOS.

2.5.1. Planteamiento.

Los hijos cuyos padres poseen una enfermedad crónica se encuentran en una circunstancia especial que incidirá problemáticamente en su desarrollo. Es probable que el estudio detallado de las enfermedades de los padres aporte datos, diferenciales sobre las repercusiones que pueda tener dicha enfermedad en los hijos.

C. COBO (1983) describe cómo enfermedades crónicas, entre las que cita la epilepsia, enfermedades cardiovascular, deficiencias sensoriales y los trastornos mentales, impactan negativamente en el niño; unas por la sensación de muerte súbita o de transformación terrorífica (epilepsia), otras por las limitaciones a las que están asociadas (enfermedades cardio-vasculares) o por la limitación en las relaciones físicas (deficiencias sensoriales) o por las dificultades relacionales psíquicas (trastornos mentales).

Cuando la incapacidad es debida a una enfermedad mental en uno de los padres, constituye sin lugar a dudas un factor de riesgo cuya gravedad estará en función del tipo de patología del padre o de la madre, de la historia de la enfermedad y de las medidas terapéuticas adoptadas.

Cuando el niño es muy pequeño, si la madre posee un trastorno psíquico el riesgo es mayor y el pronóstico más incierto. No podemos dejar de tener presente que es la

madre quien realiza los primeros cuidados del niño y con quien el niño establece su primer contacto. Existe por ello un mayor riesgo cuando es la madre y no el padre quien padece la enfermedad.

E.J. ANTHONY (1969) describe varios tipos de perturbación en los hijos cuando uno de los padres es psicótico:

1. Cuando la estructura de la personalidad de uno de los padres de tipo paranoide, esquizoide o cicloide, son niños que tienden a ser persistentemente hiperexcitables, indisciplinados y nerviosos.

2. El padre psicótico impone a su hijo sus ideas delirantes y otros síntomas psicóticos. Este clima se ve muy favorecido cuando existe una relación simbiótica de la madre con el niño, cuando se acompaña de una inteligencia inferior. Las manifestaciones psicóticas del hijo tienden a desaparecer cuando se separa al hijo de sus padres.

3. Cuando se dé una desorganización del ambiente familiar. En este caso, la influencia en los hijos es muy grande.

R. LANDAU y P. HARTH (1972) muestran cómo en todos los casos hay una mayor patología en los hijos de padres psicóticos, por lo que éstos han de ser considerados como población de alto riesgo.

2.5.2. Revisión.

Las investigaciones realizadas a este respecto señalan unánimemente la importancia de la enfermedad mental de los padres en el desarrollo de los hijos. J. BOWLBY afirma que la enfermedad mental de uno de los padres es más perjudicial para el desarrollo del niño que la enfermedad somática .

C.W. BUCK y K.B. LAUGHTON (1959) afirman en sus estudios longitudinales que existe una relación directa entre los trastornos psíquicos de la madre y los trastornos en el niño.

Tras un estudio comparativo, S.WOLF (1970) comprueba que las madres de los niños atendidos en una clínica psiquiátrica presentaban más enfermedades físicas y psíquicas que las madres del grupo de control: casi el 50 % presentaba problemas de personalidad contra el 20 % de las madres del grupo de control. Es de señalar que WOLF encontró estas diferencias al estudiar a las madres. Cuando estudió las enfermedades de los padres no encontró ninguna diferencia significativa.

J. AJURIAGUERRA (1980) recoge un trabajo de A.R. REISSER y Cols. realizado con tres grupos:

- grupo A: 101 hijos de madres esquizofrénicas.
- grupo B: 45 hijos de madres psiconeuróticas.
- grupo C: 75 hijos de madres normales.

Los resultados hablan de la peor adaptación de los hijos de las madres esquizofrénicas que los de las madres

sin alteraciones psíquicas. Estos presentan más desviaciones del comportamiento que los de las madres psiconeuróticas. Sin embargo, las diferencias obtenidas no son significativas a nivel estadístico y se encuentran hijos de esquizofrénicas totalmente adaptados.

P. BOURDIER (1972) describe cómo los hijos de los psicóticos presentan con frecuencia un cuadro de "hipermadurez". Este mismo cuadro es señalado por E.J. ANTHONY (1970) en un 5 % - 10 % de los niños estudiados.

El trabajo catamnésico realizado por MEDNICK Y Cols. (1974), trata de indagar sobre el futuro de los hijos cuyas madres son esquizofrénicas. Llega a la conclusión de que el riesgo de esquizofrenia para estos niños es sensiblemente mayor que al que están sometidos los niños cuyas madres no son esquizofrénicas. Además, tratan de precisar qué otros factores nos permitirían prever los niños que en la vida adulta pueden llegar a desarrollar una estructura esquizofrénica; establecen una serie de factores a los que acaban concediendo gran importancia. Entre ellos se encuentra la hospitalización precoz y duradera de las madres por razones psiquiátricas, además de dificultades en el parto, apreciaciones pesimistas por parte de los maestros en cuanto a la persistencia de los trastornos del niño, dificultades en los tests de asociación verbal y determinadas características electrodérmicas.

MEDNICK (1974) plantea cómo no se puede eliminar la hipótesis que apoya que el daño psíquico es el resultado de experiencias precoces vividas por los niños, sin olvidar la existencia de otros factores tales como la hipersensitividad del sistema nervioso autónomo y los trastornos del sistema asociativo.

Continúa este autor afirmando que cuando son los dos padres los que padecen la esquizofrenia, la tasa de incidencia de los trastornos psicóticos en el hijo es tres veces más elevada.

R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976), tras analizar la demanda recibida en el Centre A. Binet de París, observó cómo la mayor proporción de consultantes era la que estaba compuesta por padres con antecedentes psiquiátricos, tal y como queda reflejado en el Cuadro XXVIII.

CUADRO XXVIII

Porcentaje de niños que acuden a consulta y antecedentes psicológicos psiquiátricos de los padres.

Ausencia de antecedentes.	22,1 %
Existencia de antecedentes.	39,8 %
Sin datos.	38,0 %

R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976)

E. SERRANO GUERRA (1990) concluye que de los 654 casos que acuden al Centro de Salud mental infantil del área de Oviedo, el 22 % tienen antecedentes asistenciales. la población con antecedentes se distribuye de la siguiente manera:

- 15 % de los niños con edades comprendidas entre los 0 y 4 años.
- 17 % de los niños de 5 a 9 años.
- 28 % de los niños de 10 a 14 años.

A. E. SANCHEZ GUTIERREZ (1980) en el centro de Salud Mental de Mieres, contabiliza sobre una población asistida de 156 sujetos en el año 1986 y de 153 en 1987 un porcentaje del 30,77% y del 17,64% respectivamente, de pacientes con antecedentes asistenciales.

J.L. PEDREIRA (1980) observa la siguiente distribución de los antecedentes asistenciales de los pacientes:

- Durante el año 1986 el 13,1% tiene antecedentes.
- Durante el año 1987 el 23,7% tiene antecedentes.

5.3. Síntesis y conclusiones.

1. El porcentaje de padres con antecedentes, según R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976), es del 39,8%. Sobre el total de los casos en que este dato es conocido representa un 84,4% en contraposición con el 35,6% de los casos en los que los padres no tienen antecedentes.

2. En lo que respecta a los pacientes, según los estudios de SERRANO (1980) Y SANCHEZ (1980), la población con antecedentes asistenciales en el año 1986 varía desde el 13,1% (J.L. PEDREIRA) hasta el 30,77 % (E. SERRANO).

2.6. - PROCEDENCIA:

2.6.1 Planteamiento.

Esta variable esté incluida en nuestra investigación porque pensamos que es muy importante conocer no sólo cómo son los casos que se reciben en un Centro de Psiquiatría Infanto- Juvenil, sino también conocer cómo han llegado o desde dónde son remitidos.

Las vías utilizadas por los pacientes para llegar a la consulta nos aporta información sobre:

1.- Quién ha detectado el problema o a quién se ha acudido en primer lugar.

2.- El grado de sensibilización que tiene el paciente sobre su patología.

2.6.2. Revisión:

F. SIROL (1979) en su trabajo realizado entre los años 1970 y 1974 en París (Sector 14), observa como el 46% de las casos vistos procede de indicaciones realizadas por la escuela.

P. BRUN-NEY, D. BLOND y D. GOLA (1984), tras estudiar las demandas de consulta recibidas en un Centro de Consulta de Salud Mental Infantil, observó como la mitad de ellas (50%) fue realizada por indicación del medio escolar. En el Cuadro XXIX queda reflejada la distribución alcanzada.

CUADRO XXIX

Procedencia de la demanda

Por el medio escolar	50,0 %
Por los Servicios Sociales	18,5 %
Por propia iniciativa	14,5 %
Por Servicios Médicos	14,0 %
Otros	5,0 %

P. BRUN-NEY, D. BLOND y D. GOLA (1984)

J.I. ANDONEGUI (1973), obtuvo unos resultados muy similares: la mayor proporción de consultantes fue derivada al Centro por el medio escolar. (Cuadro XXX).

CUADRO XXX

Procedencia de la demanda

Iniciativa propia.....	20,7 %
Consejo escolar.....	47,1 %
Consejo médico.....	32,3 %

J.I. ANDONEGUI (1973)

Los resultados obtenidos por G. LANDONI y Cols. (1973) al analizar la procedencia de la demanda, obtuvo resultados distintos a las investigaciones mencionadas anteriormente. Sus resultados (Cuadro XXXI) discrepan en cuanto que, si bien la procedencia de consultantes derivados o aconsejados por el medio escolar es amplia, lo son más los derivados por el médico o por propia iniciativa de la familia. En su estudio, diferencia la procedencia dependiendo del sexo del consultante. Como veremos más adelante esta diferencia arroja importantes conclusiones.

CUADRO XXXI
Procedencia de la demanda

Procedencia	años 1966/67			años 1968/69		
	V.	H.	total	V.	H.	total
Familia	18,8%	11,6%	30,5%	16,3%	10,1%	26,4%
Médico	16,8%	12,0%	28,8%	17,6%	13,7%	31,3%
Escuela	16,8%	8,9%	25,7%	17,8%	7,5%	25,4%
Serv.sociales	5,5%	2,7%	8,2%	7,8%	4,6%	12,4%
Otros	4,1%	2,7%	6,8%	2,0%	0,6%	2,6%

G. LANDONI y Cols. (1973)

Los recientes estudios de F. CASADEBAIG y N. QUEHADA (1989), confirman que es la escuela o el medio escolar quienes derivan más pacientes al Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Cuadro XXXII

CUADRO XXXII

Procedencia de la demanda

	V.	H.	TOTAL
Iniciativa familiar, personal o próximos.	30 %	31 %	31 %
Consejo medio escolar.	52 %	43 %	48 %
Consejo médico	8 %	12 %	8 %
Consejo servicio médico, social, jurídico, instit.	10 %	14 %	11 %

F. CASADEBAIG y N. QUEMADA (1989)

JONGEN E., MOUVET G., WUIDAR A., GABEL M., KLEIN F., LEBOUTEILLER M.P., BETTSCHART W. y MERLUS G. (1973) observan la siguiente distribución de la procedencia de los pacientes en diferentes países (Cuadro XXXIII). El análisis de este cuadro nos permite extraer conclusiones importantes que más tarde veremos; ahora únicamente mencionaremos la desigualdad existente dependiendo del país que se estudie: en Bruselas un tercio de los pacientes son derivados por el médico, en París más de la mitad son derivados por la escuela y en Lausanne es la familia quién por propia iniciativa acude a los servicios en al menos uno de cada tres casos.

CUADRO XXXIII

Procedencia de la consulta en diferentes países

Procedencia	Bruselas	Paris	Lausanne
Escuela	27 %	53%	29,5%
Serv.Sociales	6,5%	6%	11,5%
Familia	21,5%	16%	32%
Médico	33,5%	18,5%	19%
Otros	11,5%	6,5%	8%

JONGEN E., MOUVET G., WUIDAR A., GABEL M., KLEIN F.,
LEBOUTEILLER M.P., BETTSCHART W. y MERLUS G. (1973)

En nuestro país y en Bilbao, M.SUNYER (1982) analizó esta variable y sus resultados, un tanto divergentes con los anteriores. Ello tiene que ver, probablemente, con las características propias de un centro hospitalario. En su investigación es la familia la que por propia iniciativa acude a solicitar consulta en el 44,2% de los casos. (Cuadro XXIV)

CUADRO XXIV

Procedencia de la consulta

Familia.	44,2 %
Consultas intra-hospitalarias.	28,7 %
Escuela.	15,6 %
Otras.	11,5 %

M. SUNYER (1982)

THEVENOT J.P. y QUEMADA N. (1989) con una muestra de 712 sujetos, obtuvo resultados muy diferentes a los de M. SUNYER, debido posiblemente a la gran diferencia del ámbito de estudio. Estos autores confirman en su investigación que el medio escolar es el principal remitente de casos a los Servicios de Psiquiatría y Psicología Infanto-juvenil. (Cuadro XXXV)

CUADRO XXXV

Procedencia de la consulta.

	V.	H.	TOTAL
Propia iniciativa	17 %	18 %	17 %
Consejo de conocidos o familiares	2 %	2 %	2 %
Indicación escuela	50 %	41 %	47 %
Indicación médico o pediatra	12 %	12 %	12 %
Indicación Servicio médico o social	13 %	17 %	15 %
Obligado por alguien	2 %	3 %	2 %
Consejo de un Servicio judicial	2 %	3 %	2 %

THEVENOT J.P. y QUEMADA N. (1989)

A.E. SANCHEZ GUTIERREZ (1990) Cuadro XXXVI, en el estudio realizado en el área de Mieres, observa la variación de los remitentes de la demanda en el años 1,986 (en el que se van 156 pacientes) y 1987, en el que se atienden a 153 pacientes. Los servicios médicos derivan el mayor porcentaje de población hacia la consulta; principalmente el centro de atención primaria. Se derivan muy pocos casos de la propia red de salud mental y también acuden pocos por propia iniciativa.

Cuadro XXXVI.

Remitentes de la demanda en el
Centro de Salud Mental de Mieres

	1986	1987
Med. Atención Primaria	40,38%	54,81%
Med. Esp. S. Social	8,98%	11,76%
Atención privada	2,58%	0,65%
De la propia red	1,28%	2,62%
Iniciativa propia	2,56%	196%
P. Docente	10,80%	3,92%
Otros (Ayto, S. Sociales)	26,93%	24,18%
No consta	6,41%	0

A.E. SANCHEZ GUTIERREZ (1990)

Otro trabajo recién publicado y referente a la actividad asistencial en el Principado de Asturias, es el llevado a cabo por E. SERRANO GUERRA (1990). En él, recoge la actividad asistencial del Centro de Salud Mental del área de Oviedo durante los años 1986 y 1987. Observa en lo referente a los remitentes, que son los especialistas de la Seg. Social los que remiten más casos al centro. En el Cuadro XXXVII vemos los resultados:

Cuadro XXXVII.

Remitentes de la demanda en el
Centro de Salud Mental de Oviedo

	1988	1987
Med. Atención Primaria	20 %	10 %
Med. Esp. S. Social	28 %	37 %
Atención privada	3 %	3 %
De la propia red	3 %	2 %
Iniciativa propia	21 %	30 %
P. Docente	15 %	10 %
Otros (Ayto, S. Sociales)	8 %	7 %
Judicial	1 %	1 %

E. SERRANO GUERRA (1990)

Es de gran interés poder delimitar cuáles son las preocupaciones que hacen que el profesor decida aconsejar a un alumno suyo acudir a un Servicio de Psiquiatría para recibir una atención psicológica. M. STAMBACK y Cols (1974) realizaron una investigación encuestando a profesores de niños de 8 y 7 años con objeto de describir cuáles eran

estas preocupaciones (Cuadro XXXVIII). Observaron que las dificultades de comportamiento era el motivo más frecuente.

Cuadro XXXVIII

Porcentajes de motivos de consulta en los pacientes enviados por el profesor a la Unidad de Psiquiatría Infantil.

Dificultades de comportamiento	43,5 %
Dificultades motoras	18,8 %
Dificultades del lenguaje	17,5 %
Dificultades de orden intelectual	8,1 %
Problemas sociales	5,8 %
Trastornos somáticos	2,6 %
Absentismo	1,8 %

M. STAMBACK (1975)

2.6.3. Síntesis y conclusiones.

A la vista del cuadro que presentamos a continuación (Cuadro XXXIX), en el que hemos recogido las investigaciones anteriormente mencionadas, podemos concluir:

CUADRO XXXIX

Cuadro comparativo de diversas investigaciones sobre la procedencia de los pacientes en un Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil.

	ESCUEL.	SERVIC. SOCIALS	PROPIA INICTVA	MEDICO	OTROS
BRUN-NEY y Cois. (1984)	50,0 %	16,5 %	14,5 %	14,0 %	5,0 %
ANDONEGUI (1979)	47,0 %	0,0%	20,7 %	32,3 %	0,0%
LANDONI (66/67) (1973)	25,7 %	8,2 %	30,0 %	28,0 %	8,8 %
LANDONI (68/69) (1973)	25,4 %	12,4 %	28,5 %	31,3 %	2,8 %
CASADEBAIG y Col. (1989)	49,0 %	11,0 %	31,0 %	9,0 %	0.0%
M. SUNYER (1982)	15,6 %	0,0%	44,2 %	28,7 %	11,5 %
THEVENOT y Col. (1989)	47,0 %	15,0 %	18,0 %	12,0 %	4,0 %

1/ En la mayor parte de ellos, la mayoría de los consultantes lo hacen por indicación del medio escolar.

Siendo el medio escolar el principal remitente de casos a las Unidades de Psiquiatría Infanto-Juvenil, sería interesante investigar más sobre este punto, con objeto de poder delimitar mejor las causas que originan que esto sea así. Sería interesante responder cuestiones del estilo ¿Por qué presenta el niño trastornos en el colegio?, ¿es la primera aparición de la patología?, etc.

2/ En las investigaciones de E. SERRANO (1990) Y A.E. SANCHEZ (1990) se puede observar cómo son los Servicios Médicos los principales remitentes de pacientes, lo cual viene a confirmar cómo la procedencia de los casos está en función del planteamiento de actuación concreta (recordemos que el trabajo al que se refiere está incluido dentro del trabajo comunitario).

2.7.- MOTIVO DE CONSULTA

2.7.1. Planteamiento.

Conocer la demanda que se realiza en un Servicio de Psiquiatría infantil y los problemas que más inquietan al mundo que rodea al niño nos puede permitir un acercamiento discreto pero eficaz a la psicopatología del niño y del adolescente.

2.7.2. Revisión.

Y. GUIGEN (1959) estudió la consulta recibida en el Centro E. Claparède durante los años 1951 y 1952 en este estudio, constató cómo las dificultades escolares, sobre todo en la primera infancia, son el motivo más frecuente de las consultas realizadas.

G. LANDONI (1973) confirma los hallazgos de F. SIROL en cuanto que la mayor proporción de motivos de consulta se encuentra en los trastornos de adaptación escolar. Comentaremos más adelante las diferencias que existen en el motivo de consulta, dependiendo de si el consultante es masculino o femenino (Cuadro XL).

CUADRO XL

Motivos de consulta en un
Centro de Psiquiatría infantil

	V.	H.	TOTAL
SINTOMAS (enuresis, trast. del sueño y tics)	16,6 %	11,8 %	28,5 %
TRASTORNOS DE ADAPTACION FAMILIAR	8,2 %	5,2 %	14,4 %
TRASTORNOS DE ADAPTACION ESCOLAR (Incluye dificultades de lecto escritura)	20,7 %	9,2 %	29,9 %
REACCIONES MEDICO-LEGALES	2,0 %	0,4 %	2,5 %
OTROS MOTIVOS	14,8 %	9,8 %	24,7 %

G. LANDONI (1973)

R. SADOUN, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976)
calculan que un 61 % de los consultantes son remitidos por el medio escolar (Cuadro XLI).

CUADRO XLI

Motivos de consulta

Síntomas	27,9 %
Trast. Adaptación medio familiar.	7,7 %
Trast. Adaptación medio escolar.	61,0 %
Otros.	3,3 %

R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1978)

Los motivos por los que se acude a consulta en el Hospital Infantil de San Rafael recogidos por J.M. OCANA (1973) señalan también que los más frecuentes son las dificultades escolares, que ocupan un volumen de casi un tercio de los motivos de consulta (31,43%)(Cuadro XLII).

CUADRO XLII

Motivos de consulta

Retraso mental	10,48 %
Dificultades escolares	31,43 %
Trastornos instrumentales.	14,81 %
Trastornos de conducta.	17,88 %
Epilepsia.	15,72 %
Otros.	8,57 %

J.M. OCANA (1973)

Prácticamente la distribución obtenida por M.SUNYER (1982) es igual a la de OCANA. En ambos Servicios, a pesar de ser hospitalarios, los problemas escolares son los más abundantes. M. SUNYER (1982), obtiene la siguiente distribución (Cuadro XXLI)

CUADRO XLIII
Motivos de consulta

Alteraciones en el rendimiento escolar	17,2 %	
Alteraciones del desarrollo	14,0 %	
Retraso general	13,1 %	
Alteraciones del lenguaje oral	12,8 %	(Reagrupados)
Control de esfínteres	9,1 %	Alteraciones incidencia escolar..... 37,0%
Alteraciones de la lecto-escritura	6,9 %	Alteraciones integración al medio..... 24,5%
Síntomas de alteración emocional	6,6 %	Trastorno psicossomático.. 22,7%
Problemas de etiología no orgánica	5,6 %	Retrasos en general..... 15,8%
Hipercinesia	4,0 %	
Alteraciones del dormir	2,3 %	
Retraso psicomotor	2,1 %	
Tics	1,7 %	
Alteraciones de la alimentación	1,3 %	
Otros	1,3 %	
Lesiones orgánico cerebrales	1,2 %	
Evaluaciones de la inteligencia	0,6 %	
Agresiones a los niños	0,2 %	

M. SUNYER (1982)

Los resultados de F. CASADEBAIG y N. QUEMADA (1988) confirman una mayor petición de consulta debido a problemas de orden escolar principalmente (30 %), aunque también señalan cómo estas peticiones son diferentes para el niño que para la niña. En el Cuadro XLIV quedan reflejados sus resultados.

CUADRO XLIV
Motivos de consulta

	V.	H.	TOTAL
Síntomas	27 %	30 %	28 %
Alteraciones medio social o familiar.	19 %	20 %	19 %
Alter. escolares	32 %	25 %	30 %
Demanda específica de ayuda.	8 %	14 %	10 %
Trast. Instrumental	12 %	8 %	11 %
Consejo Orientación	2 %	2 %	2 %

F. CASADEBAIG y N. QUEMADA (1988)

A. E. SANCHEZ GUTIERREZ (1990) recoge el motivo principal de consulta por el que acude al centro de Salud Mental. El motivo de consulta tenido en cuenta es el que el técnico considera como más importante, no necesariamente el

que relata el paciente. La distribución obtenida queda reflejada en el Cuadro XLV y hace referencia a una población de 156 sujetos en el año 1986 y de 153 en 1987.

CUADRO XLV

Motivos de consulta en el Centro de
Salud Mental de Mieres.

	1986	1987
Prob. Adapt. y conducta	13,47 %	13,73 %
Retrasos madurativos	10,91 %	12,42 %
T. Psicosomáticos	2,57 %	3,92 %
T. Esfinterianos	8,98 %	15,03 %
Prob. Dinámica familiar	15,88 %	15,69 %
Prob. relacionales	3,84 %	9,16 %
Prob. rendimiento escolar	13,46 %	12,42 %
T. Est. personalidad	3,20 %	1,97 %
Probl. autonomia infantil	1,28 %	0,00 %
T. Esfera oral-alimenticia	0,00 %	0,65 %
Trast. sueño	3,20 %	7,84 %
Trast. sexualidad	0,00 %	0,65 %
Trast. depresivos	3,84 %	2,61 %
Peritaje, certificados	0,00 %	2,61 %
no consta	19,87 %	1,30 %
TOTAL	100 %	100 %

A. E. SANCHEZ GUTIERREZ (1980)

E. SERRANO GUERRA (1990) en el estudio limitado al área de Oviedo, recoge como motivos de consulta más frecuentes los problemas escolares (28 %) y los problemas de adaptación y conducta (23 %) Cuadro XLVI.

CUADRO XLVI

Motivos de consulta en el
Centro de Salud Mental de Oviedo.

Prob. Adapt. y conducta	23 %
Retrasos madurativos	7 %
T. Psicósomáticos	7 %
T. Esfinterianos	15 %
Prob. relacionales	2 %
Prob. rendimiento escolar	28 %
T. Est. personalidad	6 %
Probl. autonomía infantil	1 %
T. Esfera oral-alimenticia	2 %
Trast. sueño	6 %
Trast. depresivos	1 %
Otros peritaje, certificados	2 %
TOTAL	100 %

E. SERRANO GUERRA (1990)

2.7.3. Síntesis y conclusiones.

En el cuadro XLVII, presentamos categorizados en tres bloques los motivos de consulta.

CUADRO XLVII
Motivos de consulta

	medio escolar	síntomas	otros
G. LANDONI (1973)	29,9 %	28,5 %	41,8 %
SADOUN y Cols. (1973)	61,0 %	27,9 %	11,1 %
J.M. OCANA (1982)	31,4 %	32,0 %	36,6 %
M. SUNYER (1982)	37,0 %	47,2 %	15,8 %
F. CASADEBAIG y Col. (1989)	30,0 %	28,0 %	42,0 %

A la vista de este cuadro, podemos obtener las siguientes conclusiones:

- 1/ En todos los trabajos más allá del 50 % de los casos que acuden a un Servicio de Psiquiatría. Infanto-

Juvenil, lo hace motivado por dificultades escolares, o por síntomas psíquicos.

2/ La alteración en el medio escolar, es el motivo de consulta más frecuente (exceptuando los trabajos de M. SUNYER, 1982 y el de J.M. OCANA, 1982. Ambos pertenecientes a la consulta en dos hospitales y el de E. SANCHEZ, 1980).

2.8. - DIAGNOSTICO

2.8.1. Planteamiento.

2.8.1.1. Problemas nosológicos.

La primera clasificación de los trastornos psiquiátricos fue realizada por Kraepelin a finales del siglo XIX. Esta clasificación no recogía ningún trastorno psíquico en el niño. En aquellas fechas, la enfermedad psíquica del niño no se concebía. Hoy en día ya se reconoce la posibilidad de que el niño tenga una enfermedad mental.

El hecho de que no haya existido una clasificación de las enfermedades mentales del niño ha dificultado enormemente la comunicación interprofesional entre los especialistas de distintos países y círculos de trabajo.

La ausencia de cuadros nosológicos ha originado distintas respuestas. La más clásica de todas es la respuesta adultomórfica, que tiende a transpolar los problemas de los adultos a los niños. El desarrollo de la Psiquiatría infantil hace que cada vez se vea con más reticencias este esquema, ya que se va viendo como los trastornos de los niños no han de corresponder con los de los adultos ni a la inversa. Incluso el que la Psiquiatría infantil vaya ya teniendo cierta historia, nos ha permitido

observar cómo ni siquiera hay una continuidad entre los trastornos del niño y los trastornos del adulto.

J.J. LUSTIN (1975) plantea esta cuestión partiendo de la idea de que en el niño no podemos descubrir una estructuración de su personalidad. En él, en un momento dado, nada es fijo ni está definido, el niño es un ser en continua evolución que se va adaptando progresivamente.

También existe la tendencia antinosográfica que aboga por rechazar todo tipo de clasificación, ya que ésta es considerada como una herramienta peligrosa que elimina por definición la consideración de las características individuales del sujeto enfermo.

Una tendencia más ecléctica trata de clasificar los diversos trastornos psíquicos del niño atendiendo a un criterio que, aunque reconoce la nosología propia del adulto, permite cierta autonomía propia.

Sería importante que las clasificaciones tuvieran en cuenta tres niveles de diagnóstico y que éstos estuvieran basados en la dimensión evolutiva del niño y del adolescente. Los tres niveles serían:

1/ Nivel sintomático. Donde se evaluarían los síntomas de cada paciente, su frecuencia y su intensidad.

2/ Nivel estructural. Que permitiera evaluar, siendo conscientes de las limitaciones mencionadas anteriormente por J.J. LUSTIN (1975), el tipo de organización psíquica del niño.

3/ Nivel etiológico. Que permitiera encontrar las causas motivantes de la enfermedad o del trastorno.

La repercusión más inmediata que se plantea por la ausencia de una clasificación paidopsiquiátrica unificada la vemos en la imposibilidad de poder realizar estudios epidemiológicos que nos permitan a su vez establecer una planificación adecuada de las necesidades asistenciales.

Las clasificaciones que se realizan en la actualidad se hacen principalmente en base a dos modelos diferentes. Uno adoptado por la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) y el otro por la A.P.A. (American Psychiatric Association).

2.8.1.2. Cuadros nosológicos.

En el presente trabajo, utilizaremos la clasificación propuesta por la O.M.S., la I.C.D.-9 (International Classification Diseases). Las categorías diagnósticas extraídas de esta clasificación para realizar nuestro trabajo son las siguientes:

(código en
I.C.D.-9 Rv.)

- 299. Psicosis peculiares de la niñez.
- 300. Trastornos neuróticos.
- 301. Trastornos de la personalidad.
- 302. Desviaciones y trastornos sexuales.
- 306. Alteraciones de las funciones corporales
originadas por factores mentales.
- 307. Síntomas no clasificables en otras partes.

- 308. Reacción aguda ante gran tensión.
- 309. Reacción de adaptación.
- 310. Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo.
- 311. Trastorno depresivo no clasificable en otra parte.
- 312. Perturbación de la conducta no clasificable en otra parte.
- 313. Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y la adolescencia.
- 314. Síndrome hiperkinético infantil.
- 315. Retrasos específicos del desarrollo.
- 316. Factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otros apartados.
- 317. Retraso mental.

Consideraremos el código 999. el representante de la ausencia de trastornos; es decir, donde categorizaremos a los casos que han solicitado consulta y que las alteraciones que presentan se consideran como variaciones dentro de la normalidad.

Cómo ya mencionamos en el epígrafe 288 incluimos los trastornos de disarmonía evolutiva y prepsicosis.

A continuación presentamos las características y definiciones que hemos considerado a la hora de valorar los diferentes casos para clasificarlos como alteraciones correspondientes a las categorías diagnósticas anteriores. Para estas definiciones nos hemos basado en los criterios dados por la O.M.S. Revisión de 1979.

999. Variaciones normales del desarrollo.

Es frecuente en el caso de las consultas de Psiquiatría infantil, encontrarnos con casos en los que el niño se encuentra en el curso del desarrollo con conflictos psíquicos que le hacen reaccionar mediante síntomas. Son síntomas que, si bien pueden compararse a los psicopatológicos, son de otro orden al ser transitorios y específicos de una etapa evolutiva, no entrañando por ello una consideración psicopatológica.

Ana Freud denominó a estos síntomas "conflictos del desarrollo" y M.Klein consideró incluso que la aparición de estos síntomas denotaban una evolución positiva en el proceso de desarrollo.

Entre los ejemplos más clásicos de aparición de estos síntomas encontramos las fobias que suelen aparecer hacia los tres años. Estas fobias desapareceran poco a poco, dando lugar a una organización psíquica superior.

Utilizamos el diagnóstico de Variaciones dentro de la norma para denotar los casos en los que los trastornos del niño son nada más que la demostración de una variación de la norma estadística que los padres consideran peligroso o preocupante, sin que en realidad llegue realmente a serlo. La variación puede originar problemas en la adaptación al medio por lo angustioso, preocupante o conflictivo que puede resultar a los padres.

299. Psicosis peculiares de la niñez (O.M.S. 299).

Dentro de esta categoría, se incluye:

- 299.0 - El autismo infantil.
- 299.1 - La psicosis desintegrativa
- 299.8 - Otras.
- 299.9 - Sin especificar.

Debido a la importancia de estos trastornos pasaremos a definirlos a continuación:

299.0. Autismo infantil:

"Síndrome presente desde el nacimiento o que empieza casi invariablemente en los primeros treinta meses de vida. Las reacciones a los estímulos auditivos y a veces los visuales son anormales y hay generalmente graves problemas en la comprensión del lenguaje hablado. El habla está retardada y si se desarrolla, se caracteriza por ecolalia, reversión de los pronombres, estructura gramatical inmadura e incapacidad para usar términos abstractos. Generalmente hay deterioro del uso social del lenguaje verbal y del gesticular. Los problemas de las relaciones sociales son más graves antes de la edad de los cinco años e incluyen alteraciones en el desarrollo para mirar de frente al interlocutor, para el intercambio social y para el juego cooperativo. Es frecuente el comportamiento ritual que puede incluir rutinas anormales, resistencia al cambio, apego a objetos raros y modelos estereotipados de juego. Está disminuida la capacidad para el pensamiento abstracto o simbólico y para el juego imaginativo. La inteligencia varía desde acentuadamente subnormal hasta

normal o superior. El desempeño en las tareas que requieren memoria maquina o capacidad de percepción visual y espacial es, por lo general, mejor que en las que demandan habilidad lingüística o simbólica." (O.M.S. 9 Rev.)

299.1. Psicosis desintegrativa:

"Trastorno en el cual el desarrollo, que era normal, o casi normal durante los primeros años de vida, es seguido por pérdida de habilidad social y de lenguaje, junto con grave alteración de las emociones, del comportamiento y de las relaciones. Usualmente, esta pérdida del habla y de la competencia social se desarrolla durante un período de unos cuantos meses y va acompañada de la aparición de hiperactividad y estereotipias. En la mayoría de los casos hay desarrollo intelectual, pero esto no es necesariamente parte del cuadro clínico." (O.M.S. 9 Rev.)

299.8. Otras:

"Una variedad de psicosis infantiles atípicas que pueden mostrar algunas de las características, pero no todas del autismo infantil. Los síntomas pueden comprender movimientos repetidos estereotipados, hiperquinesia, autoagresión, retraso en el desarrollo del lenguaje, ecolalia y deficiencia de las relaciones sociales. Dichos trastornos pueden ocurrir en niños de cualquier nivel de inteligencia, pero son especialmente frecuentes en los que padecen retraso mental " (O.M.S. 9 Rev.)

299.9. Sin especificar:

300. Trastornos neuróticos.

"La neurosis es un trastorno mental, sin base orgánica demostrable, en el cual el paciente puede llegar a tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada, ya que en general, no confunde sus experiencias subjetivas mórbidas y fantasías con la realidad externa. El comportamiento puede estar afectado en extremo, aunque por lo común permanece dentro de los límites socialmente aceptables, pero la personalidad no está desorganizada. Las manifestaciones principales son: ansiedad excesiva, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivocompulsivos y depresión." (O.M.S. 9 Rev.)

A la hora de valorar el comportamiento y la estructuración de la personalidad del niño, no hemos de olvidar que éste, por definición, es un ser en continua evolución y crecimiento. Como señalan R. DIATKINE y C. CHILAND, en ocasiones nos encontraremos con trastornos de orden neurótico en el niño, que por las características propias de estos síntomas y por la interrelación de estos con la edad, unos sean pasajeros y otros representen la primera aparición de trastornos que, posteriormente, se consolidarán bien en la misma infancia o en la vida adulta.

Dentro de este cuadro se incluyen los siguientes trastornos:

- 300.0. - Estados de ansiedad.
- 300.1. - Histeria.
- 300.2. - Estado fóbico.
- 300.3. - Trastornos obsesivo compulsivos.
- 300.4. - Depresión neurótica.
- 300.5. - Neurastenia.
- 300.6. - Síndrome de despersonalización.
- 300.7. - Hipocondría.
- 300.8. - Otras manifestaciones neuróticas.
- 300.9. - Sin especificar.

301. Trastornos de la personalidad.

"Patrones de conducta inadaptada, profundamente arraigados, que casi siempre se reconocen en la etapa de la adolescencia o antes y continúan durante la mayor parte de la vida adulta, aunque con frecuencia se vuelven menos obvios en la edad media o en la vejez. La personalidad es anormal, ya sea en el equilibrio de sus componentes, su calidad y expresión o en el aspecto total. A causa de esta desviación o psicopatía, el paciente sufre o hace sufrir a otros y hay un efecto adverso sobre el individuo o la

sociedad. Incluye lo que algunas veces se denomina personalidad psicopática, pero si ésta se determina primariamente por el mal funcionamiento del cerebro, no debe ser clasificada aquí, sino como uno de los síndromes cerebrales orgánicos no psicóticos (310). Cuando el paciente exhibe una anomalía de la personalidad directamente relacionada con su neurosis o psicosis, como por ejemplo, personalidad esquizoide y esquizofrenia o bien personalidad anancástica y neurosis obsesivocompulsiva, se debe diagnosticar además de la neurosis o la psicosis pertinentes que se muestren en evidencia" (O.M.S. 9 Rev.).

Dentro de esta categoría se incluyen los siguientes síndromes:

- 301.0. - Trastorno paranoide de la personalidad.
- 301.1. - Trastorno afectivo de la personalidad.
- 301.2. - Trastorno esquizoide de la personalidad.
- 301.3. - Trastorno explosivo de la personalidad.
- 301.4. - Trastorno anancástico de la personalidad.
- 301.5. - Trastorno histérico de la personalidad.
- 301.6. - Trastorno asténico de la personalidad.
- 301.7. - Trastorno de la personalidad con predominio de las manifestaciones sociopáticas o asociales.
- 301.8. - Otros trastornos de la personalidad.

3019. - Sin especificación.

302. Desviaciones y trastornos sexuales.

" Inclinação o comportamiento sexual anormal. Los límites y las características normales de la inclinación y del comportamiento sexual no han sido establecidos de manera absoluta en las diferentes sociedades y culturas, pero en sentido amplio, son de naturaleza tal que sirven para propósitos sociales y biológicos aprobados. La actividad sexual de la persona afectada se dirige primariamente ya sea hacia una persona que no es del sexo opuesto o hacia acciones de carácter sexual no asociadas normalmente con el coito o hacia el coito efectuado en circunstancias anormales. Si el comportamiento anómalo se vuelve evidente sólo durante una psicosis u otra enfermedad mental, la afección deberá ser clasificada bajo la enfermedad principal. Es frecuente que el mismo individuo sufra de más de una anomalía de forma simultánea; en este caso se clasifica la desviación que predomina. Es preferible no incluir en esta categoría a los individuos que ejecuten actos sexuales desviados cuando no existen los medios de satisfacción normal ". (O.M.S. 9 Rev.)

Incluye los siguientes trastornos:

302.0. - Homosexualidad.

302.1. - Bestialidad.

302.2. - Paidofilia.

302.3. - Travestismo.

302.4. - Exhibicionismo.

302.5. - Transexualismo.

302.6. - Trastorno de la identidad psicosexual.

302.7. - Frigidez e impotencia.

302.8 - Otras.

302.9. - Sin especificar.

306. Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales.

"Una variedad de trastornos corporales o de tipos de mal funcionamiento fisiológico de origen mental, que no producen daño tisular y que generalmente se manifiestan a través del sistema nervioso vegetativo." (O.M.S. 9 Rev.)

Incluye las siguientes categorías:

306.0. - Osteomusculares.

306.1. - Respiratorios.

306.2. - Cardiovasculares.

306.3. - Cutáneas.

306.4. - Gastrointestinales.

306.5. - Genitourinarias.

306.6. - Endocrinas.

306.7. - De los órganos de los sentidos.

306.8. - Otras.

306.9. - Sin especificación.

307. Síntomas o síndromes no clasificables en otras partes.

Incluye:

307.0. - Tartamudeo.

307.1. - Anorexia nerviosa.

307.2. - Tics.

307.3. - Movimientos estereotipados repetitivos.

307.4. - Trastornos característicos del sueño.

307.5. - Otros trastornos y los no especificados del comer.

307.6. - Enuresis.

307.7. - Encopresis.

307.8. - Psicalgia.

307.9. - Otros y los no especificados.

308. Reacción aguda ante gran tensión.

"Trastornos transitoprios de cualquier gravedad y naturaleza, que aparecen en individuos sin afección mental evidente, como reacción a tensión física o mental excepcional, tal como una catástrofe telúrica o una batalla y generalmente ceden dentro de horas o días" (O.M.S. 8 Rev.)

En la clasificación de la O.M.S. se especifican los siguientes cuadros:

308.0. - Con predominio de las manifestaciones emocionales.

308.1. - Con predominios de las alteraciones de la conciencia.

308.2. - Con predominio de las alteraciones psicomotoras.

308.3. - Otras.

308.4. - Mixtas.

308.9. - Sin especificación.

El concepto de trastorno reaccional ha sido introducido bajo criterios diversos y su concepción varía mucho de una escuela psicológica a otra. La noción de reaccional, requeriría para K. Jaspers el cumplimiento de tres condiciones sin las cuales no merecería este adjetivo. Las condiciones eran: el trastorno no se produciría nunca sin el acontecimiento originario. En segundo lugar debe de existir una relación comprensible entre el acontecimiento y el trastorno reaccional, y por último, al desaparecer la causa debe de desaparecer también el trastorno.

La teoría psicoanalítica complicó la concepción y los criterios de valoración de JASPERS al introducir dentro de su cuerpo teórico el concepto de realidad interna y realidad externa. Partiendo de ésta división, el psicoanálisis toma y da importancia a la realidad psíquica interna más que a la externa o, dicho en otras palabras, no importa tanto lo que en realidad ha pasado como la importancia (realidad psíquica interna) que el sujeto ha dado al acontecimiento.

R. MISES, S. LEBOVICI y R. DIATKINE, sitúan los trastornos reaccionales entre las variaciones dentro de la norma y los trastornos de orden neurótico. Son por ello trastornos que no pueden ser considerados como pasajeros pero que tampoco están organizados como un cuadro patológico determinado.

No es posible clasificar los acontecimientos en términos de traumáticos o no traumáticos, ya que como hemos

dicho, la consideración de un hecho como tal estará en función del sujeto, de su edad, características psíquicas, nivel de desarrollo, etc. Una situación determinada puede ser problemática cuando el sujeto tiene tres años y esa misma situación si ocurre cuando el sujeto tiene trece, dado que su nivel de maduración ha variado, puede resultar nada traumática.

Ph. MAZET y D. HOUZEL tratan de hacer una lista que aunque no exhaustiva si refleja esta matización relativa a la edad y al acontecimiento traumático. Señala por ejemplo cómo entre 0 y 3 años son situaciones potencialmente traumáticas la separación de la madre y el nacimiento de un hermano. Entre 3 y 6 años los traumatismos sexuales, accidentes, mutilaciones, operaciones quirúrgicas, separaciones de la pareja conyugal o muerte de uno de los padres son también situaciones traumáticas, de igual manera que desde esta edad hasta la pubertad los lutos, atentados sexuales y fracasos serios. Durante la pubertad y la adolescencia la muerte de uno de los progenitores, las decepciones sentimentales, los fracasos escolares y profesionales son situaciones que pueden ocasionar este tipo de trastornos.

Las reacciones ante estos traumatismos suelen ser muy variables, pero una de las formas más frecuentes es la aparición de conductas regresivas y de crisis de angustia.

A la hora de hablar del pronóstico de este tipo de trastorno son fundamentales las repercusiones y reacciones del medio que rodea al niño. Que los padres reaccionen por ejemplo con gran angustia y con un comportamiento incontinente, hará que la situación sea más grave de lo que

sería si hubieran actuado con tranquilidad y ayudando al niño a soportar la situación difícil.

309. Reacción de adaptación.

"Trastorno leve o transitorio, más prolongado que una reacción aguda ante gran tensión, el cual se manifiesta en individuos de cualquier edad, aparentemente sin trastorno mental preexistente. Dicho trastorno a menudo está relativamente circunscrito o es específico de una situación determinada; es en general reversible y dura sólo unos pocos meses. Por lo común guarda una estrecha relación, en tiempo y contenido con acontecimientos generadores de tensión, tales como experiencias de pérdida de un ser querido, de emigración o de separación. Las reacciones que persisten más de unos cuantos días y son causadas por tensión deben incluirse también en esta categoría" (O.M.S. 9 Rev).

Incluye:

309.0. - Reacción depresiva breve.

309.1. - Reacción depresiva prolongada.

309.2. - Con predominio de alteración de otras emociones.

309.3. - Con alteración predominante de la conducta.

309.4. - Con alteración simultánea de las emociones y de la conducta.

309.8. - Otras.

309.9. - Sin especificación.

310. Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo.

Esta categoría debe usarse sólo para afecciones en las cuales la forma clínica del trastorno está determinada por la patología encefálica. Incluye los siguientes síndromes:

310.0. - Síndrome del lóbulo frontal.

310.1. - Otro tipo de cambio de la personalidad.

310.2. - Síndrome de posconfusión.

310.8. - Otros.

310.9. - Sin especificación.

311. Trastorno depresivo no clasificable en otra parte.

"Estado de depresión de intensidad moderada casi siempre, algunas veces acentuado, que no tiene características específicamente maniaco-depresivas o de otra depresión psicótica y que parece no estar asociado con acontecimientos generadores de tensión ni muestra otros aspectos específicos de la depresión neurótica" (O.M.S. 8 Rev.)

312. Perturbación de la conducta no clasificable en otra parte.

"Trastornos que comprenden principalmente comportamiento agresivo y destructivo y trastornos que involucren delincuencia. Deben usarse para casos de comportamiento anormal en cualquier edad que dan lugar a desaprobación social, pero que no son parte de trastorno psiquiátrico alguno. Pueden presentarse también alteraciones emocionales leves. Para ser incluido aquí, el comportamiento debe de ser de índole anormal a juzgar por su frecuencia, gravedad y tipo de asociaciones con otros síntomas. Las alteraciones de la conducta, a diferencia de las reacciones de adaptación, tienen una duración más prolongada y carecen de relación estrecha en tiempo y contenido, con alguna circunstancia provocadora de tensión. Difieren de los trastornos de personalidad por la ausencia de formas de inadaptación de la conducta arraigadas

presentes desde la adolescencia o desde la edad más temprana." (O.M.S. 9 Rev.)

Incluye:

312.0. - Perturbación insocial de la conducta expresada en forma individual.

312.1. - Perturbación de la conducta en pandilla.

312.2. - Perturbación compulsiva de la conducta.

312.3. - Perturbación mixta de la conducta y de las emociones.

312.8. - Otras.

312.9. - Sin especificación.

313. Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y la adolescencia.

"Trastornos emocionales que no están bien diferenciados característicos del tiempo de la niñez". (O.M.S. 9 Rev.)

Incluye:

313.0. - Con ansiedad y miedo.

313.1. - Con sentimientos de infelicidad y tristeza.

313.2. - Con hipersensibilidad, timidez y retraimiento social.

313.3. - Problemas de relación.

313.8. - Trastornos mixtos u otros.

313.9. - Sin especificación.

314. Síndrome hiperkinético infantil.

"Trastornos cuyas características esenciales son la incapacidad para mantener la atención y la tendencia a distraerse. En la niñez temprana el síntoma más llamativo es la hiperactividad extrema sin inhibiciones, aunque mal organizada y no regulada, que en la adolescencia puede cambiar a hipoactividad. También son síntomas comunes la impulsividad, las fluctuaciones acentuadas del ánimo y la agresividad. A menudo hay retraso en el desarrollo de habilidades específicas y las relaciones interpersonales son malas y perturbadas." (O.M.S. 9 Rev.).

Incluye:

314.0. - Perturbación simple de la actividad y de la atención.

314.1. - Hiperkinesia con retardo del desarrollo.

314.2. - Trastorno hipercinético de la conducta.

314.8. - Otros.

314.9. - Sin especificación.

315. Retrasos específicos del desarrollo.

" Grupo de trastornos cuya característica principal es el retardo selectivo de un aspecto del desarrollo. En cada caso el desarrollo está relacionado con la maduración biológica, pero también sufre la influencia de factores no biológicos" (O.M.S. 9 Rev.)

Incluye:

315.0. - Retardo selectivo en la lectura.

315.1. - Retardo selectivo en la aritmética.

315.2. - Otras dificultades selectivas del aprendizaje.

315.3. - Trastornos en el desarrollo del lenguaje o del habla.

315.4. - Retardo motor selectivo.

315.5. - Trastorno mixto del desarrollo.

315.8. - Otros.

315.8. - Sin especificación.

316. Factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otros apartados.

"Perturbaciones mentales o factores psíquicos de cualquier tipo, que se piensa que han desempeñado un papel principal en la etiología de una enfermedad orgánica, generalmente acompañada de daño tisular clasificada en otra parte. La perturbación mental es casi siempre leve e inespecífica; los factores psíquicos (preocupación, miedo, conflicto), pueden presentarse sin trastorno psiquiátrico evidente." (O.M.S. 9 Rev.)

317. Retraso mental discreto.

318. Retraso mental de grado no especificado.

2.8.2. Revisión:

Según los datos publicados por la O.M.S. en su informe Técnico 613 (1977), la prevalencia de los trastornos psíquicos persistentes e incapacitantes para los niños de 3 a 5 años oscila entre un 5% y un 15%.

En este mismo informe se concluye que los mayores porcentajes de alteraciones se presentan en los trastornos de conducta, los trastornos afectivos y los trastornos del desarrollo.

Los niños de 5 a 10 años que fueron atendidos en el Centro Psiquiátrico Extrahospitalario de la Diputación Foral del Señorío de Vizcaya durante el año 1974 se distribuyeron de la siguiente forma, atendiendo al diagnóstico que recibieron: ver Cuadro XLVIII (Informes técnicos del Gobierno vasco. Número 3, 1984):

CUADRO XLVIII

Diagnósticos

Rendimiento escolar	28,66 %
Epilepsia-pequeño mal	12,61 %
Trastornos del carácter	11,47 %
Enuresis	7,11 %
Epilepsia-gran mal	6,42 %
Psicosomatizaciones	5,73 %
Terrores nocturnos	4,36 %
Encopresis	4,13 %
Síndrome Angustia escolar	3,67 %
Alteraciones del sueño	3,21 %
Tartamudez	2,52 %
Psicosis infantil	1,15 %
Post-traumáticos	0,92 %
Parálisis cerebral	0,46 %

(Informes técnicos del Gobierno
vasco. Número 3, 1984)

En el Centro de Diagnóstico y Orientación del Instituto de Educación Especial "Princesa de España", a lo largo del año 1978 se diagnosticaron los síndromes expresados en el Cuadro XLIX: (Informes Técnicos del Gobierno vasco Número 3 1984).

CUADRO XLIX

Diagnósticos

Retraso escolar	36,52 %
Psicosis infantiles	1,41 %
T. motores	8,57 %
Tics	3,15 %
Tartamudez	2,28 %
Enuresis	9,78 %
Terrores nocturnos	4,36 %
Encopresis	1,52 %
S. Obsesivo puberal	4,35 %
Epilepsia	3,48 %
S. Depresivo	3,48 %
T. Carácter y conducta.	4,24 %
Psicosomatización	0,33 %
Zurdera	0,46 %
Retraso psicomotriz	1,20 %
Retraso lenguaje	2,39 %
Cleptomania	0,87 %
Cefaleas	0,22 %
Oligofrenia	0,54 %
S. Ansiedad	0,87 %
Anorexia	0,43 %

(Informes técnicos del Gobierno
vasco. Número 3, 1984)

Las dificultades escolares, como en los dos trabajos mencionados a este respecto, siguen siendo las de mayor incidencia (31,4%) en la población consultante en el Servicio del Hospital de San Rafael (J.M. OCANA, 1982). Cuadro L.

CUADRO L

Diagnósticos

Dificultades escolares	31,4 %
Trastornos de conducta	18,0 %
Epilepsia	15,7 %
Trastornos instrumentales	14,8 %
Retraso mental	10,5 %
Otros	9,6 %

J.M. OCANA (1982)

M. SUNYER (1982) en su tesina analiza el motivo de consulta en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Civil de Basurto. Los resultados que obtiene a este respecto son los descritos en el Cuadro LI, y como se pudo observar son de nuevo los retrasos escolares los más abundantes.

CUADRO LI

Diagnósticos

Retraso general.	13,1 %
Retraso psicomotor.	2,1 %
Alteración del lenguaje.	12,8 %
Alter. rendimiento escolar.	17,2 %
Alter. lecto-escritura.	6,8 %
Alter. del comportamiento.	14,0 %
Problemas de etiología no orgánica.	5,6 %
Control esfínteres.	9,1 %
Alter. en la alimentación.	1,3 %
Síntomas de alteración emocional.	6,6 %
Agresiones.	0,2 %
Tics.	1,7 %
Hipercinesia.	4,0 %
Alteraciones en el sueño.	2,3 %
Lesiones orgánico cerebrales.	1,2 %
Otras.	1,3 %
Evaluación intelectual.	0,6 %

M. SUNYER (1982)

La reagrupación de los síntomas en categorías más amplias para poder de esa manera hacer conclusiones más fácilmente, están expresadas en el Cuadro LII. En él vemos como las alteraciones escolares suponen un tercio de los diagnósticos emitidos.

CUADRO LII

Diagnósticos reagrupados

RETRASO GENERAL (retraso general, psicomotor y evaluación intelectual)	15,8 %
ALTERACIONES ESCOLARES (Alteraciones del habla, de la lecto-escritura y bajo rendimiento escolar)	37,0 %
ALTERACIONES EN LA INTEGRACION AL MEDIO (Hiperkinesia, alterac. emocional y conductual)	24,5 %
ALTERACION DE EXPRESION SOMATICA (trast. sueño, alimentación y esfínteres, tics, probl. etiología orgánica)	22,7 %

M. SUNYER (1982)

Dentro de los diagnóstico de orden más estructural y menos sintomático, R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1978) contabilizan poco más que la mitad de la demanda (52%) de diagnósticos referidos a trastornos de orden neurótico y de la evolución libidinal. Cuadro LIII.

CUADRO LIII

Diagnósticos

Trastornos específicos del desarrollo.	22,2 %
Trastornos neuróticos y de la evol. libidinal.	52,5 %
Trastornos de la personalidad y del carácter.	10,4 %
Trastornos psicóticos.	14,8 %

R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976)

Siguiendo similares criterios diagnóstico, J.I. ANDONEGUI (1973) obtiene unos resultados parecidos (Cuadro LIV). Una mayoría de trastornos neuróticos 43,1%.

CUADRO LIV
Diagnósticos

Variación dentro de la norma.....	15,4 %
Trastornos reaccionales.....	8,3 %
Trastornos específicos del desarrollo.....	15,9 %
Trastornos neuróticos.....	43.1 %
Trastornos de la personalidad y del caracter.....	5,9 %
Trastornos psicóticos.....	3,6 %
Trastornos de la evolución libidinal.....	2,8 %
Trastornos psicósomáticos.....	2,3 %
Trastornos asociados a lesión orgánica cerebral (incluye Deficiencia).....	2,7 %

J.I. ANDONEGUI (1973)

WETTSCHART W., HENNY R., BOLOGNINI M. (1978)
obtienen los resultados expresados a continuación (Cuadro LV)

CUADRO LV
Diagnósticos

	V.	H.	TOTAL
Variacion dentro de la norma	12,2 %	15,6 %	13,4 %
Trast. reaccionales	10,7 %	10,6 %	10,8 %
Trast. específicos del desarrollo	18,5 %	13,8 %	16,8 %
Trast. neuróticos	36,0 %	35,0 %	35,6 %
Trast. de la personalidad y carácter	7,5 %	4,5 %	6,4 %
Trast. psicósomáticos	1,5 %	2,1 %	1,7 %
Retraso Mental	4,4 %	7,8 %	5,6 %
Otros	7,0 %	8,7 %	7,6 %

WETTSCHART W., HENNY R., BOLOGNINI M. (1978)

El estudio de A. E. SANCHEZ GUTIERREZ (1990) establece los siguientes porcentajes de diagnóstico emitidos por el Centro de Salud Mental de Mieres durante 1987 (con 153 pacientes): Cuadro LVI. En él observa cómo el

diagnóstico más frecuente corresponde a "perturbaciones emocionales"(17,64 %).

Cuadro LVI
Diagnósticos
Centro de Salud Mental de Hieres.

	Porcentaje
T. Neurótico	4,57 %
T. Psicóticos	1,30 %
T. Personalidad	1,30 %
Enuresis y encopresis	15,03 %
T. Alimentación	1,30 %
T. Psicomotores	2,61 %
T. Sueño	4,57 %
T. Psicósomáticos	4,57 %
Reacción Adaptación	14,37 %
T. Conducta	5,22 %
Perturbaciones emocionales	17,64 %
Síndrome Hipercinético	1,30 %
Trast. Aprendizaje	15,68 %
Retraso mental	0,65 %
Trastornos del lenguaje y otros	3,26 %
Sin diagnóstico	6,53 %
TOTAL	100%

A. E. SANCHEZ GUTIERREZ (1990)

E. SERRANO GUERRA (1990), en el estudio limitado al área de Oviedo, recoge como el diagnóstico más frecuente "la Perturbación de las Emociones Peculiares de la niñez y la adolescencia" (25 %). En un porcentaje que se le aproxima, el 22 % de los diagnósticos hacen referencia al "Retraso Selectivo del Desarrollo". Cuadro LVII.

Cuadro LVII
Diagnósticos
Centro de Salud Mental de Oviedo.

	Porcentaje
T. Neurótico	6 %
T. Psicóticos	2 %
Enuresis	14 %
Encopresis	3 %
T. Alimentación	1 %
Reacción Adaptación	7 %
T. Conducta	3 %
Perturbaciones emocionales	25 %
Síndrome Hiperkinético	3 %
Retraso mental	2 %
Factores psíquicos asociados a enfermedades clasificadas en otra parte	4 %
Tics	4 %
Tartamudeo	2 %
T. debido a lesión encéfalo	1 %
Otros	1 %
TOTAL	100%

E. SERRANO GUERRA (1990)

2.8.3. Síntesis y conclusiones:

Podemos distinguir, después de revisar las anteriores investigaciones, los dos estilos de diagnóstico que mencionábamos en el planteamiento del problema. Los diagnósticos presentados por la descripción del síntoma y los diagnósticos que apelan a las estructuras psíquicas del sujeto. Limitando nuestro análisis a estos hechos, podemos concluir:

1/ Del 13 % (ANDONEGUI, 1979) al 15 % (ANDONEGUI, 1979) de los pacientes que acuden al Centro no presentan ninguna patología; es decir, han sido diagnosticados como Variaciones dentro de la Normalidad.

2/ Aproximadamente un tercio de los pacientes que acuden a consulta, son diagnosticados bajo el cuadro de Neurosis. 36% (WETTSCHART y Cols, 1978) y 43,1% (ANDONEGUI, 1979).

3/ La tercera categoría nosográfica más abundante es la que incluye los Trastornos Específicos del Desarrollo (16,8% para WETTSCHART y Cols, 1978 y un 15,8 % en los trabajos de ANDONEGUI, 1979.)

4/ las tablas de distribución obtenidas por E. SERRANO (1990) Y A.E. SANCHEZ (1990), resaltan como diagnóstico principal el de Perturbación de las Emociones (ansiedad, miedo, retraimiento, infelicidad, problemas de relación...).

2.9.- INDICACION TERAPEUTICA

2.9.1 Planteamiento.

Hemos optado por abreviar la formas de intervención terapéutica en las cinco categorías que desarrollamos a continuación.

1. Consultas espaciadas:

Entendemos por consultas espaciadas las que son realizadas más o menos regularmente, sin fechas ni tiempos preestablecidos. Es ellas se espera operar cambios en el paciente o su medio, a través de la relación terapéutica que se establece.

2. Terapia medicamentosa:

Señalamos este tipo de tratamiento cuando el abordaje que se hace al paciente es, si no exclusiva, si principalmente farmacológico.

3. Reeduación:

Su objetivo es la resolución de los problemas instrumentales del sujeto y se realiza a través de actividades más o menos estructuradas que ayudan a

solucionar las dificultades del lenguaje, la psicomotricidad o los problemas psicopedagógicos.

4. Psicoterapia:

Nos referimos a ella cuando la intervención esta orientada a la resolución y elaboración de los conflictos intrapsíquicos del paciente.

Las psicoterapias son realizadas tanto en su versión individual, como grupal y familiar.

5. Derivación:

Aquí incluimos los casos que por diferentes motivos no han podido ser atendidos en el Centro

2.9.2 Revisión.

A. E. SANCHEZ GUTIERREZ (1990), recoge la actividad asistencial del área de Mieres (Principado de Asturias). Las intervenciones fueron las siguientes (Cuadro LVIII).

Cuadro LVIII.

Tipo de intervención en la Unidad de Infantil
del área de Mieres (Principado de Asturias)

	1986	1987
Estimulación precoz	0,84 %	5,33 %
Psicoterapéutica	33,42 %	54,28 %
Social	25,00%	8,67%
Derivaciones	0,27 %	2,11 %
Interconsultas	0	3,97 %
Farmacológicas	1,20 %	4,46 %
Otras	38,17 %	21,19 %

A. E. SANCHEZ GUTIERREZ (1990)

E. SERRANO GUERRA (1990) señala como en el Centro de Salud de Oviedo se realizan las siguientes indicaciones de intervención terapéutica: Cuadro LIX.

Cuadro LIX.

Tipo de intervención en el Centro de
Salud Mental Infantil del área de Oviedo.

Psicoterapia	58 %
Control intermitente (seguimiento)	28 %
Averiguación	13 %
Fármacos	1 %

total	100 %
-------	-------

E. SERRANO GUERRA (1990)

2.9.3. Síntesis y conclusiones.

1/ La indicación más frecuente tanto para E. SERRANO (1990) como para A.E. SANCHEZ (1990) es la de psicoterapia alcanzando en ambos un porcentaje ligeramente superior al 50% de indicaciones.

F. SIROL (1979) demostró cómo la indicación terapéutica del niño no está sólo en función del diagnóstico que se haya realizado sino que otros factores tales como los antecedentes psiquiátricos familiares, como los antecedentes del niño o los trastornos asociados juegan un papel determinante.

V. ANALISIS

DE LOS

RESULTADOS

**V. 1. ESTADISTICA
DESCRIPTIVA**

1.1 EDAD

La distribución obtenida en cuanto a la edad en la que se solicita consulta queda reflejada en el Cuadro XL. Como puede observarse:

1. La edad mínima con la que se ha realizado la consulta es menor que un año. La máxima corresponde a 21 años.

2. Las edades en la que más se solicitó consulta fue a los 9 años (11,3 %) y a los 5 años (10,0 %).

3. La edad media de la consulta es de 9,0 años con una desviación típica de 4,09.

La recategorización llevada a cabo con esta variable nos permitirá realizar posteriores análisis estadísticos. Esta recategorización la hemos realizado agrupando las edades en cuatro categorías: De 0 a 4 años, de 5 a 9, de 10 a 14 y por último de 15 ó más años. Los resultados obtenidos se encuentran en el Cuadro LXI. Esta recategorización, nos permite añadir:

4. Que casi la mitad de la población, el 43,90%, consulta en edades comprendidas entre los 5 y los 9 años, y que las edades en las que menos se consulta corresponden a las incluidas dentro de la categoría "15 años ó más".

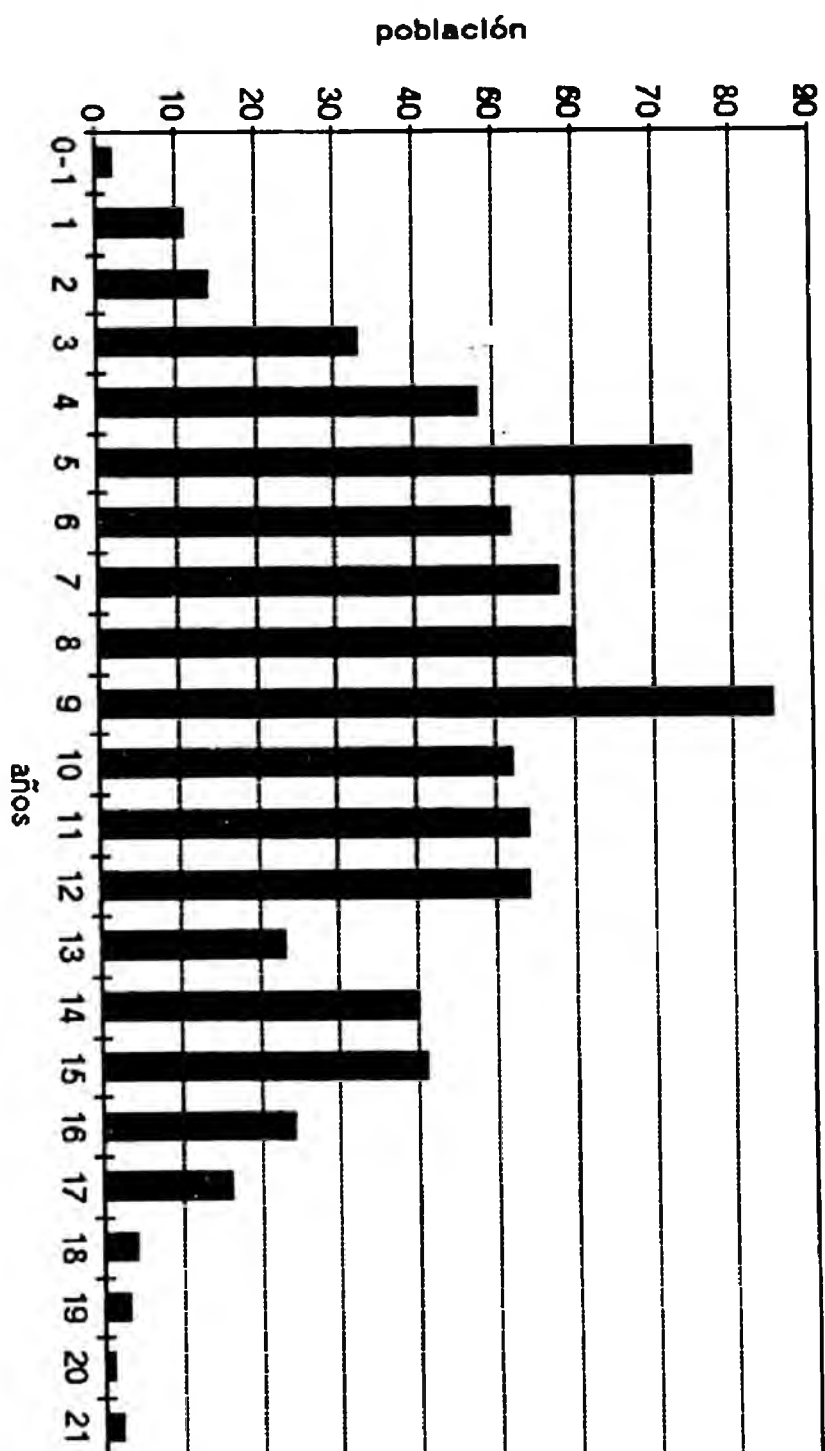
5. La distribución observada es similar a la obtenida en diversos estudios. (Ver Cuadro VII).

Cuadro LX.

Distribución de las edades
en que se realiza la consulta

edad	frecuencia	porcentaje
de 0 a 12 meses	2	0,30%
1 año	11	1,50%
2 años	14	1,90%
3 años	33	4,40%
4 años	48	6,40%
5 años	75	10,00%
6 años	52	6,90%
7 años	58	7,70%
8 años	60	8,00%
9 años	85	11,30%
10 años	52	6,90%
11 años	54	7,20%
12 años	54	7,20%
13 años	23	3,10%
14 años	40	5,30%
15 años	41	5,50%
16 años	24	3,20%
17 años	18	2,10%
18 años	4	0,50%
19 años	3	0,40%
20 años	1	0,10%
21 años	2	0,30%
TOTAL	752	100%

Distribución de la población según la
edad en que consultan



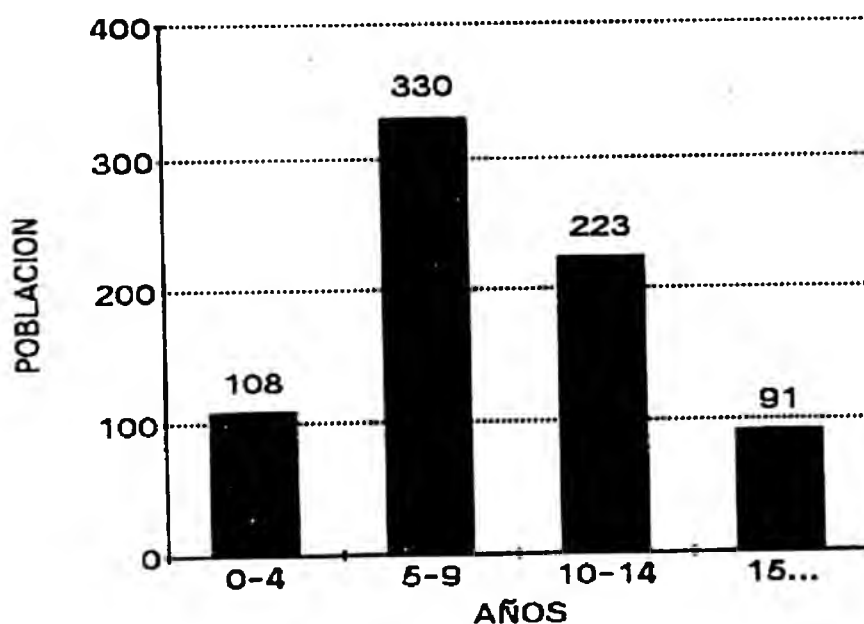
Cuadro LXI.

Distribución reagrupada según la edad en la que se realiza la consulta.

edades	frecuencia	porcentaje
de 0 a 4 años	108	14,40%
de 5 a 9 años	330	43,90%
de 10 a 14 años	223	29,70%
15 ó más años	91	12,10%
TOTAL	752	100%

GRAFICO 2

distribución de la población según la edad en que consultan



1.2 SEXO

Como vimos en el capítulo dedicado a la revisión, todos las investigaciones recogidas eran coincidentes en cuanto a la sobrerrepresentación masculina.

La distribución obtenida en nuestro análisis confirma estos resultados. (Cuadro LXII).

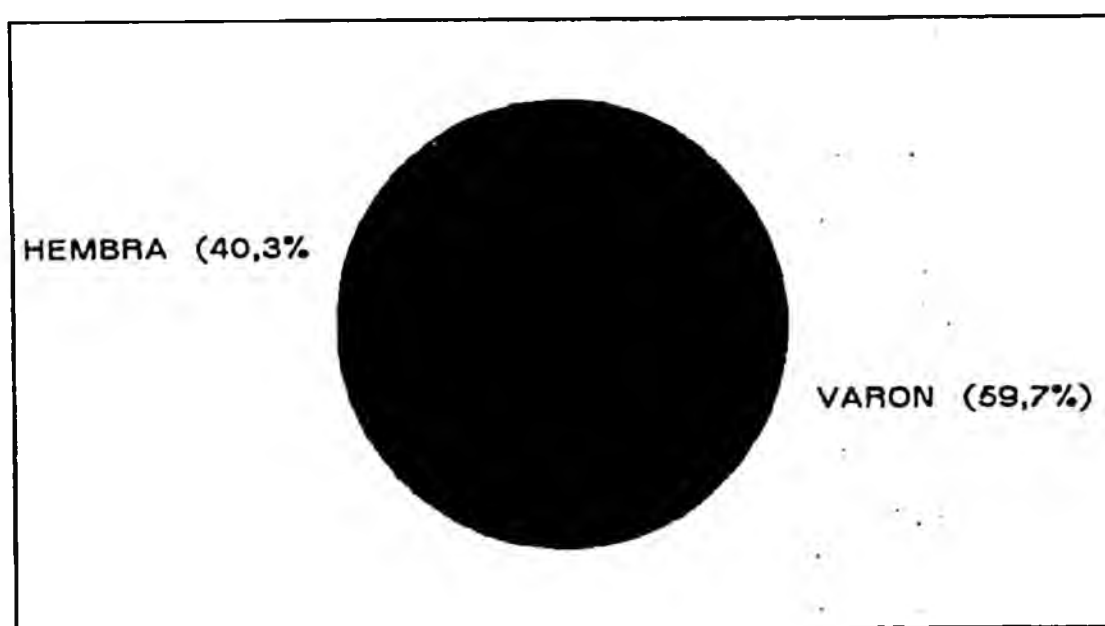
1. La representación masculina alcanza un 59,7 % sobre un 40,3 % de representación femenina.

2. El sex-ratio resultante es de 1,44.

Cuadro LXII
Distribución de la población según
el sexo

	frecuencia	porcentaje
VARON	448	59,70 %
HEMBRA	303	40,30 %
total	752	100 %

GRAFICO 3
distribución de la población según el
sexo



1.3 DATOS RELATIVOS AL PADRE

Como vemos en el Cuadro LXIII el 93,20 % de los padres (varones) de los niños y jóvenes que consultan en el Servicio de Psiquiatria infantil, viven. Han fallecido el 2,10 % y son desconocidos el 0,80 % de la población.

Teniendo en consideración tan sólo a los casos en que nos consta el dato, vemos cómo en el 97% de los casos el padre vive. (Cuadro LXIV).

Cuadro LXIII

Datos relativos al padre sobre
el total de la población.

	frecuencia	porcentaje
no consta	29	3,90%
vive	701	93,20%
fallecido	16	2,10%
desconocido	8	0,80%
TOTAL	752	100 %

Cuadro XLIV

Datos relativos al padre sobre el total
de los datos conocidos.

	frecuencia	porcentaje
vive	701	97,00%
fallecido	18	2,20%
desconocido	6	0,80%
TOTAL	723	100 %

GRAFICO 4

Datos relativos al padre sobre el
total de la población



1.4 DATOS RELATIVOS A LA MADRE

De igual manera que en el caso de los padres, la gran mayoría de las madres de los jóvenes y adolescentes que consultan en nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil viven (95,30%), el porcentaje de madres fallecidas es del 1,1%. Cuadro LXV.

Sobre el total de los casos conocidos, la diferencia de porcentajes es mayor: 98,9% frente al 1,1% de madres fallecidas (Cuadro LXVI).

Cuadro LXV

Datos relativos a la madre sobre el total de la población.

	frecuencia	porcentaje
no consta	27	3,60%
vive	717	95,30%
fallecida	8	1,10%
TOTAL.....	752	100 %

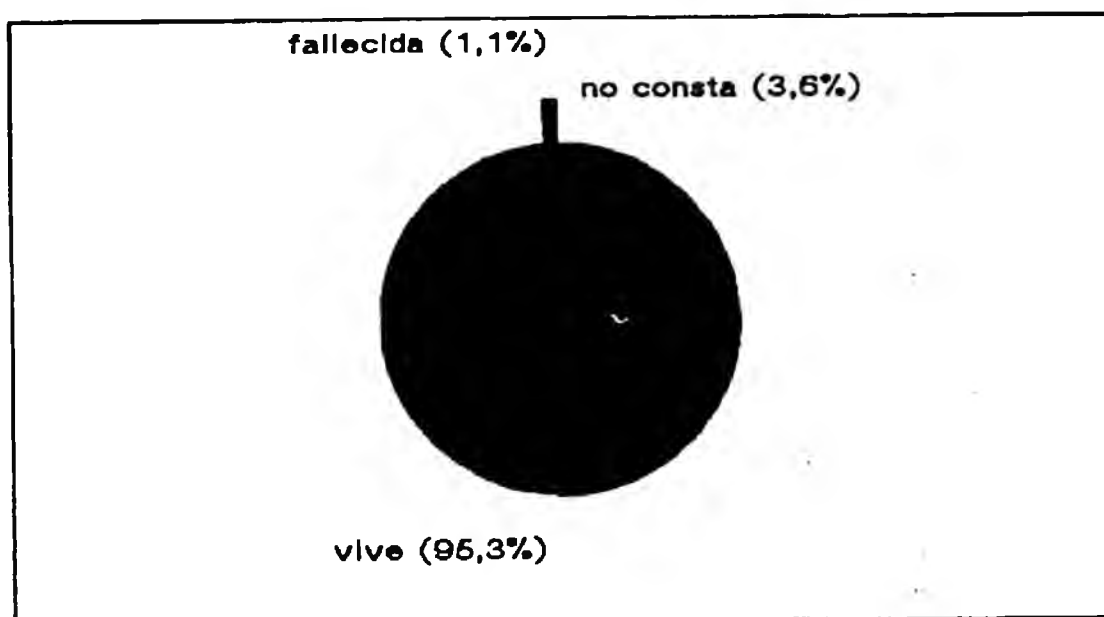
Cuadro LXVI

Datos relativos a la madre sobre el total
de los datos conocidos.

	frecuencia	porcentaje
vive	717	98,90%
fallecida	8	1,10%
TOTAL.....	725	

GRAFICO 5

Datos relativos a la madre sobre el
total de la población



1.5 SITUACION CONYUGAL

Los resultados obtenidos (Cuadro LXVII.) son los siguientes:

1. En el 85 % de los casos atendidos nos encontramos ante pacientes cuyos padres están unidos.

2. En un 7,20 % de los casos los padres están separados.

3. El resto de las situaciones (niño huérfano y madre soltera), supone el 4 % de la población.

Estos porcentajes son muy similares a los obtenidos teniendo en cuenta únicamente los casos en los que existe registro de este dato.

Los diversos estudios realizados a este respecto obtienen resultados similares. (ver Cuadro LXVIII).

Cuadro LXVII

Situación conyugal.
sobre el total de la población estudiada.

	frecuencia	porcentaje
no consta	29	3,80%
padres unidos	639	85,00%
padres separados	54	7,20%
niño huérfano	24	3,20%
madre soltera	6	0,80%
TOTAL	752	100 %

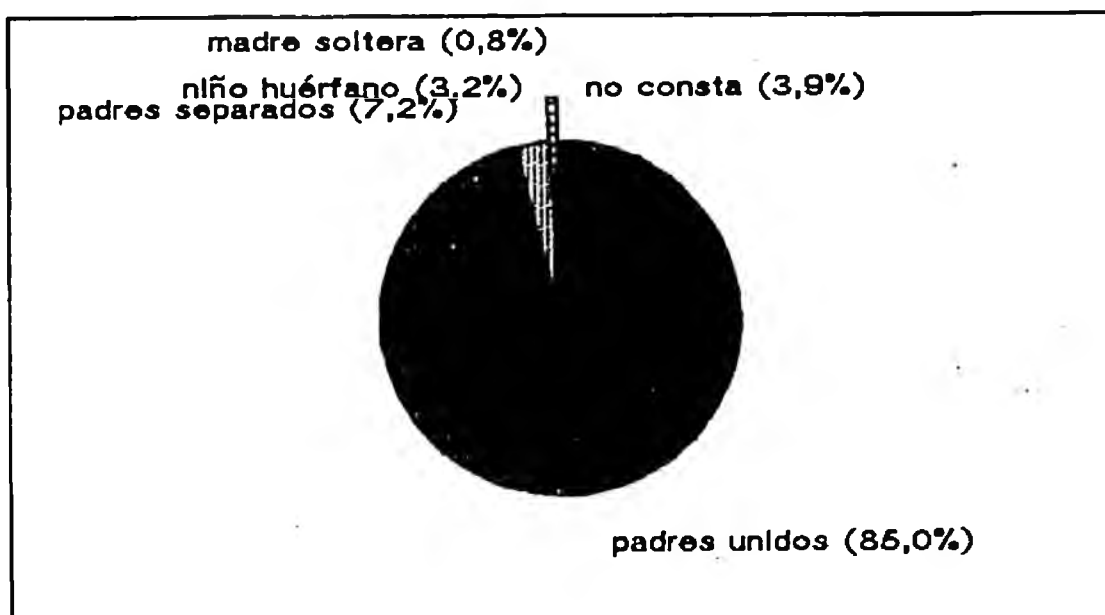
Cuadro LXVIII

Situación conyugal.
sobre el total de los datos conocidos.

	frecuencia	porcentaje
padres unidos	639	88,40%
padres separados	54	7,40%
niño huérfano	24	3,30%
madre soltera	6	0,80%
TOTAL	723	100 %

GRAFICO 8

Situación conyugal
de los padres de los pacientes



1.6 NUMERO DE HERMANOS

Los resultados obtenidos se hallan en el Cuadro LXIX y en el Cuadro LXX. Su análisis nos permite obtener las siguientes conclusiones.

1. El mayor número de consultas se realiza cuando la familia tiene dos hijos (42,60 %)
2. Consultan muy escasamente los hijos que pertenecen a familias con 5 hijos o más (4,70 %).
3. El porcentaje de hijos únicos que consultan es del 14,20%.

Cuadro LXIX

Número de hermanos de los pacientes de la población estudiada.

	frecuencia	porcentaje
no consta	33	4,40%
1	106	14,10%
2	321	42,70%
3	178	23,70%
4	78	10,40%
5	25	3,30%
6	6	0,80%
7	2	0,30%
8	1	0,10%
8	2	0,30%
TOTAL	752	100 %

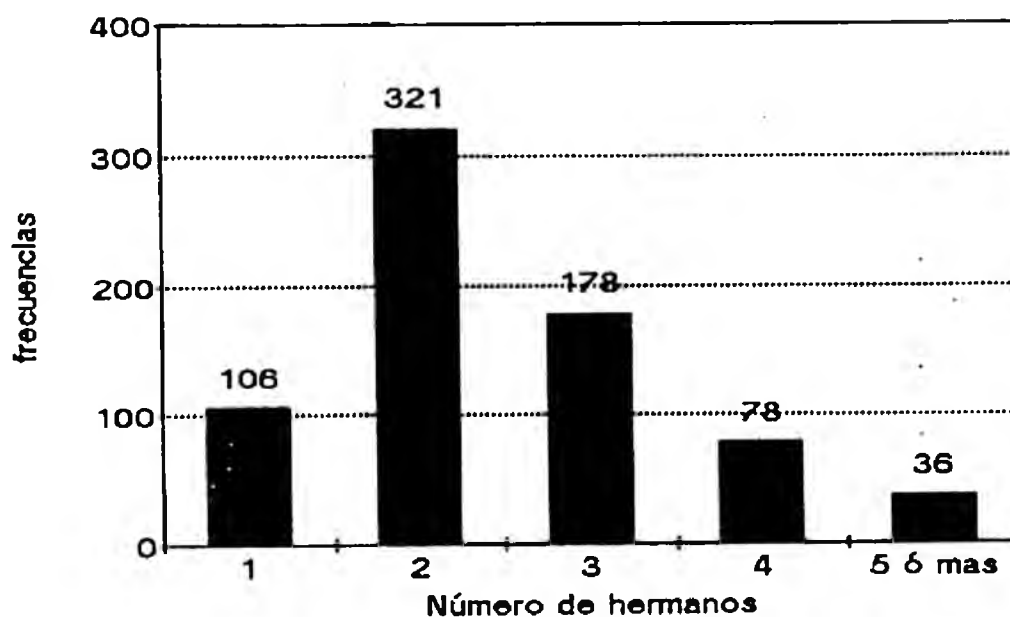
Cuadro LXX

Número de hermanos reagrupados de los pacientes
de la población estudiada.

	frecuencia	porcentaje
no consta	33	4,40%
1	106	14,10%
2	321	42,70%
3	178	23,70%
4	78	10,40%
5 ó más	36	4,80%
TOTAL	752	100 %

GRAFICO 7

Número de hermanos
(Sobre el total de los conocidos)



1.7. LUGAR QUE OCUPA DENTRO DE LA FRATRIA.

Obtenemos el siguiente cuadro de distribución Cuadro LXXI. Nos permite hacer las siguientes observaciones:

1. El 81,7 % de los pacientes que consultan son los hijos mayores o menores de la fratria (incluyo aquí los hijos únicos).

2. Tan sólo el 13,80 % de la población consultante ocupa un lugar intermedio dentro de la fratria.

Es necesario indicar que para la correcta interpretación de los datos obtenidos en la variable "Lugar que ocupa dentro de la fratria, hay que cruzar ésta con la anterior referida al número de hermanos, como lo haremos más adelante.

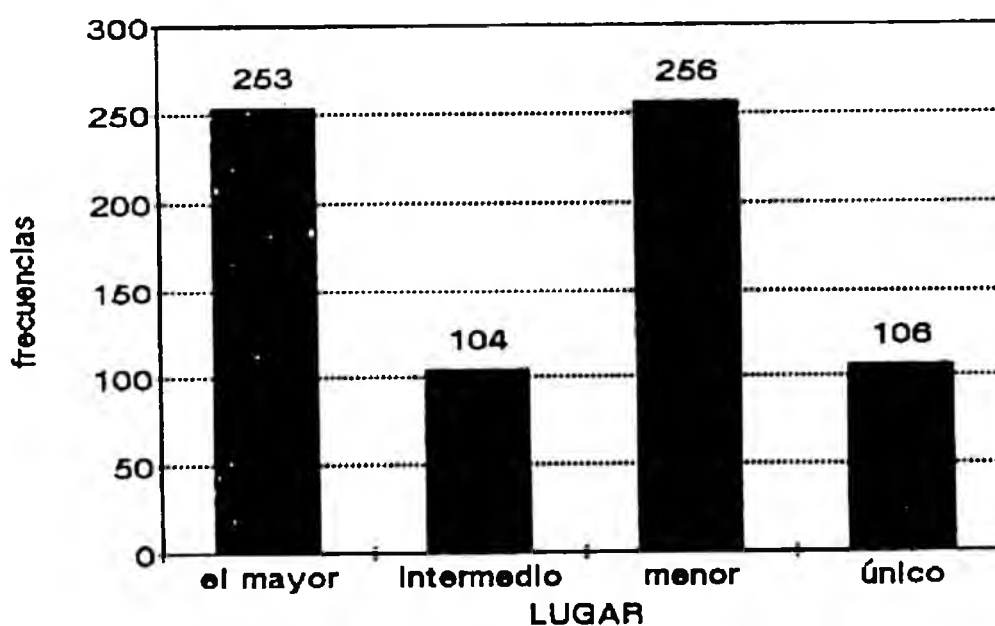
Cuadro LXXI

Lugar que ocupa el paciente
dentro de la fratria.

	frecuencia	porcentaje
no consta	33	4,40%
el mayor	253	33,80%
intermedio	104	13,80%
menor	256	33,90%
único	106	14,20%
TOTAL	752	100 %

GRAFICO 8

Lugar del paciente en la fratria
(sobre el total de casos conocidos)



1.8 CONVIVENCIA

De la observación de los Cuadros LXXII Y Cuadro LXXIII obtenemos las siguientes conclusiones:

1. El 84,3 % de los casos que hemos atendido en la Unidad viven con sus dos padres.

2. Un 10,5% viven con uno de sus padres y no con el otro. Dentro de este grupo están incluidos aquellos que viven con uno de sus padres, aun estando éste casado en segundas nupcias.

3. Un 1,2% en contraposición no viven con ninguno de sus dos padres, bien porque son adoptivos, viven con otros miembros de su familia o en institución.

Cuadro LXXII

Convivencia.

	frecuencia	porcentaje
no consta.	30	4,00%
vive con sus dos padres.	634	84,30%
vive con uno de sus padres.	62	8,20%
vive con uno de sus padres casado en segundas nupcias.	17	2,30%
vive con miembros de su familia.	5	0,70%
vive en institución.	1	0,10%
adoptado.	3	0,40%
TOTAL	752	100 %

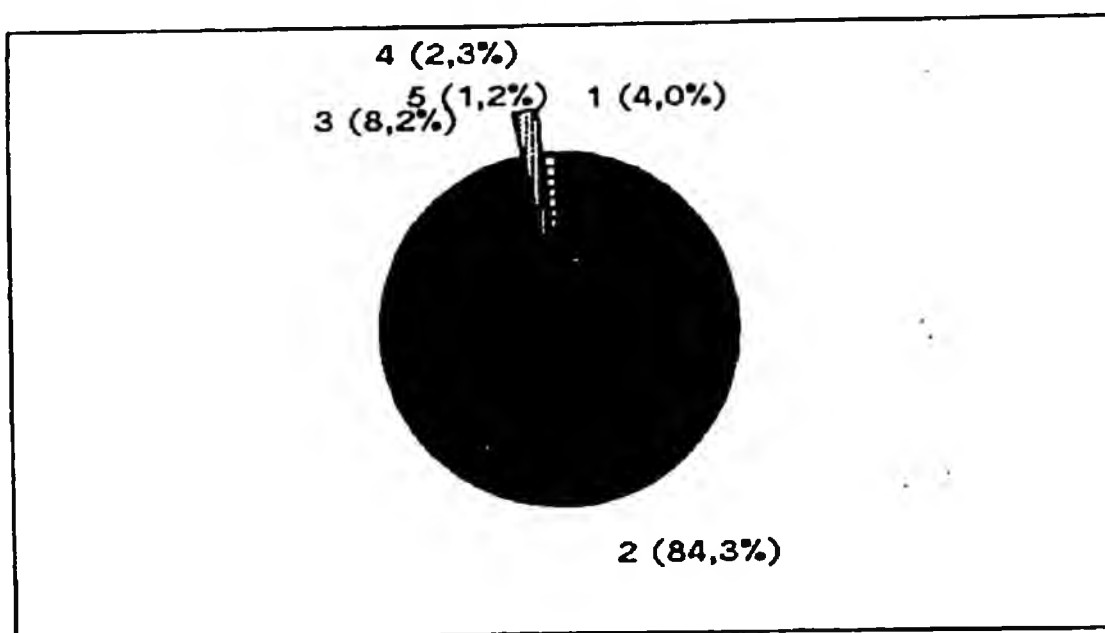
Cuadro LXXIII

Convivencia (reagrupada)

	frecuencia	porcentaje
no consta.	30	4,00%
vive con sus dos padres.	634	84,30%
vive con uno de sus padres.	62	8,20%
vive con uno de sus padres casado en segundas nupcias.	17	2,30%
otras (vive en institución, con miembros de su familia o adoptado).	9	1,20%
TOTAL	752	100 %

GRAFICO 9

Convivencia
(con quién vive el paciente)



- (1) No consta.
- (2) vive con sus dos padres.
- (3) vive con uno de sus padres.
- (4) vive con uno de sus padres casado en segundas nupcias.
- (5) otras (incluye vive con miembros de la familia, vive en institución y adoptado).

1.8 SITUACION LABORAL DEL PADRE.

En lo que respecta a la situación laboral del padre cabe decir:

1. Un 76,3 % de los padres de los pacientes que consultan desarrolla una actividad laboral estable.
2. Un 10,8% de los padres está en paro.
3. El 2,6% no desarrolla actividad laboral por estar en situación de jubilación o de incapacidad laboral.

En el Cuadro LXXIV queda reflejado este resultado. Teniendo en cuenta los casos en los que no hemos podido registrar el dato e incluyendo la categoría de padre fallecido y desconocido.

En el Cuadro LXXV reflejamos este mismo tratando únicamente los datos referidos a los padres que viven.

Cuadro LXXIV

Situación laboral del padre
de los pacientes que consultan
en la Unidad

	frecuencia	porcentaje
no consta	70	9,30%
activo	574	76,30%
paro	81	10,80%
incapacidad laboral	14	1,90%
jubilación	5	0,70%
fallecido	8	2,50%
TOTAL	752	100 %

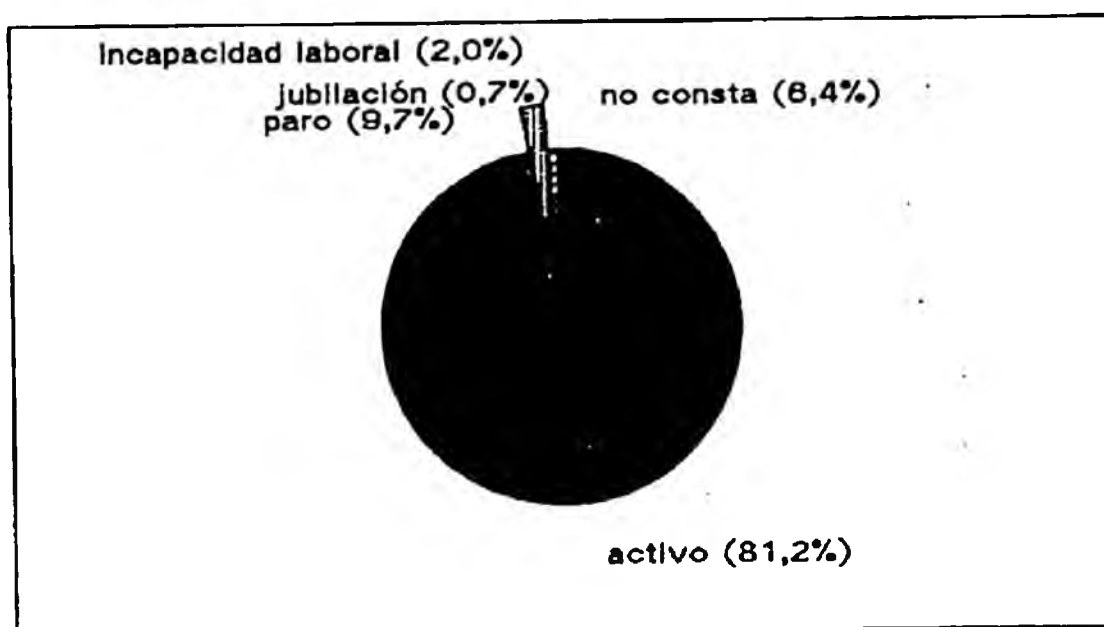
Cuadro LXXV

Situación laboral del padre
de los pacientes que consultan en la Unidad
sobre el total de los que viven.

	frecuencia	porcentaje
no consta	45	6,40%
activo	569	81,20%
paro	68	9,70%
incapacidad laboral	14	1,90%
jubilación	5	0,70%
TOTAL	701	100 %

GRAFICO 10

Situación laboral del padre
(sobre los padres que viven)



1.10 SITUACION LABORAL DE LA MADRE

De la situación laboral de la madre cabe decir:

1. El 24,1% de las madres de los pacientes desarrolla actividades laborales fuera del hogar.
2. El 67,7% no realiza actividades fuera del hogar.
3. No existe ningún caso de madre jubilada.
4. El 0,5% de las madres está incapacitado para desarrollar una actividad laboral.

En el Cuadro LXXVI, queda reflejada ésta distribución.

Presentamos también el cuadro resultante del análisis de la situación laboral de la madre de los pacientes, cuyas madres viven. Cuadro LXXVII.

Cuadro LXXVI

Situación laboral de la madre

	frecuencia	porcentaje
no consta	51	6,80%
activo	181	24,10%
paro/ama de casa	509	67,70%
incapacidad laboral	4	0,50%
jubilación	0	0,00%
fallecida	7	0,90%
TOTAL	752	100 %

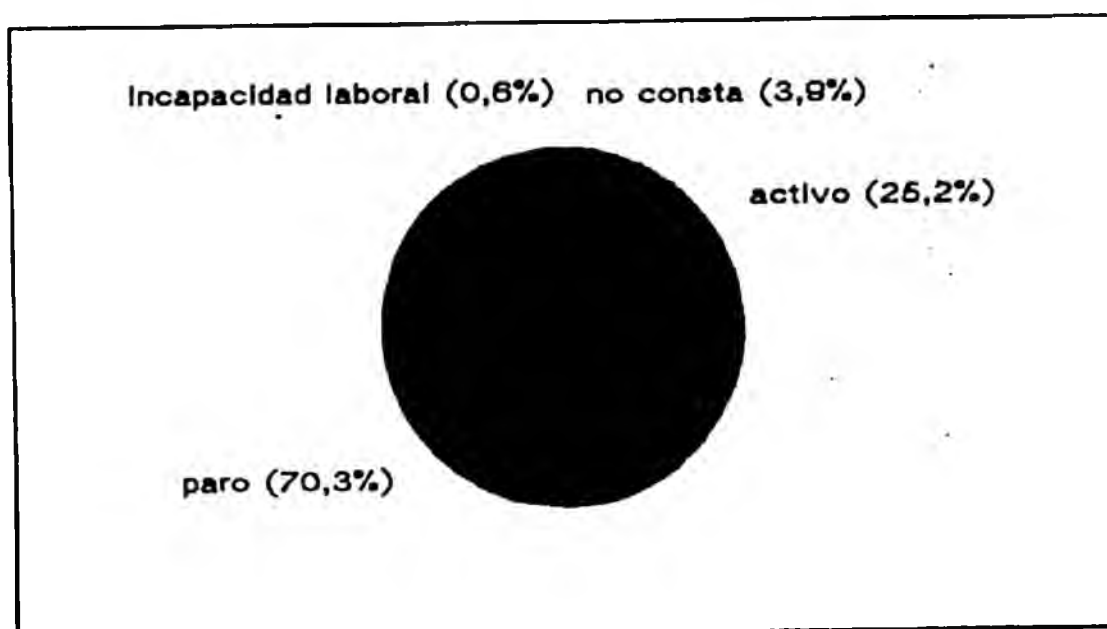
Cuadro LXXVII

Distribución de la situación laboral de la madre sobre el total de las madres que viven.

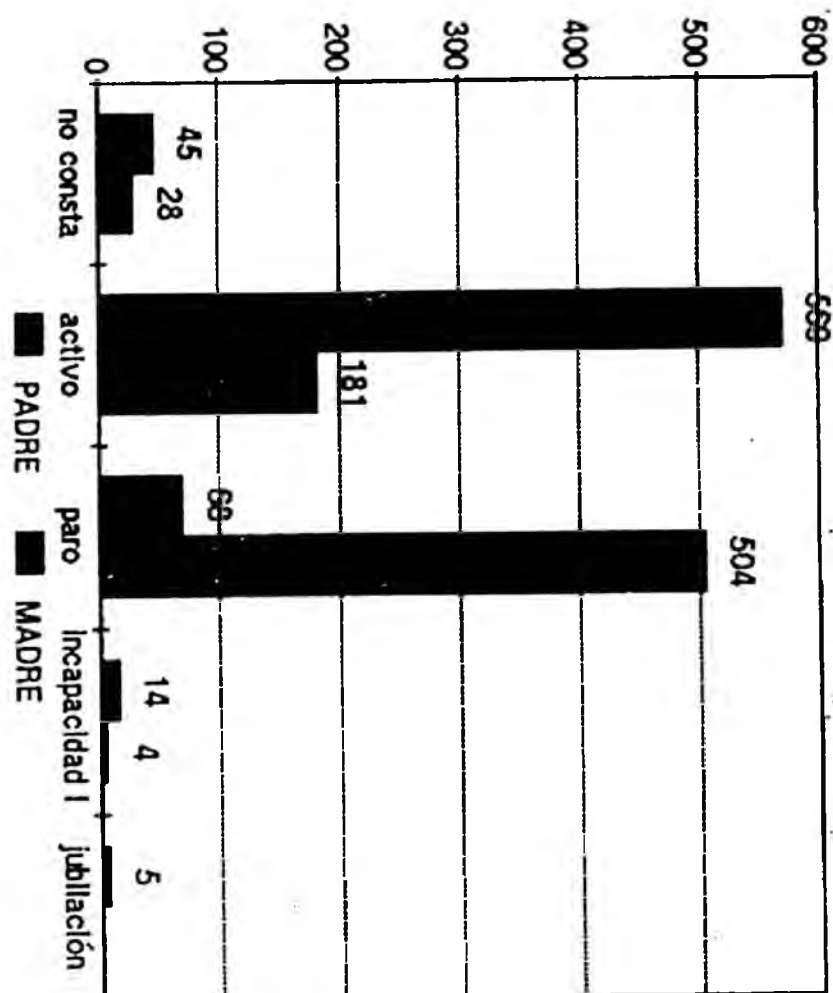
	frecuencia	porcentaje
no consta	28	3,90%
activo	181	25,20%
paro	504	70,30%
incapacidad laboral	4	0,60%
jubilación	0	0,00%
TOTAL	717	100 %

GRAFICO 11

Situación laboral de la madre
(sobre el total que viven)



Situación laboral de los padres
(sobre el total que viven)



1.11 EDAD DEL PADRE.

La distribución de la edad del padre es la siguiente: Cuadro LXXVIII

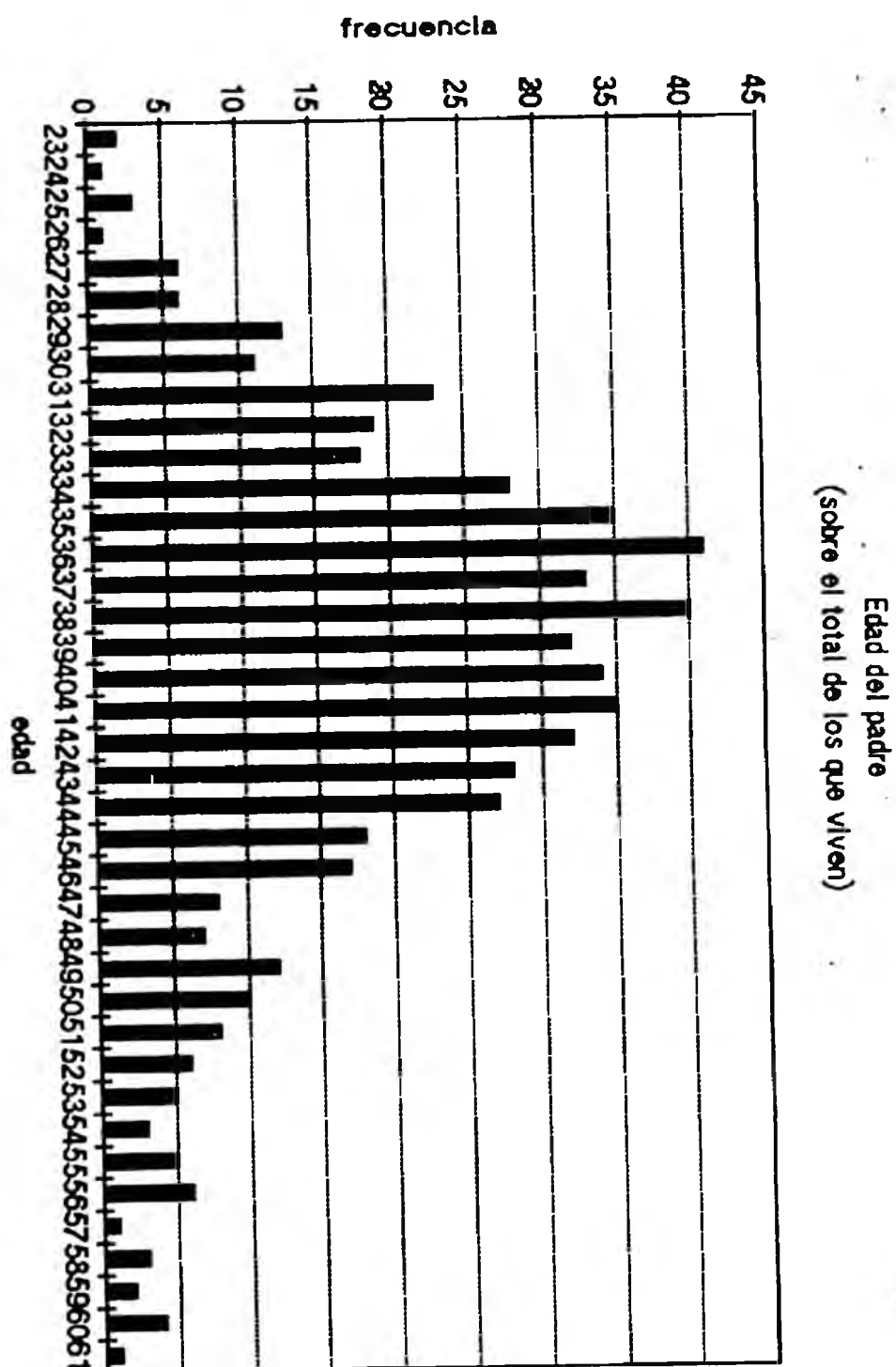
Reagrupadas las edades sobre el total de los padres que viven en cuatro categorías, podemos hacer las siguientes observaciones (Cuadro LXXIX):

1. El padre más joven que acude al Servicio para traer a su hijo a consulta tiene 23 años.
2. El padre de más edad tiene 61 años.
3. La media de la edad de los padres es de 39,5 años, con una desviación típica de 6,9 años.
4. La mayor frecuencia de consulta la encontramos en los pacientes cuyos padres tienen entre 31 y 40 años. (43,20 %)
5. La menor frecuencia de consulta la encontramos en los pacientes cuyos padres tienen menos de 31 años.

Cuadro LXXVIII

Edad del padre.

	frecuencia	porcentaje.
no consta	158	21,00%
23	2	0,30%
24	1	0,10%
25	3	0,40%
26	1	0,10%
27	6	0,80%
28	6	0,80%
29	14	1,90%
30	11	1,50%
31	23	3,10%
32	19	2,50%
33	18	2,40%
34	29	3,90%
35	35	4,70%
36	41	5,50%
37	33	4,40%
38	40	5,30%
39	32	4,30%
40	34	4,50%
41	36	4,80%
42	32	4,30%
43	29	3,90%
44	27	3,60%
45	18	2,40%
46	18	2,40%
47	8	1,10%
48	7	0,90%
49	12	1,60%
50	10	1,30%
51	8	1,10%
52	6	0,80%
53	5	0,70%
54	3	0,40%
55	5	0,70%
56	6	0,80%
57	1	0,10%
58	3	0,40%
59	2	0,30%
60	4	0,50%
61	1	0,10%
fallecido o desconocido	5	0,70%
Total	752	100 %



Cuadro LXXIX

Edad del padre reagrupada
sobre el total de los padres que viven

	frecuencia	porcentaje.
no consta	117	18,70%
hasta 31 años	43	8,10%
de 31 a 40años	303	43,20%
de 41 a 50	194	27,70%
más de 50	44	6,30%
Total	701	100 %

1.12 EDAD DE LA MADRE.

La distribución de la edad de la madre es la siguiente: Cuadro LXXX.

Reagrupadas las edades de las madres que viven en cuatro categorías, podemos hacer las siguientes observaciones:

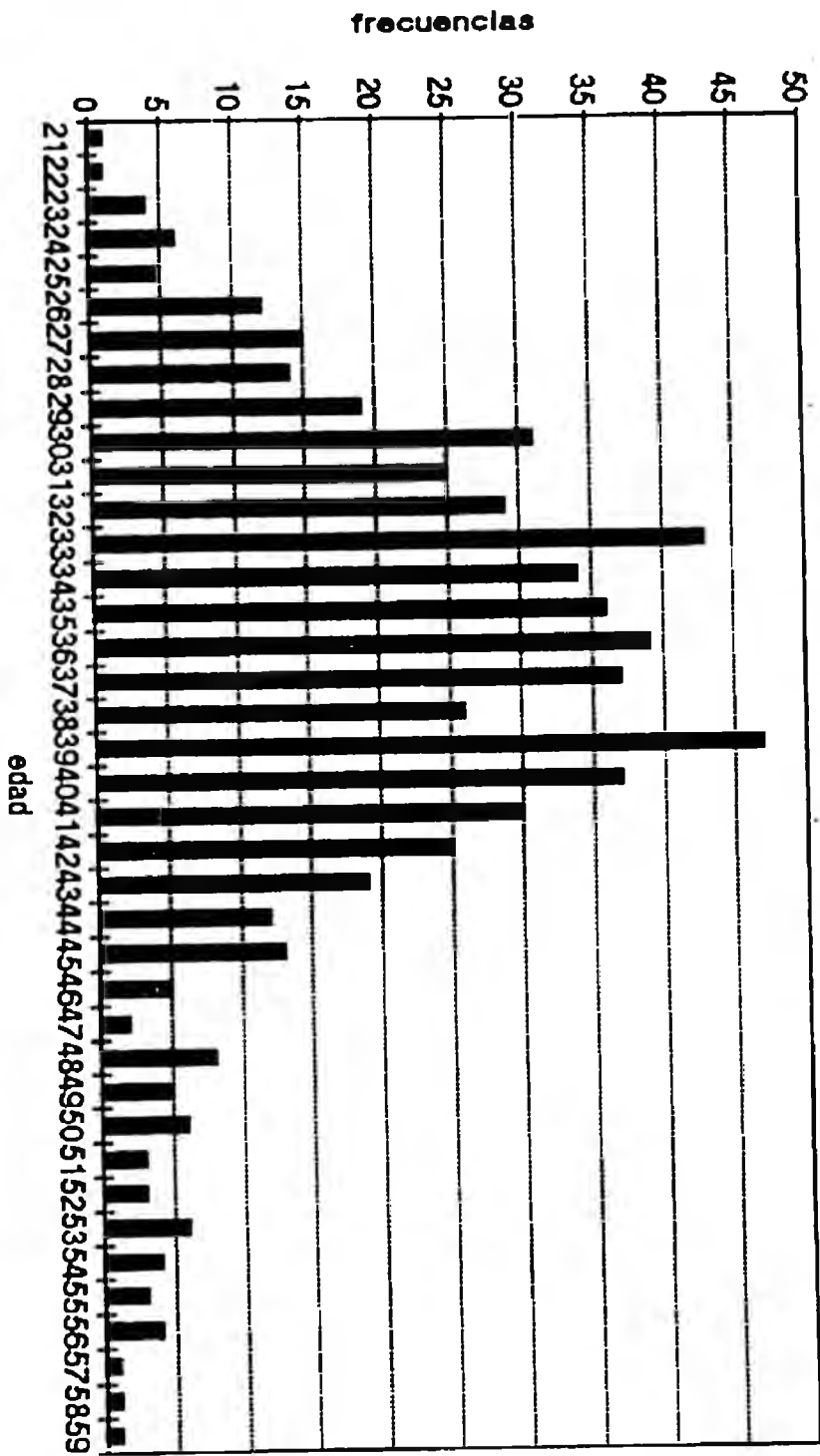
1. La madre más joven tiene 21 años.
2. La madre de más edad tiene 59 años.
3. La media de la edad de las madres es de 36,7 años, con una desviación típica de 6,67.
4. La mayor frecuencia de consulta la encontramos en los pacientes cuyos madres tienen entre 31 y 40 años (48,20%).
5. La menor frecuencia de consulta la encontramos en los pacientes cuyos madres tienen más de 50 años. Cuadro LXXXI.

Cuadro LXXX

Edad de la madre.

	frecuencia.	porcentaje
no consta	138	18.40%
21 años	1	0.10%
22	1	0.10%
23	4	0.50%
24	6	0.80%
25	5	0.70%
26	12	1.60%
27	15	2.00%
28	14	1.90%
29	19	2.50%
30	31	4.10%
31	25	3.30%
32	29	3.90%
33	43	5.70%
34	34	4.50%
35	36	4.80%
36	39	5.20%
37	37	4.90%
38	26	3.50%
39	48	6.40%
40	37	4.90%
41	30	4.00%
42	25	3.30%
43	20	2.70%
44	12	1.60%
45	13	1.70%
46	5	0.70%
47	2	0.30%
48	8	1.10%
49	5	0.70%
50	6	0.80%
51	3	0.40%
52	3	0.40%
53	6	0.80%
54	4	0.50%
55	3	0.40%
56	4	0.50%
57	1	0.10%
58	1	0.10%
59	1	0.10%
Total	752	100 %

Edad de la madre
(sobre el total de las que viven)

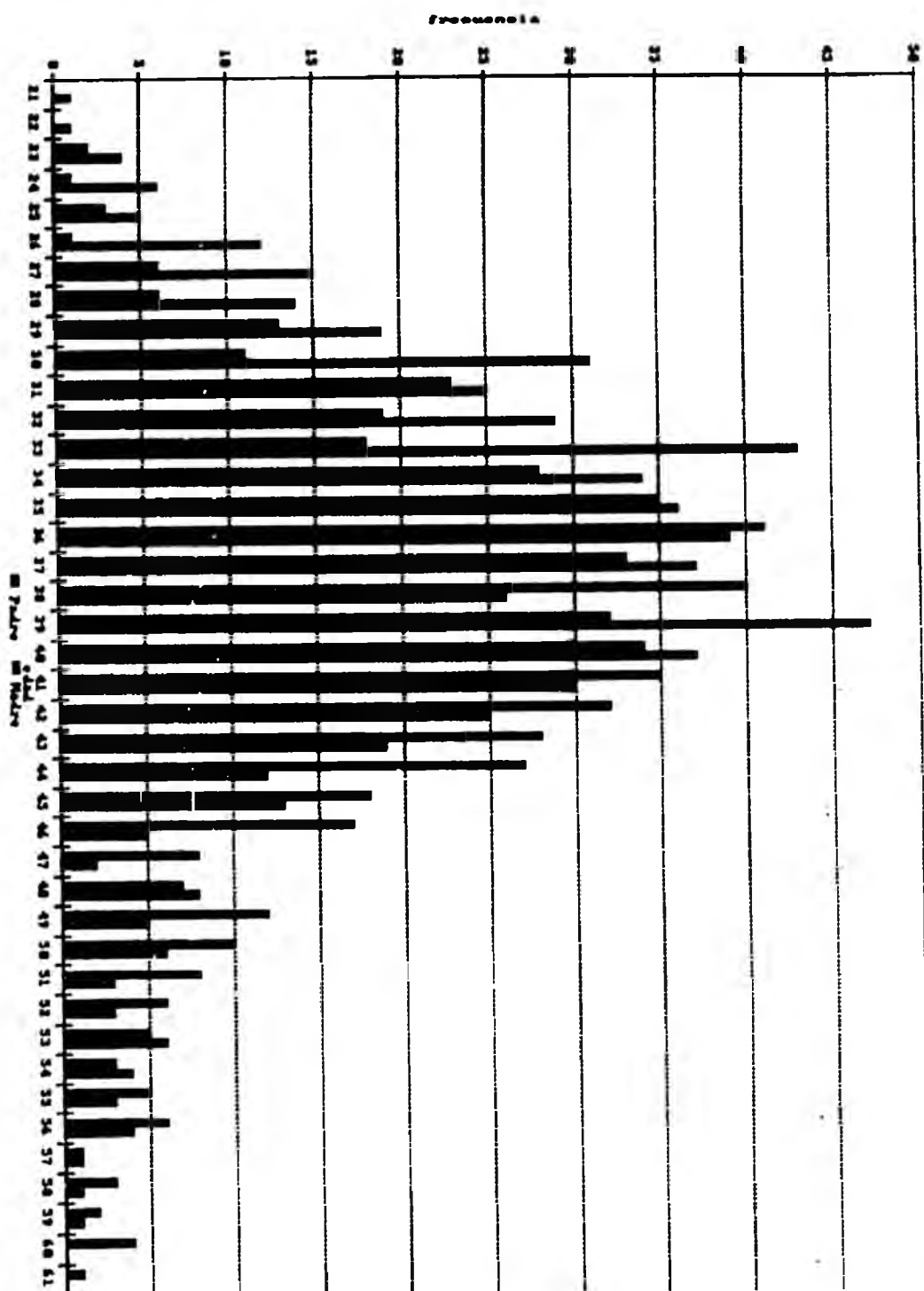


Cuadro LXXXI

Edad de la madre reagrupada
sobre el total de las madres que viven

	frecuencia	porcentaje
no consta	106	21,00%
hasta 31 años	107	14,90%
de 31 a 40 años	353	49,20%
de 41 a 50 años	125	17,40%
más de 50	26	3,60%
Total	717	100 %

Edad del padre y de la madre
sobre el total



1.13. LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE .

Los resultados obtenidos no nos permiten hablar con validez sobre el lugar de nacimiento del padre, dado que el número de casos en los que este dato no está registrado supone el 32% de la población. (Cuadro LXXXII).

Teniendo en cuenta esta limitación, en el Cuadro LXXXIII recogemos la distribución de los lugares de nacimiento de los casos que son conocidos. Con esta salvedad podemos concluir:

1. El 52,9% de los padres de los pacientes han nacido en la Comunidad Autónoma Vasca (el 51,7 en Vizcaya y el 1,2% en el resto de la Comunidad)
2. El 44,0% proceden de otras Comunidades Autónomas.
3. El 3,1 % son de origen extranjero.

Cuadro LXXXII.

Lugar de nacimiento del padre.

	frecuencia	porcentaje
no consta	241	32,00%
Vizcaya	264	35,10%
Resto de la Comunidad Autónoma	6	0,80%
Resto de España	225	29,90%
Extranjero	16	2,10%
TOTAL	752	100%

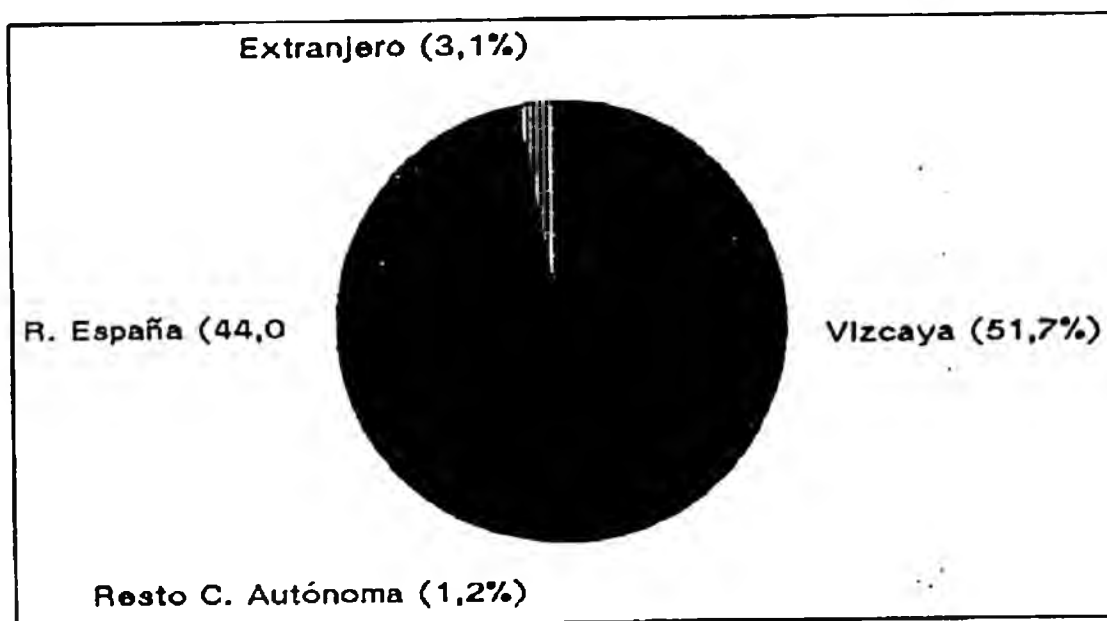
Cuadro LXXXIII.

Lugar de nacimiento del padre.
sobre el total de los casos conocidos.

	frecuencia	porcentaje
Vizcaya	264	51,70%
Resto de la Comunidad Autónoma	6	1,20%
Resto de España	225	44,00%
Extranjero	16	3,10%
TOTAL	511	100%

GRAFICO 16

Lugar de nacimiento de padre
sobre el total de casos conocidos



1.14 LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE.

En el Cuadro LXXXIV, puede observarse la distribución de los casos en función del lugar de nacimiento de la madre. En un porcentaje del 30,70% no está registrado este dato.

Analizando esta variable en función únicamente de los casos que nos son conocidos, obtenemos la distribución expresada en el Cuadro LXXXV. Concluimos:

1. El 54,9% de las madres ha nacido en la Comunidad Autónoma Vasca, el 52,4% en Vizcaya y el resto (2,4%) en las demás provincias vascas.

2. El 42,8 % ha nacido fuera de la Comunidad Autónoma Vasca.

3. Un 2,3 % ha nacido en el extranjero.

Cuadro LXXXIV.

Lugar de nacimiento de la madre

	frecuencia	porcentaje
no consta	231	30,70%
Vizcaya	273	36,30%
Resto de la Comunidad Autónoma	13	1,70%
Resto de España	223	29,70%
Extranjero	12	1,60%
TOTAL	752	100%

Cuadro LXXXV.

Lugar de nacimiento de la madre
sobre el total de los casos conocidos

	frecuencia	porcentaje
Vizcaya	273	52,40%
Resto de la Comunidad Autónoma	13	2,50%
Resto de España	223	42,80%
Extranjero	12	2,30%
TOTAL	521	

GRAFICO 17

Lugar de nacimiento de la madre
sobre el total de casos conocidos

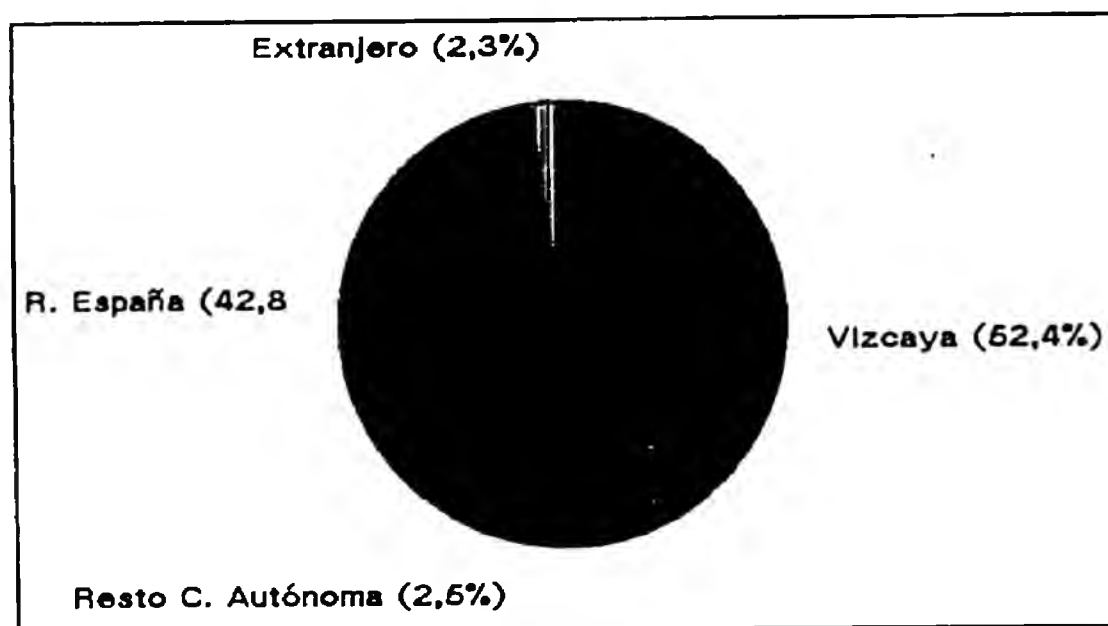
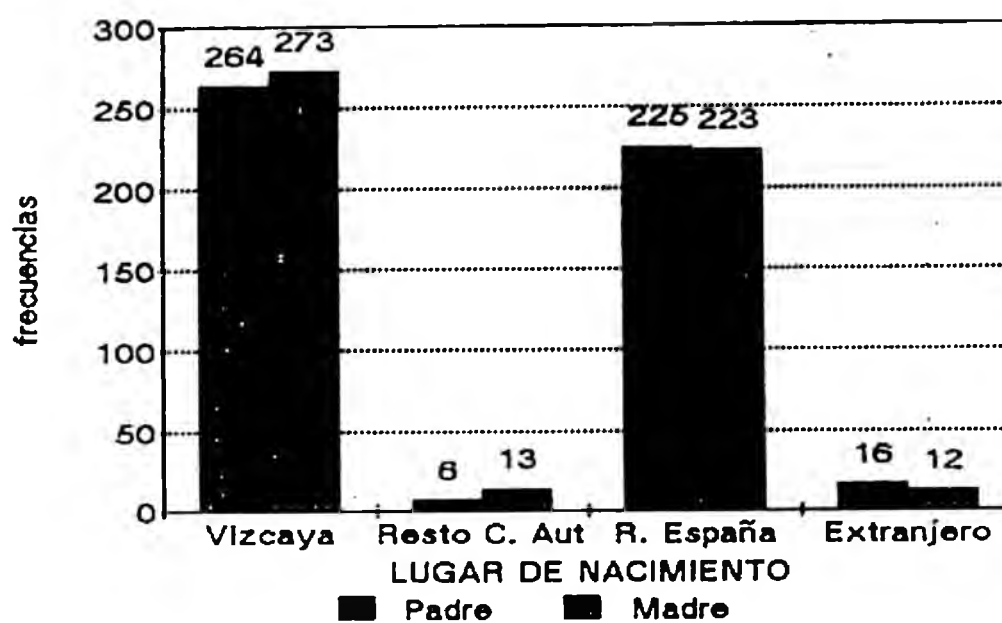


GRAFICO 18

Lugar de nacimiento de los padres
(sobre el total de los casos conocidos)



1.15 NIVEL SOCIOPROFESIONAL.

Los resultados (Cuadro LXXXVI y Cuadro LXXXVII), nos indican:

1. El 72,50% de los pacientes que solicitan consulta proceden de una familia con un nivel socioprofesional medio-bajo.
2. El nivel medio-alto está representado en un 14,20%.
3. El nivel menos representado es el alto (0,70%).
4. Señalaremos como la curva de distribución es asimétrica al hallarse más representados los niveles bajo y de pobreza: 4,70% y 1,10%, respectivamente.

Cuadro LXXXVI.

Nivel socioprofesional de la familia

	frecuencia	porcentaje
no consta	52	6,90%
nivel alto	5	0,70%
nivel medio-alto	107	14,20%
nivel medio-bajo	545	72,50%
nivel bajo	35	4,70%
nivel de pobreza	8	1,10%
total	752	100%

Cuadro LXXXVII.

Nivel socioprofesional de la familia
sobre el total de casos conocidos.

	frecuencia	porcentaje
nivel alto	5	0,70%
nivel medio-alto	107	15,30%
nivel medio-bajo	545	77,80%
nivel bajo	35	5,00%
nivel de pobreza	8	1,10%
total	700	100%

GRAFICO 19

Nivel socioprofesional
sobre el total de datos conocidos



1.16 SITUACION ESCOLAR.

En el Cuadro LXXXVIII y, en el LXXXIX quedan reflejados los resultados obtenidos. Podemos afirmar:

1. El 89,90% de la población que consulta está escolarizada.

2. Tan sólo el 7,80% está sin escolarizar, bien por no haber cumplido aún la edad (6,50%) o por haber interrumpido dicha escolaridad por algún motivo.

Cuadro LXXXVIII.

Situación escolar
de la población consultante.

	frecuencia	porcentaje
no consta	17	2,30%
escolarizado	676	89,90%
no escolarizado por edad	49	6,50%
interrupción de la escolaridad	10	1,30%
Total	752	100%

Cuadro LXXXIX.

Situación escolar de la población consultante.
sobre el total de los datos conocidos

	frecuencia	porcentaje
escolarizado	676	92,00%
no escolarizado por edad	49	6,70%
interrupción de la escolaridad	10	1,40%
Total	735	100%

GRAFICO 20

Situación escolar
de la población atendida



1.17 AL CUIDADO DE . . .

Podemos observar cómo la población no escolarizada está dividida en dos grandes grupos, los que son cuidados por sus padres y los que acuden a la guardería:

1/ El 42,4 % de los pacientes que acuden a nuestra Unidad y no están escolarizados, va a la guardería.

2/ Un 35,6 % de los pacientes que no están escolarizados está al cuidado de sus padres.

3/ Un 3,4 % de los pacientes está al cuidado de familiares o de una empleada dedicada exclusivamente a su cuidado.

4/ El 18,6 % de los pacientes se encuentra en la situación de "otros". Son pacientes que no están escolarizados debido a su edad o por haber interrumpido los estudios.

En el Cuadro XC, que presentamos a continuación, quedan reflejados estos resultados.

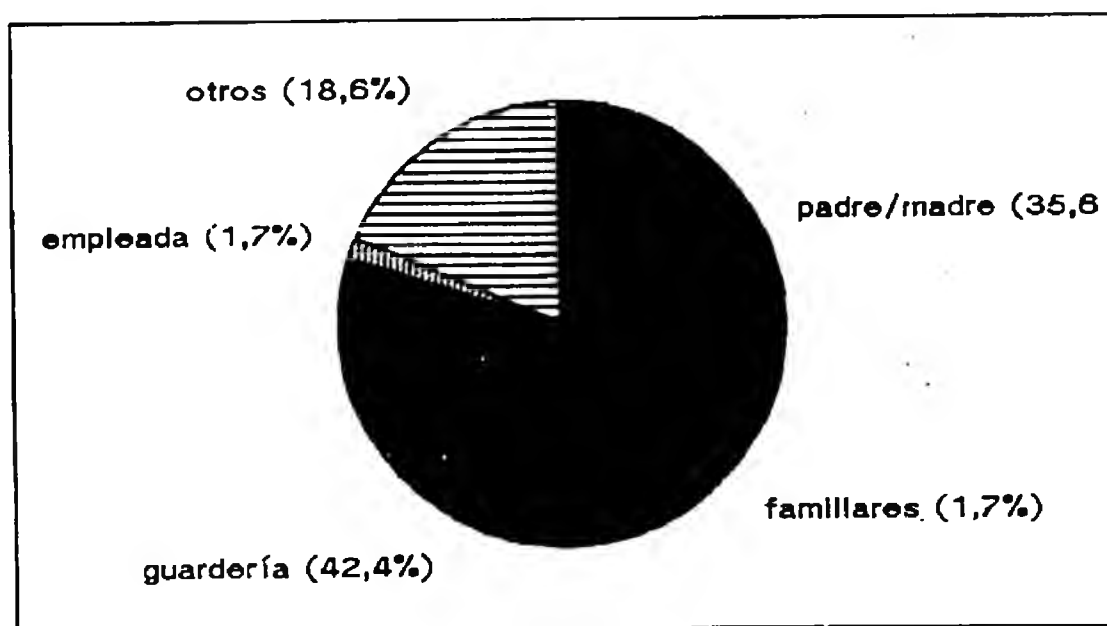
Cuadro XC.

Situación de los pacientes no escolarizados
al cuidado de...

	frecuencia	porcentaje
padre o madre	21	35,60%
familiares	1	1,70%
guarderia	25	42,40%
empleada	1	1,70%
otros	11	18,60%
TOTAL	59	100%

GRAFICO 21

Situación de los pacientes
no escolarizados



1.18 LUGAR DE ESCOLARIZACION.

Como podemos observar en el Cuadro XCI:

1/ El 61,2% de los pacientes que están escolarizados, acude a un centro público.

2/ El 38,3 % restante acude a un centro privado (29,1%) o a una ikastola (9,2 %).

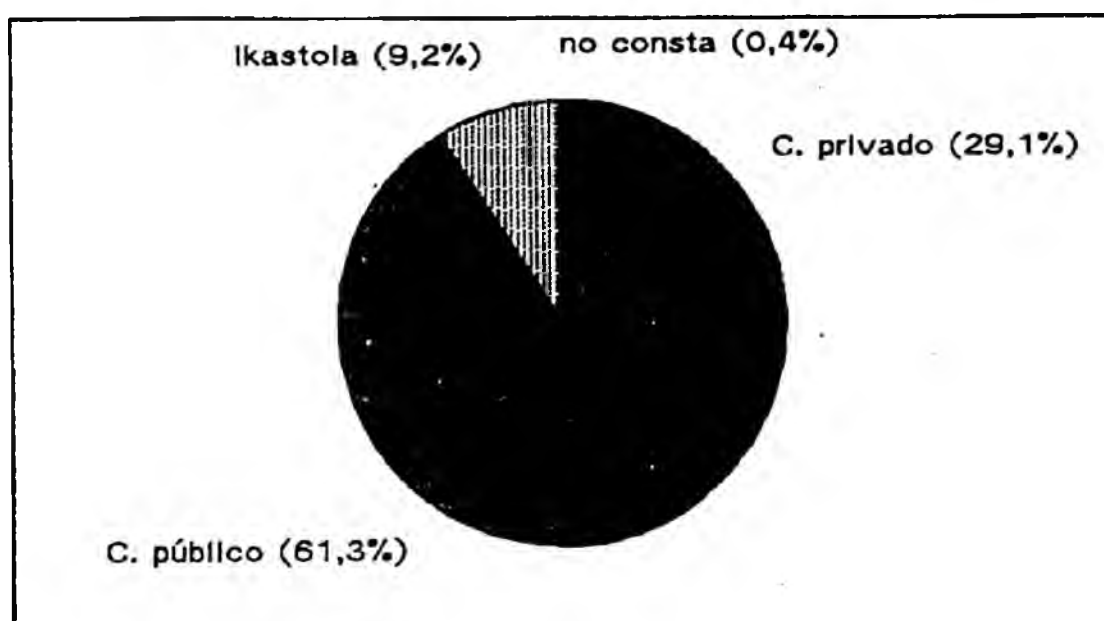
Cuadro XCI.

Lugar de escolarización de la población estudiada.

	frecuencia	porcentaje
no consta	3	0,40%
colegio privado	197	29,10%
colegio público	414	61,20%
ikastola	62	9,20%
total	676	100%

GRAFICO 22

Centro donde realiza
sus estudios



1.18 NIVEL ESCOLAR.

La distribución de la población en función del nivel escolar está expresada en el Cuadro XCII.

Cuadro XCII.

Nivel escolar de los pacientes
que acuden a consulta

	frecuencia	porcentaje
No consta.	13	1,80%
Maternal.	14	2,10%
Primero de preescolar.	45	6,70%
Segundo de preescolar.	68	10,10%
Primero de E.G.B.	60	8,90%
Segundo de E.G.B.	58	8,60%
Tercero de E.G.B.	59	8,70%
Cuarto de E.G.B.	75	11,10%
Quinto de E.G.B.	73	10,80%
Sexto de E.G.B.	64	9,50%
Séptimo de E.G.B.	36	5,30%
Octavo de E.G.B.	31	4,60%
Primero de B.U.P.	26	3,80%
Segundo de B.U.P.	22	3,30%
Tercero de B.U.P.	7	1,00%
C.O.U.	2	0,30%
Primero de F.P.	11	1,60%
Segundo de F.P.	2	0,30%
Tercero de F.P.	2	0,30%
Graduado escolar.	1	0,10%
REM.	2	0,30%
Otros.	5	0,70%
total	676	100%

Con vistas a poder realizar un análisis más detallado hemos reagrupado los niveles escolares en ocho categorías: 1. Maternal y Preescolar, 3. Ciclo inicial de E.G.B. (Primero y Segundo), 4. Ciclo medio de E.G.B. (Tercero, cuarto y quinto), 5. Ciclo superior de E.G.B. (Sexto, séptimo y octavo), 6. B.U.P. Y C.O.U., 7. F.P. y 8. Otros estudios (R.E.M., Graduado escolar y otros). Esta reagrupación puede observarse en el Cuadro XCIII y nos permite realizar las siguientes observaciones:

1/ El 30,6 % de la población que consulta se encuentra cursando los estudios del ciclo medio de E.G.B.

2/ Los que menos consultan en el Servicio son los jóvenes que realizan estudios de R.E.M., graduado escolar u otros (academias).

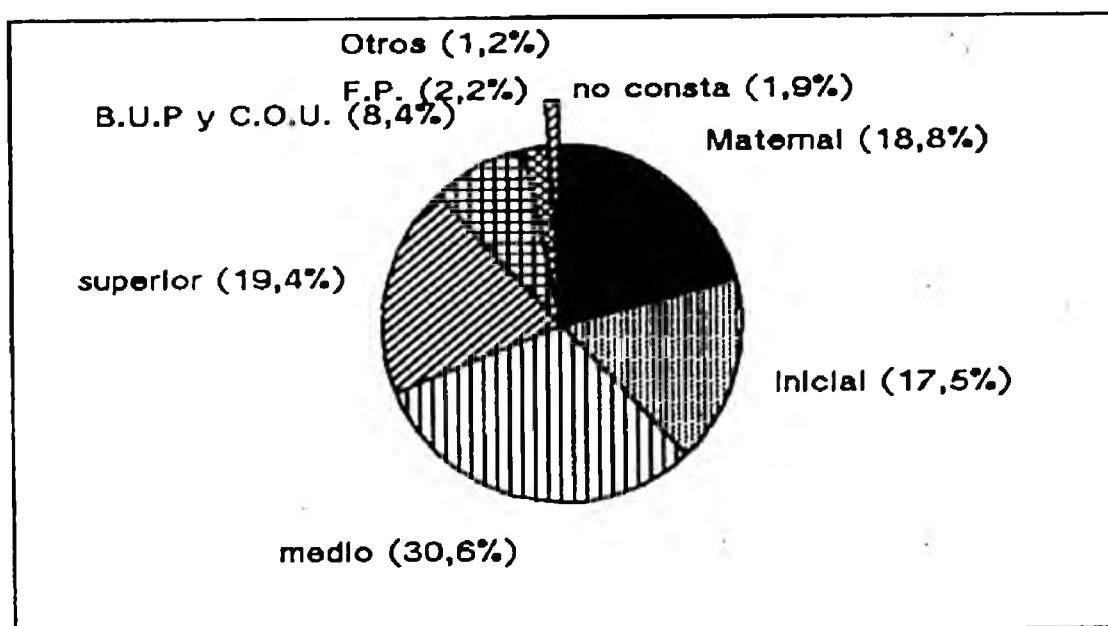
Cuadro XCIII.

Nivel escolar reagrupado de los pacientes
que acuden a consulta.

	frecuencia	porcentaje
No consta	13	1,9 %
MATERNAL Y PREESCOLAR	127	18,7 %
CICLO INICIAL de E.G.B. (Primero y Segundo).	118	17,4 %
CICLO MEDIO de E.G.B. (Tercero, cuarto y quinto).	207	30,6 %
CICLO SUPERIOR de E.G.B. (Sexto, séptimo y octavo)	131	19,4 %
B.U.P. Y C.O.U.	57	8,4 %
F.P.	15	2,2 %
OTROS estudios (R.E.M., Graduado escolar y otros)	8	1,2 %
TOTAL	676	100%

GRAFICO 23

Nivel escolar de los pacientes
(reagrupados)



1.20 TRAYECTORIA ESCOLAR.

En el cuadro XCIV, reflejamos los resultados obtenidos. Observamos:

1/ El 82,7% de los pacientes lleva una escolaridad normal.

2/ El 6,20 % ha repetido curso por lo menos en una ocasión.

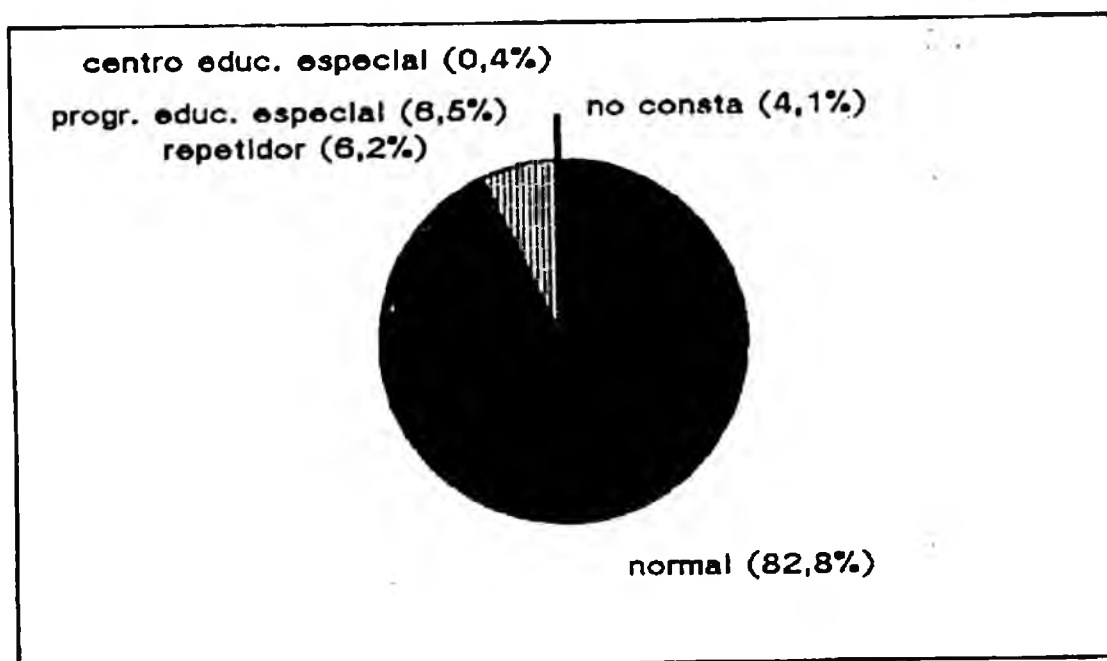
3/ El 6,90 % se encuentra dentro de un programa de educación especial (el 6,50 % acude a Aulas de Apoyo y el 0,40% restante a centros de educación especial)

Cuadro XCIV.
Trayectoria escolar de los pacientes

	frecuencia	porcentaje
no consta	28	4,10%
normal	558	82,70%
repetidor	42	6,20%
programa educ. especial	44	6,50%
centro educ. especial	3	0,40%
total	676	100%

GRAFICO 24

Trayectoria escolar



1.21 ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS.

Incluimos en este apartado las Variables 21, 22 y 23 referidas a los antecedentes psiquiátricos del padre, de la madre y del paciente, respectivamente. Las frecuencias obtenidas se hallan en el Cuadro XCV. Y los porcentajes a que equivalen en el Cuadro XCVI.

En el podemos observar:

1. Los hijos son los que tienen más antecedentes asistenciales en el campo psicológico-psiquiátrico (7,9 %). El 3,4 % de los padres (varones) y el 5,1% de las madres ha tenido algún tipo de antecedente.

2. Un 0,4 % de los padres ha ingresado en un hospital psiquiátrico

3. Un 4,0% de las madres de los pacientes ha recibido o recibe en la actualidad tratamiento psicológico. Este porcentaje es más bajo en el paciente (2,9%) y más aún en el padre (1,9%).

Añadiremos las observaciones que nos permiten realizar el Cuadro XCVII. En él recogemos todos los casos de antecedentes psicológicos-psiquiátricos de los casos en los que nos consta este dato, con objeto de poder concluir sobre la situación desde el prisma global de los antecedentes en la familia. Así observamos:

4. Un total de 102 familias tiene algún antecedente psicológico-psiquiátrico previo a la consulta que realizan con nosotros.

Cuadro XCV.

Frecuencias de los antecedentes psiquiátricos del
padre, de la madre y del paciente.

	PADRE	MADRE	PACIENTE
No consta	80	89	74
Consulta extrahospitalarias	11	8	39
En tratamiento	11	27	20
Ingresos psiquiatricos	3	2	0
Sin antecedentes	637	625	619
TOTAL	752	752	752

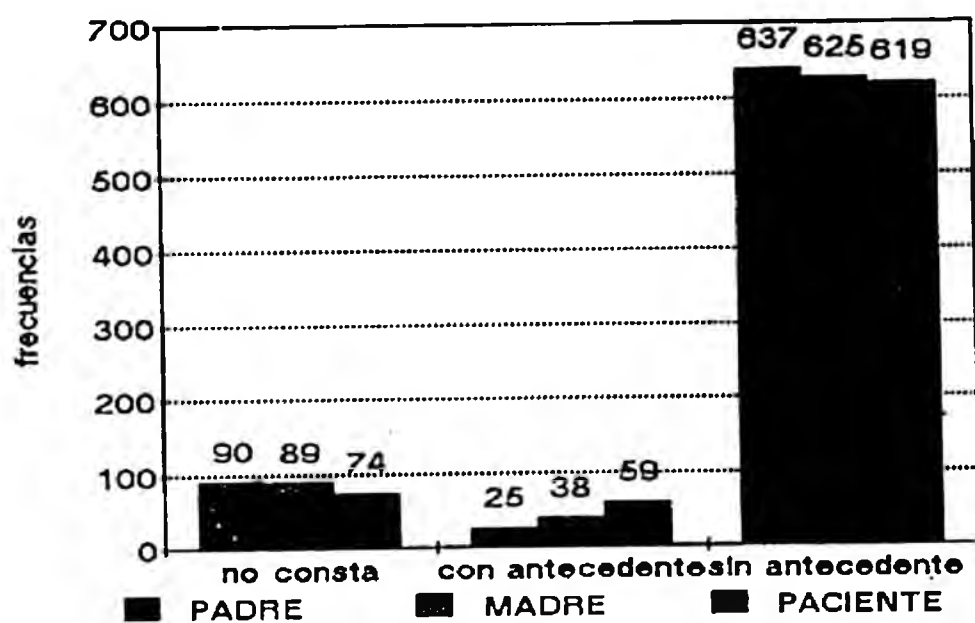
Cuadro XCVI.

Porcentajes de los antecedentes psiquiátricos del
padre, de la madre y del paciente.

	PADRE	MADRE	PACIENTE
No consta	11,8%	11,8%	9,8%
Consulta extrahospitalarias	1,5%	1,2%	5,2%
En tratamiento	1,5%	3,6%	2,7%
Ingresos psiquiatricos	0,4%	0,3%	0,0%
Sin antecedentes	84,7%	83,1%	82,3%
TOTAL	100%	100%	100%

GRAFICO 25

Antecedentes asistenciales
(sobre el total de la población)

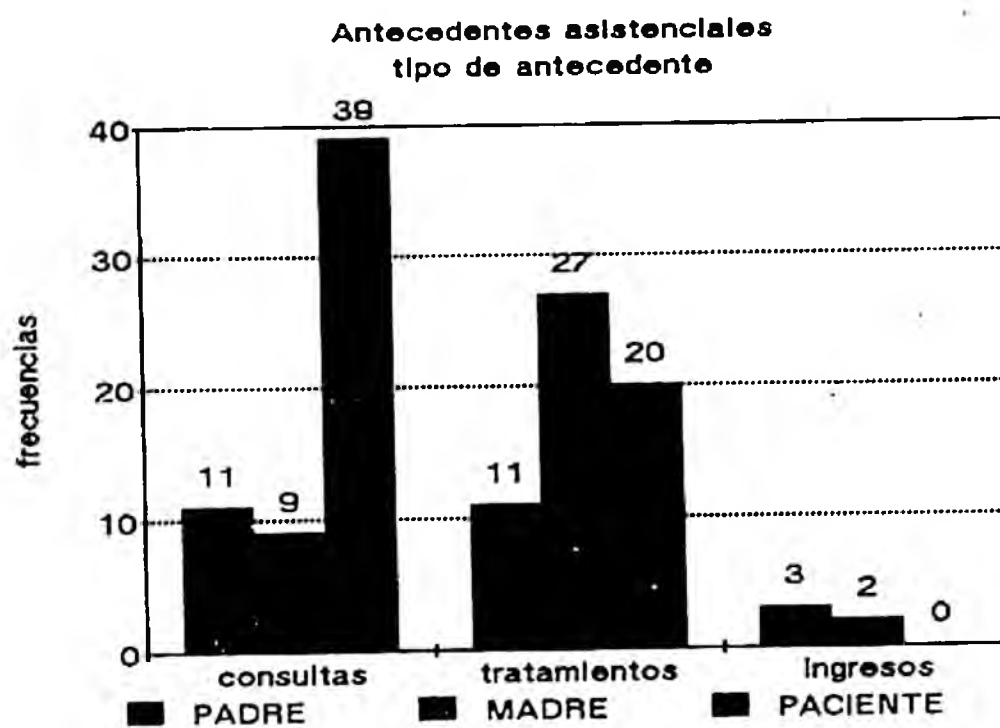


Cuadro XCVII.

Análisis de los antecedentes
psicológicos-psiquiátricos de del paciente y de
sus padres

Unicamente el padre con antecedentes.....	15 casos
de Consultas Extrahospitalarias	4 casos
de tratamiento	8 casos
de ingreso psiquiátrico	3 casos
Unicamente la madre con antecedentes.....	28 casos
de C. extrahospitalarias	6 casos
de tratamiento	21 casos
de ingreso psiquiátrico	1 caso
Unicamente el hijo con antecedentes.....	46 casos
de consulta extrahospitalaria	29 casos
de tratamiento	17 casos
Con antecedentes sólo ambos padres.....	5 casos
ambos padres en tratamiento	3 casos
ambos padres en Consultas	1 casos
padre en Consultas y madre ingreso	1 caso
Con antecedentes solo padre e hijo.....	2 casos
padre e hijo con Consultas previas	1 caso
padre con Consultas previas	
e hijo con tratamiento previo	1 caso
Con antecedentes solo madre e hijo.....	3 casos
madre e hijo con Consultas previas	1 caso
madre con tratamiento previo	
e hijo con consultas previas	2 casos
Con antecedentes padre, madre e hijo.....	1 caso
todos con consultas previas	1 caso
Con antecedentes el hijo y sin que conste	
si los padres tienen antecedentes.....	2 casos
de consultas previas	1 caso
de tratamiento	1 caso

GRAFICO 28



1.22 Procedencia

Incluyo las variables 24 y 25 referidas a la procedencia.

Esta variable registra quién es el agente que deriva el caso a la Unidad. En algunos casos un paciente es derivado por dos agentes diferentes, por lo que en el Cuadro XCVIII apreciaremos dos cálculos de porcentajes y una tasa de respuestas superior al número de sujetos estudiados.

El mismo hecho de acudir a consulta aconsejado por dos o más agentes es un dato importante en sí mismo.

Las conclusiones a las que podemos llegar son las siguientes:

1/ La relación entre el número de pacientes y el número de agentes remitentes es de 1 : 1,16.

2/ El agente que más casos deriva a la Unidad es la familia que por propia iniciativa decide acudir a consulta. (62,8%).

3/ La escuela o guardería remite un 17,7% de los casos.

4/ El agente que menos deriva casos es el de los Servicios Sociales, que tan sólo derivan el 0,80%.

Cuadro XCVIII

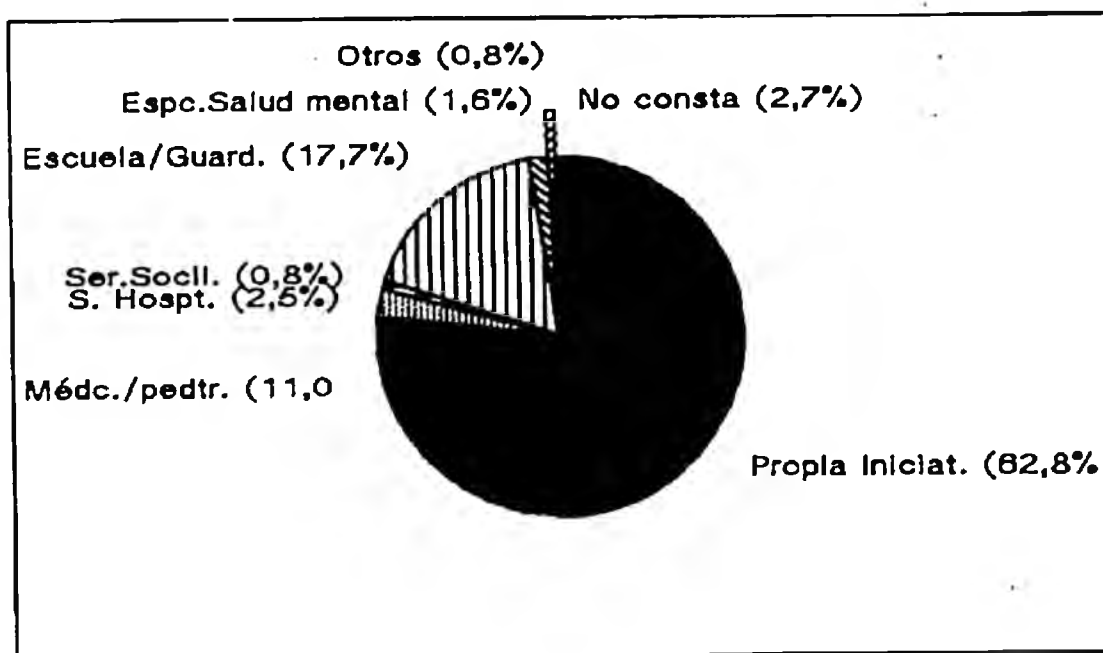
Procedencia

	frecuencia	Porc.	Porc.
No consta	24	2,70%	3,20%
Propia iniciativa	549	62,80%	73,00%
Médico cabecera o pediatra	96	11,00%	12,70%
Servicio hospitalario	22	2,50%	2,90%
Especialista en Salud Mental	14	1,60%	1,80%
Escuela o guardería	155	17,70%	20,60%
Servicios sociales	7	0,80%	0,90%
Otros	7	0,80%	0,90%
TOTAL	874	100,00%	116,00%

Nota: Debido a la posibilidad de que un sujeto haya acudido a consulta orientado por dos agentes, existen más "procedencias" que sujetos.

GRAFICO 27

Procedencia de la consulta



1.23 MOTIVO DE CONSULTA

Incluye las variables 26, 27 y 28, referidas al primero, segundo y tercer motivo de consulta. Recordemos que hemos considerado que un sujeto puede acudir a consulta por más de un motivo de consulta

Como vemos en el cuadro XCIX podemos concluir:

1/ Los trastornos de adaptación escolar; (23,70%) es el motivo específico por el que más pacientes acuden a consulta.

2/ Los trastornos afectivos motivan la consulta en un 13,8 % de los casos.

3/ Los trastornos del lenguaje ocupan un importante lugar al ser motivantes para consultar en un 13,60% de los casos.

Con vistas al análisis estadístico posterior, hemos reagrupado los motivos de consulta en cinco categorías (Cuadro C).

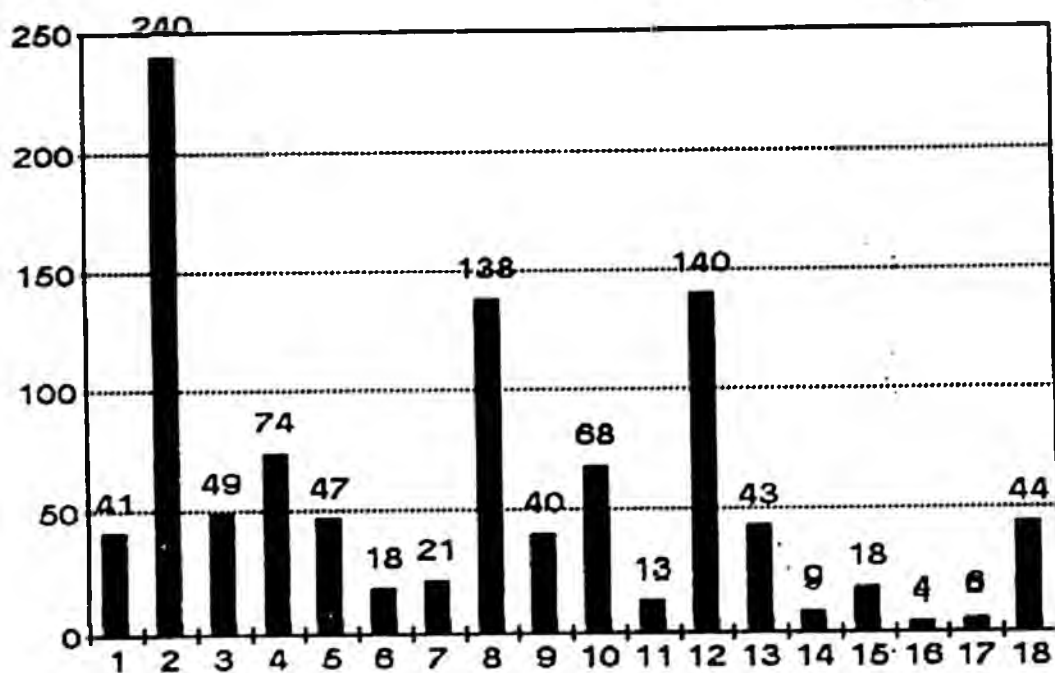
Cuadro XCIX
Motivos de consulta

	frecuencia	porcentaje
no consta	41	4,00%
Trastornos adaptación escolar	240	23,70%
Trastornos del comportamiento	49	4,80%
Trastornos adaptación familiar	74	7,30%
Trastornos del sueño	47	4,60%
Trastornos esfera oral-alimenticia	18	1,80%
Hipercinesia	21	2,10%
Trastornos del lenguaje	198	19,60%
Trastornos expresión orgánica	40	3,90%
Enuresis	88	8,70%
Encopresis	13	1,30%
Trastornos afectivos	140	13,80%
Conductas agresivas	43	4,20%
Tics	9	0,90%
Miedos y fobias	18	1,80%
Retraso desarrollo	4	0,40%
Intento de suicidio	8	0,80%
Otros.	44	4,40%
TOTAL	1013	100%

Nota: Debido a la posibilidad de que un sujeto haya acudido a consulta motivado por más de un motivo de consulta, existen más "motivos de consulta" que sujetos.

GRAFICO 28

Motivo de consulta



- | | |
|--|---------------------------|
| 1) no consta. | 10) Enuresis. |
| 2) Trastornos adaptación escolar. | 11) Encopresis. |
| 3) Trastornos del comportamiento. | 12) Trastornos afectivos. |
| 4) Trastornos adaptación familiar. | 13) Conductas agresivas. |
| 5) Trastornos del sueño. | 14) Tics. |
| 6) Trastornos esfera oral-alimenticia. | 15) Miedos y fobias. |
| 7) Hipercinesia. | 16) Retraso desarrollo. |
| 8) Trastornos del lenguaje. | 17) Intento de suicidio. |
| 9) Trastornos expresión orgánica. | 18) Otros. |

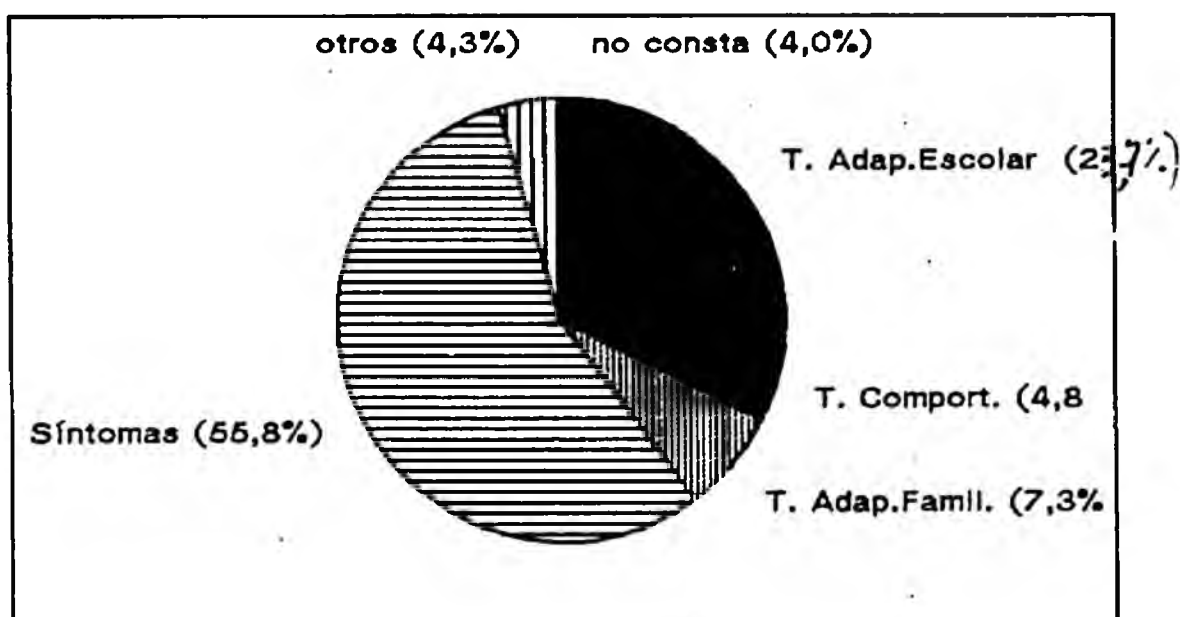
Cuadro C.
Motivos de consulta
(recategorizados)

	frecuencia	porcentaje
No consta*	41	4,0%
Trastornos adaptación escolar	240	23,7%
Trastornos del comportamiento	48	4,8%
Trastornos adaptación familiar	74	7,3%
Síntomas	585	55,7%
Otros	45	4,4%
TOTAL	1014	100%

† El porcentaje elevado de "No consta" responde en gran medida a pacientes que han solicitado la consulta por teléfono y no han acudido a la entrevista de demanda.

GRAFICO 29

Motivo de consulta.
(reagrupados)



1.24 DIAGNOSTICO.

En el Cuadro CI que exponemos a continuación, se recogen los resultados obtenidos. Nos parece importante señalar:

1/ En un 15,2 % de los casos no se ha podido determinar el diagnóstico de los pacientes debido a una interrupción en el proceso de diagnóstico. Resulta ser un porcentaje elevado que merece ser estudiado detenidamente. Al no ser éste nuestro objetivo, nos limitaremos a señalar cómo este porcentaje no acude a consulta con la suficiente motivación, o no es derivado adecuadamente al Centro.

En el Cuadro CII, presentamos la distribución de los diagnósticos realizados, para poder seguir anotando conclusiones:

2/ El 38,8 % de los casos está diagnosticado como neurosis.

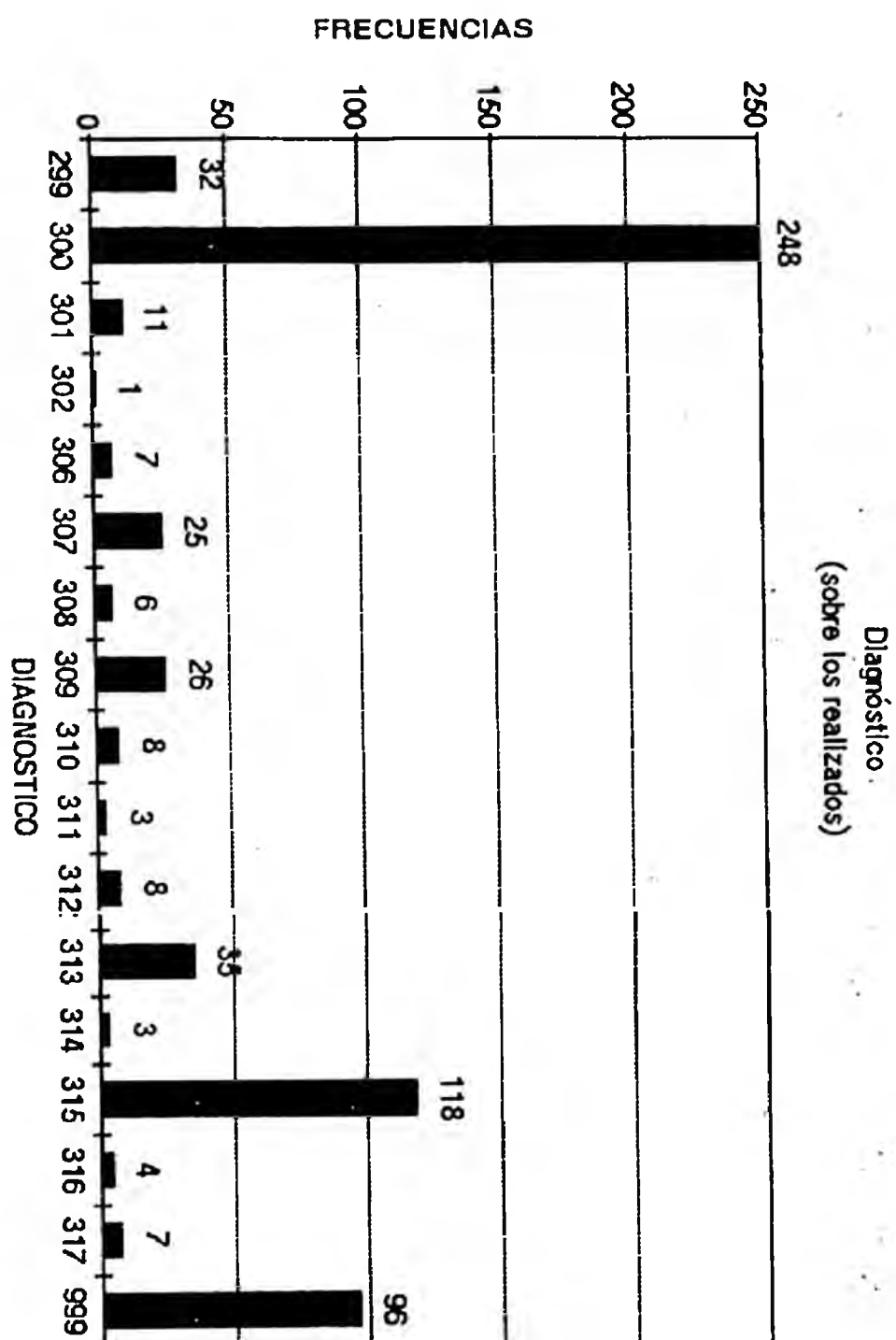
3/ El diagnóstico de retraso específico del desarrollo es emitido en un 18,5 % de los casos.

Cuadro CI.
Diagnósticos.

	frecuencia	porcentaje
Interrupción proceso diagnóstico	114	15,20%
Psicosis peculiares de la niñez	32	4,30%
Neurosis	248	33,00%
Trastornos de la personalidad	11	1,50%
Desviaciones y trastornos sexuales	1	0,10%
Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales	7	0,90%
Síntomas no clasificables en otras partes	25	3,30%
Reacción aguda ante gran tensión	6	0,80%
Reacción de adaptación	26	3,50%
Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo	8	1,10%
Trastorno depresivo no clasificable en otra parte	3	0,40%
Perturbación de la conducta no clasificable en otra parte	8	1,10%
Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y la adolescencia	35	4,70%
Síndrome hiperkinético infantil	3	0,40%
Retraso específico del desarrollo	118	15,70%
Factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otros apartados	4	0,50%
Retraso mental	7	0,90%
Variación dentro de la norma	96	12,80%
TOTAL	752	100%

Cuadro CII.
 Diagnósticos.
 (sobre la población diagnosticada)

	frecuencia	porcentaje
Psicosis peculiares de la niñez	32	5,00%
Neurosis	248	38,80%
Trastornos de la personalidad	11	1,70%
Desviaciones y trastornos sexuales	1	0,20%
Alteraciones de las funciones corporales originadas por factores mentales	7	1,10%
Síntomas no clasificables en otras partes	25	3,90%
Reacción aguda ante gran tensión	6	0,90%
Reacción de adaptación	26	4,10%
Trastornos mentales específicos no psicóticos consecutivos a lesión orgánica del encéfalo	8	1,30%
Trastorno depresivo no clasificable en otra parte	3	0,50%
Perturbación de la conducta no clasificable en otra parte	8	1,30%
Perturbación de las emociones peculiares de la niñez y la adolescencia	35	5,50%
Síndrome hiperkinético infantil	3	0,50%
Retraso específico del desarrollo	118	18,50%
Factores psíquicos asociados con enfermedades clasificadas en otros apartados	4	0,60%
Retraso mental	7	1,10%
Variación dentro de la norma	96	15,00%
TOTAL	638	100%



1.25 ORIENTACION TERAPEUTICA.

En el Cuadro CIII que presentamos a continuación, se indican las orientaciones dadas a los pacientes.

1. El tratamiento es necesario en un 55,90% de los casos.

2. El tratamiento no es necesario en un 24,50% de los casos, después de haber realizado el diagnóstico.

3. Casi uno de cada cinco casos (19,30%) que acude a consulta abandona ésta sin esperar a que se le haga la orientación terapéutica.

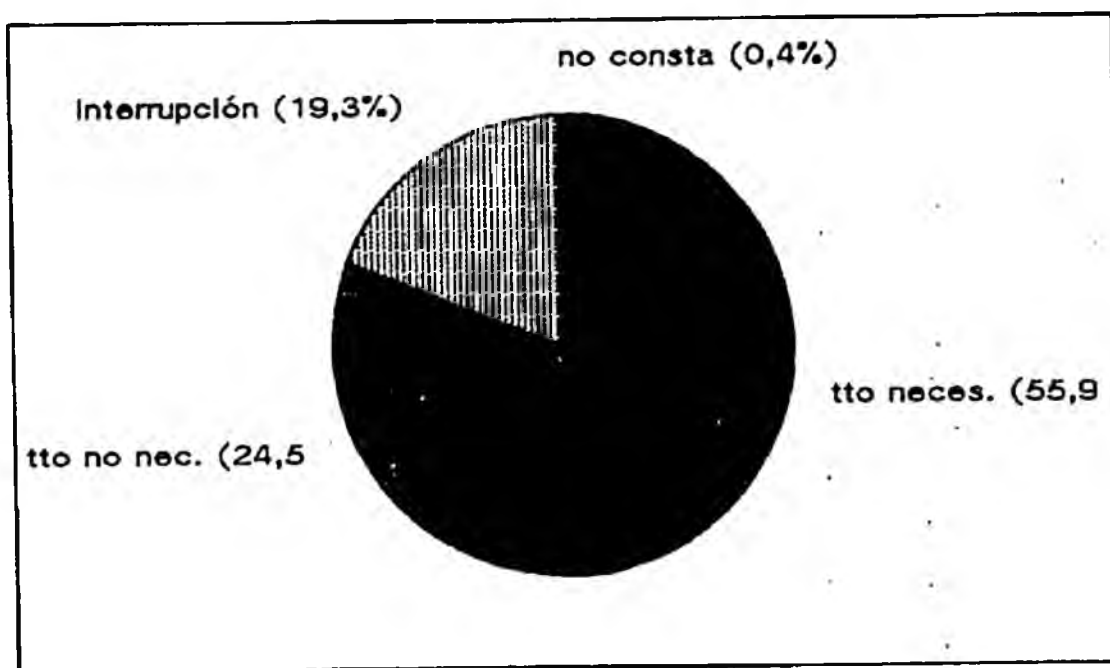
Cuadro CIII.

Orientación terapéutica

	frecuencia	porcentaje
no consta	3	0,40%
tto necesario	420	55,90%
tto no necesario	184	24,50%
interrupción	145	19,30%
TOTAL	752	100%

GRAFICO 31

Orientación terapéutica



1.26 TRATAMIENTO NECESARIO.

Sobre el total de los casos en los que se ha considerado necesario hacer un tratamiento, la distribución de frecuencias sobre el tipo indicado de tratamiento está expresada en el Cuadro CIV y nos permite concluir:

1. Un tercio de la población que necesita tratamiento es aconsejada para que continúe realizando consultas espaciadas (36,2%).

2. Al 42,2% de la población que necesita tratamiento se le hace la indicación de psicoterapia, bien individual (25,5%), grupal (15,5%) o familiar (1,2%).

3. En un 16,40% de los casos sobre la población que necesita tratamiento la indicación es de reeducación (del lenguaje: psicomotora o psicopedagógica).

En el Cuadro CV, se han calculado los porcentajes sobre la población total. En él observamos:

4. Del total de la población que consulta, el 20,2% ha de realizar consultas espaciadas.

5. Del total de la población que consulta, casi un cuarto (el 23,5%) necesita realizar algún tipo de psicoterapia, bien individual (14,2%), grupal (8,6%) o familiar (0,7%).

6. El 9,2 % necesita realizar una reeducación.

Cuadro CIV

Distribución del tipo de tratamiento necesario para los 420 casos de indicación de tratamiento necesario.

	frecuencia	porcentaje
consultas espaciadas	152	36,20%
tto medicamentoso	6	1,40%
reeducación	69	16,40%
psict. individual	113	26,90%
psict. grupal	65	15,50%
psict.familiar	5	1,20%
institución (derivado)	10	2,40%
TOTAL	420	100%

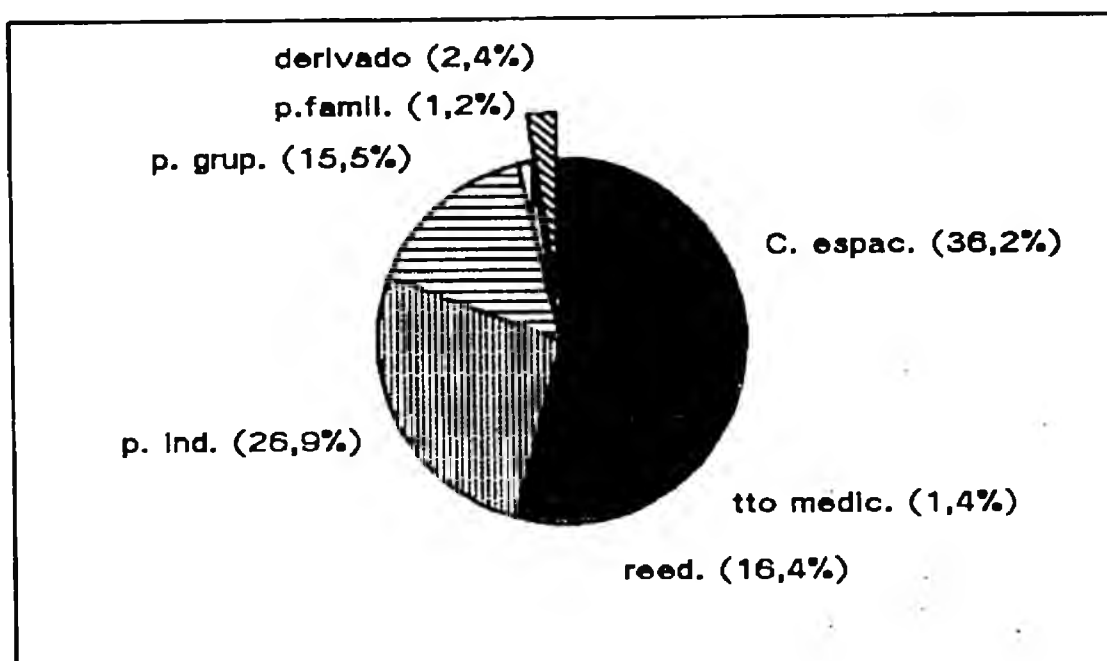
Cuadro CV

Distribución del tipo de tratamiento necesario sobre el total de la población que solicita consulta

	frecuencia	porcentaje
consultas espaciadas	152	20,20%
tto medicamentoso	6	0,80%
reeducación	69	9,20%
psict. individual	113	15,00%
psict. grupal	65	8,60%
psict.familiar	5	0,70%
institución (derivado)	10	1,30%
tratamiento no necesario	332	44,10%
TOTAL	752	100%

GRAFICO 32

Tipo de tratamiento indicado



**V. 2. ANALISIS COMPARATIVO
DE LOS RESULTADOS**

V. 2. ANALISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS

A lo largo de este capítulo realizaré, además de los comentarios que puedan tener interés, las pruebas de Chi-Cuadrado necesarias para establecer si existe o no relación entre la variable diagnóstico y el resto de las variables estudiadas.

Antes de comenzar y por facilitar la labor al lector, recordaré que del total de los casos atendidos, en lo que respecta al diagnóstico, el 15,2% de los pacientes interrumpieron el proceso diagnóstico. Del total de los casos diagnosticados la distribución de porcentajes fue como sigue:

Variación dentro de la Norma.....	15,0%
Psicosis	5,0%
Neurosis.....	38,8%
Trastornos de Adaptación y Reacción..	5,0%
Perturbación de las Emociones.....	5,5%
Retraso Específico del Desarrollo....	18,5%
Otros.....	11,7%

Dentro de Otros se incluyen:

- Retraso mental.....(1,1%).
- Factores psíquicos asociados
con otras enfermedades.....(0,6%).
- Perturbación de la conducta.....(1,3%).
- Trastorno depresivo.....(0,5%).
- Trastorno no psicótico consecutivo

- a lesión del encéfalo.....(1,3%).
- Trastorno de personalidad.....(1,7%).
- Desviación de la sexualidad.....(0,2%).
- Alteraciones corporales debidas
a factores psíquicos.....(1,1%).
- Trastornos no clasificables.....(3,8%).

El alto porcentaje de Neurosis (38,8%), hará que éste sea el diagnóstico más frecuente en la mayoría de las tablas de Contingencia que realicemos.

2.1 DIAGNOSTICO y EDAD:

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla I y Anexo 1)

1a Presentamos a continuación un cuadro donde en función de los diferentes grupos de edad, indicamos los porcentajes más y menos frecuentes obtenidos en la variable diagnóstico:

	más frecuente	menos frecuente
0 - 4 años.....	R. Desarr. (37,2%)	T. Adapt. (0%)
5 - 9 años.....	Neurosis (35,3%)	Psicosis (3,1%)
10 - 14 años....	Neurosis (49,5%)	P. Emoc.(3,3%)
15 años o más...	Neurosis (61,8%)	R. Espec.(0%)

2a A partir del grupo de edad de 5 a 9 años en adelante, el diagnóstico que se emite con más frecuencia dentro de cada grupo de edad es el de Neurosis.

3a Entre los pacientes de 0 a 4 años, ningún caso ha sido diagnosticado de Trastorno de Adaptación y Reacción.

4a Entre los pacientes de 15 años o más, no se diagnostica en ningún caso Retraso Específico del Desarrollo.

5a Observamos que cuanto mayor es la edad de los pacientes, nos encontramos con un porcentaje mayor de diagnósticos de Neurosis (de un 13,8% cuando el paciente tiene entre 0 y 4 años a un 61,8% cuando es mayor de 15 años).

6a El diagnóstico de Retraso Específico del Desarrollo, va disminuyendo con la edad (37,2% entre los pacientes de 0 a 4 años y 0% entre los mayores de 15 años).

7a El diagnóstico de Psicosis es más frecuente en los grupos de edad extrema; es decir, en los grupos de edad de 0 a 4 años y en el de 15 años o más (10,6% y 7,4% respectivamente), en los grupos intermedios encontramos menos diagnósticos de Psicosis (3,1% y 4,4% entre los de 5 a 9 años y entre los de 10 a 14 años, respectivamente)

8a Es importante señalar cómo del total de los pacientes diagnosticados de Psicosis, el 31,3%, corresponde a pacientes entre 0 y 4 años, incluso a pesar de no ser éste el diagnóstico más frecuente entre los pacientes con estas edades.

9a El Chi-Cuadrado resultante (103,58) es significativo al nivel de confianza del 99%, lo que significa que existe relación o asociación entre las variables.

10a El Coeficiente de Contingencia obtenido es de 0,37, por lo que podemos decir que la relación entre ambas variables es de las más altas obtenidas en el estudio. La variable edad será de las variables de mayor valor a la hora de explicar el diagnóstico.

11a El Coeficiente de Determinación supone el 13,69% . El 13,69% de la variación común viene explicada por la propia relación de las variables, quedando el resto hasta el 100% al azar.

TABLA I

DIAGNOSTICO Y EDAD

Porcentajes sobre los grupos de edad

	0 - 4	5 - 9	10 -14	15 Y MAS
NORMALIDAD	23.4	13.0	14.3	13.2
PSICOSIS	10.6	3.1	4.4	7.4
NEUROSIS	13.8	35.3	49.5	61.8
T. ADAPT.Y REACC.		5.1	7.7	4.4
PERT. EMOC.	5.3	7.9	3.3	1.5
R. ESPEC.DESARR.	37.2	23.3	8.2	
OTROS	9.6	12.3	12.6	11.8
	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y EDAD

Porcentajes sobre los diagnósticos

	0 - 4	5 - 9	10 -14	15 Y MAS	
NORMALIDAD	23.2	40.0	27.4	9.5	100%
PSICOSIS	31.3	28.1	25.0	15.6	100%
NEUROSIS	5.2	41.5	36.3	16.9	100%
T. ADAPT.Y REACC.		46.9	43.8	9.4	100%
P.EMOCIONES	14.3	65.7	17.1	2.9	100%
RETRASO ESPECIF.	29.7	57.6	12.7		100%
OTROS	11.8	47.4	30.3	10.5	100%

Chi-Cuadrado = 103,58

G. L. = 18

Significación = 0,01

Coeficiente de Contingencia = 0,374

2.2.DIAGNOSTICO y SEXO:

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla II y Anexo 1)

1a-Presentamos a continuación un cuadro donde en función de la variable sexo, indicamos los porcentajes más y menos frecuentes obtenidos de la variable diagnóstico:

	más frecuente	menos frecuente
Chico.....	Neurosis (38,8%)	Psicosis (4,7%)
Chica.....	Neurosis (39,0%)	T. Adapt.(2,4%)

2a El diagnóstico de Neurosis es el más frecuente, tanto entre los chicos como entre las chicas.

3a El Diagnóstico de Psicosis es el menos frecuente entre los varones (4,7%).

4a El diagnóstico de Trastornos de Adaptación y Reacción es el menos frecuente entre las chicas (2,4%).

5a Entre los pacientes diagnosticados de Retraso Específico del Desarrollo el mayor porcentaje corresponde a los chicos 71,2% frente a las chicas 28,8% .

6a Entre los pacientes diagnosticados de Trastornos de Adaptación y Reacción el mayor porcentaje corresponde

también a los chicos (81,3%) frente a las chicas (18,8%).

7a El diagnóstico de Psicosis es ligeramente superior entre las chicas (5,5%) que entre los chicos (4,7%) .

8a El Chi-Cuadrado que se obtiene (18,87) es significativo al nivel de confianza del 99%, lo que significa que existe relación entre ambas variables. El sexo tiene que ver con el diagnóstico.

9a El Coeficiente de Contingencia obtenido es de 0,16, lo que nos indica que la relación entre ambas variables es escasa.

10a El Coeficiente de Determinación supone el 2,8%. Es decir, tan sólo el 2,8% de la variación común viene explicado por la propia relación entre ambas variables.

TABLA II

DIAGNOSTICO Y SEXO

Porcentaje sobre el sexo.

	VARON	HEMBRA
NORMALIDAD	12.8	18.5
PSICOSIS	4.7	5.5
NEUROSIS	38.8	39.0
T. ADAPT. Y REACC.	6.8	2.4
P. EMOCIONES	4.9	6.3
R. ESPEC. DESARR.	21.9	13.4
OTROS	10.2	15.0
total	100%	100%

DIAGNOSTICO Y SEXO

Porcentaje sobre los diagnósticos

	VARON	HEMBRA	
NORMALIDAD	51.0	49.0	100%
PSICOSIS	56.3	43.8	100%
NEUROSIS	60.1	39.9	100%
T. ADAPT. Y REACC.	81.3	18.8	100%
P. EMOCIONES	54.3	45.7	100%
R. ESPEC. DESARR.	71.2	28.8	100%
OTROS	50.6	49.4	100%

Chi-Cuadrado = 18,87

G. L. = 6

Significación = 0,01

Coeficiente de Contingencia = 0,169

2.3 DIAGNOSTICO Y DATOS DEL PADRE :

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla III y Anexo 1)

- 1a-Entre los pacientes cuyo padre vive, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis (37,6%) y el menos emitido es el de Trastornos de Adaptación y Reacción(5,1%).
- 2a Entre los pacientes cuyo padre ha fallecido, el diagnóstico de Neurosis es el más emitido (57,1%).
- 3a Entre los pacientes cuyo padre ha fallecido, no se ha diagnosticado ningún caso ni de Psicosis ni de Perturbación de las Emociones.
- 4a Entre los pacientes cuyo padre es desconocido el 83,3% ha sido diagnosticado de Neurosis, y el 16,7% se ha incluido en la categoría Otros. Por lo tanto, ningún caso ha sido diagnosticado como Variación dentro de la Normalidad ni de Psicosis ni de Trastorno de Adaptación y Reacción ni de Perturbación de las Emociones ni de Retraso Específico del Desarrollo.
- 5a Observamos cómo el diagnóstico Trastornos de Adaptación y Reacción es más frecuente entre los pacientes cuyo padre ha fallecido (7,1%) que entre los pacientes cuyo padre vive (5,1%).

8a Todos los casos de Psicosis se encuentran entre los pacientes cuyos padres viven.

7a Los diagnósticos de Variación dentro de la Normalidad son más frecuentes entre los pacientes cuyos padres viven (15,7%) que en aquellos cuyo padre ha fallecido (7,1%)

8a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA III

DIAGNOSTICO Y DATOS DEL PADRE

Porcentaje sobre los datos del padre

	VIVE	FALLEC.	DESCON.
NORMALIDAD	15.7	7.1	
PSICOSIS	5.3		
NEUROSIS	37.6	57.1	83.3
T. ADAPT.Y REACC.	5.1	7.1	
P. EMOCIONES	5.6		
R. ESPEC.DESARR.	18.6	7.1	
OTROS	11.9	21.4	16.7
total	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y DATOS DEL PADRE

Porcentaje sobre el diagnóstico

	VIVE	FALLEC.	DESCON.	
NORMALIDAD	99.0	1.0		100%
PSICOSIS	100.0			100%
NEUROSIS	94.6	3.3	2.1	100%
T. ADAPT.Y REACC.	96.9	3.1		100%
P. EMOCIONES	100.0			100%
R. ESPEC.DESARR.	99.1	.9		100%
OTROS	94.7	3.9	1.3	100%

Chi-Cuadrado = En este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.4 DIAGNOSTICO Y DATOS DE LA MADRE :

El cruce entre estas variables nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla IV y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes cuya madre vive, el diagnóstico de Neurosis es el más frecuente (38,8%).
- 2a Entre los pacientes cuya madre vive, el diagnóstico menos frecuente es el de Psicosis y el de Trastornos de Adaptación y Reacción (5,0%)
- 3a Entre los pacientes cuya madre ha fallecido, el diagnóstico más frecuente es el que hemos denominado Otros (57,1%).
- 4a Entre los pacientes cuya madre ha fallecido no hay ningún caso diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad, Perturbación de las Emociones ni Retraso Específico del Desarrollo.
- 5a Es de destacar como los Trastornos de Adaptación y Reacción son más frecuentes entre los pacientes cuya madre ha fallecido (14,3%) que entre aquellos cuya madre vive (5,0%).
- 6a El diagnóstico de Psicosis es más frecuente entre los pacientes cuya madre ha fallecido (14,3%) que entre aquellos cuya madre vive (5, 0%).

7a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA IV

DIAGNOSTICO Y DATOS DE LA MADRE

Porcentaje sobre los datos de la madre

	VIVE	FALLECIDO
NORMALIDAD	15.5	
PSICOSIS	5.0	14.3
NEUROSIS	32.8	14.3
T. ADAPT.Y REACC.	5.0	14.3
P. EMOCIONES	5.5	
R. ESPEC. DESARR.	18.7	
OTROS	11.6	57.1
total	100%	100%

DIAGNOSTICO AGUPADO Y DATOS DE LA MADRE

Porcentaje sobre el diagnóstico

	VIVE	FALLECIDO	
NORMALIDAD	100.0		100%
PSICOSIS	96.9	3.1	100%
NEUROSIS	99.6	.4	100%
T. ADAPT.Y REACC.	96.9	3.1	100%
P. EMOCIONES	100.0		100%
R. ESPEC. DESARR.	100.0		100%
OTROS	94.7	5.3	100%

Chi-Cuadrado = En este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.5 DIAGNOSTICO Y SITUACION CONYUGAL :

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla V y Anexo 1)

- 1a En todos los grupos realizados sobre las diferentes situaciones conyugales el diagnóstico de Neurosis es el emitido más frecuentemente.
- 2a Entre los pacientes cuyos padres están unidos, el diagnóstico de Trastornos de Adaptación y Reacción es el menos emitido (4,5%).
- 3a Entre los pacientes cuyos padres están separados no se diagnostica ningún caso de Perturbación de las Emociones.
- 4a Entre los niños huérfanos no se diagnostica ningún caso de Perturbación de las Emociones.
- 5a Entre los casos de los hijos de madre soltera no se diagnostica ningún caso de Variación dentro de la Normalidad, de Psicosis, de Trastorno de Adaptación y Reacción, de Perturbación de las Emociones ni de Retraso específico del desarrollo.
- 6a Es de destacar cómo los Trastornos de Adaptación y Reacción, se dan mucho más frecuentemente entre los pacientes cuyos padres están separados (12,5%) que en los que los padres están unidos (4,5%)

7a Los diagnósticos de Neurosis se dan más frecuentemente entre los pacientes cuyos padres no están unidos que en aquellos casos en los que éstos si lo están (37,5% si los padres están unidos, 45% si están separados, 42,9% en los niños huérfanos y 83,3% en los hijos de madre soltera).

8a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA V

DIAGNOSTICO Y SITUACION CONYUGAL

Porcentaje sobre la Situación Conyugal

	PADRES UNIDOS	PADRES SEPARAD.	Niño HUERFANO	MADRE SOLTERA
NORMALIDAD	16.1	12.5	4.8	
PSICOSIS	5.2	5.0	4.8	
NEUROSIS	37.5	45.0	42.9	83.3
T. ADAPT.Y REACC.	4.5	12.5	9.5	
P. EMOCIONES	6.1			
R. ESPC. DESARR.	19.9	7.5	4.8	
OTROS	10.8	17.5	33.3	16.7
total	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y SITUACION CONYUGAL

Porcentaje sobre el diagnóstico

	PADRES UNIDOS	PADRES SEPARAD.	Niño HUERFANO	MADRE SOLTERA	
VARIACION DENTRO	93.8	5.2	1.0		100%
PSICOSIS	90.6	6.3	3.1		100%
NEUROSIS	86.7	7.5	3.7	2.1	100%
TRASTORNOS DE	78.1	15.6	6.3		100%
PERTURBACION DE	100.0				100%
RETRASO ESPECIF.	96.5	2.6	.9		100%
OTROS	80.0	9.3	9.3	1.3	100%

Chi-Cuadrado = En este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.6 DIAGNOSTICO y NUMERO DE HERMANOS :

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla VI y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes que tienen hasta 5 hermanos (incluido él) el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis.
- 2a Entre los pacientes con 1 (hijo único) ó 2 hermanos los diagnósticos menos frecuentes son los de Trastornos de Adaptación y Reacción (5,3% y 4,3% respectivamente) y Perturbación de las Emociones (5,3% en el caso de los hijos únicos y 4,3% en los que tienen 2 hermanos).
- 3a Entre los pacientes con 3 y 4 hermanos el diagnóstico menos frecuente es el de Psicosis (3,2% y 1,5%, respectivamente).
- 4a Entre los pacientes con 5 hermanos, ningún caso ha sido diagnosticado de Psicosis ni de Perturbación de las Emociones.
- 5a La frecuencia del diagnóstico de Psicosis va disminuyendo a medida que los pacientes van teniendo mayor número de hermanos (7,4% entre los pacientes hijos únicos hasta un 1,5% entre los pacientes con 4 hermanos)

6a Entre los pacientes de 5 y 6 hermanos se da mayor número de diagnósticos de Trastornos de Adaptación y Reacción (15% y 25%, respectivamente).

7a Es de señalar cómo el principal peso dentro del diagnóstico Perturbación de las Emociones corresponde a pacientes con 3 hermanos, a pesar de no ser éste el diagnóstico más frecuente dentro de este colectivo.

8a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA VI

DIAGNOSTICO Y NUMERO DE HERMANOS

Porcentaje sobre el número de hermanos

	1	2	3	4	5	6	7	9.
NORMALIDAD	13.7	17.6	12.7	12.1	10.0	50.0		
PSICOSIS	7.4	6.5	3.2	1.5				
NEUROSIS	36.8	35.8	41.8	47.0	40.0	25.0		50.0
T. ADAPT.Y REACC.	5.3	4.3	5.7	3.0	15.0	25.0		
P. EMOCIONES	5.3	4.3	8.9	4.5				
R. ESPEC. DESARR	21.1	17.2	19.0	19.7	25.0			50.0
	10.5	14.3	8.9	12.1	10.0		100.0	
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

DIAGNOSTICO Y NUMERO DE HERMANOS

Porcentaje sobre el diagnóstico

	1	2	3	4	5	6	7	9	
NORMALIDAD	13.8	52.1	21.3	8.5	2.1	2.1			100%
PSICOSIS	22.6	58.1	16.1	3.2					100%
NEUROSIS	14.5	41.3	27.3	12.8	3.3	.4		.4	100%
T. ADAPT.Y REACC.	15.6	37.5	28.1	6.3	9.4	3.1			100%
P. EMOCIONES	14.7	35.3	41.2	8.8					100%
R. ESPEC. DESARR	17.1	41.0	25.6	11.1	4.3			.9	100%
OTROS	13.3	53.3	18.7	10.7	2.7		1.3		100%

Chi-Cuadrado = En este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.7 DIAGNOSTICO Y LUGAR EN LA FRATRIA:

El cruce entre estas variables. nos permite realizar las siguientes observaciones:(Tabla VII y Anexo 1)

1a Presentamos a continuación un cuadro donde, en función del lugar que ocupa el paciente dentro de la fratria, indicamos los porcentajes más y menos frecuentes de la variable diagnóstico:

	más frecuente	menos frecuente
Mayor.....	Neurosis (36,8%)	Psicosis (4,6%)
Intermedio.....	Neurosis (48,3%)	T. Adapt. (1,1%)
Menor.....	Neurosis (37,6%)	T. Adapt. (4,0%)
Unico.....	Neurosis (36,8%)	T. Adapt. (5,3%) P. Emoc. (5,3%)

2a El diagnóstico de Neurosis es el más frecuente en todas las categorías establecidas relativas al lugar que ocupa el paciente dentro de la fratria.

3a Observamos cómo el diagnóstico de Trastornos de Adaptación y Reacción se da mucho más frecuentemente entre los pacientes que ocupan el lugar mayor en la fratria (53,1%), a pesar de ser la Neurosis el diagnóstico más frecuente entre los pacientes mayores de la fratria (excluyendo a los hijos únicos)..

4a El Chi-Cuadrado resultante (18,63) no es significativo. Por lo tanto, podemos decir que no hay relación entre la variable diagnóstico y lugar que ocupa en la fratria.

TABLA VII

DIAGNOSTICO Y LUGAR EN LA FRATRIA

Porcentaje sobre el lugar que ocupa el paciente en la fratria

	MAYOR	INTERM.	MENOR	UNICO
NORMALIDAD	16.6	12.6	15.0	13.7
PSICOSIS	4.6	4.6	4.4	7.4
NEUROSIS	36.9	48.3	37.6	36.8
T. ADAPT. Y REACC.	7.8	1.1	4.0	5.3
P. EMOCIONES	6.0	5.7	4.9	5.3
R. ESPC. DESARR.	14.3	17.2	22.6	21.1
OTROS	13.8	10.3	11.5	10.5
total	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y LUGAR EN LA FRATRIA

Porcentaje sobre el diagnóstico

	MAYOR	INTERM.	MENOR	UNICO	
VARIACION DENTRO	38.3	11.7	36.2	13.8	100%
PSICOSIS	32.3	12.9	32.3	22.6	100%
NEUROSIS	33.1	17.4	35.1	14.5	100%
T. ADAPT. Y REACC.	53.1	3.1	28.1	15.6	100%
PERTURBACION DE	38.2	14.7	32.4	14.7	100%
RETRASO ESPECIF.	26.5	12.8	43.6	17.1	100%
OTROS	40.0	12.0	34.7	13.3	100%

Chi-Cuadrado = 16,63

G. L. = 18

Significación = No significativo.

Coeficiente de Contingencia = 0,161

2.8 DIAGNOSTICO y CONVIVENCIA:

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla VIII y Anexo 1)

- 1a En todos los grupos que hemos realizado el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis.
- 2a Entre los pacientes que viven con sus dos padres, el diagnóstico menos emitido es el de Psicosis y el de Trastornos de Adaptación y Reacción (ambos con un porcentaje de 4,9%).
- 3a Entre los pacientes que viven con uno de sus padres, no se ha diagnosticado ningún caso de Perturbación de las Emociones.
- 4a Entre los pacientes que viven con uno de sus padres casado en segundas nupcias, no se da ningún caso de Psicosis, de Trastornos de Adaptación y Reacción ni de Perturbación de las Emociones.
- 5a Entre los pacientes que conviven con otros miembros de su familia, diferentes del padre o de la madre, el 60% está diagnosticado de Neurosis, el 20% de Psicosis y el otro 20% de Trastornos de Adaptación y Reacción.
- 6a El único caso registrado en esta tabla entre los casos que viven en institución ha sido diagnosticado de Psicosis.

- 7a De los dos casos registrado en esta tabla entre los casos que son Adoptados, uno ha sido diagnosticado de Psicosis y el otro de Retraso Específico del Desarrollo.
- 8a El diagnóstico de Perturbación de las Emociones se ha emitido siempre entre los chicos que viven con sus dos padres.
- 9a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA VIII

DIAGNOSTICO Y CONVIVENCIA

Porcentaje sobre la Convivencia

	CON LOS DOS PADRES	CON UN PADRE	CON UN PADRE EN 2 NUFC.	CON FAMILIA.	INSTIT.	ADOPTADO
NORMALIDAD	15.9	11.3	9.1			
PSICOSIS	4.9	3.8		20.0		50.0
NEUROSIS	37.6	49.1	38.4	60.0	100.0	
T. ADAPT. Y REACC.	4.9	7.5		20.0		
P. EMOCIONES	6.1					
R. ESPEC. DESARR	19.7	5.7	27.3			50.0
OTROS	10.8	22.6	27.3			
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y CONVIVENCIA

Porcentaje sobre el diagnóstico

	CON LOS DOS PADRES	CON UN PADRE	CON UN PADRE EN 2 NUFC.	CON FAMILIA.	INSTIT.	ADOPTADO	
VARIACION DENTRO	92.6	6.3	1.1				100%
PSICOSIS	87.1	6.5		3.2		3.2	100%
NEUROSIS	86.0	10.7	1.7	1.2	.4		100%
T. ADAPT. Y REACC.	84.4	12.5		3.1			100%
PERTURBACION DE	100.0						100%
RETRASO ESPECIF.	94.0	2.6	2.6			.9	100%
OTROS	80.0	16.0	4.0				100%

Chi-Cuadrado = En este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad.

2.9 DIAGNOSTICO Y SITUACION LABORAL DEL PADRE :

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones:(Tabla IX y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes cuyo padre está desarrollando una actividad laboral, el 36,8% son diagnosticados de Neurosis.
- 2a Entre los pacientes cuyo padre está activo laboral, el diagnóstico menos emitido es el de Trastornos de Adaptación y Reacción.
- 3a Entre los pacientes cuyo padre está en el paro, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis (46,0%) y el menos frecuente es el de Psicosis y Perturbación de las Emociones (4, 8% en ambos casos).
- 4a Entre los pacientes cuyo padre no trabaja por estar incapacitado laboralmente, el 50% es diagnosticado de Neurosis, mientras que no hay ningún caso diagnosticado de Psicosis, Perturbación de las Emociones ni en la categoría Otros.
- 5a Entre los tres pacientes cuyo padre está jubilado, el 33,3% ha sido diagnosticado de Psicosis, otro 33,3% de Neurosis y el resto de Perturbación de las Emociones.
- 6a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma

forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA IX

DIAGNOSTICO Y SITUACION LABORAL DEL PADRE

Porcentaje sobre la Situación laboral del padre.

	ACTIVO	PARO	INCAPAC. LABORAL	JUBILAC.
NORMALIDAD	16.1	7.9	8.3	
PSICOSIS	5.0	4.8		33.3
NEUROSIS	35.8	46.0	50.0	33.3
T. ADAPT. Y REACC.	4.4	7.9	25.0	
P. EMOCIONES	6.0	4.8		33.3
R. ESPEC. DESARR.	20.3	15.9	16.7	
OTROS	11.3	12.7		
total	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y SITUACION LABORAL DEL PADRE

Porcentaje sobre el diagnóstico

	ACTIVO	PARO	INCAPAC. LABORAL	JUBILAC.	
VARIACION CENTRO	93.0	5.8	1.2		100%
PSICOSIS	86.2	10.3		3.4	100%
NEUROSIS	83.6	13.2	2.7	.5	100%
T. ADAPT. Y REACC.	75.3	16.7	10.0		100%
PERTURBACION DE	88.2	8.8		2.9	100%
RETRASO ESPECIF.	89.4	8.8	1.8		100%
OTROS	87.5	12.5			100%

Chi-Cuadrado * En este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.10 DIAGNOSTICO Y SITUACION LABORAL DE LA MADRE:

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla X y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes cuya madre desarrolla una actividad laboral remunerada, el 41,5% ha sido diagnosticado de Neurosis, mientras que el diagnóstico menos frecuente ha sido el de Perturbación de las Emociones (3,8%).
- 2a Entre los pacientes cuya madre está en paro o desempeña las labores de la casa, el diagnóstico más frecuente ha sido el de Neurosis (37,8%) y el menos frecuente el de Trastornos de Adaptación y Reacción.
- 3a Es de resaltar cómo el diagnóstico de Variación dentro de la Normalidad es más frecuente entre los pacientes cuyas madres están en paro o realizan labores domésticas en su hogar (74,2%), en oposición al 25,8% de los casos con ese diagnóstico y cuyas madres están activas laboralmente.
- 4a El Diagnóstico de Psicosis es más frecuente también entre los pacientes cuyas madres están en paro (69%). En los casos en los que está activa, el porcentaje de diagnósticos de Psicosis es del (31,0%)
- 5a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma

forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA I

DIAGNOSTICO Y SITUACION LABORAL DE LA MADRE

Porcentaje sobre la situación laboral de la madre.

	ACTIVA	PARO/AMA CASA	INCAPACI TADA
NORMALIDAD	14.5	15.0	
PSICOSIS	5.7	4.6	
NEUROSIS	41.5	37.8	66.7
T. ADAPT. Y REACC.	9.4	3.6	
P. EMOCIONES	3.8	6.2	33.3
R. ESPEC. DESARR.	16.4	20.5	
OTROS	8.8	12.3	
total	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y SITUACION LABORAL DE LA MADRE

Porcentaje sobre el diagnóstico

	ACTIVA	PARO/AMA CASA	INCAPACI TADA	
NORMALIDAD	25.8	74.2		100%
PSICOSIS	31.0	69.0		100%
NEUROSIS	28.2	70.9	.9	100%
T. ADAPT. Y REACC.	48.4	51.6		100%
P. EMOCIONES	17.6	79.4	2.9	100%
R. ESPEC. DESARR.	22.4	77.6		100%
OTROS	20.6	79.4		100%

Chi-Cuadrado = en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.11 DIAGNOSTICO Y EDAD DEL PADRE :

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla XI y Anexo 1)

1a Presentamos a continuación un cuadro donde, en función de los diferentes grupos de edad del padre, indicamos los porcentajes más y menos frecuentes de la variable diagnóstico:

	más frecuente	menos frecuente
Hasta 31 años....	R. Espc. Desrr.(37,5%)	P. emocion.(2,5%) Otros (2,5%)
De 31 a 40 años..	Neurosis (33,6%)	Psicosis (3,3%)
De 41 a 50 años..	Neurosis (45,7%)	Psicosis (3,1%) T. Adap. (3,1%) P. Emoc. (3,1%)
Más de 50 años..	Neurosis (43,2%)	T. Adaptac.(5,4%)

2a A partir del grupo de edad del padre de 31 a 40 años, el diagnóstico que se emite con más frecuencia es el de Neurosis.

3a A partir del grupo de edad del padre de 31 a 40 años el diagnóstico que se emite con menos frecuencia es el de Psicosis.

48 Es importante señalar cómo el peso entre los diagnósticos de Retraso Específico del Desarrollo, recae sobre los pacientes cuyos padres tienen entre 31 y 40 años (51,8%), a pesar de no ser éste el diagnóstico más frecuente entre los pacientes con padres cuya edad está incluida en ese grupo.

52 El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA II

DIAGNOSTICO Y EDAD DEL PADRE

Porcentajes sobre la edad del padre.

	HASTA 31 AÑOS	DE 31 A 40 AÑOS	DE 41 A 50 AÑOS	MAS DE 50 AÑOS
NORMALIDAD	10.0	15.5	13.6	10.8
PSICOSIS	12.5	3.3	3.1	8.1
NEUROSIS	25.0	33.6	45.7	43.2
T. ADAPT.Y REACC.	10.0	5.5	3.1	5.4
P. EMOCIONES	2.5	8.1	3.1	10.8
R. ESPEC. DESARR.	37.5	21.0	19.1	13.5
OTROS	2.5	12.9	12.3	8.1
total	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y EDAD DEL PADRE

Porcentaje sobre el diagnóstico

	HASTA 31 AÑOS	DE 31 A 40 AÑOS	DE 41 A 50 AÑOS	MAS DE 50 AÑOS	
NORMALIDAD	5.6	58.3	30.6	5.6	100%
PSICOSIS	22.7	40.9	22.7	13.6	100%
NEUROSIS	5.2	47.6	38.7	8.4	100%
T. ADAPT.Y REACC.	15.4	57.7	19.2	7.7	100%
P. EMOCIONES	3.1	68.8	15.6	12.5	100%
R. ESPEC. DESARR.	13.9	52.8	28.7	4.6	100%
OTROS	1.7	59.3	33.9	5.1	100%

Chi-Cuadrado = en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.12 DIAGNOSTICO y LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE:

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla XII y Anexo 1)

1a Presentamos a continuación un cuadro donde, en función de la variable lugar de Nacimiento del padre, indicamos los porcentajes más y menos frecuentes de la variable diagnóstico:

	más frecuente	menos frecuente
VIZCAYA.....	Neurosis (34,7%)	Psicosis (3,0%)
RESTO C. A. VASCA.	Neurosis (25%)	Normalid.(0%)
	Psicosis (25%)	P. Emoc. (0%)
	T. Adapt.(25%)	Otros (0%)
	R. Desarr.(25%)	
RESTO ESPANA.....	Neurosis (33,5%)	Psicosis (4,6%)
EXTRANJERO.....	Neurosis (26,7%)	P. Emoc. (0%)
	Otros (28,7%)	

2a Entre todos los pacientes cuyo padre proviene de lo que hemos llamado resto de la Comunidad Autónoma Vasca, ninguno ha sido diagnosticado ni de Variación dentro de la Normalidad ni de Perturbación de las Emociones ni de Otros.

3a Entre todos los pacientes cuyos padres han nacido en el Extranjero, ninguno ha sido diagnosticado de Perturbación de las Emociones.

4a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XII

DIAGNOSTICO Y LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE

	VIZCAYA	RESTO DE C.A.V.	RESTO DE ESPAÑA	EXTRANJE RO
NORMALIDAD	14.8		18.0	13.3
PSICOSIS	3.0	25.0	4.6	6.7
NEUROSIS	34.7	25.0	33.5	26.7
T. ADAPT. Y REACC.	5.1	25.0	6.7	6.7
P. EMOCIONES	4.7		7.7	
R. ESPEC. DESARR.	25.4	25.0	19.1	20.0
OTROS	12.3		10.3	26.7
total	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE

	VIZCAYA	RESTO DE C.A.V.	RESTO DE ESPAÑA	EXTRANJE RO	
NORMALIDAD	48.6		48.6	2.8	100%
PSICOSIS	38.9	5.6	50.0	5.6	100%
NEUROSIS	53.9	.7	42.8	2.6	100%
T. ADAPT. Y REACC.	44.4	3.7	48.1	3.7	100%
P. EMOCIONES	42.3		57.7		100%
R. ESPEC. DESARR.	59.4	1.0	36.6	3.0	100%
OTROS	54.7		37.7	7.5	100%

Chi-Cuadrado = En este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad.

2.13 DIAGNOSTICO Y EDAD DE LA MADRE :

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla XIII y Anexo 1)

1a Presentamos a continuación un cuadro donde, en función la variable edad de la madre, indicamos los porcentajes más y menos frecuentes de la variable diagnóstico:

	más frecuente	menos frecuente
Hasta 31 años.....	Neurosis (33%)	P. Emoc. (3,0%)
De 31 a 40 años.....	Neurosis (35,8%)	Psicosis (3,9%)
De 41 a 50 años.....	Neurosis (50,0%)	Psicosis (1,9%)
Más de 50 años.....	Neurosis (45%)	T. Adapt.(5,0%)

2a En todos los grupos de edad de la madre, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis.

3a Los diagnósticos de Psicosis son mucho menos frecuentes entre los pacientes cuyas madres tienen de 41 a 50 años (1,9%) y de 31 a 40 años (3,9%) que entre los pacientes cuyas madres son más jóvenes (hasta 31 años el 6,0%) o más mayores (Más de 50 años el 10,0%).

4a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de

aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XIII

DIAGNOSTICO Y EDAD DE LA MADRE

Porcentaje sobre la Edad de la madre.

	HASTA 31 AÑOS	DE 31 A 40 AÑOS	DE 41 A 50 AÑOS	MAS DE 50 AÑOS
NORMALIDAD	11.0	16.1	12.5	10.0
PSICOSIS	6.0	3.9	1.9	10.0
NEUROSIS	33.0	35.8	50.0	45.0
T. ADAPT. Y REACC.	5.0	4.8	4.8	5.0
P. EMOCIONES	3.0	7.1	4.8	10.0
R. ESPEC. DESARR.	31.0	20.3	14.4	10.0
OTROS	11.0	11.9	11.5	10.0
total	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y EDAD DE LA MADRE

Porcentaje sobre el diagnóstico

	HASTA 31 AÑOS	DE 31 A 40 AÑOS	DE 41 A 50 AÑOS	MAS DE 50 AÑOS	
NORMALIDAD	14.5	65.8	17.1	2.6	100%
PSICOSIS	27.3	54.5	9.1	9.1	100%
NEUROSIS	16.1	54.1	25.4	4.4	100%
T. ADAPT. Y REACC.	19.2	57.7	19.2	3.8	100%
P. EMOCIONES	9.4	68.8	15.6	6.3	100%
R. ESPEC. DESARR.	27.9	56.8	13.5	1.8	100%
OTROS	17.7	59.7	19.4	3.2	100%

Chi-Cuadrado = en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.14 DIAGNOSTICO y LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE:

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla XIV y Anexo 1)

1a Presentamos a continuación un cuadro donde, en función de los diferentes lugares de nacimiento de la madre, indicamos los porcentajes más y menos frecuentes de la variable diagnóstico:

	más frecuente	menos frecuente
VIZCAYA.....	Neurosis (35,3%)	P. Emoc. (4,1%)
RESTO C. A. VASCA.	Neurosis (53,8%)	Normalid.(0%) T. Adaptac.(0%)
RESTO ESPAÑA.....	Neurosis (33,2%)	T.Adaptac.(2,6%)
EXTRANJERO.....	Neurosis (38,4%)	P. Emoc. (0%)

2a En todos los grupos realizados referentes al lugar de nacimiento de la madre, observamos que el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis.

3a Entre los pacientes cuyas madres han nacido en el resto de la Comunidad Autónoma, no hay ninguno que halla sido diagnosticado como Variación dentro de la Normalidad ni como Trastorno de Adaptación y Reacción.

4a Entre los pacientes cuyas madres han nacido en el extranjero, no hay ningún paciente diagnosticado de Perturbación de las Emociones.

5a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XIV

DIAGNOSTICO Y LUGAR NACIMIENTO DE LA MADRE

Porcentaje sobre el lugar de nacimiento de la madre

	VIZCAYA	RESTO DE C.A.V.	RESTO ESPAÑA	EXTRANJE RO
NORMALIDAD	13.7		19.9	9.1
PSICOSIS	4.6	7.7	3.6	18.2
NEUROSIS	35.3	53.8	33.2	36.4
T.ADAPT.Y REACC.	8.3		2.6	9.1
P. EMOCIONES	4.1	7.7	7.7	
R.ESPC. DESARR.	22.8	23.1	21.9	9.1
OTROS	11.2	7.7	11.2	18.2
total	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y LUGAR NACIMIENTO DE LA MADRE

Porcentaje sobre el diagnóstico

	VIZCAYA	RESTO DE C.A.V.	RESTO ESPAÑA	EXTRANJE RO	
NORMALIDAD	45.2		53.4	1.4	100%
PSICOSIS	52.4	4.8	33.3	9.5	100%
NEUROSIS	52.8	4.3	40.4	2.5	100%
T. ADAPT.Y REACC.	76.9		19.2	3.8	100%
P. EMOCIONES	38.5	3.8	57.7		100%
R. ESPEC. DESARR.	53.9	2.9	42.2	1.0	100%
OTROS	51.9	1.9	42.3	3.8	100%

Chi-Cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.15 DIAGNOSTICO y NIVEL SOCIOPROFESIONAL DE LA FAMILIA:

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla XV y Anexo 1)

1a Presentamos a continuación un cuadro donde, en función de los diferentes niveles socioprofesionales de la familia, indicamos los porcentajes más y menos frecuentes de la variable diagnóstico:

	más frecuente	menos frecuente
Alto.....	R. Desarr.(66,7%)	Normalidad (0%) Psicosis (0%) T. Adapt. (0%) P. Emoc. (0%) Otros (0%).
Medio-alto.....	Neurosis (45,2%)	T. Adapt. (1,1%). P. Emoci. (1,11%)
Medio-bajo.....	Neurosis (38,1%)	Psicosis (4,2%)
Bajo.....	Neurosis (32,4%)	T. Adapt. (2,8%) P. Emoc. (2,8%)
Pobreza.....	Neurosis (50%)	Normalidad (0%) T. Adaptac. (0%) P. Emoción. (0%) R. Desarr. (0%)

- 2a En todos los grupos de nivel socioprofesional que hemos realizado, a excepción de nivel alto, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis.
- 3a Entre los pacientes cuyo nivel socioprofesional es alto, el diagnóstico más frecuente es el de Retraso Específico del Desarrollo (66.7%).
- 4a Es de destacar que entre los pacientes con nivel socioprofesional Alto y Pobreza, no se emite ningún diagnóstico de Variación dentro de la Normalidad.
- 5a Entre los pacientes pertenecientes al nivel de pobreza, el porcentaje de diagnósticos de Psicosis es del 37.5%
- 6a A pesar de ser el diagnóstico de Neurosis el más frecuente, entre los pacientes con un nivel socioprofesional alto, el diagnóstico más frecuente es el de Retraso Específico del Desarrollo.
- 7a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA IV

DIAGNOSTICO Y NIVEL SOCIOPROFESIONAL DE LA FAMILIA

Porcentaje sobre el nivel socioprofesional de la familia.

	ALTO	MEDIO- -ALTO	MEDIO- -BAJO	BAJO	POBREZA
NORMALIDAD		18.3	13.1	29.4	
PSICOSIS		6.5	4.2	5.9	37.5
NEUROSIS	35.3	45.2	38.1	32.4	50.0
T.ADAPT.Y REACC.		1.1	6.4	2.9	
P. EMOCIONES		1.1	6.6	2.9	
R. ESPC. DESARR.	66.7	10.8	20.6	17.6	
OTROS		17.2	11.0	8.8	12.5
total	100%	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y NIVEL SOCIOPROFESIONAL DE LA FAMILIA

Porcentaje sobre el diagnóstico

	ALTO	MEDIO- -ALTO	MEDIO- -BAJO	BAJO	POBREZA	
NORMALIDAD		19.1	69.7	11.2		100%
PSICOSIS		19.4	64.5	6.5	9.7	100%
NEUROSIS	.4	17.6	75.6	4.6	1.7	100%
T.ADAPT.Y REACC.		3.1	93.8	3.1		100%
P.DESARROLLO		3.0	93.9	3.0		100%
R.ESPEC.DESARR.	1.7	8.7	84.3	5.2		100%
OTROS		22.2	72.2	4.2	1.4	100%

Chi-Cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.18 DIAGNOSTICO y SITUACION ESCOLAR:

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla XVI y Anexo 1)

- 1A Entre los pacientes que están escolarizados, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis (41,3%), mientras que el menos frecuente es el de Psicosis (4,3%).
- 2A Entre los pacientes no escolarizados por no haber cumplido aún la edad, el diagnóstico más frecuente es el de Retrasos Específicos del Desarrollo (36,4%) y ningún caso ha sido diagnosticado de Trastornos de Adaptación y Reacción.
- 3A Entre los pacientes que han interrumpido la escolaridad, el 42,9% ha sido diagnosticado de Neurosis o de Otros, en igual porcentaje. Ningún paciente ha sido diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad, ni de Trastorno de Adaptación y Reacción ni de Perturbación de las Emociones ni de Retraso Específico del Desarrollo.
- 4A Es de destacar cómo entre los no escolarizados por edad el diagnóstico más frecuente ha sido el de Retraso Específico del Desarrollo, a pesar de ser el de Neurosis el emitido más frecuentemente.

5a Destacaremos también que ningún paciente entre los incluidos en el grupo interrupción de la escolaridad ha sido diagnosticado como Variación dentro de la Normalidad.

6a Destacamos igualmente, que todos los diagnósticos de Trastornos de Adaptación y Reacción, han sido realizados entre los pacientes que están escolarizados.

7a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XVI

DIAGNOSTICO Y SITUACION ESCOLAR

Porcentaje sobre la situación escolar.

	ESCOLARIZADO	NO ESCOLARIZADO	INTERRUPCION ESC
NORMALIDAD	14.1	31.8	
PSICOSIS	4.3	13.6	14.3
NEUROSIS	41.3	6.8	42.9
T. ADAPT. Y REACC.	5.3		
P. EMOCIONES	5.7	2.3	
R. ESPEC. DESARR.	17.3	36.4	
OTROS	12.0	9.1	42.9
total	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y SITUACION ESCOLAR

Porcentaje sobre el diagnóstico

	ESCOLARIZADO	NO ESCOLARIZADO	INTERRUPCION ESC	
NORMALIDAD	85.4	14.6		100%
PSICOSIS	78.1	18.8	3.1	100%
NEUROSIS	97.6	1.2	1.2	100%
T. ADAPT. Y REACC.	100.0			100%
P. EMOCIONES	97.1	2.9		100%
R. ESPEC. DESARR.	86.3	13.7		100%
OTROS	90.9	5.2	3.9	100%

Chi- Cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.17 DIAGNOSTICO Y AL CUIDADO DE . . . :

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla XVII y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes que son cuidados por la madre, son diagnosticados como Variación dentro de la Normalidad el 25% de la población.
- 2a Entre los pacientes que son cuidados por la madre, el 45% han sido diagnosticados de Retraso Específico del Desarrollo.
- 3a El 38,1% de los pacientes que acuden a la guardería, son diagnosticados como Variación dentro de la Normalidad.
- 4a Es de destacar que el diagnóstico de Retraso Específico del Desarrollo, junto con el de Variación dentro de la Normalidad, son los más frecuentes de los emitidos (29,6% y 25,9% respectivamente).
- 5a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XVII

DIAGNOSTICO Y AL CUIDADO DE ...

Porcentaje sobre Al cuidado de...

	MADRE	FAMILIAR	GUARDER.	EMPLEADA	OTROS
NORMALIDAD	25.0		38.1	100.0	
PSICOSIS	10.0	100.0	14.3		9.1
NEUROSIS	5.0		4.8		36.4
P. EMOCIONES			4.8		
R. ESPEC. DESARR.	45.0		33.3		
OTROS	15.0		4.8		27.3
INTERRUPCION					27.3
total	100%	100%	100%	100%	100%

DIABNOSTICO Y AL CUIDADO DE ...

Porcentaje sobre el diagnóstico

	MADRE	FAMILIAR	GUARDER.	EMPLEADA	OTROS	
NORMALIDAD	35.7		57.1	7.1		100%
PSICOSIS	28.6	14.3	42.9		14.3	100%
NEUROSIS	16.7		16.7		66.7	100%
P. EMOCIONES			100.0			100%
R. ESPEC. DESARR.	56.3		43.8			100%
OTROS	42.9		14.3		42.9	100%
INTERRUPCION					100.0	100%

Chi -Cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.18 DIAGNOSTICO y LUGAR DONDE REALIZA SUS ESTUDIOS:

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla XVIII y Anexo 1)

1a Presentamos a continuación un cuadro en el que, en función de los diferentes Centros donde cursan sus estudios los pacientes escolarizados, indicamos los porcentajes más y menos frecuentes de la variable diagnóstico:

	más frecuente	menos frecuente
C. Privado.....	Neurosis (38,4%)	T. Adapt. (3,7%)
C. Público.....	Neurosis (43,3%)	Psicosis (2,8%)
Ikastola.....	Neurosis (36,2%)	P. Emoc. (3,4%)

2a En todos los grupos que hemos establecido con relación al lugar donde realiza sus estudios, observamos cómo el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis.

3a Entre los pacientes que acuden a un Centro de estudios privado, el diagnóstico menos frecuente es el de Trastornos de Adaptación y Reacción (3,7%).

- 4a Entre los pacientes que acuden a un centro de estudios público, el diagnóstico menos frecuente es el de Psicosis (2,8%).
- 5a Entre los pacientes que realizan sus estudios en una Ikastola, el diagnóstico menos frecuente es el de Perturbación de las Emociones.
- 6a Es de destacar el bajo porcentaje de pacientes diagnosticados de psicóticos que cursan sus estudios en un centro público (2,8%) a pesar de que el 40% de los diagnosticados de Psicosis acuden a la escuela pública.
- 7a El Chi-Cuadrado que obtenemos (27,196) es significativo (Nivel de Confianza del 99%), lo que significa que existe una relación entre las variables diagnóstico y tipo de Centro escolar donde cursa sus estudios el paciente.
- 8a El Coeficiente de Contingencia obtiene un valor de 0,211, por lo que podemos decir que la relación entre ambas variables es, por lo menos, mediana.
- 9a El Coeficiente de Determinación, supone el 4,4%. El 4,4% de la variación común viene explicada por la propia relación entre las variables, quedando el resto hasta el 100% al azar.

TABLA XVIII

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y LUGAR DONDE REALIZA SUS ESTUDIOS

Porcentaje sobre la variable Lugar donde realiza sus estudios.

	COLEGIO PRIVADO	COLEGIO PUBLICO	IKASTOLA
NORMALIDAD	18.9	13.1	6.9
PSICOSIS	7.3	2.8	5.2
NEUROSIS	38.4	43.3	36.2
T. ADAPT. Y REACC.	3.7	4.7	13.8
P. EMOCIONES	6.7	5.6	3.4
R. ESPEC. DESARR.	12.2	18.3	25.9
OTROS	12.8	12.2	8.6
total	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y LUGAR DONDE REALIZA SUS ESTUDIOS

Porcentaje sobre el diagnóstico

	COLEGIO PRIVADO	COLEGIO PUBLICO	IKASTOLA	
NORMALIDAD	37.8	57.3	4.9	100%
PSICOSIS	48.0	40.0	12.0	100%
NEUROSIS	26.3	65.0	8.8	100%
T. ADAPT. Y REACC.	19.4	54.8	25.8	100%
P. EMOCIONES	33.3	60.6	6.1	100%
R. ESPEC. DESARR.	19.8	65.3	14.9	100%
OTROS	30.0	62.9	7.1	100%

Chi-Cuadrado = 27,196

Grados de Libertad = 12

Coeficiente de Contingencia = 0,211.

2.18 DIAGNOSTICO y NIVEL ESCOLAR:

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla XIX y Anexo 1)

- 1a Entre todos los niveles escolares, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis a excepción de los cursos de preescolar, en los que el diagnóstico más frecuente es el de Retraso Específico del Desarrollo.
- 2a Es de destacar cómo el diagnóstico de Neurosis, está prácticamente presente en todas las agrupaciones realizadas (a excepción de los que cursan graduado escolar).
- 3a Ningún paciente que haya superado el octavo de E.G.B. ha sido diagnosticado de Perturbación de las Emociones o de Retraso Específico del Desarrollo.
- 4a Los pacientes diagnosticados de Psicosis se encuentran todos entre los que cursan estudios primarios o 1º y 2º de B.U.P.
- 5a Señalaremos como importante el hecho de que el 34,7% de los casos diagnosticados de Psicosis lo son cuando el paciente cursa Preescolar.
- 6a Señalaremos como importante que el 43% de los diagnósticos de Retraso Específico del Desarrollo son

emitidos cuando el paciente cursa 12 ó 22 de Preescolar.

- 7a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XIX

DIAGNOSTICO Y NIVEL ESCOLAR

Porcentaje sobre el Nivel escolar

	MATERNAL	1º PREESCOLAR	2º PREESCOLAR	1º EGB	2º EGB	3º EGB	4º EGB	5º EGB	6º EGB
NORMALIDAD	20.0	14.6	9.2	13.0	16.4	13.2	16.1	15.2	11.8
PSICOSIS	10.0	7.3	7.7	1.9	3.6		1.6	3.0	2.0
NEUROSIS	40.0	14.6	24.6	33.3	36.4	39.6	40.3	54.5	52.9
T. ADAPT.Y REACC.			3.1	7.4	3.6	5.7	8.1	1.5	9.8
P. EMOCIONES		7.3	4.6	9.3	7.3	9.4	9.7	4.5	5.9
R. DESARROLLO	20.0	39.0	41.5	22.2	25.5	17.0	16.1	4.5	9.8
OTROS	10.0	17.1	9.2	13.0	7.3	15.1	8.1	16.7	7.8
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	7º EGB	8º EGB	1º BUP	2º BUP	3º BUP	COU	1º FP	2º FP	3º FP
NORMALIDAD	7.1	23.1	21.7	22.2			12.5		
PSICOSIS	7.1	3.8	8.7	5.6					
NEUROSIS	57.1	42.3	56.5	61.1	75.0	100.0	37.5	100.0	50.0
T. ADAPT.Y REACC.	7.1	15.4	4.3	5.6			12.5		
P. EMOCIONES		3.8							
R. ESPEC. DESARR.	3.6	3.8							
OTROS	17.9	7.7	8.7	5.6	25.0		37.5		50.0
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

	GRADUADO ESCOLAR	REM	OTROS
NORMALIDAD			
PSICOSIS			25.0
NEUROSIS		100.0	50.0
T. ADAPT.Y REACC.			
P. EMOCIONES			
R. ESPEC. DESARR.			
OTROS	100.0		25.0
total	100%	100%	100%

TABLA XIX (Cont)
DIAGNOSTICO Y NIVEL ESCOLAR

Porcentaje sobre el diagnóstico

	MATERNAL	1º PREESCOLAR	2º PREESCOLAR	1º EGB	2º EGB	3º EGB	4º EGB	5º EGB	6º EGB
NORMALIDAD	2.5	7.4	7.4	8.6	11.1	8.6	12.3	12.3	7.4
PSICOSIS	4.3	13.0	21.7	4.3	8.7		4.3	8.7	4.3
NEUROSIS	1.7	2.5	6.7	7.5	8.4	8.8	10.5	15.1	11.3
T. ADAPT. Y REACC.			6.5	12.9	6.5	9.7	16.1	3.2	16.1
P. EMOCIONES		9.1	9.1	15.2	12.1	15.2	18.2	9.1	9.1
R. ESPEC. DESARR.	2.0	16.0	27.0	12.0	14.0	9.0	10.0	3.0	5.0
OTROS	1.4	10.0	8.6	10.0	5.7	11.4	7.1	15.7	5.7

	7º EGB	8º EGB	1º BUP	2º BUP	3º BUP	COU	1º FP	2º FP	3º FP
VARIACION DENTRO	2.5	7.4	6.2	4.9			1.2		
PSICOSIS	8.7	4.3	8.7	4.3					
NEUROSIS	6.7	4.6	5.4	4.6	1.3	.8	1.3	.8	.4
T. ADAPT. Y REACC.	6.5	12.9	3.2	3.2			3.2		
PERTURBACION DE		3.0							
RETRASO ESPECIF.	1.0	1.0							
OTROS	7.1	2.9	2.9	1.4	1.4		4.3		1.4

	GRADUADO ESCOLAR	REN	OTROS	
VARIACION DENTRO				100%
PSICOSIS			4.3	100%
NEUROSIS		.8	.8	100%
T. ADAPT. Y REACC.				100%
PERTURBACION DE				100%
RETRASO ESPECIF.				100%
OTROS	1.4		1.4	100%

Chi- Cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.20 DIAGNOSTICO Y TRAYECTORIA ESCOLAR:

El cruce entre estas variables nos permite hacer las siguientes observaciones: (Tabla XX y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes que llevan una trayectoria escolar normal, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis (41,6%) y el menos frecuente el de Psicosis (2,7%).
- 2a Entre los pacientes que han repetido uno o más cursos, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis (44,4%) y el menos frecuente es de Perturbación de las Emociones (2,8%).
- 3a Entre los pacientes que acuden al aula de apoyo, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis (36,1%). Ningún caso ha sido diagnosticado de Trastornos de Adaptación y Reacción.
- 4a Entre los pacientes que acuden a un Centro de Educación Especial, el 50% ha sido diagnosticado de Psicosis y el restante 50% bajo el diagnóstico de Otros.
- 5a Es de destacar cómo a pesar de que de los pacientes que repiten curso el 16,7% ha sido diagnosticado de Psicosis, es entre los pacientes cuya trayectoria escolar es normal donde encontramos el mayor número de psicóticos
- 6a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma

forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XX

DIAGNOSTICO Y TRAYECTORIA ESCOLAR
 Porcentaje sobre la trayectoria escolar

	NORMAL	REPITE CURSO	PROGRAMA EDUCAC. ESPECIAL	CENTRO EDUCAC. ESPECIAL
NORMALIDAD	14.5	13.9	5.6	
PSICOSIS	2.7	16.7	11.1	50.0
NEUROSIS	41.6	44.4	36.1	
T. ADAPT.Y REACC.	5.9	5.6		
P. EMOCIONES	5.9	2.8	5.6	
R. ESPEC. DESARR.	17.8	5.6	27.8	
OTROS	11.6	11.1	13.9	50.0
total	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y TRAYECTORIA ESCOLAR
 Porcentaje sobre el diagnóstico

	NORMAL	REPITE CURSO	PROGRAMA EDUCAC. ESPECIAL	CENTRO EDUCAC. ESPECIAL	
NORMALIDAD	91.0	6.4	2.6		100.5
PSICOSIS	54.2	25.0	16.7	4.2	100%
NEUROSIS	87.6	6.9	5.6		100%
T. ADAPT.Y REACC.	93.5	6.5			100%
P. EMOCIONES	90.6	3.1	6.3		100%
R. ESPEC. DESARR.	87.9	2.0	10.1		100%
OTROS	85.1	6.0	7.5	1.5	100%

Chi- Cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.21 DIAGNOSTICO y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE PADRE :

El cruce de ambas variables, nos permite hacer las siguientes observaciones: (Tabla XXI y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes cuyos padres tienen antecedentes psiquiátricos que hemos calificado como de Consultas Ambulatorias, obtenemos los diagnósticos de Psicosis y Neurosis como los más frecuentes (40%), mientras que no hay ningún caso diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad ni de Perturbación de las Emociones ni de Retraso Específico del Desarrollo.
- 2a Entre los pacientes cuyos padres han estado en tratamiento psiquiátrico, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis (45,5%), frente a ningún diagnóstico de Psicosis ni de lo que hemos agrupado como Otros.
- 3a Entre los pacientes cuyo padre ha tenido algún ingreso psiquiátrico, nos encontramos tres diagnósticos en igual proporción: Variación dentro de la Normalidad, Retraso Específico del Desarrollo y Otros. Ningún caso ha sido diagnosticado de Psicosis, ni de Neurosis ni de Trastornos de Adaptación y Reacción ni de Perturbación de las Emociones.
- 4a Entre los pacientes sin antecedentes, el diagnóstico más frecuente es el de Neurosis (37,2%) y los menos frecuentes son los de Trastornos de Adaptación y Reacción y Psicosis (4,6%).

5a Es de destacar que los diagnósticos de Psicosis, se distribuyen únicamente entre los pacientes cuyos padres no tienen antecedentes o los antecedentes son de consulta ambulatoria.

6a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XII

DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PADRE

Sobre el porcentaje de los Antecedentes Psiquiátricos del padre.

	CONSULTA AMBULAT.	TRATAMTO	INGRESOS PSIQ.	SIN ANTE CEDENTES
NORMALIDAD		27.3	33.3	14.9
PSICOSIS	40.0			4.6
NEUROSIS	40.0	45.5		37.2
T. ADAPT. Y REACC.	10.0	9.1		4.6
P. EMOCIONES		9.1		5.9
R. ESPEC. DESARR.		9.1	33.3	20.2
OTROS	10.0		33.3	12.7
total	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PADRE

Sobre el porcentaje de los diagnósticos.

	CONSULTA AMBULAT.	TRATAMTO	INGRESOS PSIQ.	SIN ANTE CEDENTES	
NORMALIDAD		3.5	1.2	95.3	100%
PSICOSIS	13.8			86.2	100%
NEUROSIS	1.9	2.4		95.8	100%
T. ADAPT. Y REACC.	3.7	3.7		92.6	100%
P. EMOCIONES		3.0		97.0	100%
R. ESPEC. DESARR.		.9	.9	98.2	100%
OTROS	1.4		1.4	97.2	100%

Chi- Cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.22 DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LA MADRE :

El cruce entre estas variables, nos permite realizar las siguientes observaciones: (Tabla XXII y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes cuya madre ha requerido asistencia psiquiátrica a nivel de consulta ambulatoria, el 37,5% de los pacientes ha sido diagnosticado dentro de la agrupación Otros. Ningún paciente de este grupo ha sido diagnosticado como Variación dentro de la Normalidad, ni de Perturbación de las Emociones ni de Retraso Específico del Desarrollo.
- 2a Entre los pacientes cuyas madres han requerido un tratamiento psiquiátrico, el 52% de los pacientes ha sido diagnosticado de Neurosis.
- 3a Los pacientes cuyas madres han tenido algún ingreso psiquiátrico, han sido diagnosticados en su totalidad de Neurosis.
- 4a Entre los pacientes cuyas madres no han tenido ningún antecedente psiquiátrico, el 37,2% ha sido diagnosticado de Neurosis y el diagnóstico menos frecuente ha sido el de Psicosis (4,8%).
- 5a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma

forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XXII

DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LA MADRE

Porcentaje sobre los Antecedentes Psiquiátricos de la madre

	CONSULTA AMBULAT.	TRATAMTO	INGRESOS PSIQ.	SIN ANTE CEDENTES
NORMALIDAD		16.0		14.9
PSICOSIS	25.0	4.0		4.8
NEUROSIS	25.0	52.0	100.0	37.2
T. ADAPT.Y REACC.	12.5	4.0		4.6
P. EMOCIONES		4.0		5.9
R. ESPEC. DESARR.		16.0		20.2
OTROS	37.5	4.0		12.5
total	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LA MADRE

Porcentaje sobre el diagnóstico

	CONSULTA AMBULAT.	TRATAMTO	INGRESOS PSIQ.	SIN ANTE CEDENTES	
NORMALIDAD		4.7		95.3	100%
PSICOSIS	6.9	3.4		89.7	100%
NEUROSIS	.9	5.9	.9	92.3	100%
T. ADAPT.Y REACC.	3.7	3.7		92.6	100%
P. EMOCIONES		3.0		97.0	100%
R. ESPEC. DESARR.		3.5		96.5	100%
OTROS	4.2	1.4		94.4	100%

Chi- Cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.23 DIAGNOSTICO y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PACIENTE :

El cruce de ambas variables, nos permite hacer las siguientes observaciones: (Tabla XXIII y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes que han acudido a consulta y que previamente habían realizado alguna consulta ambulatoria, observamos que el 45,8% es diagnosticado de Neurosis. Ninguno es diagnosticado como Variación dentro de la Normalidad ni como Perturbación de las Emociones.
- 2a Entre los pacientes que han tenido algún tratamiento antes de acudir a nuestro centro, el 22,2% ha sido diagnosticado de Psicosis, Neurosis (22,2%) y de Otros (22,2%). El diagnóstico menos emitido fue el de Trastornos de Adaptación y Reacción.
- 3a Entre los pacientes que no han tenido ningún antecedente el 38% ha sido diagnosticado de Neurosis y el 3,7% de Psicosis.
- 4a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XXIII

DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PACIENTE
 Porcentaje sobre los Antecedentes Psiquiátricos del paciente

	CONSULTA AMBULAT.	TRATAMTO	SIN ANTE CEDENTES
NORMALIDAD		11.1	15.8
PSICOSIS	21.6	22.2	3.7
NEUROSIS	45.9	22.2	38.0
T. ADAPT. Y REACC.	2.7		4.8
P. EMOCIONES		5.6	5.9
R. ESPEC. DESARR.	18.9	16.7	19.7
OTROS	10.8	22.2	12.1
total	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PACIENTE
 Porcentaje sobre el diagnóstico

	CONSULTA AMBULAT.	TRATAMTO	SIN ANTE CEDENTES	
NORMALIDAD		2.3	97.7	100%
PSICOSIS	25.0	12.5	62.5	100%
NEUROSIS	7.5	1.8	90.7	100%
T. ADAPT. Y REACC.	3.7		96.3	100%
P. EMOCIONES		3.0	97.0	100%
R. ESPEC. DESARR.	6.0	2.6	91.4	100%
OTROS	5.5	5.5	89.0	100%

Chi- Cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.24 DIAGNOSTICO y PROCEDENCIA :

El cruce de ambas variables nos permite hacer las observaciones que haremos a continuación, pero antes es necesario recordar que en la variable Procedencia, hemos recogido respuestas múltiples (dos). Por ello, presentaremos tres cuadros que nos permiten hablar: 1. sobre el total de las respuestas recibidas, 2. sobre el total de los casos estudiados y 3 sobre el porcentaje de diagnósticos.

Recordaremos también, que los pacientes para solicitar consulta en el Centro, han de solicitar directamente ellos mismos la demanda. En consecuencia, observaremos cómo la mayor fuente de derivación es la propia iniciativa. A pesar de esto, no todos los casos están registrados como que acuden al centro por propia iniciativa, ya que algunos no lo expresan así, a pesar de haber hecho ellos la demanda.

Las observaciones que podemos realizar son las siguientes: (Tabla XXIV y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes que acuden por propia iniciativa, el 35% son neuróticos. El porcentaje de diagnóstico menos frecuente entre estos pacientes es el de Psicosis (4%) y el de Perturbación de las Emociones (4%)
- 2a Entre los pacientes que acuden aconsejados por los Servicios Médicos, el 34% son neuróticos, mientras que

los Trastornos de adaptación y Reacción sólo ocurren en un 2%.

- 3a Entre los pacientes derivados por la Escuela o Guardería, el porcentaje más frecuente de diagnósticos corresponde a Neurosis (43%).
- 4a Los Servicios Sociales no han derivado ningún caso diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad, de Psicosis ni de Perturbación de las Emociones.
- 5a Entre los pacientes derivados por el resto de las fuentes de derivación, el porcentaje más frecuente es el de Psicosis (29%), mientras que no hubo ningún caso diagnosticado de Trastornos de Adaptación y Reacción, Perturbación de las Emociones ni de Retraso Específico del Desarrollo.
- 6a Entre los pacientes diagnosticados de Psicosis, el 54% sobre el Número de respuestas y el 66% sobre el número de casos acuden por propia iniciativa, a pesar de ello y como hemos visto, sólo el 4% de los remitidos por Propia iniciativa son psicóticos.
- 7a El cruce de estas variables no ruene tal y como hemos categorizado las variables, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma manera y en consecuencia no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XXIV

DIAGNOSTICO Y PROCEDENCIA.

Porcentaje sobre la Procedencia.

	PROPIA INICIAT.	SERVICIO MEDICOS	GUARDER. ESCUELA	SERVICIO SOCIALES	OTROS
NORMALIDAD	14	10	13		14
PSICOSIS	4	8	4		29
NEUROSIS	35	34	29	43	14
T. ADAPT. Y REACC.	5	2	3	14	
P. EMOCIONES	4	8	8		
R. ESPEC. DESARR.	17	9	23	14	
OTROS	10	12	10	14	14
INTERRUPCION	12	17	11	14	29
total	100%	100%	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y PROCEDENCIA.

Porcentaje sobre el número de respuestas

	PROPIA INICIAT.	SERVICIO MEDICOS	GUARDER. ESCUELA	SERVICIO SOCIALES	OTROS	
NORMALIDAD	69	12	18		1	100%
PSICOSIS	54	26	15		5	100%
NEUROSIS	67	16	16	1		100%
T. ADAPT.Y REACC.	76	9	12	3		100%
P. EMOCIONES	50	23	27			100%
R. ESPEC. DESARR.	65	9	26	1		100%
OTROS	63	18	17	1	1	100%
INTERRUPCION	61	21	16	1	2	100%

Porcentaje sobre el número de casos.

	PROPIA INICIAT.	SERVICIO MEDICOS	GUARDER. ESCUELA	SERVICIO SOCIALES	OTROS	
NORMALIDAD	79	14	21		1	115%
PSICOSIS	66	31	19		6	116%
NEUROSIS	78	18	18	1		115%
T. ADAPT.Y REACC.	81	9	13	3		103%
P. EMOCIONES	65	29	35			129%
R. ESPEC. DESARR.	79	10	31	1		121%
OTROS	74	21	19	1	1	116%
INTERRUPCION	68	24	18	1	2	113%

2.25 DIAGNOSTICO Y MOTIVO DE CONSULTA:

El cruce de ambas variables nos permite hacer las siguientes observaciones: (recordemos el carácter de respuesta múltiple de la variable Motivo de consulta). (Tabla XXV y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes que acuden a consultar por Trastornos en la Adaptación escolar, el 39% es diagnosticado como neurótico. El 15% es diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad. El porcentaje menos frecuente es el de Psicosis (2%).
- 2a Entre los pacientes que acuden por presentar Trastornos del Comportamiento, el porcentaje más frecuente de diagnóstico es el de Neurosis (45%) y el menor el de Psicosis (2%).
- 3a Entre los pacientes cuyo motivo de consulta es el de presentar Trastornos en la Adaptación familiar, el porcentaje de diagnóstico más frecuente es el de Neurosis (49%) y el menos frecuente es el de Psicosis (3%) y el de Retraso Específico del Desarrollo (3%).
- 4a Entre los pacientes que acuden a consultar por presentar Síntomas, el 32% son neuróticos y el 4% son diagnosticados de Trastornos de Adaptación y Reacción.
- 5a El cruce de estas variables no ruene tal y como hemos categorizado las variables, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma

manera y en consecuencia no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XIV

DIAGNOSTICO Y MOTIVO DE CONSULTA.
 Porcentaje sobre el Motivo de Consulta.

	TRAST. ADAPTAC. ESCOLAR	TRAST. DEL COMPORT.	TRAST. ADAPTAC. FAMILIAR	SINTOMAS	OTROS
NORMALIDAD	15	6	5	12	18
PSICOSIS	2	2	3	6	7
NEUROSIS	39	45	49	32	18
T. ADAPT.Y REACC.	6	4	9	4	5
P. EMOCIONES	5	2	5	6	
R. ESPEC. DESARR.	14	4	3	18	7
OTROS	8	18	9	10	30
INTERRUPCION	11	18	16	12	16
total	100%	100%	100%	100%	100%

TABLA XIV (Cont)

DIAGNOSTICO Y MOTIVO DE CONSULTA.

Porcentaje sobre el número de respuestas.

	TRAST. ADAPTAC. ESCOLAR	TRAST. DEL COMPORT.	TRAST. ADAPTAC. FAMILIAR	SINTOMAS	OTROS	
NORMALIDAD	30	3	3	57	7	100%
PSICOSIS	11	2	5	75	7	100%
NEUROSIS	27	6	11	53	2	100%
T. ADAPT.Y REACC.	33	4	15	43	4	100%
P. EMOCIONES	24	2	7	67		100%
R. ESPEC. DESARR.	24	1	1	61	2	100%
OTROS	17	8	7	56	12	100%
INTERRUPCION	21	7	10	56	6	100%

DIAGNOSTICO Y MOTIVO DE CONSULTA.

Porcentaje sobre el número de casos

	TRAST. ADAPTAC. ESCOLAR	TRAST. DEL COMPORT.	TRAST. ADAPTAC. FAMILIAR	SINTOMAS	OTROS	
NORMALIDAD	37	3	4	69	8	121%
PSICOSIS	17	3	7	114	10	151%
NEUROSIS	39	9	15	76	3	142%
T. ADAPT.Y REACC.	47	6	22	63	6	144%
P. EMOCIONES	38	3	12	106		159%
R. ESPEC. DESARR.	29	2	2	86	3	122%
OTROS	24	12	9	78	17	140%
INTERRUPCION	29	10	13	78	8	138%

2.26 DIAGNOSTICO y ORIENTACION TERAPEUTICA:

El cruce de ambas variables nos permite hacer las siguientes observaciones: (Tabla XXVI y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes a los que se les indica que el tratamiento es necesario, el 45,3% ha sido diagnosticado de Neurosis. El porcentaje menos frecuente corresponde al de diagnóstico de Variación dentro de la Normalidad (1,2%).
- 2a Entre los pacientes a los que se les indica que no es necesario realizar un tratamiento, el 47% fue diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad. no hubo ningún caso de Psicosis al que se le dijo que no era necesario el tratamiento.
- 3a Entre los pacientes que interrumpieron el proceso diagnóstico, el 72,7% eran neuróticos. No interrumpen el proceso diagnóstico ningún psicótico, ni ningún paciente diagnosticado de Retraso Específico del Desarrollo ni de Perturbación de las Emociones.
- 4a Es de destacar que a todos los pacientes diagnosticados de Psicosis se les indica la necesidad de realizar un tratamiento y que ninguno de ellos interrumpió el proceso diagnóstico.
- 5a Entre los diagnósticos de Variación dentro de la Normalidad, al 90,5% se le indicó que no era necesario realizar un tratamiento, el 4,2% interrumpió

el proceso diagnóstico y al 5,3% se le aconsejó por diferentes motivos que a pesar de no presentar patología continuara en consultas ambulatorias.

6a Ningún paciente diagnosticado de Perturbación de las Emociones ni de Retraso Específico del Desarrollo interrumpió el proceso diagnóstico.

7a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XXVI

DIAGNOSTICO Y ORIENTACION TERAPEUTICA

Porcentaje sobre la orientación terapéutica.

	TRATAMTO NECESAR.	TRATAMTO NO NECES	INTERRUP CION
NORMALIDAD	1.2	47.0	12.1
PSICOSIS	7.6		
NEUROSIS	45.3	18.6	72.7
T. ADAPT. Y REACC.	4.5	6.6	3.0
P. EMOCIONES	5.7	6.0	
R. ESPEC. DESARR.	21.2	14.8	
OTROS	14.3	7.1	12.1
total	100%	100%	100%

DIAGNOSTICO Y ORIENTACION TERAPEUTICA

Porcentaje sobre el diagnóstico

	TRATAMTO NECESAR.	TRATAMTO NO NECES	INTERRUP CION	
NORMALIDAD	5.3	90.5	4.2	100%
PSICOSIS	100.0			100%
NEUROSIS	76.6	13.7	9.7	100%
T. ADAPT Y REACC.	59.4	37.5	3.1	100%
P. EMOCIONES	68.6	31.4		100%
R. ESPEC. DESARR.	76.7	23.3		100%
OTROS	77.9	16.9	5.2	100%

Chi-cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad

2.27 DIAGNOSTICO y TRATAMIENTO NECESARIO:

El cruce de ambas variables, nos permite hacer las siguientes observaciones: (Tabla XXVII y Anexo 1)

- 1a Entre los pacientes a los que se indica que realicen Consultas espaciadas, el 53,4% ha sido diagnosticado de Neurosis. Un 2,5% de estos pacientes lo fue de Psicosis y otro 2,5% de Variación dentro de la Normalidad.
- 2a Entre los pacientes a los que indicamos que realizaran un tratamiento medicamentoso, el 33,3% fue diagnosticado de Retraso Específico del Desarrollo y otro 33,3% dentro de la categoría Otros. No se indicó Tratamiento medicamentoso a ningún paciente diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad ni de Psicosis ni de Neurosis.
- 3a Entre los pacientes a los que se indicó Reeducción, tanto del lenguaje como psicomotora o psicopedagógica, el 76,4% fue diagnosticado de Retraso Específico del Desarrollo. Ninguno de ellos fue diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad, ni de Psicosis.
- 4a Entre los pacientes a los que se les indicó que realizaran un tratamiento de psicoterapia individual, el 54,1% eran neuróticos y ninguno fue diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad.
- 5a Entre los pacientes a los que se les indicó psicoterapia grupal, el 75% eran neuróticos y ninguno fue

diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad ni de Trastorno de Adaptación y Reacción.

- 6a Entre los pacientes a los que se les indicó Psicoterapia familiar, el 66,7% había sido diagnosticado de Retraso Específico del Desarrollo. Ninguno fue diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad, Psicosis, Trastorno de Adaptación y Reacción ni de Perturbación de las Emociones.
- 7a Entre los pacientes derivados, el 55,6% fue diagnosticado de Psicosis. No se derivó ningún paciente diagnosticado de Neurosis, Trastorno de Adaptación y Reacción ni de Perturbación de las Emociones.
- 8a Entre los pacientes a los que se les indicó que no era necesario realizar ningún tratamiento o que interrumpieron el proceso diagnóstico, el 47,4% fue diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad.
- 9a Es necesario hacer constar que el 53,1% de los pacientes diagnosticados de Psicosis recibió la indicación de psicoterapia individual, a pesar de que el gran porcentaje de los casos en los que se indicó que realizaran este tratamiento recayó principalmente para los pacientes neuróticos (54,1%). Haremos también la aclaración de que los pacientes psicóticos que recibieron esta indicación lo fue para que realizaran un tratamiento intensivo.
- 10a Observamos también que el 40,6% de los diagnosticados de Trastornos de Adaptación y Reacción o bien interrumpen el proceso diagnóstico o se les indica que el tratamiento no es necesario.

11a El 31,3% de los diagnósticos incluidos en la categoría Otros reciben la indicación de Consultas espaciadas, a pesar de que a esta categoría diagnóstica la indicación de tratamiento medicamentoso es realizada en el 33,3% de los casos.

12a El cruce de estas variables no reúne, tal y como las hemos categorizado, las condiciones mínimas de aplicabilidad del estadístico Chi-Cuadrado. De la misma forma y en consecuencia, no podemos aplicar el Coeficiente de Contingencia ni el de Determinación.

TABLA XXVII

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO NECESARIO

Porcentaje sobre el Tratamiento necesario

	CONSULTA ESPACIAD	TERAPIA MEDICAME	REEDUCA CION	PSICOTER INDIVID.	PSICOTER GRUPAL	PSICOTER APIA FAM	DERIVADO	NO NECES ITA/INTE
NORMALIDAD	2.5						11.1	47.4
PSICOSIS	2.5			13.9	8.7		55.6	
NEUROSIS	53.4		4.2	54.1	75.4	16.7		21.1
T. ADAPT.Y REACC.	6.8	16.7	1.4	4.9				6.8
P. EMOCIONES	7.5	16.7	2.8	4.9	5.8			5.3
R. ESPEC. DESARR.	12.4	33.3	76.4	4.9	5.8	66.7	11.1	12.6
OTROS	14.9	33.3	15.3	17.2	4.3	16.7	22.2	6.8
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO NECESARIO

Porcentaje sobre el diagnóstico

	CONSULTA ESPACIAD	TERAPIA MEDICAME	REEDUCA CION	PSICOTER INDIVID.	PSICOTER GRUPAL	PSICOTER APIA FAM	DERIVADO	NO NECES ITA/INTE	
NORMALIDAD	4.2						1.1	94.7	100%
PSICOSIS	12.5			53.1	18.8		15.6		100%
NEUROSIS	34.7		1.2	26.6	21.0	.4		16.1	100%
T. ADAPT.Y REACC.	34.4	3.1	3.1	18.8				40.6	100%
P. EMOCIONES	34.3	2.9	5.7	17.1	11.4			28.6	100%
R. ESPEC. DESARR.	17.2	1.7	47.4	5.2	3.4	3.4	.9	20.7	100%
OTROS	31.2	2.6	14.3	27.3	3.9	1.3	2.6	16.9	100%

Chi-Cuadrado en este caso no se reúnen las condiciones mínimas de aplicabilidad.

**VI COMENTARIOS DE LOS
RESULTADOS
DEL
ANALISIS ESTADISTICO
COMPARATIVO**

VI COMENTARIOS DE LOS RESULTADOS DEL ANALISIS ESTADISTICO COMPARATIVO

A lo largo de este capítulo, iré realizando los comentarios que pueden resultar más interesantes, con vistas a la consecución de los objetivos previstos, en función de los resultados obtenidos en el análisis estadístico que hemos realizado en nuestra población consultante.

1. - EDAD :

1º Como ya hemos mencionado anteriormente, uno de los primeros asuntos a resolver en el campo de la asistencia infanto-juvenil, viene dado por la delimitación de las edades que son objeto de ésta asistencia. Es evidente que los programas asistenciales variarán en función de la población a la que vayan dirigidos. En este sentido, observamos como el diagnóstico y la edad son dos variables entre las que existe relación. El estudio de esta relación nos permite hacer distintas observaciones.

2º Los programas asistenciales para una población de 0 a 4 años, han de ir dirigidos principalmente hacia la resolución de los trastornos derivados de los Retrasos Específicos del Desarrollo (37,2% de la población incluida dentro de esta franja de edad).

3º Otro objetivo para conseguir en estas edades viene dado por la importancia del trabajo preventivo. Entre todos los pacientes estudiados diagnosticados de psicosis, uno de cada tres (31,3%) tiene entre 0 y 4 años. Es un porcentaje elevado que nos debe hacer reflexionar sobre el dispositivo necesario para poder atender con calidad a esta población de alto riesgo. Es sabido que uno de los factores más importantes con vistas al pronóstico de la evolución de cualquier trastorno psíquico y en especial el de la psicosis precoz, es precisamente la intervención terapéutica en edades muy tempranas.

4º Cuando el programa asistencial va dirigido hacia los adolescentes (más de 15 años), los recursos deberán ir dirigidos hacia la resolución de los problemas de orden

neurótico (el 61,8% de los pacientes que tienen más de 15 años son diagnosticados como neuróticos).

5º Observamos cómo los Retrasos específicos del desarrollo no se dan después de los 15 años. Este tipo de patología corresponde siempre a dificultades más propias de la primera infancia y primeros años de escolarización. Posteriormente, los Retrasos Específicos del Desarrollo dan lugar a otros cuadros nosológicos de mayor importancia.

6º En las edades intermedias (de 5 a 14 años), el mayor peso viene dado por los Retrasos Específicos del Desarrollo, y las Perturbación de las Emociones. Los trastornos irán, a medida que aumenta la edad, siendo cada vez más "internos".

7º Es de resaltar cómo los diagnósticos de Psicosis son más frecuentes en los grupos de edades extremas. Los pacientes psicóticos acuden a consulta principalmente cuando son muy jóvenes (menos de 4 años) o cuando tienen más de 15 años; esto nos hace pensar que la frecuencia de consulta es mayor en los períodos en los que la escolarización no ha comenzado aún o está por finalizar la escolarización obligatoria. Parece que durante todo el período escolar los niños psicóticos no consultan tanto en nuestra unidad, probablemente porque son otros los dispositivos asistenciales los que se encargan de su atención (C.O.P., Aulas de Apoyo y asociaciones específicas de afectados principalmente).

8º Por último, añadiremos una consideración referida a los diagnósticos de Variación dentro de la Normalidad. En todas las edades que consultan se atienden casos cuya patología es nula, son pacientes que no lo son

en principio. Sin embargo, diferentes motivos han hecho que acudan a consulta. Las preocupaciones de los padres en la primera infancia, los retrasos escolares y la llamada "crisis de la adolescencia" generan un número de consultas considerables, cuya atención es necesaria con vistas a una atención preventiva. No es de extrañar incluso que estos "no-pacientes" requieran de una serie de consultas considerables, bien directa o indirectamente (con ellos o con sus padres o profesores).

2. - SEXO :

1º El estudio de la variable sexo y su relación con el diagnóstico ha resultado como hemos visto significativo. La relación entre ambas variables da lugar a un comentario importante que podría especificarse más mediante un estudio más detallado: los programas asistenciales pueden ser diferentes caso de que vayan dirigidos a uno u otro sexo, ya que cómo hemos visto, sus patologías son diferentes.

2º Como en otros trabajos epidemiológicos, los Trastornos de Adapatación y Reacción y los de Retraso Específico del Desarrollo son más frecuentes entre los varones.

3º Es de destacar la obtención de un dato atípico en nuestra población consultante durante los años de estudio seleccionados. Todos los trabajos epidemiológicos hacen referencia a un mayor número de varones psicóticos que de hembras psicóticas. En nuestra unidad hay un porcentaje mayor (aunque ligero) de varones. No podemos encontrar causas causas que expliquen esta diferencia, por ello pensamos que sería muy importante estudiar en posteriores trabajos si esta proporción se mantiene en otros años diferentes a los elegidos o si por el contrario nuestra población difiere en este sentido del resto de poblaciones estudiadas.

3. DATOS DEL PADRE Y DATOS DE LA MADRE :

1º Destacaremos cómo en todos los casos (6) en los que el paciente es hijo de madre soltera (padre desconocido) los pacientes presentan un diagnóstico de patología (Neurosis u "Otros"). La situación madre soltera plantea a la vista de estos resultados una necesidad asistencial que conviene no olvidar. La cuestión del porqué de la patología en estos casos queda por investigar. Ya hemos mencionado cómo convergen diferentes factores: la peculiaridad de la falta del padre, la personalidad de la madre, la relación entre madre e hijo, etc.

2º Observamos también que todos los pacientes cuya madre ha fallecido presentan algún tipo de patología, hecho que no ocurre en el caso de que el fallecido haya sido el padre. Este hecho apoya las tesis que defienden la importancia de la madre (sobre todo en edades tempranas) en la organización psíquica de los hijos. Las repercusiones psicopatológicas de la muerte de la madre parecen ser mayores.

4.- SITUACION CONYUGAL:

12 Observamos, como era de esperar, que los Trastornos de Adaptación y Reacción son más frecuentes entre los hijos cuyos padres están separados que en aquellos casos cuyos padres están unidos o han fallecido. La relación de 1 a 3 viene a indicarnos las repercusiones de la separación en el psiquismo de los hijos.

5. - COMPOSICION DE LA FRATRIA:

1º El diagnóstico de Psicosis no se emite en ningún caso cuando el número de componentes de la fratria es mayor que cuatro. El 7,4% de los hijos únicos que han consultado en nuestra Unidad han sido diagnosticados de psicóticos. Este porcentaje va disminuyendo hasta alcanzar únicamente el 1,5% de los pacientes con tres hermanos además de él. Esta disminucuión progresiva nos plantea una cuestión que puede ser investigada más en detallle. ¿El tener un hijo psicótico hace que los padre no tengan más hijos?, ¿la existencia de una fratria más extensa facilita la estructuración psíquica?

2º Entre los hijos mayores se dan con mayor frecuencia los Tratornos de Adaptación y Reacción, mientras que con los menores de la familia el diagnóstico más frecuente es el de Retraso Específico del Desarrollo. Nos inclinamos a pensar que la mayor frecuencia de diagnósticos de Retraso Específico del Desarrollo en los hijos menores viene dada por la dificultad de integración yoica de funciones instrumentales, integración que puede estar relacionada con la capacidad de dependencia-independencia del sujeto y que, como se sabe, clínicamente es más complicada para los hijos menores.

8. - CONVIVENCIA :

12 Destacaremos que entre los hijos cuyos padres no viven juntos (por cualquier motivo) no se ha diagnosticado ningún caso de Perturbación de las Emociones. Sería importante tratar de investigar a qué es debido este dato. Tendemos a pensar que ello se debe a que el diagnóstico se ha centrado más en criterios estructurales.

7. - SITUACION LABORAL DEL PADRE Y DE LA MADRE :

1º Entre los pacientes cuyos padres (varones) están desarrollando una actividad laboral, se dan más diagnósticos de Variación dentro de la Normalidad que entre aquellos cuyos padre no desarrollan actividad laboral alguna. El hecho de que la madre esté o no esté activa laboralmente, no parece influir en los diagnósticos de Variación dentro de la Normalidad.

2º El diagnóstico de Trastornos de Adaptación y Reacción es más frecuente entre los pacientes cuyos padres no desarrollan actividad laboral, probablemente la situación emocional de la familia es muy diferente a la que existe en ellas cuando se está activo laboralmente. Ocurre lo mismo, aunque en menor medida, en los pacientes diagnosticados de Neurosis.

3º En el caso de que la madre trabaje, el porcentaje de pacientes con Trastornos de Adaptación y Reacción es mayor que en el caso de la madre que no trabaja. Ocurre lo mismo, aunque en menor proporción, en los pacientes diagnosticados de Retraso Específico del Desarrollo.

8. - EDAD DEL PADRE Y EDAD DE LA MADRE :

1º Destacaremos cómo el diagnóstico de Psicosis es más frecuente entre los pacientes cuyos padres (tanto madre como padre) tienen edades extremas (menor de 31 años o mayor de 50).

2º Los trastornos neuróticos parecen ser más frecuentes cuanto mayor es la edad de los padres.

3º Probablemente un planteamiento diferente de estas dos variables nos hubiera aportado más datos. Quizás la diferencia de edad entre los padres y los hijos, o la diferencia de edad entre el matrimonio nos orientaría más esta influencia.

9.- LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE Y DE LA MADRE:

12 El porcentaje de pacientes diagnosticados de Psicosis es mayor en aquellos cuyos padres han nacido fuera de la provincia. Esta diferencia es claramente mayor en el caso de la madre. El 18,2% de los pacientes que consultan, cuya madre ha nacido en el extranjero, ha sido diagnosticado de Psicosis. Este dato quizás apunte hacia las tesis que defienden la importancia de la ubicación social y del entorno para un buen desarrollo psíquico. Además el hecho de que sea la madre y no el padre el que venga del extranjero, apoya también la tesis de la importancia del "confort" de la madre (en el sentido de sentirse bien).

10.- NIVEL SOCIOPROFESIONAL DE LA FAMILIA:

12 Señalaremos la dificultad de realizar comentarios sobre la relación entre ambas variables debido al modo en que hemos categorizado la variable nivel socioprofesional. El escaso número de pacientes procedentes de familias de nivel socioprofesional "alto" y de "pobreza" no nos permite obtener conclusiones. Unicamente debemos señalar que en ninguno de ambos niveles se han diagnosticado casos de Variación dentro de la Normalidad.

11. - SITUACION ESCOLAR:

1º Es de desatacar que el mayor número de pacientes que están escolarizados son diagnosticados de neuróticos.

2º Los pacientes no escolarizados han sido diagnosticados como Retraso Específico del Desarrollo (38,4%) y como Variación dentro de la Normalidad (31,8%). Este dato apoya la labor preventiva mencionada anteriormente. Añadiremos aquí que el diagnóstico de Retraso Específico del Desarrollo no es un diagnóstico estructural y que su evolución y pronóstico dependerán en gran medida del tratamiento que se le dé a la alteración.

3º La interrupción de la escolaridad es vista desde el punto de vista que nos ocupa como una alteración psíquica. Ningún paciente ha sido diagnosticado de Variación dentro de la Normalidad después de haber interrumpido su escolaridad. La incapacidad para cursar unos estudios, con independencia de los resultados que se obtengan, es una muestra de patología psíquica.

12.- AL CUIDADO DE . . . :

1º Observemos también cómo encontramos una confirmación al punto expresado anteriormente que hacía referencia a la dificultad de los hijos más pequeños y la relación que apuntábamos entre el Retraso Específico del Desarrollo y la corta edad. Algo más de uno de cada cuatro pacientes (29,6%) no escolarizados por no tener aún edad para ello, son diagnosticados de Retraso Específico del Desarrollo.

2º También observamos, y es un dato importante, que uno de cada cuatro pacientes no escolarizados por no tener aún la edad para ello, no presentan ninguna patología (Variación dentro de la Normalidad).

13. - LUGAR DONDE REALIZA SUS ESTUDIOS :

12 Resulta interesante observar cómo el número de psicóticos que acude al colegio público es más bajo que el que acude a los centros privados. Las causas de esta desproporción pueden encontrarse en las expectativas de los padres y la confianza de éstos a que su hijo sea mejor atendido en un Centro Privado.

22 Otro dato importante es la desproporción que existe entre los alumnos que acuden a un centro público y los que acuden a una ikastola en lo que se refiere a la patología de los alumnos. Los alumnos de ikastola que acuden a nuestra Unidad tienen en general mayor proporción de Trastornos de Adaptación y Reacción y Retrasos Específicos del Desarrollo que los que acuden a un centro público. En los alumnos de ikastola se dan también menor número de diagnósticos correspondientes a Variación dentro de la Normalidad. Sería interesante investigar sobre este dato y ver si es realmente una población diferente o si los criterios de derivación y mecanismos de despistaje son más precisos.

14. - NIVEL ESCOLAR:

1º Hay que señalar de nuevo que el 34,7% de los pacientes psicóticos cursan preescolar.

15. - TRAYECTORIA ESCOLAR:

1º Se da un número elevado de psicóticos que cursan sus estudios llevando una trayectoria escolar normal. Esto es así debido a la población específica de psicóticos jóvenes que atendemos en la Unidad. Son psicóticos que como hemos visto están cursando los primeros cursos de preescolar y E.G.B..

2º Señalaremos también que únicamente hemos atendido dos casos que estudian en un centro de Educación Especial (debido seguramente a que son atendidos dentro de su propio sistema de asistencial). Uno fue diagnosticado de Psicosis y otro de Deficiencia ("Otros").

3º Los alumnos que están incluidos dentro de Programas de Educación Especial dentro de su propia escuela, se distribuyen en función del diagnóstico en psicóticos en un porcentaje elevado de casos (16,7%) y en Retrasos Específicos del Desarrollo (10,1%)..

16. — ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS :

1º El primer dato a destacar con que nos encontramos es, sin lugar a dudas, el escaso volumen de pacientes cuyos padres tienen antecedentes psiquiátricos. Como hemos visto anteriormente, únicamente se ha atendido un caso en el que el padre, la madre y el hijo demandante de consulta tenían antecedentes. En 101 casos existía algún antecedente en uno o más miembros de la familia (padre, madre o paciente) (Ver Cuadro XCVII). Tales datos nos llevan a cuestionarnos sobre la situación de todos los pacientes hijos de padres y madres con alteraciones psíquicas graves. Constituyen como se sabe una población de alto riesgo que necesita de programas asistenciales preventivos.

2º Otro dato interesante es el que nos aporta la revisión de los antecedentes psiquiátricos del paciente. Un 9,3% de los pacientes que solicita consulta y concluye el proceso diagnóstico ha sido atendido previamente en otro centro. De todos estos casos (55), tan sólo en 2 no se ha considerado la existencia de patología. Quiere esto decir que los pacientes vuelven de nuevo a la consulta pública para solucionar su problema y que una cifra nada inestimable busca, rotando por diferentes especialistas, las soluciones a su problemática.

17. - PROCEDENCIA :

1º Uno de los datos más llamativos que nos encontramos referente a la procedencia de los pacientes viene dado por la elevada proporción de pacientes diagnosticados de Psicosis que acuden por propia iniciativa (54%). Si tenemos en cuenta el elevado número de pacientes jóvenes, podemos pensar que la preocupación familiar existente en estos casos es muy elevada, y se decide por propia cuenta la consulta. Uno de cada cuatro pacientes psicóticos viene enviado por los servicios médicos.

2º Los servicios sociales derivan una población muy pequeña de casos, a pesar de atender a una población de alto riesgo. Probablemente, los casos que atienden en estos servicios son derivados hacia los servicios de Bienestar Social más que a los servicios de Psiquiatría.

3º Un volumen importante de casos derivados por la escuela o la guardería son diagnosticados de Retraso Específico del Desarrollo (casi uno de cada cuatro). Otro 25% aproximadamente de pacientes derivados por la escuela o guardería, son diagnosticados de Neurosis (con repercusiones que se manifiestan en inhibiciones intelectuales).

18. - MOTIVO DE CONSULTA:

1º Observamos un volumen importante de pacientes diagnosticados de Variación dentro de la Normalidad que han acudido a consultas por presentar Trastornos de Adaptación Escolar. Esta observación recoge la necesidad de establecer unos filtros eficaces que eviten la psiquiatrización de casos en los que la consulta no es necesaria, y también que en los casos no patológicos puede resultar útil una ayuda preventiva.

2º Los casos diagnosticados de Psicosis han alegado como motivo de consulta síntomas intrapsíquicos en un porcentaje elevado de casos.

19. - ORIENTACION TERAPEUTICA:

1º Puede observarse cómo algún caso de los diagnosticados de Variación dentro de la Normalidad ha requerido algún tipo de tratamiento. Este dato es habitual dentro de la clínica infanto-juvenil. La interrelación entre la dinámica familiar en general y las expectativas y temores concretos de los padres en particular, nos hace en más de un caso indicar algún tratamiento que puede evitar una patología posterior; el trabajo a nivel preventivo es importante.

2º El 5,2% de los pacientes que han acudido a consulta ha interrumpido el proceso diagnóstico. Esta interrupción ha incidido de diferente manera en los distintos cuadros nosológicos (El 9,7% de los diagnosticados de Neurosis, el 4,2% de los diagnosticados como Variación dentro de la Normalidad, el 3,1% de los Trastornos de Adaptación y Reacción y el 5,2% de los diagnosticados como "Otros"). El porcentaje total lo consideramos como dentro de los límites habituales. Los motivos de la interrupción pensamos que en la mayoría de los casos corresponden a motivaciones muy poco definidas o a problemas que el paciente no considera que son tales. (Recordaremos aquí cómo anteriormente hemos mencionado otro nivel de interrupción del proceso diagnóstico que correspondía a aquellos pacientes que habían dejado de acudir a consulta antes de que se pudiera realizar un diagnóstico).

3º El 28,8% de los pacientes diagnosticados necesita algún tipo de tratamiento. esta cifra podría elevarse si consideráramos todos los casos que han

abandonado el proceso diagnóstico antes de realizar una valoración de la situación psicopatológica.

40 En general, sobre el total de pacientes que consultan en nuestra unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil, podemos decir que:

- el 55,7% necesita algún tipo de tratamiento.
- el 24,3% no necesita tratamiento.
- el 19,5% interrumpe el proceso diagnóstico (el 4,3% tras habernos creado una hipótesis diagnóstica y el 15,2% sin dicha hipótesis).

50 Hemos de contar con que algo más de la mitad de los pacientes que acuden a consulta, lo hacen con necesidad de realizar un tratamiento.

20. - TRATAMIENTO NECESARIO:

12 Sobre el total de los pacientes que requieren tratamiento, las indicaciones se realizan en las siguientes proporciones:

- el 36,2% consultas espaciadas.
- el 27,4% psicoterapia individual.
- el 16,2% reeducación.
- el 15,5% psicoterapia grupal.
- el 2,0% son derivados
- el 1,3% terapia medicamentosa.
- el 1,3% terapia familiar.

**VII REVISION COMPARATIVA
ENTRE NUESTRA INVESTIGACION
Y
OTROS TRABAJOS
EPIDEMIOLOGICOS .**

VII REVISION COMPARATIVA ENTRE NUESTRA INVESTIGACION Y OTROS TRABAJOS EPIDEMIOLOGICOS.

A lo largo de este capítulo voy a comparar nuestra investigación con los resultados que se han obtenido en otros trabajos epidemiológicos.

Daré principal importancia a las recientes publicaciones de E. SERRANO (1990) Y J.L. PEDREIRA (1990) sobre los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil realizados respectivamente en Oviedo y Avilés. Ambos centros son de características similares al nuestro, tanto en el tipo de asistencia como en la filosofía asistencial e incluso en el tiempo que llevan funcionando. Una única salvedad: la edad límite de asistencia en ambos centros es de 14 años, mientras que en el nuestro, como se ha visto, no hay un límite previo establecido.

1. - EDAD :

Siguiendo la propuesta de trabajo de E. JONGEN, G.MOUVET, A. WUIDAR y cols. (1973), que divide la población consultante en los diferentes países de donde toman datos para su estudio (Bélgica y Francia), en tres grupos de edad (hasta 7 años, de 7 a 13, y más de trece), nosotros en nuestro centro de Psiquiatría Infantil presentamos la siguiente distribución (Cuadro CVI):

Cuadro CVI

Comparación entre nuestra población y los estudios de E.JONGEN, G.MOUVET y A.WUIDAR (1973)

EDAD	BRUSELAS	PARIS	URIBE-COSTA
0-7 AÑOS	23%	22%	31%
7-13 AÑOS	48%	61%	51%
MÁS DE 13 AÑOS	29%	17%	18%
TOTAL	100%	100%	100%

Como podemos observar, tanto para los estudios de Bruselas y París como para el nuestro, el mayor número de consultas expresado en porcentajes se producen entre los 7 y los 13 años del paciente.

Una reagrupación en categorías más "universales", nos permite concluir datos de mayor interés. Resulta muy interesante comparar la distribución de los pacientes que acuden a nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil con los datos que disponemos de los trabajos mencionados anteriormente en el Cuadro I y que se encuentran agrupados en cuatro categorías: de 0 a 4 años, de 5 a 9, de 10 a 14 y de 15 a 19. En el Cuadro CVII, observamos ésta distribución:

Cuadro CVII

Distribución de los pacientes que acuden a nuestra Unidad y la distribución obtenida en el Cuadro I

EDAD	CUADRO I	URIBE-COSTA
0 A 4 AÑOS	14,6%	14,4%
5 A 9 AÑOS	52,8%	44,0%
10 A 14 AÑOS	26,0%	29,7%
15 A 19 AÑOS	6,5%	11,7%
total	100,0%	100,0%

De estos datos podemos decir lo siguiente:

1º En la Primera Infancia (de 0 a 4 años) que los porcentajes son prácticamente similares, suponiendo los pacientes de estas edades sobre el 14,5% en ambos casos.

22 A partir de las distribuciones aplicamos el estadístico Chi-Cuadrado para conocer si las diferencias que a primera vista observamos son estadísticamente significativas, o si por el contrario las diferencias son sólo debidas al azar, esto es, que ambas distribuciones son similares, intercambiables.

Calculado el valor del Chi-Cuadrado, resulta ser 6,31, lo que supone, trabajando al 95% de Nivel de Confianza (Chi-Cuadrado Crítico para tres Grados de Libertad igual a 7,815) que no existe diferencia estadísticamente significativa entre las dos distribuciones. Podemos decir por lo tanto, que en el 95% de las ocasiones que trabajemos con estos dos colectivos, las distribuciones porcentuales que reflejen (con igualdad de intervalos) no se diferenciarán de forma significativa, serán similares. Ambos colectivos corresponden a poblaciones que son similares en la distribución por edades.

32 Conviene resaltar que en ambas distribuciones el intervalo con mayor peso dentro del total es el que corresponde a los pacientes entre 5 y 8 años.

42 Al hilo del párrafo anterior, podemos calcular la media de edad de los pacientes de nuestro centro y la edad media de consulta para el estudio comparativo. Resulta de esta forma que la edad media de consulta de los pacientes de la Unidad de Psiquiatría Infantil de Uribe-Costa es de exactamente 8 años, mientras que la media del estudio comparativo es ligeramente inferior, 8,22 años.

52 Aplicando el estadístico de Tipificación "Z", comprobaremos si existe diferencia estadísticamente significativa entre ambas medias. La Z resultante es igual a 4,968, significativa al 99,8% de Nivel de Confianza.

Quiere esto decir que en el 99,8% de las veces que tomáramos muestras de esos colectivos, la edades medias de consulta de ambos serían diferentes de forma significativa. Las edades medias de consulta en las poblaciones estudiadas son diferentes.

62 Podemos decir también que en nuestro caso la edad más frecuente de consulta coincide prácticamente con la edad media de consulta, puesto que vuelve a ser 9 años, con la pequeña diferencia de algunos decimales. Si observamos la edad que divide al colectivo de nuestros pacientes en dos partes iguales, la mitad por debajo de ella y la otra mitad por encima, observamos que también es, prácticamente 9 años, con lo que podemos decir que la distribución de nuestros pacientes, según la edad, parece responder a la forma de Curva Normal (campana de Gauss).

Ahora pasaré a comparar la distribución que hemos obtenido en nuestra Unidad y las que han obtenido en sus recientes estudios E. SERRANO GUERRA (1990) y J.L. PEDREIRA (1990) en los Centros de Salud Mental Infanto-juvenil de Oviedo y Avilés, respectivamente. El interés de esta comparación viene dado, como ya hemos indicado anteriormente, por la similitud de ambas Unidades con la nuestra. Una única salvedad: tanto SERRANO como PEDREIRA aportan datos hasta la edad de 14 años, lo que nos obliga para poder comparar nuestros datos con ellos a prescindir de la última de nuestras categorías, la de mayores de 14 años. Las distribuciones de las consultas en Oviedo, Avilés

y en Uribe-Costa se conforman de la siguiente forma (Cuadro CVIII):

Cuadro CVIII

Distribución de las edades de consulta en tres centros de Salud Mental Infanto-juvenil

EDAD	OVIEDO	AVILES	URIBE-COSTA
0 A 4 ANOS	10%	22,3%	16,1%
5 A 9 ANOS	50%	49,2%	50,1%
10 A 14 ANOS	40%	28,5%	33,8%
	100%	100,0%	100,0%

E. SERRANO GUERRA (1990) (Oviedo)

J.L.PEDREIRA (1990) (Avilés)

Podemos observar cómo lo dicho hasta ahora vale también para el caso de Oviedo y el de Avilés, si bien el peso de la primera categoría, de la primera infancia en Oviedo es seis puntos menor que en el caso de nuestra unidad de infantil y en Avilés es seis puntos mayor. Resaltar cómo en las tres distribuciones la categoría de 5 a 9 años es la de mayor peso, llegando a suponer la mitad del conjunto.

Realizada una prueba de homogeneidad en primer lugar entre nuestra distribución y la de Oviedo, a través

del estadístico Chi-Cuadrado observamos que su valor es 1,94, valor que no resulta ser significativo, por lo que podemos asegurar que la distribución obtenida en nuestro colectivo y el colectivo de Oviedo es similar y sus diferencias son debidas al azar, no a que se trate de dos colectivos diferenciados por la edad.

Teniendo en cuenta las distribuciones de Avilés y la nuestra, hemos procedido a calcular también un Chi-Cuadrado que resulta ser igual a 1,46, que no es estadísticamente significativo, por lo que podemos decir lo mismo que decíamos de la distribución de Oviedo: entre la distribución de consultas de nuestra unidad de Uribe-Costa y las primeras consultas de la unidad de Avilés no hay diferencias significativas. Si las hay son debidas al azar, puesto que ambas distribuciones puede decirse que son similares, que responden a un colectivo similar.

El Chi-Cuadrado obtenido en el análisis de la relación entre los consultorios del Principado de Asturias es igual a 6,62, que resulta ser, con dos Grados de Libertad y al 95% de Nivel de Confianza, significativo. Esto es, podríamos decir que en el 95% de las ocasiones estas distribuciones van a presentar diferencias que nos indican que se trata de dos colectivos diferentes. De todas formas, no se puede decir que la diferencia sea grande, puesto que si queremos trabajar con un 98% de Nivel de Confianza nos vemos en la obligación de decir que las diferencias entre los colectivos son debidas al azar, no a que se trate de colectivos diferenciados.

2. - SEXO :

A la hora de trabajar con esta variable lo hago teniendo presente cómo la sobrerrepresentación masculina es algo habitual en las consultas de Psiquiatría Infantil.

Como ya he indicado en otro apartado, el porcentaje mínimo de varones de los estudios analizados es de 57,6% y el máximo es de 68%. En nuestra unidad, el porcentaje de pacientes varones ha sido en el período estudiado de 59,7% más cerca del mínimo que del máximo. Sin embargo, este dato no deja lugar a dudas sobre la ya habitual sobrerrepresentación masculina. Nuestro centro no es una excepción.

El sex-ratio de nuestro colectivo, sin diferenciar tramos de edad, es de 1,48. Sex-ratio que se encuentra entre los límites, superior e inferior de la investigación de F.VERHULST (1985) que estaban entre 2,4 y 1,12.

En su investigación E. SERRANO GUERRA (1980) obtiene un Sex-Ratio de 1,85, que aunque mayor que el nuestro está entre los límites que hemos indicado. En el estudio de J.L. PEDREIRA (1990) los Sex-Ratio los calcula para cada grupo de edad, oscilando entre 2,2 y 1,7 (su población va desde los 0 años hasta los 14), siempre con sobrerrepresentación masculina.

De estas investigaciones y de la que ahora estamos presentando, nos surge la hipótesis que los sex-ratios oscilan, de forma importante, dependiendo del tramo de edad que consideremos. VERHULST (1985) conseguía un sex-ratio de 2,4 para los pacientes entre 8 y 11 años, concretamente.

Del estudio de SERRANO deducimos que el sex-ratio para el grupo de hasta 4 años es de 1,43, 1,85 para el grupo entre 5 a 9 años y para el grupo de 10 a 14 años es de 1,94. Observamos que a medida que aumenta la edad de los pacientes la sobrerrepresentación masculina es mayor.

En el estudio de J.L. PEDREIRA (1990) la tendencia es a la inversa: a medida que aumenta la edad de los pacientes hay, proporcionalmente, más niñas. En el grupo de 0 a 4 años el sex-ratio es 2,2; en el de 5 a 9 años es 2,0; y en el grupo de 10 a 14 años es 1,7.

Nosotros, a la vista de posibles variaciones entre los diferentes ratios por tramos de edad, hemos decidido calcular los sex-ratio para el conjunto y para cada uno de los grupos de edad que hasta ahora venimos considerando. Hemos calculado en realidad dos razones o ratios: una male-ratio (o proporción de varones sobre mujeres) y una female-ratio (o proporción de mujeres sobre hombres) para hacer más gráfico el proceso. Estos son los resultados (Cuadro CIX):

Cuadro CIX

Sex-ratio de nuestra población en función de los grupos de edad establecidos.

RATIO / EDAD	0-4	5-9	10-14	>de 15	TOTAL
MALE-RATIO	1,72	1,60	1,56	0,86	1,48
FEMALE-RATIO	0,58	0,63	0,64	1,17	0,67

Resulta desde luego sorprendente observar que la sobrerrepresentación masculina se produce hasta los 14 años. A partir de esta edad la sobrerrepresentación es femenina, habiendo 1,17 mujeres por cada varón.

Lo que también observamos es que la sobrerrepresentación masculina es mayor en la primera infancia (1,72) y no en edades intermedias, como se desprende del estudio de VERHULST, ni como se desprende del estudio de SERRANO en las edades mayores (10 a 14 años).

En líneas generales, nuestro colectivo se comporta muy parecido al colectivo descrito en el estudio de J. L. PEDREIRA (1990), donde también se da la disminución del Male-Ratio a medida que avanza la edad de los pacientes.

3. - SITUACION CONYUGAL :

Sobre la Situación Conyugal podemos decir que en nuestra Unidad de Psiquiatría Infantil, como es habitual, y lo podemos ver si comparamos nuestra distribución con otras distribuciones, la mayor proporción de niños consultantes forman parte de una Familia Unida: el 88,4%.

A continuación vamos a presentar la tabla comparativa (en porcentajes), incluyendo los datos de los estudios de G. LANDONI (1973), J. I. ANDONEGUI (1973), y J. P. THEVENOT y N. QUEMADA (1988), por un lado, y por otro los nuestros (Cuadro CX):

Cuadro CX

Tabla comparativa entre diferentes estudios y
nuestros resultados.

SITUACION CONYUGAL	A	B	C	D
PADRES UNIDOS	84,0	78,5	71,0	88,4
PADRES SEPARADOS	7,8	14,0	21,0	7,5
OTROS	8,4	8,3	8,0	4,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

(A) G. LANDONI (1973)

(B) J.I. ANDONEGUI (1973)

(C) J.P. THEVENOT y N. QUEMADA (1989)

(D) Nuestros resultados en Uribe -Costa.

Aplicando un Chi-Cuadrado para conocer si las distribuciones corresponden a colectivos similares o si por el contrario se trata de colectivos diferenciados, vemos que dicho estadístico es igual a 136,42 significativo al 99,9% de Nivel de Confianza, lo que nos demuestra que se trata de colectivos diferentes en cuanto a la Situación Conyugal de sus padres. Nuestro colectivo es el que posee mayor número de padres unidos y el menor de padres separados.

4. - COMPOSICION DE LA FRATRIA :

Sobre la Composición de la Fratria observamos que el mayor porcentaje corresponde a hijos menores (35,8%) y en segundo lugar con un porcentaje muy similar hijo mayor (35,2%). El volumen de pacientes que son hijos intermedios (14,5%) e hijos únicos (14,7%) son también muy parecidos. En el estudio de SADOON, CASADEBAIG y HATON (1978) el porcentaje de hijos únicos es mayor que en nuestro estudio, alcanzando un 18%.

Siguiendo con la composición de la fratria, podemos decir que al igual que en el estudio ya mencionado de SADOON, CASADEBAIG y HATON (1978) la mayor proporción de consultas es solicitada por familias con dos hijos (el 44,8%). Sin embargo, a diferencia de ese estudio donde la proporción va disminuyendo a medida que aumenta el número de hijos hasta las familias compuestas por cinco hijos y a partir de ahí volver a aumentar, en nuestro estudio la tendencia no varía y disminuye el porcentaje a medida que aumentan los hijos (con la pequeña salvedad de familias con nueve hijos).

5. - CONVIVENCIA :

Sobre la convivencia podemos decir que prácticamente nueve de cada diez niños que consultan vive con sus dos padres, siendo sólo un 11% los que viven con uno solo de los padres. A continuación, en la siguiente tabla recogemos nuestros datos y los de diferentes investigaciones sobre la convivencia del niño/a (Cuadro CXI):

Cuadro CXI

Distribución en relación con la convivencia entre nuestros pacientes y otros trabajos.

CONVIVENCIA	A	B	C	D
VIVE CON SUS DOS PADRES	74,5%	86,0%	89,8%	87,8%
VIVE CON UNO DE LOS PADRES	20,0%	26,0%	16,5%	11,0%
OTRAS SITUACIONES	4,5%	8,0%	13,8%	1,2%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

(A) R. SADOON, F. CASADEBAIG, F. HATON (1978)
 (B) J.P. THEVENOT y N. QUEHADA (1979)
 (C) J.I. ANDONEGUI (1979)
 (D) Distribución de Uribe-Costa

Si comparamos las distribuciones podemos observar que, ya a simple vista, diferencias importantes entre los

distintos trabajos. Efectivamente, si aplicamos un Chi-Cuadrado, su valor es 229,18 estadísticamente significativo y que demuestra la existencia de diferencias reales entre los colectivos. Se trata de colectivos diferenciados, y no sólo, se podría pensar, entre nuestra distribución que resulta ser la más diferencial y las restantes, sino entre ellas mismas. Por ello, en los estudios mencionados las diferencias son significativas.

Este hecho queda corroborado por otro: el Chi-Cuadrado calculado sólo para las tres primeras distribuciones es 78,65, significativo también. Por lo tanto, lo que podemos decir de estos datos es que, si bien tienen un denominador común, la mayor proporción de los niños/as viven con sus padres, se trata de colectivos que tienen un comportamiento en esta variable significativamente diferente; la forma de Convivencia de los colectivos es diferente.

Siguiendo con la cuestión de la Convivencia observamos que únicamente el 2,4% de los niños/as que acuden a nuestra consulta vive con alguno de sus padres casado en segundas nupcias, mientras que en el estudio de R. SADON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976) esta cifra es del 6%.

6.- NIVEL SOCIO-PROFESIONAL :

Con relación al Nivel Socio-Profesional, nuestros datos están agrupados en categorías que difícilmente permiten comparación con los datos de otros estudios. Baste decir, por ejemplo, que en nuestra unidad el 77,9% pertenece a un Nivel Medio Bajo y el 15,3% a un Nivel Medio-alto. Nos encontramos, por lo tanto, con categorías que no discriminan suficientemente a la población.

En las investigaciones que venimos reseñando es el 50% el que pertenece a una categoría que denominan "Clase Media". Para mejores conclusiones sería deseable emplear otras categorías que se ajusten y que discriminen más al colectivo.

7. - ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS :

El porcentaje de padres con antecedentes psiquiátricos, según la investigación llevada a cabo por R. SADOON, F. CASADEBAIG y F. HATON (1976), resultó ser del 39,8% sobre el total de los casos estudiados. Este porcentaje aumentaba sensiblemente si únicamente se registraba el dato sobre los casos conocidos. En este caso el porcentaje de padres con antecedentes ascendía hasta alcanzar un 64,4%.

En nuestro estudio, los datos son bien diferentes como indica la tabla comparativa que a continuación presentamos (CXII):

Cuadro CXII.

Distribución de los pacientes en función de los antecedentes psiquiátricos de los padres en nuestro estudio y en el de R.SADOON, F.CASADEBAIG, F.HATON (1976)

ANTECEDENTES	(1)	URIBE-COSTA
SIN ANTECEDENTES	22,1%	80,45%
CON ANTECEDENTES	39,8%	7,58%
SIN DATOS	38,0%	11,97%
TOTAL	100%	100%

(1) R. SADOON, F. CASADEBAIG, F. HATON (1976)

Como podemos observar se trata de dos distribuciones completamente diferentes: el 80,45% de los padres de nuestros pacientes no tiene antecedentes psiquiátricos, tan sólo el 7,58% tiene antecedentes. Si trabajamos únicamente con aquellos pacientes de los que tenemos datos, el porcentaje asciende hasta alcanzar el 91,39%. Queda claro que nuestro colectivo mayoritariamente se compone de personas cuyos padres no tienen antecedentes psiquiátricos.

8. -DIAGNOSTICO :

En este apartado vamos a tratar algunos aspectos concretos relativos al diagnóstico y que no han sido tratados en epígrafes anteriores. Por tratarse de una variable importante en nuestro estudio, para una información más completa sobre ella remitimos al lector tanto a la parte descriptiva de esta investigación como a los diferentes apartados de este capítulo de Comprobación de Hipótesis, donde, relacionándola con otras variables, también hemos hablado del Diagnóstico.

Para poder comparar la distribución que hemos obtenido en nuestro colectivo con las obtenidas en otros estudios hemos preferido tener en cuenta sólo las categorías No Patología (o Variación dentro de la Norma) y Sí Patología para evitar los posibles errores a los que nos puede llevar el considerar como categorías diagnósticas homogéneas las que no lo son, puesto que entre los estudios dista mucho tiempo (once años) y tampoco tenemos criterios que nos garanticen una aplicación homogénea de las propias categorías diagnósticas. Los datos así elaborados son los siguientes (Cuadro CXIII) :

Cuadro CXIII
Distribución de la población según la existencia o
no de patología en los estudios de ANDONEGUI (1979)
ANDONEGUI (1979) y los obtenidos en nuestra Unidad.

PATOLOGIA	(1)	(2)	(3)
NO PATOLOGIA	13%	15%	12,8%
SI PATOLOGIA	87%	85%	87,2%
TOTAL	100%	100%	100%

(1) ANDONEGUI (1979)
(2) ANDONEGUI (1979)
(3) Nuestros datos en Uribe-Costa.

Aplicando el Chi-Cuadrado para conocer con exactitud si nuestros datos se diferencian o no de los estudios de ANDONEGUI, hemos obtenido un Chi-Cuadrado de 2,518 que no resulta ser significativo estadísticamente, por lo que podemos afirmar que esas distribuciones son similares, no tienen diferencias a tener en cuenta. Podemos decir que nuestro colectivo y el que estudió ANDONEGUI son similares, se comportan de modo similar según esta variable Diagnóstico, tal y como nosotros la hemos categorizado.

No queda sino resaltar el hecho de que alrededor de un 13% de las personas que acuden al Centro no presenta Patología (similares cifras a las dadas por ANDONEGUI (1979)).

8. - MOTIVO DE CONSULTA:

A continuación presentamos en el cuadro siguiente (Cuadro CXIV) las distribuciones de diferentes colectivos (en porcentajes) correspondientes a otros tantos estudios en cuanto al Motivo de Consulta. Esta variable está reagrupada y recategorizada en tres categorías fundamentales que nos permiten la comparación aunque sea de un modo más grosero:

Cuadro CXIV

Distribución de los motivos de Consulta en los estudios de G. LANDONI (1973), R. SADOUN y Cols. (1973), J.M. OCANA (1982), M. SUNYER (1982), F.CASADEBAIG y Cols. (1989), y nuestros datos de Uribe-Costa

MOTIVO DE CONSULTA	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
ESCOLAR	29,9	61,0	31,4	37,0	30,0	24,7
SINTOMAS PSIQ.	28,5	27,9	32,0	47,2	28,0	58,1
OTROS	41,6	11,1	36,6	15,8	42,0	17,2
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- (1) G. LANDONI (1973)
- (2) R. SADOUN y Cols. (1973)
- (3) J.M. OCANA (1982)
- (4) M. SUNYER (1982)
- (5) F.CASADEBAIG y Cols. (1989)
- (6) Nuestros datos de Uribe-Costa

De esta tabla, podemos observar en principio que en todos los estudios más del 58% de los casos que acuden a un servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil lo hacen por dificultades Escolares o por Síntomas Psiquiátricos.

Sin embargo, resulta interesante señalar que si exceptuamos los estudios de M. SUNYER (1982) y J.M. OCANA (1982), que fueron realizados en la consulta de dos hospitales, en todos los demás salvo en nuestra Unidad de Uribe-Costa, la alteración en el medio Escolar es el Motivo de Consulta más frecuente (en el estudio de R. SADOUN (1979) con mucha diferencia).

Sólo en nuestra Unidad de Uribe-Costa los Síntomas Psiquiátricos suponen más de la mitad de los Motivos de Consulta del centro (58%) y únicamente los datos del estudio de M. SUNYER se asemejan a los nuestros, de modo que no son significativamente diferentes (Chi-Cuadrado igual a 3,6387, que resulta no ser significativo). El resto de las distribuciones se diferencian de forma significativa de la nuestra. Así pues, nuestro colectivo, a la hora de estudiar su motivación de consulta, resulta ser similar al observado en una consulta hospitalaria.

Refiriéndonos exclusivamente a nuestro colectivo, el del centro de Uribe-Costa, cabe señalar que más de la mitad de los pacientes viene motivado por Síntomas Psíquicos (58,1%), más del doble de los que lo hacen por motivos Escolares (24,7%). Otros motivos como Trastornos de Comportamiento (5,1%) o Trastornos de Adaptación Familiar (7,65) son minoritarios.

En el estudio de E. SERRANO GUERRA (1980) sobre las consultas en el área de Oviedo, el Motivo de consulta

Escolares de un 28% similar en líneas generales a los estudios que hemos mencionado más arriba si exceptuamos el de R. SADOON (1979) donde este motivo alcanza una cifra muy dispar: 61%. La diferente categorización que hace SERRANO de esta variable en su estudio no nos permite hacer más comparaciones con los demás.

Algo parecido nos pasa cuando nos referimos al estudio de A.E. SANCHEZ GUTIERREZ (1990) realizado en el área de Mieres: la categorización de esta variable sólo nos habla estrictamente de Motivo Escolar en "P. Rendimiento Escolar", que supone el 13,46% de las consultas realizadas en 1986 y el 12,42% de las realizadas en 1987, pero únicamente referido al motivo principal de consulta. Nosotros, como ya lo hemos indicado con anterioridad en este estudio, no distinguimos motivo principal y motivos secundarios y, por lo tanto, no los tenemos en cuenta separadamente. De ahí que pueda haber diferencias en los datos.

10. - PROCEDENCIA:

De esta variable disponemos de abundante información de otros estudios. Para poder llegar a comparar las distribuciones correspondientes a investigaciones tan variadas hemos optado por categorizar la variable Procedencia en un total de cinco categorías. A continuación presentamos la tabla correspondiente a diez distribuciones diferentes (Cuadro CXV):

Cuadro CXV
Diferentes Procedencias de los pacientes

PROCEDENCIA	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
ESCOLAR	50,0	47,0	25,7	25,4	49,0	15,6	47,0	18,2	11,6	3,9
SERV.SOC.	16,5	--	8,2	12,4	11,0	--	15,0	0,8	28,8	24,2
PROP.INIC.	14,5	20,7	30,0	26,5	31,0	44,2	19,0	64,6	2,7	2,0
MEDICO	14,0	32,3	28,0	31,3	9,0	28,7	12,0	15,6	56,8	69,9
OTROS	5,0	--	6,8	2,6	--	11,5	4,0	0,8	--	--
total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

- (1) BRUN-NEY
- (2) J.I. ANDONEGUI
- (3) G. LANDONI (1966-67)
- (4) G. LANDONI (1968-69)
- (5) F. CASADEBAIG y Cols. (1987)
- (6) M. SUNYER (1982)
- (7) J.P. THEVANOT y N. GUEMADA (1989)
- (8) Nuestros datos de Uribe-Costa
- (9) A.E. SANCHEZ GUTIERREZ (1990) para datos de 1986
- (10) A.E. SANCHEZ GUTIERREZ (1990) para datos de 1987

Lo primero que nos ha llamado la atención de estos datos es la gran variedad de distribuciones que tenemos refiriéndonos no sólo al número sino a la diversidad de contenidos que las cifras nos indican.

Tenemos colectivos donde el mayor volumen de la procedencia es Escolar (estudios de BRUN-NEY, ANDONEGUI, THEVENOT y CASADEBAIG). Otros donde el mayor peso lo tiene el área de servicios Médicos (LANDONI en el período 68/69 y SANCHEZ GUTIERREZ tanto en 1986 como en 1987). Otros finalmente, donde la procedencia más frecuente resulta ser la Propia Iniciativa (LANDONI en el período 66/67, SUNYER y nosotros mismos en Uribe-Costa).

Las diferencias de cifras son notables y de hecho estadísticamente hay diferencia significativa entre las distribuciones. Para asegurarnos, hemos realizado Chi-Cuadrado comparando nuestra distribución con cada una de las otras distribuciones de forma que hemos calculado nueve Chi Cuadrado.

La obtención de estos Coeficientes nos permite decir que todas las distribuciones son significativamente diferentes a la nuestra a un Nivel de Confianza del 35%; los colectivos se distribuyen de forma distinta según la variable Procedencia. Sólo cuando trabajamos con un 99,9% de Nivel de Confianza nos encontramos con una distribución que no presenta diferencias con la nuestra, estadísticamente hablando: se trata de la presentada por el estudio de M. SUNYER (1982) de forma que el Chi-Cuadrado es igual a 15,68. Únicamente en este caso podemos decir que los dos colectivos son similares, se comportan de forma parecida.

Ya en el apartado de Motivo de Consulta estos dos estudios, el nuestro y el de SUNYER, habían presentado similitudes.

**VIII COMPARACION ENTRE
NUESTRA MUESTRA Y LA
POBLACION**

VIII COMPARACION ENTRE NUESTRA MUESTRA Y LA POBLACION

En el Anexo 2 reflejamos los datos que hemos conseguidos referentes al censo de la población total que atendemos en la Unidad. La comparación de este censo con los datos obtenidos de la demanda que en nuestra unidad podemos obtener las siguientes conclusiones:

1 EDAD :

En el Cuadro CXVI presentamos la comparación entre la distribución de la población según la edad en nuestra muestra y en la población. Obtenemos un Chi-Cuadrado de 192,482 (G. L. = 3) resultando ser significativo al Nivel de Confianza del 99%. Esto nos señala que la diferencia entre las dos distribuciones es significativa. Podemos ver cómo consultan significativamente más pacientes de los esperados con una edad comprendida entre los 5 y los 9 años, y menos de los esperados entre los que tienen 15 años o más.

CUADRO CXVI

Distribución de la población que consulta
y distribución de la población total
en relación con la edad

	población que acude a consulta		población total	
0 a 4 años.....	108	(14,4%)	7.474	(17,0%)
5 a 9 años.....	330	(43,8%)	11.005	(25,0%)
10 a 14 años...	223	(29,7%)	11930	(27,1%)
15 ó más años..	91	(12,1%)	13.530	(30,8%)
TOTAL.....	752		43.913	

2- SEXO :

La distribución de la población en cuanto al sexo es, como refleja el Cuadro CXVII, muy próxima al 50%. Así pues, tal y como nos lo confirma el Chi-Cuadrado obtenido, la población que acude a consulta es significativamente (al 98% de nivel de confianza) diferente a la población general en cuanto a la distribución del sexo (Chi-Cuadrado = 21,564 con G.L.= 1). Consultan significativamente más varones que hembras. (El sex-ratio en la población general es de 1,04).

CUADRO CXVII

Distribución de la población en función del sexo. Comparación entre la población consultante y la población total

	población que acude a consulta		población total	
varones.....	448	(58,7%)	22.441	(51,1%)
hembras.....	303	(40,3%)	21.472	(48,8%)
total.....	752		43.913	

3 NIVEL ESCOLAR

En lo que se refiere al nivel escolar, observamos cómo en nuestra distribución, el mayor porcentaje de pacientes acude al nivel de Maternal, Preescolar y E.G.B. tal y como ocurre en la población general. Sin embargo, el colectivo que cursa R.E.M. acude en mayor proporción a consulta que lo esperado según la distribución de la población general. El Chi-Cuadrado que hemos obtenido nos indica una diferencia significativa al 99% (Chi-Cuadrado = 40,8 con 3 G.L.) entre ambos colectivos. Cuadro CXVIII.

CUADRO CXVIII

Distribución entre la población que consulta
y la población general en función
del nivel escolar que cursan

	población que acude a consulta		población total	
MATERNAL, PREESCOLAR y E.G.B.	583	(87,9%)	22.772	(78,0%)
B.U.P. y C.O.U.	57	(8,8%)	5.092	(17,5%)
F.P.	15	(2,3%)	1.029	(3,5%)
R.E.M. y Otros.	8	(1,2%)	278	(0,8%)
total.	663		29.172	

4. LUGAR DONDE REALIZAN SUS ESTUDIOS

En el Cuadro CXIX, observamos los porcentajes de distribución de la población en función del lugar donde realizan sus estudios los pacientes. El Chi-Cuadrado que obtenemos es significativo al nivel de confianza del 99% (Chi-Cuadrado = 23,82 con G.L. = 2) lo que quiere decir que ambas distribuciones son diferentes.

CUADRO CXIX

Distribución entre la población que consulta
y la población general en función
del lugar dónde realizan sus estudios

		población que acude a consulta	población total
C. Privado.....	187 (28,3%)	10.984	(37,6%)
C. Público.....	414 (61,5%)	15.225	(52,2%)
Ikastola.....	62 (8,2%)	2.863	(10,2%)
total.....	673	29.112	

IX CONCLUSIONES

IX CONCLUSIONES

Las conclusiones de este capítulo las vamos a indicar breve y concisamente en dos partes diferenciadas.

La primera responderá estrictamente a las siete Hipótesis de Trabajo que nos hemos planteado.

La segunda hará referencia a aquellos aspectos, que sin estar recogidos en hipótesis concretas, creemos que tienen el interés suficiente para ser resaltados.

1. HIPOTESIS DE TRABAJO:

- 1.- "EL MAYOR NUMERO DE CONSULTAS SE PRODUCE CUANDO EL PACIENTE TIENE ENTRE 5 Y 9 AÑOS DE EDAD."**

HIPOTESIS CIERTA.

Como ya lo hemos indicado en capítulo V correspondiente al Análisis estadístico descriptivo (págs 188 y ss.).

2. - "EL NUMERO DE VARONES QUE CONSULTA EN NUESTRO SERVICIO DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL ES MAYOR QUE EL NUMERO DE NINAS".

HIPOTESIS CIERTA.

Como ha quedado demostrado en el capítulo V (págs. 192 y ss.) dedicado al análisis descriptivo de los resultados. Si acaso matizar que en el grupo de más de 14 años, no se cumple esta hipótesis.

Con objeto de estudiar la relación entre la variable sexo y la variable edad, hemos realizado el cálculo del Chi-Cuadrado correspondiente. El valor del coeficiente es de 8,089 resultando significativo al Nivel de Confianza del 95% (Chi Cuadrado Crítico al 95% de Nivel de Confianza = 7,815).

Podemos por lo tanto afirmar, que la variable edad y la variable sexo están relacionadas aunque su relación sea muy pequeña (Coeficiente de Contingencia es igual a 0,10). Quizá por el momento convenga quedarse con la idea de que hay una pequeña relación y que convendrá en estudios posteriores continuar investigando esta relación.

3.- "LA PATOLOGIA VARIA EN FUNCION DEL SEXO DE LOS CONSULTANTES".

HIPOTESIS CIERTA.

Tal y como hemos visto en el capítulo V.2. relativo al Analisis comparativo de los resultados, punto 2. (págs. 272 y ss.) vemos cómo se cumple esta afirmación si trabajamos al Nivel de Confianza del 95%. No se cumple al Nivel de Confianza del 98%.

De cualquier forma, aun considerando que la afirmación es correcta, la relación entre estas variables es muy baja (0,17).

4.- "LA PATOLOGIA QUE OBSERVAMOS EN LOS PACIENTES SERA DIFERENTE EN FUNCION DE QUIEN REMITA EL CASO A LA UNIDAD".

HIPOTESIS FALSA

Con objeto de dar respuesta a esta hipótesis de trabajo hemos necesitado recodificar las variables, ya que tal y como las hemos presentado en el apartado anterior no se reunían las condiciones mínimas de aplicabilidad.

Ahora hemos dicotomizado la variable Diagnóstico en No-Patología y Si-Patología. En cuanto a la Procedencia, la hemos agrupado en cuatro categorías incluyendo dentro de la categoría de Otros la de Servicios Sociales. Antes de seguir adelante es conveniente decir aquí que una persona que acude a nuestro centro puede tener más de una Procedencia; de hecho en nuestros registros recogemos hasta dos procedencias. Así, nos encontraremos que disponemos de 850 procedencias de los 752 casos que estamos manejando en el estudio. Hecha la salvedad, presentamos a continuación la tabla de frecuencias base para el cálculo del Chi-Cuadrado que nos indique si existe relación entre estas dos variables (Cuadro CXX):

Cuadro CXX

Distribución de la población en función de la existencia
o no de patología y la Procedencia

PROCEDENCIA	NO PATOL	SI PATOL	TOTAL
PROPIA INICIATIVA	75	474	549
SERVICIOS MEDICOS	13	119	132
ESCOLAR	20	135	155
OTROS	1	13	14
TOTAL	109	741	850

El Chi-Cuadrado de esta tabla resulta no ser significativo, por lo que podemos afirmar que no existe relación entre la Procedencia y Patología del paciente, se trata de dos variables que son independientes.

5.- **"LAS CONSULTAS QUE SE REALIZAN POR INDICACION DE ALGUIEN AJENO A LA FAMILIA PRESENTAN CON MAS FRECUENCIA PATOLOGIA QUE LAS REALIZADAS POR PROPIA INICIATIVA".**

HIPOTESIS FALSA.

La necesaria recodificación de las variables estudiadas con vistas a resolver si existe o no relación entre tener patología y no tener patología por una parte y si la procedencia es propia o ajena por otra, nos reporta la siguiente distribución (Cuadro:CXXI): (recordaremos que hemos admitido dos respuestas en la variable procedencia).

Cuadro CXXI

Distribución de la población en función de la existencia o no de patología y de la iniciativa propia o ajena.

PROCEDENCIA	NO PATOL	SI PATOL	TOTAL
PROPIA INICIATIVA	75	474	549
INICIATIVA AJENA	34	267	301
TOTAL	109	741	850

Calculado el Chi-Cuadrado de esta Tabla resulta ser igual a 1,145 insuficiente para que las diferencias que

Calculado el Chi-Cuadrado de esta Tabla resulta ser igual a 1,145 insuficiente para que las diferencias que pueda haber entre frecuencias empíricas y teóricas no sean debidas al azar. Así pues, podemos afirmar que no existe relación entre ser diagnosticado con una patología o con variación dentro de la norma y el acudir al centro por propia iniciativa o por iniciativa de otras instancias; ambas variables no tienen relación.

8.- "EXISTE RELACION ENTRE EL NIVEL SOCIOPROFESIONAL DE LA FAMILIA Y LA PATOLOGIA DEL HIJO".

HIPOTESIS FALSA.

Para poder hacer operativa la variable NivelSocio-Profesional hemos decidido recodificarla y reagruparla de modo que trabajaremos con tres categorías: 1) Nivel Alto/Medio-Alto, 2) Nivel Medio-Bajo y 3) Nivel Bajo/Pobreza.

Así, hemos cruzado esta variable Nivel Socio-Profesional, en primer lugar, con Tener o No Tener Patología, de modo que nuestro colectivo queda distribuido como nos indica el Cuadro.CXXII

Cuadro CXXII.

Distribución entre el nivel socioprofesional y patología.

	ALTO/MEDIO-ALTO	MEDIO-BAJO	POBREZA	TOTAL
PATOLOGIA	78	410	32	521
NO PATOLOGIA	17	62	10	88
total	98	472	42	610

Hemos calculado el Chi-Cuadrado cuyo valor es 4,89 que con dos Grados de Libertad y un 85% de Nivel de Confianza resulta no ser significativo, o lo que es lo mismo, que demuestra que no existe relación o asociación entre esas variables: el Nivel Socio-Profesional y el Tener o No Tener Patología, son dos variables independientes.

7.- "NO HAY RELACION ENTRE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL DE LA MADRE Y EL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE"

HIPOTESIS VERDADERA

No hay relación entre la actividad profesional de la madre y el diagnóstico de patología-nomopatología del paciente tal y como queda demostrado a continuación.

Hemos calculado un Chi-Cuadrado entre estas variables después de haberlas recodificado y agrupado. La variable Situación Laboral de la Madre queda dicotomizada en dos categorías: Activa y No Activa; la variable Patología queda con otras dos categorías: Patología y No Patología. Los niños/as según este cruce de variables, se distribuyen así (Cuadro CXXIII):

Cuadro CXXIII

Distribución entre la actividad laboral de la madre y la patología

	ACTIVA	NO ACTIVA	TOTAL
NO PATOLOGIA	23	66	89
PATOLOGIA	136	376	512
total	159	442	601

El Chi-Cuadrado de esta tabla es igual a 0,087 lo que nos indica ambas variables no tienen nada que ver entre sí, se trata de dos variables completamente independientes: no existe relación entre la Situación Laboral de la Madre y la posible Patología del niño/a tal y como hemos categorizado las variables.

8.- "EXISTE MAYOR FRECUENCIA DE PATOLOGIA ENTRE LOS HIJOS CUYOS PADRES TIENEN ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS QUE ENTRE AQUELLOS CUYOS PADRES (VARONES) NO TIENEN ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS".

HIPOTESIS FALSA.

Con el objetivo de poder comprobar esta hipótesis, hemos considerado sólo aquellas personas de las cuales disponemos de datos, dicotomizando además las dos variables para calcular el Chi-Cuadrado en las categorías "ausencia" y "presencia" de las variables. Este es el cuadro de frecuencias que obtenemos (Cuadro CXXIV):

Cuadro CXXIV

Distribución entre los pacientes cuyas padres (varones) tienen antecedentes psiquiátricos y la ausencia o presencia de patología en el paciente.

PATOLOGIA / ANTECEDENTES	SI	NO	TOTAL
NO PATOLOGIA	4	81	85
SI PATOLOGIA	20	464	484
TOTAL	24	545	569

El Chi-Cuadrado que obtenemos es de 0,00248, resultando no significativo. Por ello, podemos afirmar que no existe relación entre estas variables, son independientes. Dicho de otra forma, no existe relación entre las variables Antecedentes Psiquiátricos del Padre y Patología del Paciente.,

9.- **"EXISTE MAYOR FRECUENCIA DE PATOLOGIA ENTRE LOS HIJOS CUYAS MADRES TIENEN ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS QUE ENTRE AQUELLOS CUYAS MADRES NO TIENEN ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS".**

HIPOTESIS FALSA.

Con el objetivo de poder comprobar esta hipótesis, hemos considerado sólo aquellas personas de las cuales disponemos de datos, dicotomizando además las dos variables para calcular el Chi-Cuadrado en las categorías "ausencia" y "presencia" de las variables. Este es el cuadro de frecuencias que obtenemos (Cuadro CXXV):

Cuadro CXXV

Distribución entre los pacientes cuyas madres tienen antecedentes psiquiátricos y la ausencia o presencia de patología en el paciente.

PATOLOGIA / ANTECEDENTES	SI	NO	TOTAL
NO PATOLOGIA	4	81	85
SI PATOLOGIA	31	464	495
TOTAL	35	445	580

El Chi-Cuadrado resultante (0,09627) resulta no ser significativo estadísticamente, por lo que podemos afirmar que no existe relación entre estas variables, que son dos variables independientes; no existe ninguna relación entre los Antecedentes de la Madre y la Patología del Paciente.

10.- **"EXISTE MAYOR PATOLOGIA ENTRE LOS PACIENTES CUYOS PADRES NO VIVEN UNIDOS QUE ENTRE AQUELLOS CUYOS PADRES VIVEN UNIDOS".**

HIPOTESIS VERDADERA

El cuadro resultante, después de haber recodificado las variables en tener patología y no tener patología y padres unidos por un lado y padres no unidos por otro, es el siguiente: (Cuadro CXXVI):

Cuadro CXXVI

Distribución de la situación conyugal en función de la existencia o no de patología.

	UNIDOS	NO UNIDOS	TOTAL
PATOLOGIA	468	61	529
NO PATOLOGIA	90	6	96
total	558	67	625

Calculamos el Gi Cuadrado para esta tabla de doble entrada y su valor es 2,1 que no resulta ser significativo, por lo que podemos decir que estas variables no están asociadas. Dicho de otra forma, no está relacionado el tener o no Patología con el que los padres del paciente estén unidos o no lo estén.

2.- CONCLUSIONES GENERALES :

Además de las Hipótesis de Trabajo que hemos mencionado anteriormente, nos habíamos planteado una serie de objetivos que pasamos a mencionar a continuación.

Con respecto a la descripción y a los comentarios relacionadas con el diagnóstico y las demás variables estudiadas remitimos al lector al capítulo VI "Comentarios a los resultados del análisis estadístico comparativo" (ver págs 352 y ss.).

2.1 DESCRIPCION SOCIODEMOGRAFICA DE LA POBLACION CONSULTANTE.

EDAD:

- La edad media de consulta es de 9 años con una desviación típica de 4,06.
- La edad más frecuentemente de consulta es también la de 9 años.
- Entre la población que consulta el 43,9% tiene entre 5 y 9 años. Este porcentaje resulta muy alto respecto al porcentaje de sujetos con esas edades en la población que estudiamos (25,0%).
- Los pacientes con más de 15 años suponen en nuestra población un 12,1% (del total de 15 a 21 años) mientras que el peso de estos sujetos entre la población a estudiar es del 30,8%. Sobre este aspecto hay que ser cauto en la interpretación ya que como hemos indicado, existen otros servicios asistenciales que atienden también a pacientes de estas edades.

SEXO:

- A nivel general se da una sobrerrepresentación masculina (sex-ratio =1,44). Esta sobrerrepresentación decrece a medida que aumenta la edad de los pacientes.
- Existe una relación entre las variables edad y sexo.

- En la población general no existe una desproporción tan amplia como la observada en nuestra investigación. En la población total con edades comprendidas entre los 0 y 21 años, el sex-ratio que se obtiene es de 1,04.

DATOS DEL PADRE Y DATOS DE LA MADRE:

- El 98,7% de las madres y el 97% de los padres de los pacientes que acuden a consultan vive.

SITUACION CONYUGAL:

- El 88,4% de las pacientes pertenece a familias cuyos padres están unidos.

- El 7,2% de los pacientes pertenece a familias cuyos padres están separados.

NUMERO DE HERMANOS:

- La mayor proporción de consultas proviene de familias con dos hijos (42,7%).

LUGAR QUE OCUPA EN LA FRATRIA:

- Acuden en similar proporción los hijos mayores y los menores (33%).

- Un 14,2% de los pacientes es hijo único.

CONVIVENCIA:

- La mayoría de los niños/niñas que acuden a consulta provienen de familias donde viven con los dos padres (84,3%).

SITUACION LABORAL DEL PADRE Y DE LA MADRE:

- El 10,8% de los padres de los pacientes que acuden a consulta está en paro.
- El 24,1% de las madres de los pacientes que acuden a consulta desarrollan actividades laborales fuera del hogar.

EDAD DEL PADRE Y DE LA MADRE:

- La edad media de los padres (varones) de los pacientes que acuden a consulta es de 39,5 años con una desviación típica de 6,9.
- La edad media de las madres de los pacientes que acuden a consulta es de 36,7 años con una desviación típica de 6,6.

LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE Y DE LA MADRE:

- El 52,9% de los padres de los pacientes ha nacido en la Comunidad Autónoma Vasca (el 51,7 en Vizcaya).
- El 54,8% de las madres de los pacientes ha nacido en la Comunidad Autónoma Vasca (el 52,4% en Vizcaya).

NIVEL SOCIOPROFESIONAL DE LA FAMILIA:

- El 72,5% de los pacientes provienen de familias cuyo nivel socioprofesional es lo que hemos calificado de medio-bajo (empleados, vendedores, administrativos medios, marinos, obreros cualificados).

SITUACION ESCOLAR:

- El 92% de los pacientes sobre el total de los datos conocidos, está escolarizado.
- Un 8,7% no está escolarizado por no haber cumplido la edad de la escolarización.

AL CUIDADO DE...:

- Un 42,4% de los pacientes no escolarizados acude a la guardería.

LUGAR DE ESCOLARIZACION:

- El 81,2% acude a un centro público.

NIVEL ESCOLAR:

- El 88,7% estudia Preescolar y E.G.B.
- Un 10,5% cursa B.U.P, C.O.U. o F.P.
- En relación con la población total podemos decir que acuden con mayor frecuencia de la esperada alumnos procedentes de los cursos iniciales (hasta octavo de E.G.B.) los que cursan R.E.M. y otras enseñanzas alternativas.

TRAYECTORIA ESCOLAR:

- El 8,9% de los pacientes se encuentra dentro de un Programa de Educación Especial.
- Un 6,2% ha repetido curso por lo menos en una ocasión.

2 . 2 DESCRIPCION DE LOS ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LOS PADRES Y DE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA.

- Los hijos son los que más antecedentes asistenciales tienen en el campo de la salud psíquica: El 7,9% de los pacientes que acuden a consulta ya habían realizado alguna previamente.

- Apenas acuden a consulta hijos de padres que hayan sido hospitalizados por trastorno psíquico. (0,4%).

2 . 3 . DESCRIPCION DE LAS FUENTES DE DERIVACION.

- El 62,8% de los pacientes acude por propia iniciativa o de la familia.
- La escuela y los servicios médicos derivan un cuarto de los pacientes que llegan a consulta (17,7% y 11%, respectivamente).
- Los Servicios Sociales derivan un 0,8% de los casos.

2 . 4 DESCRIPCION DE LAS NECESIDADES ASISTENCIALES .

MOTIVOS DE CONSULTA:

- Cerca del 80% de los pacientes que acuden a consulta lo hacen motivados por presentar síntomas psíquicos, y casi el 25% por tener problemas escolares.

DIAGNOSTICO:

- El 15,2% de los pacientes que han acudido a la unidad no ha recibido un diagnóstico debido a que han interrumpido voluntariamente las consultas.
- Algo más que uno de cada 3 pacientes ha sido diagnosticado de Neurosis (38,8%).
- Un trastorno que incide altamente en la población estudiada es el de Retraso Específico del Desarrollo (15,0%).
- Los casos que acuden a consulta y cuyo diagnóstico es de Variación dentro de la Normalidad supone un 15% de la demanda.
- Un 5% de la población ha sido diagnosticada de Psicosis.

ORIENTACION TERAPÉUTICA:

- Al menos un 55,9% de los pacientes que han solicitado consulta necesitan tratamiento psicológico. Esta cifra

puede ser más alta si consideramos que el 19,3% de los pacientes interrumpieron el proceso diagnóstico.

2.5 DESCRIPCION DE LAS INDICACIONES TERAPEUTICAS REALIZADAS.

TRATAMIENTO NECESARIO:

- Algo más que un tercio de la población que necesita tratamiento se le indica que continúe realizando consultas espaciadas (36,2%).
- A un 43,6% se le aconseja la realización de una psicoterapia (bien sea individual, grupal o familiar).

2.6 DIAGNOSTICO E INDICES DE PREVALENCIA.

Recordaremos que el Índice de Prevalencia indica el número de casos de una enfermedad que existe en un momento concreto. El resultado lo expresaremos en 0/00.

Para su cálculo utilizamos la fórmula:

$$\text{Prevalencia} = \frac{\text{No casos en un momento dado}}{\text{No población en ese momento}} \times 1.000$$

La prevalencia de los trastornos psíquicos en la población estudiada durante los años 1986 y 1987 es de 12,3 0/00. En el marco de nuestro estudio y a sabiendas de que no vemos toda la población con alteraciones psíquicas, sobre todo de más de 18 años, esto quiere decir que al menos 12,3 sujetos de cada 1.000 presentan algún tipo de alteración psíquica.

Los índices de prevalencia para cada diagnóstico estudiado son los siguientes:

Neurosis.....	5,6 0/00.
Retraso específico del Desarrollo.....	2,7 0/00.
Psicosis.....	0,7 0/00.
Trastorno de Adaptación y Reacción.....	0,7 0/00.
Perturbación de las Emociones.....	0,7 0/00.

2 . 7 OTRAS CONCLUSIONES:

- Nuestra distribución se diferencia de forma significativa en relación a las distribuciones obtenidas en otros trabajos en las siguientes variables:

- Antecedentes psiquiátricos de los padres.
- Situación familiar.
- Convivencia. (Existen incluso diferencias entre los otros estudios entre sí).
- Motivo de consulta. (Sólo presenta similitudes con un estudio de M. SUNYER (1982) realizado en una consulta hospitalaria).
- Procedencia. (A excepción de la presentada por M. SUNYER, 1982).

- Nuestra distribución no se diferencia significativamente de otras en las siguientes variables estudiadas:

- El diagnóstico. La proporción obtenida en nuestro trabajo es similar a la de otros estudios.

- No existe relación entre tener y no tener patología y:

- el número de hermanos del paciente.
- la situación familiar.
- los antecedentes psiquiátricos del padre.
- los antecedentes psiquiátricos de la madre.

- Existe relación, al nivel de confianza del 95% entre las variables sexo y patologia. (No significativa al nivel de confianza del 98%).

BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA, J. (1980) Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Toray-Masson, Barcelona 1980, 4 edición.

ALMENAR F.D. y GOMEZ BENEYTO M. (1988) "Recursos humanos y utilización de servicios de psiquiatría en los ambulatorios de la Seguridad Social en la Comunidad Valenciana". Psiquis 12/88 Vol.IX/88 :28-40.

ANDREY B. y LE MEN J. (1968) La psychologie à l'école. Ed. P.U.F. Paris, 1968.

ANTHENAISE M. d' y SALBREUX, R. (1979) "Prévalence de la déficience mentale profonde chez l'enfant. Revue de la littérature, étude comparative". Rev. Neuropsych. Infant. 1979; 27:45-58.

ANTHONY E.J. (1969) "A clinical evaluation of children with psychotic parents". Amer. J. Psychiat. 1969, 126,2,177-184.

ANTHONY E.J. (1970) L'impact sur la vie de famille d'une grave maladie mentale ou physique chez un des parents. 118- 147. En L'enfant et la famille. ANTHONY E.J. y KOUPEERNIK C. dirs. Edt. Masson et Cie. Paris. 1970.

APARICIO BASAURI V. y GARCIA GONZALEZ J. (1990) Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Ed. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo 1990.

- APARICIO V., LOPEZ M. y SANCHEZ A.E. (1980) "Elementos, fundamentos y problemas de la Psiquiatria Comunitaria" Rev. Análisis y Clínica grupal, Vol 5, N. 24, 514-531, 1980.
- BATESON G., JACKSON D., HALEY J. y WEAKLAND J. (1956) Interacción Familiar Ed. Tiempo Contemporáneo Buenos Aires, 1971.
- BASTIDE R. (1965) Sociologie des maladies mentales. Ed. Flammarion, París 1965.
- BATESON G. (1956) "A note on the double-bind". Family Process 1956; 2,1
- BAUDOUIN (1931) L'âme enfantine et la psychanalyse. Ed. Delachaux et Niestlé Neuchâtel. Paris 1931.
- BECK S.J. (1960) "Families of schizophrenic and of well children: method, concepts and some results". American Journal of Orthopsychiatry, 1960, 30, 247-261.
- BELL R.Q. (1968) "A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization". Psychol. rev., 75, 81- 85.
- BERGERET J. (1975) Manual de psicología patológica. Ed. Toray-Masson. Barcelona. 1975
- BETTELHEIM B. (1969) La forteresse vide. Ed. Gallimard. Paris. 1969.

- BETTSCART W., HENNY R. y BOLOGNINI M. (1978) "La surreprésentation des garçons par rapport aux filles dans les consultations de psychiatrie d'enfants". Psychiatrie de l'Enfant, XXI, 1, 287-304.
- BETTSCART W., FAVEZ F., HENNY R., JEANNIN M., PFAEHLER M., PIOLINO P. y POGET F. (1980) "L'enfant de 8 ans. Etude épidémiologique". Psychiatrie de l'Enfant, 1980, 23, 637-684
- BIGRAS J. y MACKAY J. (1968) "Les diagnostics pédo-psychiatriques selon l'âge et le sexe dans un centre canadien-français de Montréal". Rev. Neuropsych. Inf. 1968; 16:739-750.
- BJÖNRSSON S. (1974) "Epidemiological investigation of mental disorders of children in Reykjavik, Iceland, Scand. Journal. Psychol., 1974, 15. 244-254.
- BOUVET M., ROYAUX J. y FERRARI P. (1982) "Les "antennes" de secteur: mise en place et fonctionnement a Reims". Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1982, 30 (1-2), 8-13.
- BOURDIER, P. (1972) "L'hypermaturation des enfants malades mentaux". Rev. Fr. de Psychanalyse, 1972, 36: 19-42.
- BOWER, E.M. (1969) Early identification of emotionally handicapped children in school, Springfield Illinois Charles C. Tomas
- BOWBLY J. (1951) Soins maternels et santé mentale, O.M.S. Monographie N. 2 . Genève 1951

- BRACONNIER A. (1983) "La psychiatrie de l'adolescence. Prévention des maladies mentales de l'adulte". Sem. Hôp. Paris, 1983, 58, No.25, 1873-1875.
- BRACONNIER A. (1983) "Les dépressions à l'adolescence". Sem. Hôp. Paris, 1983, 58, No.25, 1901-1905.
- BROCHE J.-P. (1972) "Guidance d'âge de latence et motivations parentales". Rev. Neuropsychiat. Infant. 1972, 20 (2) 137-143.
- BRU J., VILLARD J., MARTIN CL. (1978) "Présentation de l'ensemble socio-éducatif de Cholet C.E.T. Talence". Rev. Neuropsychiat. inf. 1978, 24, No 4 y 5: 225-240.
- BRUN G. (1984) Prevention of mental disorders in children of divorces. En Child psychiatry and prevention. Hans huber edit. Berna-Stuttgart, 1984.
- BRUN-NEY P., BLOND D. y GOLA D. (1984) "Les demandes de consultation en hygiène mentale infantile". Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1984, 32 (1):25-33.
- BRUN-NEY P., BLOND D. y GOLA D. (1984) "Hygiène mentale infantile et commissions scolaires: a psopos de la CCPE". Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1984, 32 (1):35-39.
- BUCK C.W. y LAUGHTON K.B. (1959) "Family patterns of illness: The effect of psychoneurosis in the parent upon illness in the child". Acta Psychiat. N. Scand, 1959, 34, 165-175.

- BURSTIN J. (1966) "Dispositions caractérielles et milieu familial dans l'évolution de l'enfant unique". Psychiat. Enfant. 1966, 9. 397-445.
- CANTWELL, D. P. y CARLSON, G.A. (1987) Trastornos afectivos en la infancia y la adolescencia. Ed. Martinez ROCA. Barcelona 1987.
- CAPLAN G. (1955) Emotional problems of early childhood. New York, Basic Books 1955.
- CAPLAN G. (1961) Prevention of mental disorders in children. Initial explorations. New York, Basic Books 1961.
- CASADEBAIG F. y CHEVALIER A. (1976) "Etude comparative entre les caractéristiques familiales et sociales des enfants pris en charge au Centre A. Binet en 1972-73-74 et celles d'un groupe d'enfants des écoles du XIII arrondissement, année scolaire 1972-73". Psychiat. Enfant. 1976, 19, 303-336.
- CASADEBAIG F., CHEVALIER A., DIATKINE R., GABEL M. y LEOVIVI S. (1978) "L'étude du paramètre sexe dans les cas suivis en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent". Psychiat. Enfant. 1978, 21, 237-285.
- CASADEBAIG F., CHEVALLIER A. y BOURSIER P. (1978) "Activité professionnelle des mères de consultants d'un centre de santé mentale infanto-juvenile". Rev. Neuropsychiat. Infant. 1978, 26 (1), 3-12.

- CASADEBAIG F. y QUEMADA N. (1989) "Morbidity psychiatric infant-juvenile prise en charge en Loire-Atlantique incidence annuelle". *L'information Psychiat.* 1989, 9, 945- 953.
- CHAN P. (1962) *La relation fraterne chez l'enfant*. Ed. PUF. Paris. 1962.
- CHAZAN M. y JACKSON S. (1971) "Behaviour problems in the infant school". *J. Child Psychol. Psychiatry*, 1971, 12, 191-210.
- CHEVALLIER PH. (1988) "Etude statistique comparative des consultants d'un DHM et d'un CMPP". *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1988, 36 (10), 391-398.
- CHEVALLIER PH. (1989) "Prévalence et facteurs sociodémographiques". *Psychiat. de l'enfant* 1989, 32, 2: 543- 591.
- CHILAND C. (1971) *L'enfant de six ans et son avenir*. Presses Universitaires de France. Paris 1971.
- COBO C. (1983) *Psiquiatria dinámica*. Editado por el Servicio Científico de Roche . Vol I. Madrid. 1983.
- COLMENARES J.A. y DURO J.C. (1981) "Centro municipal de Salud de Getafe". *Revista de trabajo social*, 1981. 75-94.
- CUMMINGS J.D. (1944) "The incidence of emotional symptoms in school children", *British Journal of educational Psychology*, 1944, 14, 151-161.

CUMMINGS J.D. (1948) "A follow-up study of emotional symptoms in school children", British Journal of educational Psychology, 1948, 16, 163-177.

CUTTS N. y MOSELY M. (1954) "The only Child. A guide for parents and only children of all ages". N. Yorks 1954 Citado por J. GARCIA YAGUE y A. LAZARO Condicionamientos ambientales de la personalidad. Ed Magisterio Español, Madrid, 1971

DAVIDSON M. (1960) De quelques enquêtes sur la fréquence des troubles psychologiques chez les enfants, O.M.S., Séminaire sur la Guidance infantile, 1960.

DESPERT, L. (1968) Schizophrenia in children. Brunner-Hazel, New York, 1968

DIATKINE R. (1988) "Difficultés de l'approche épidémiologique en psychiatrie infantile". Evolut. psychiat. 33, 213-218.

EARLS FELTON (1982) "Epidemiology and child psychiatry: future prospects". Comprehensive Psychiatry, 1982 vol 23, No.1 ,75-84

EDWARDS C.P. y WHITING B. (1978) Sex differences in children's social interaction. In sex differences and the effects of modernization on family life cross-culturally. Report to Ford Foundation.

FAGIN L. y LITTLE M. (1984) The forsaken families. Harmonds Worth. Middlessex. Penguin, 1984.

- FAVA A.G. (1985) "Consultation psychiatry in an italian guidance center: a report on 200 referrals". Child Psychiatry and human development 1985 vol 12 (2) 90-95.
- FLAVIGNY H. (1985) "Le rôle du père dans les troubles psychopathologiques de l'enfant: conclusions". Rev. Neuropsychiat. infant., 1985, 13, 769-770.
- FREUD, S. (1912) Totem y tabú Ed. Biblioteca Nueva. Madrid 1982
- FREUD, A. y BULLINGHAN, O. (1954) Niños sin hogar. Ed. Paidós Buenos Aires, 1954
- FRODI A., MACAULAY J. y THOME P.R. (1970) "Are women always less aggressive than men? A review of the experimental literature". Psychological Boletín, 84, 634-660
- GARCIA GONZALEZ J. y APARICIO BASAURI V. (1990) Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Ed. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo 1990
- GARRALDA M.E. BAILEY D. (1980) "Child and family factors associated with referral to child psychiatrists" British Journal of Psychiatry 1988, 153: 81-89.
- GENEVARD G. (1956) Destiné de l'enfant illégitime. Etude psychiatrique sociales de 150 et adultes. Thèses médecine. Lausana, 1956.

- GLIDEWELL J.C., HENSH I.N. y GILDEA M.C.L. (1957) "Behavior symptoms in children and degree, of sickness". American Journal of Psychiatry, 1957, 114, 47-53.
- GOLD R. (1982) Epidemiología y Salud Pública. McGraw Hill Edit. México 1982.
- GOLDBERG E.M. y MORRISON S.L. (1963) "Schizophrenia and social class. British Journal of Psychiatry, 109, 785-791.
- GONIN J.P. (1981) "Sur la prédominance des garçons dans la consultation de Psychiatrie Infantile". Psychol. méd., 1981, 13, 257-264.
- GRAHAM P. RUTTER M. (1973) "Psychiatric disorder in the young adolescent a follow-up study". Proc. Roy. Soc. Med., 1973, 66, 1226-1229.
- GUIGEN Y. (1959) "Etudes statistiques sur le groupe de consultants de 1951-1952 à l'Institut Edouard Claparède (Paris)". Sauvegarde Enfance, 1959, 5-6, 383-408.
- HARPER L.V. (1975) "The scope of offspring effects: from caregiveryo culture". Psychol. Bull., 82, 784-801.
- HINDLEY C.B. (1967) "Comparasion des données longitudinales de cinq échantillons européens.: Méthodes et résultats." Enfance, 1967, n. 2 141-155.
- HOFFMAN L.W. y LIPPIT R. (1960). The measurement of family life variables, in MUSSEN 1960.

HOLLINGSHEAD A.B. y REDLICH F.C. (1958) Social class and mental illness, New York, 1958 citado por BASTIDE 1965.

HOWELLS J.G. (1965) Modern Perspectives in Child Psychiatry, Modern Perspectives in Psichiatty, N. 1 Edinburgh and London, Oliver & Boyd, 1965.

HOWELLS J.G. (1969) Modern Perspectives in International Child Psychiatry, Modern Perspectives in Psichiatty, N. 3 Edinburgh and London, Oliver & Boyd, 1969.

JACKSON D. (1956) Interacción familiar, homeostasis familiar y psicoterapia familiar. En Interacción Familiar Ed. Tiempo Contemporáneo 1971.

JACKSON D., WEAKLAND J.H. (1956) Terapia familiar conjunta: consideraciones sobre teoría, técnica y resultados. En Interacción Familiar Ed. Tiempo Contemporáneo 1971.

JONGEN E., MOUVET G., WUIDAR A., GABEL M., KLEIN F., LEBOUTEILLER M.P., BETTSCHART W. y MERLUS G. (1973) "Etude comparative des données cliniques des cohortes de trois services de psychiatrie de l'enfant (année 1969-1970)". Psychiat. Enfant, 1973, 16, 515-564.

KAGAN J. (1964) "American longitudinal research on psychological development". Child Development, 1964, 35, n. 1 1-32.

- KAELIN C.y LADAME F. (1983) "La psychiatrie de l'adolescence. L'expérience genevoise". Sen. Hôp. Paris, 1983, 59, No.25, 1877-1887.
- KANNER L. (1973) Childhood psychosis, initial studies and new insights. Winston and sons, Washington, 1973.
- KANNER L. (1960) "Do behavioural symptoms always indicate psychopathology?". Journal Child Psychol. Psychiatry, 1960, 1, 17-25.
- KNOBEL M. (1982) "Asistencia psiquiátrica en la infancia". Folia Neuropsiquiátrica enero-abril 1982 :13-22.
- KRAMER M. (1970) "Problems in psychiatric epidemiology". Proc. roy. Soc. Med. 63, 553-562 (1970)
- LAUNAY CL. (1967) Higiene mental del escolar. Ed. Planeta Barcelona 1967.
- LANDONI G., PENNING R., MERIUS G. y BETTSCHART (1973) "Etude de la clientèle d'un service de guidance infantile: considérations statistiques et épidémiologiques" Social Psychiatry 1973, 8, 1-15
- LAPOUSE R. y MONK M. (1958) "An epidemiological study of behavior characteristics in children". Am. Journal. Public Health, 1958, 48, 1.134-1.144.
- LAPOUSE R. y MONK M. (1964) "Behavior deviations in a representative sample of children: variation by sex, age, race, social class and family size". Am. Journal Orthopsychiatry, 1964, 34, 436-446.

LEBOVICI S. y CREMIEUX R. "A propos du rôle et de linage du père". Psychiat. Enfant. 1970, 13,2. 231-447.

LEBOVICI S. y SOULE M. (1970) La connaissance de l'enfant par la psychoanalyse. Ed. P.U.F.. Paris. 1970

LEBOVICI S. SADOON R. (1968): " L'enregistrement du diagnostic au Centre Alfret-Binet" Psychiatrie de l'Enfant, 1968 XI,2, 533-555.

LEBOVICI S. (1986) "Les études épidémiologiques". En Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescente Ed. P.U.F. Paris 1986.

LEBOVICI S. (1986) "La classification des troubles mentaux". En Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescente Ed. P.U.F. Paris 1986.

LEBOVICI S. (1989) "Acercamiento familiar": En Tratado de psiquiatria del niño y del adolescente S. LEBOVICI, R. DIATKINE y M. SOULE Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1989: 39- 70.

LESLIE S. (1974) "Psychiatric disorder in the young adolescent of an industrial town", Brit. Journal. Psychiatry, 1974 125, 113-124.

LIDZ T., CORNELISON A., FLECK S., TERRY D. (1957) "El medio intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos: cisma marital y sesgo". En Interacción Familiar Ed. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires 1971.

- LIDZ T., CORNELISON A., FLECK S., TERRY D. (1958) "El medio intrafamiliar del paciente esquizofrénico: la transmisión de la irracionalidad". En Interacción Familiar Ed. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires 1971
- LUSTIN J.J. (1975) "Clínica infantil". En Manual de psicología patológica J. BERGERET y Cols. Ed. Toray- Masson. Barcelona. 1975. págs:200-250.
- MACCOBY E.E. y JACKLIN C.N. (1974) Psychology of sex differences. Stanford, Calif.: Stanford Universitypress. 1974.
- McDERMOTT J.F. (1970) "Divorce and its psychiatric sequelae in children". Arch. gen. Psychiat. 1970. 23,421-427.
- McGEE R., SILVA P. y WILLIAMS S. (1984) "Behaviours problems in a population of seven year-old children: prevalence, stability and types of disorders. A research report". Journal Child Psychol. Psychiatry, 1984, 25, 251-259.
- McPHERSON S. (1970) "Communication of intents among parents and their disturbed adolescent children". J. abn. psychol. , 76, 98-105.
- MALMQUIST C.P., KIRESU T.J. y SPANO R.M. (1967) "Mothers with multiple ilegitimacies". Psychiat. Quart., 1967, 41,339-354.
- MANNONI, M. (1967) L'enfant, sa maladie et les autres. Ed. du Seuil, Paris, 1967.

- MANSNER J.S. y BAHN A.K. *Epidemiología*. Ed. Interamericana. México 1977.
- HARCELLI D. (1983) "L'entretien avec l'adolescent et ses parents". *Sem. Hôp. Paris*, 1983, 59, No.25, 1912-1917.
- MARTI TUSQUETS J.L. y MURCIA M. (1987) *Conceptos fundamentales en epidemiología psiquiátrica*. Ed. Herder. Barcelona 1987.
- MARTIN GONZALEZ, A., CHACON FUERTES F., MARTINEZ GARCIA M. (1989). *Psicología comunitaria*. Textos Visor. Barcelona 1989.
- MAUCO G. (1971) *La paternité sa fonction éducative dans la famille et à l'école*. Ed. Université. Paris. 1971.
- MAUCO G. y RIMBAUD P. (1951) "Le rang de l'enfant dans la famille". *Rev. fran. psychanal.* 1951, 15, 253-260.
- MEDNICK, S.A. y SCHULSINGER, F. (1968) "Some premorbid characteristics related to breakdown in children with schizophrenic mothers". En *The transmission of schizophrenia* D. ROSENTHAL y KETY, S. Ed. London Pergamon Press, 1968.
- MEDNICK, S.A. y SCHULSINGER, F. (1974) "Genetic, environment and schizophrenia perspectives from studies of high-risk populations". *Biol. Mechns. of schizophrenia and schizophrenia-like psychoses*, Ed. Mitrude y Fukuda. Isaku Shoin. Tokio. 1974

- MINDENET M. y FAVRE J.P. (1986) Manual práctico de psiquiatría infantil. Ed. Toray-Masson.. Barcelona 1971.
- MILLER L., HAMPE E. BARRET C. y NOBLE H. (1971) "Children's deviant behavior within the general population". Journal Consult. Clin. Psychol., 1971, 37, 16-22.
- MISES R. (1968) "Réflexions sur le concept de morbidité en psychiatrie de l'enfant et son incidence sur l'approche épidémiologique". Evolut. psychiat. 33, 501-509 (1968).
- MUNOZ P.E. y CRESPO M.D. (1961) "Análisis de los determinantes de la demanda de asistencia psiquiátrica en una muestra de población general". Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr. 1961 ,9 3(189-212).
- MUNOZ P.E. (1981): "Epidemiología y asistencia psiquiátrica: La identificación de las necesidades". Actas Luso-Españ. de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines. Vol.IX, No.44 283-302
- MUSSEN P.H. (1960) Handbook of research methods in child development, New York, John Wiley, 1960.
- NELSON K. (1973) "Structure and strategy in learning to talk". Monograph of the Society for Research in Child Development, (1-2, serial No. 149) 1973.
- OCAÑA J.M. (1982) "Las demandas asistenciales en la consulta ambulatoria de psiquiatría infantil". Informaciones Psiquiátricas 1982 No.89 225-230.

O.M.S. (1962) La carence de soins maternels. Réévaluation de ses effects. O.M.S., Cahiers de Santé publique, n.14, Genève, 1962

O.M.S. (1968) "Sur la classification des maladies mentales et les statistiques de santé mentale. Séminaire de l'O.M.S". La Psychiatrie de l'Enfant, 1968, 11, fasc.2, 469-570.

OSOFSKY J.D. O'CONNELL E.J. (1972) "Parent-child interaction". Dev. Psychol., 7, 157-168.

OSTERRIETCH P. (1967) L'enfant et la famille. Les Éditions du Scarabée. Paris. 1967.

PEDREIRA MASSA J.L. (1990) "Lineas generales de atención infanto-juvenil en Asturias". En Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Compiladores J.GARCIA GONZALEZ Y V. APARICIO BASAURI. Ed. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo 1990. 125-133.

PEDREIRA MASSA J.L. (1990) "El trabajo en salud mental infanto-juvenil en el área sanitaria de Aviles". En Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Compiladores J.GARCIA GONZALEZ Y V. APARICIO BASAURI. Ed. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo 1990. 153 -181.

POROT M. (1971) L'enfant et les relations familiales. Edit. P.U.F. Paris 1971.

RABREAU J.P. (1983) "Adolescence et autorité parentale".
Sen. Hôp. Paris, 1983, 59, No.25, 1919-1924.

RENDU M. (1981) "Un cadeau innommable, une agressivité
 inavouée: l'encoprésie". Neuropsychiatrie de
 l'enfance et de l'adolescence, 1981 29(7), 365-371

REUCHLIN M. (1972) "Les facteurs socio-économiques du
 développement cognitif". En Milieu et
 développement. Ed. P.U.F. Paris 1972

RHEINGOLD H.L. COOK K.V. "The contents of boys' and girls's
 rooms as an index of parents' behavior". Child
 Development, 46, 456-463. 1975.

RICHMAN N., STEVENSON J. y GRAHAM PH. "Prevalence of
 behaviour problems in 3 year old children: an
 epidemiological study in a London borough". Journal
 Child Psychol. Psychiatry, 1975, 16, 277-287.

ROWITZ L. (1973) "Socioepidemiological Analysis of
 admissions to a state-operated outpatient clinic
 for retarded children". American Journal of Mental
 Deficiency, 1973 vol.78 No.3, 300-307.

RUTTER M. y GRAHAM PH. (1966) "Psychiatric disorder in 10
 and 11 year old children". Proc. Roy. Soc. Med.
 1966, 59, 382-387.

RUTTER M., GRAHAM PH., CHADWICK O. y YULE W. (1976)
 "Adolescent turmoil: fact or fiction". J. Child
 Psychol. Psychiatry, 1976, 17, 35-56.

- RUTTER M. (1971) "Parent-child separation: psychological effects on the children". J. Child Psychol. Psychiat., 1971, 12, 233-260.
- RUTTER M., COX A., TUPLING C., BERGER M. y YULE W. (1975) "Attainment and adjustment in two geographical areas: I. the prevalence of psychiatric disorder". Br. Journal Psychiatry, 1975, 126, 493-509.
- RUTTER M. (1985) Fundamentos científicos de Psiquiatría del desarrollo. Salvat Editores. Barcelona 1985.
- SABOT L.M., PECKS R. y RASKIN J. (1969) "The waiting room society. A study of families and children applying to a child psychiatric". Clinic. Arch. gen. Psychiat. 21, 25-32 (1969)
- SADOUN R. (1968) "Objectifs et méthodes de l'épidémiologie en psychiatrie". Evolut. psychiat. 33, 239-252.
- SADOUN R., CASADEBAIG F. y HATTON F. (1976) "Etude de la population d'enfants prise en charge au centre de santé mentale A. Binet en 1970 et 1971". Social Psychiatry 11, 179-205.
- SANCHEZ GUTIERREZ A.E. (1990) "Los servicios de salud mental en una red sanitaria integrada: utilización y servicios (el área de Mieres)". En Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Compiladores J.GARCIA GONZALEZ y V. APARICIO BASAURI. Ed. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo 1990. 83 - 109.

- SARTORIUS N. (1971) "The epidemiological approach to the psychiatric disorders". Acta paedo-psychiat. 38, 335-344 (1971)
- SARTORIUS R., WING J.K. y COOPER J.E. (1981) Guide pour un examen psychiatrique. Belgique, P. Hardaga, 1981.
- SCHACHTER F.F. y col. (1978) "Do girls talk earlier?: Mean length of utterance in toddlers". Developmental Psychology, 14, 388-392 (1978).
- SCHACHTER M. y ROUX (1946) "Le profil médico-social et psychologie de l'enfant unique". Etudes de Neuropsychopat. infantile, fac 1, 1946.
- SCHMID M. (1975) "L'équipe de psychiatrie scolaire: ses problèmes, sa clientèle, sa collaboration avec le corps enseignant". Psy. Enf., 1975, 18 (1), 261-312.
- SCHNEIDER P.B., CHISTONI G.C., BARON P. y SCHELLHORN J.P. (1967) "Contribution a l'étude de la population d'un service psychiatrique ambulatoire". Social Psychiatry No.2 vol.2: 51-65,
- SERRANO GUERRA E. (1990) "Asistencia y formas de intervencion en salud mental infantil en el área de Oviedo". En Nuevos sistemas de atención en salud mental: evaluación e investigación. Compiladores J.GARCIA GONZALEZ Y V. APARICIO BASAURI. Ed. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias. Oviedo 1990 133 - 153

- SIROL F. (1979): "Etude statistique des diagnostics cliniques en psychiatrie de l'enfant". Psychiatrie de l'enfant, XXII, 2 531-584.
- SKODAK M. y SKEELS H.M. (1945) "A follow up study of children in adoptive homes". J. Genet Psychol., 1945, 66, 21-58.
- SOUE M., NOEL J. y BOUCHARD F. (1969) Le placement familial. Les éditions Sociales Françaises. Paris 1969.
- SOULE M. (1979) "Le recueil des données et des éléments du diagnostic en psychiatrie de l'enfant et du nourrisson. Sa systématisation en 1979". Psychiatr. Enfant. 1979; XXII:585-599.
- SOULE M. y SIROL F. (1989) "Aproximación estadística a la Psiquiatría infantil. En Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente S. LEOVICI, R. DIATKINE y M. SOULE Ed. Biblioteca Nueva, Madrid 1989
- SPITZ, R. (1968) De la naissance à la parole. Ed. PUF, Paris, 1968.
- SROLE L., LANGER T.S., MICHAEL S.T., OPELER M.K. y RENNIE T.A.C. (1962) Mental health in the Metropolis. The Midtown Manhattan Study. New York, McGraw-Hill, 1962.
- STAMBAK M. y VIAL M. (1974) "Problèmes posés par la déviance à l'école maternelle". Psychiatr. Enfant. 1974, 17, 241-336.

STOLLER R. (1978) *Recherche sur l'identité sexuelle*. Gallimard, París.

STRINGER L.A. (1959) "Academic progress as an index of mental health". *Journal of Social Issues*, 1959, 15, 16-29.

SUNYER M. (1982) "Els motius de Consulta a psiquiatria infantil". Tesina Universidad Autónoma de Barcelona 1982.

SUTTER R. (1959) "Le syndrome de carence d'autorité". *Rev Neuropsych. infant.* 1959, 7, 115-129.

SZYMANSKA y KORITOWSKA (1951) "Pronostic des troubles caractériels de l'enfance et de la jeunesse". *Enfance*, 1951, 4, 161-163.

TEN HON G. PEDREIRA J.L. (1988) "Epidemiología y registro de casos en salud mental infanto-juvenil". *R.A.E.N.* vol.VIII No.26 373-393.

THEVENOT J.P. y QUEMADA N. (1989) "Procédures d'élaboration d'un dossier informatisé: La morbidité psychiatrique de secteur Infanto-Juvenile". *Neuropsychiat. Infant.*, 1989, 37,(12), 557-564.

VAZQUEZ-BARQUERO J.L. (1980) "Metodología de la investigación epidemiológica psiquiátrica: los estudios en dos fases de la comunidad". *Revista de Psiquiatría y Psicología médica* 7, 154-162.

VAZQUEZ-BARQUERO J.L., DIEZ MANRIQUE J.F. (1982) "Las fuentes de información en la investigación epidemiológica en psiquiatría" *Psiquis*, 9, 23-30.

VENTURA C. (1982) "Centre mèdic psico-pedagògic de la Comarca d'Osona" *Revista de Treball Social*. :68-74.

VERHULST F., AKKERHUIS G. y ALTHAUS (1985) M. "Mental health in Dutch children: I A cross cultural comparison". *Acta psychiatr. Scand.* 1985, 72 sup. 323-1-108.

VERHULST F., BERDEN G. y SANDERS-WOUDSTRA J. (1985) "Mental health in Dutch children, II The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures". *Acta Psychiatr. Scand.* 1985, 72 sup 324, 1-45.

VIKAN A. (1985) "Psychiatric epidemiology in a sample of 1510 ten year old children; I prevalence". *Journal Child Psychol. Psychiatry*, 1981, 20, 462-478.

WALDROP M.F. y HALVERSON C.F. (1975) "Intensive and extensive peer behavior: Longitudinal and cross-sectional analyses". *Child Development*, 46, 19-26. 1975.

WATZLAWICK P. (1972) *La logique de la communication*. Ed. Seuil, Paris 1972.

WATZLAWICK P., WEAKLAND J. y FISCH R. (1975) *Changements: paradoxes, psychothérapie*. Ed. Seuil. Paris 1975.

- WATZLAWICK P., WEAKLAND J. (1977) Sur l'interaction: Palo-Alto 1965-1974. Ed. Seuil, París 1977.
- WESTMAN J.C., CLINE D.W., SWIFI W.J. y KRAMER D.A. (1970) "Role of child psychiatry in divorce". Arch. gen. Psychiat. 1970, 23, 418-420.
- WERRY J. y QUAY H. (1971) "The prevalence of behavior symptoms in younger elementary school children". Am. J. Orthopsychiatry, 1971, 41, 136-143.
- WICKMAN, E.K. (1928) Children's behavior and teachers attitudes. New Yorks Commonwealth Fund. 1928. Citado por C. CHILAND (1971).
- WINNICOTT, D.W. (1958) Escritos de Pediatría y psicoanálisis. Ed. Laia, Barcelona, 1981.
- WINNICOTT, D.W. (1971) L'enfant et sa famille. Payot, Paris. 1971.
- WOLF S. (1970) "Comportement et pathologie de parents d'enfants perturbés". En L'enfant dans la famille; Anthony E. J. y Koupernik C. dirs. Masson et Cie, Paris 1970

466

ANEXOS

ANEXO 1

TABLAS DE CONTINGENCIA

1. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y EDAD

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y EDAD RECODIFICADA

frecuencia Z horizont. Z vertical	0 - 4	5 - 9	10 -14	15 Y MAS	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	22 23.2 23.4	38 40.0 13.0	26 27.4 14.3	9 9.5 13.2	95 14.9
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	10 31.3 10.6	9 28.1 3.1	8 25.0 4.4	5 15.6 7.4	32 5.0
NEUROSIS	13 5.2 13.8	103 41.5 35.3	90 36.3 49.5	42 16.9 61.8	248 39.0
TRASTORNOS DE ADAPTACION		15 46.9 5.1	14 43.8 7.7	3 9.4 4.4	32 5.0
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	5 14.3 5.3	23 65.7 7.9	6 17.1 3.3	1 2.9 1.5	35 5.5
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	35 29.7 37.2	68 57.6 23.3	15 12.7 8.2		118 18.6
OTROS	9 11.8 9.6	36 47.4 12.3	23 30.3 12.6	8 10.5 11.8	76 11.9
Column Total	94 14.8	292 45.9	182 28.6	68 10.7	636 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
103.58886	18	.0000	3.421	5 OF 28 (17.9%)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .37425

Number of Missing Observations = 2

2. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y SEXO

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y SEXO

frecuencia % horizont. % vertical	VARON	HEMBRA	horizont. Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	49 51.0 12.8	47 49.0 18.5	96 15.0
PSICOSIS DE LA NIEVEZ	18 56.3 4.7	14 43.8 5.5	32 5.0
NEUROSIS	149 60.1 38.8	99 39.9 39.0	248 38.9
TRASTORNOS DE ADAPTACION	26 81.3 6.8	6 18.8 2.4	32 5.0
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	19 54.3 4.9	16 45.7 6.3	35 5.5
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	84 71.2 21.9	34 28.8 13.4	118 18.5
OTROS	39 50.6 10.2	38 49.4 15.0	77 12.1
Column Total	384 60.2	254 39.8	638 100.0

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5
 18.87346 6 .0044 12.740 None

Statistic Value Significance

Contingency Coefficient .16951

Number of Missing Observations = 0

3. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y DATOS DEL PADRE

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y DATOS DEL PADRE

frecuencia Z horizontal Z vertical	VIVE	FALLEC.	DESCOM.	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	95 99.0 15.7	1 1.0 7.1		96 15.5
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	32 100.0 5.3			32 5.1
NEUROSIS	228 94.6 37.6	8 3.3 57.1	5 2.1 83.3	241 38.5
TRASTORNOS DE ADAPTACION	31 96.9 5.1	1 3.1 7.1		32 5.1
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	34 100.0 5.6			34 5.4
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	114 99.1 18.8	1 .9 7.1		115 18.4
OTROS	72 94.7 11.9	3 3.9 21.4	1 1.3 16.7	76 12.1
Column Total	606 96.8	14 2.2	6 1.0	626 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
1195095	12	.4496	.307	13 OF 21 (619 %)
Statistic		Value	Significance	

Contingency Coefficient .13687

Number of Missing Observations = 12

4. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y DATOS DE LA MADRE

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y DATOS DE LA MADRE

frecuencia Z horizontal Z vertical	VIVE	FALLECIO	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	96 100.0 15.5		96 15.3
PSICOSIS DE LA MADRE	31 96.9 5.0	1 3.1 14.3	32 5.1
NEUROSIS	241 99.6 38.8	1 .4 14.3	242 38.5
TRASTORNOS DE ADAPTACION	31 96.9 5.0	1 3.1 14.3	32 5.1
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	34 100.0 5.5		34 5.4
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	116 100.0 18.7		116 18.5
OTROS	72 94.7 11.6	4 5.3 57.1	76 12.1
Column Total	621 98.9	7 1.1	628 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
18.06646	6	.0061	.357	7 OF 14 (50.0 %)

Statistic	Value	Significance
Contingency Coefficient	.16722	
Number of Missing Observations =	10	

5. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y SITUACION CONYUGAL

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y SITUACION CONYUGAL

frecuencia % horizont. % vertical	PADRES UNIDOS 1	PADRES SEPARAD. 2	Niño HUERFANO 3	MADRE SOLTERA 4	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	90 93.8 16.1	5 5.2 12.5	1 1.0 4.8		96 15.4
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	29 90.6 5.2	2 6.3 5.0	1 3.1 4.8		32 5.1
NEUROSIS	209 86.7 37.5	18 7.5 45.0	9 3.7 42.9	5 2.1 83.3	241 38.6
TRASTORNOS DE ADAPTACION	25 78.1 4.5	5 15.6 12.5	2 6.3 9.5		32 5.1
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	34 100.0 6.1				34 5.4
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	111 96.5 19.9	3 2.6 7.5	1 .9 4.8		115 18.4
OTROS	60 80.0 10.8	7 9.3 17.5	7 9.3 33.3	1 1.3 16.7	75 12.0
Column Total	558 89.3	40 6.4	21 3.4	6 1.0	625 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
33.20818	18	.0157	.307	17 OF 28 (60.7 %)
Statistic		Value	Significance	

Contingency Coefficient .22462

Number of Missing Observations = 13

6. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y NUMERO DE HERMANOS

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y NUMERO DE HERMANOS

frecuencia % horizont. % vertical	1	2	3	4	5	6	7	9	horizon. Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	13 13.8 13.7	49 52.1 17.6	20 21.3 12.7	8 8.5 12.1	2 2.1 10.0	2 2.1 50.0			94 15.0
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	7 22.6 7.4	18 58.1 6.5	5 16.1 3.2	1 3.2 1.5					31 5.0
NEUROSIS	35 14.5 36.8	100 41.3 35.8	66 27.3 41.8	31 12.8 47.0	8 3.3 40.0	1 .4 25.0		1 .4 50.0	242 38.7
TRASTORNOS DE ADAPTACION	5 15.6 5.3	12 37.5 4.3	9 28.1 5.7	2 6.3 3.0	3 9.4 15.0	1 3.1 25.0			32 5.1
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	5 14.7 5.3	12 35.3 4.3	14 41.2 8.9	3 8.8 4.5					34 5.4
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	20 17.1 21.1	48 41.0 17.2	30 25.6 19.0	13 11.1 19.7	5 4.3 25.0			1 .9 50.0	117 18.7
OTROS	10 13.3 10.5	40 53.3 14.3	14 18.7 8.9	8 10.7 12.1	2 2.7 10.0		1 1.3 100.0		75 12.0
Column Total	95 15.2	279 44.6	158 25.3	66 10.6	20 3.2	4 .6	1 .2	2 .3	625 100.0

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5
 42.25798 42 .4598 .050 32 OF 56 (57.1 %)

Statistic Value Significance

Contingency Coefficient .25166

Number of Missing Observations = 13

7. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y LUGAR EN LA FRATRIA

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y LUGAR EN LA FRATRIA

frecuencia % horizontal % vertical	MAYOR	INTERM.	MEJOR	UNICO	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	36 38.3 16.6	11 11.7 12.6	34 36.2 15.0	13 13.8 13.7	94 15.0
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	10 32.3 4.6	4 12.9 4.6	10 32.3 4.4	7 22.6 7.4	31 5.0
NEUROSIS	80 33.1 36.9	42 17.4 48.3	85 35.1 37.6	35 14.5 36.8	242 38.7
TRASTORNOS DE ADAPTACION	17 53.1 7.8	1 3.1 1.1	9 28.1 4.0	5 15.6 5.3	32 5.1
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	13 38.2 6.0	5 14.7 5.7	11 32.4 4.9	5 14.7 5.3	34 5.4
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	31 26.5 14.3	15 12.8 17.2	51 43.6 22.6	20 17.1 21.1	117 18.7
OTROS	30 40.0 13.8	9 12.0 10.3	26 34.7 11.5	10 13.3 10.5	75 12.0
Column Total	217 34.7	87 13.9	226 36.2	95 15.2	625 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
16.63226	18	.5485	4.315	5 OF 28 (17.9 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .16100

Number of Missing Observations = 13

8. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y CONVIVENCIA

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y CONVIVENCIA

frecuencia % horizontal % vertical	CON LOS DOS PADRES	CON UN PADRE	CON UN PADRE EN 2 MUJERES	CON FAMILIA.	INSTIT. 5	ADOPTADO 6	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	88 92.6 15.9	6 6.3 11.3	1 1.1 9.1				95 15.2
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	27 87.1 4.9	2 6.5 3.8		1 3.2 20.0		1 3.2 50.0	31 5.0
NEUROSIS	208 86.0 37.6	26 10.7 49.1	4 1.7 36.4	3 1.2 60.0	1 .4 100.0		242 38.7
TRASTORNOS DE ADAPTACION	27 84.4 4.9	4 12.5 7.5		1 3.1 20.0			32 5.1
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	34 100.0 6.1						34 5.4
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	109 94.0 19.7	3 2.6 5.7	3 2.6 27.3			1 .9 50.0	116 18.6
OTROS	60 80.0 10.8	12 16.0 22.6	3 4.0 27.3				75 12.0
Column Total	553 88.5	53 8.5	11 1.8	5 .8	1 .2	2 .3	625 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
41.85129	30	.0737	.050	31 OF 42 (73.8 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .25052

Number of Missing Observations = 13

9. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y SITUACION LABORAL DEL PADRE

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y SITUACION LABORAL DEL PADRE

frecuencia % horizontal % vertical	ACTIVO	PARO	INCAPAC. LABORAL	JUBILAC.	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	80 93.0 16.1	5 5.8 7.9	1 1.2 8.3		86 15.0
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	25 86.2 5.0	3 10.3 4.8		1 3.4 33.3	29 5.0
NEUROSIS	183 83.6 36.8	29 13.2 46.0	6 2.7 50.0	1 .5 33.3	219 38.1
TRASTORNOS DE ADAPTACION	22 73.3 4.4	5 16.7 7.9	3 10.0 25.0		30 5.2
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	30 88.2 6.0	3 8.8 4.8		1 2.9 33.3	34 5.9
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	101 69.4 20.3	10 8.8 15.9	2 1.8 16.7		113 19.7
OTROS	56 87.5 11.3	8 12.5 12.7			64 11.1
Column Total	497 96.4	63 11.0	12 2.1	3 .5	575 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
28.75901	18	.0514	.151	17 OF 28 (60.7 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .21825

Number of Missing Observations = 31

10. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y SITUACION LABORAL DE LA MADRE

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y SITUACION LABORAL DE LA MADRE

frecuencia % horizontal % vertical	ACTIVA	PARO/AMA CASA	INCAPACI TADA	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	23 25.8 14.5	66 74.2 15.0		89 14.8
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	9 31.0 5.7	20 69.0 4.6		29 4.6
NEUROSIS	66 28.2 41.5	166 70.9 37.8	2 .9 66.7	234 38.9
TRASTORNOS DE ADAPTACION	15 48.4 9.4	16 51.6 3.6		31 5.2
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	6 17.6 3.8	27 79.4 6.2	1 2.9 33.3	34 5.7
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	26 22.4 16.4	90 77.6 20.5		116 19.3
OTROS	14 20.6 8.8	54 79.4 12.3		68 11.3
Column Total	159 26.5	439 73.0	3 .5	601 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
18.13022	12	.1118	.145	7 OF 21 (33.3 %)

Statistic	Value	Significance
Contingency Coefficient	.17112	
Number of Missing Observations =	20	

11. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y EDAD PADRE

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y EDAD PADRE

frecuencia % horizontal % vertical	HASTA 31 AÑOS	DE 31 A 40 AÑOS	DE 41 A 50 AÑOS	MAS DE 50 AÑOS	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	4 5.6 10.0	42 58.3 15.5	22 30.6 13.6	4 5.6 10.8	72 14.1
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	5 22.7 12.5	9 40.9 3.3	5 22.7 3.1	3 13.6 8.1	22 4.3
NEUROSIS	10 5.2 25.0	91 47.6 33.6	74 38.7 45.7	16 8.4 43.2	191 37.5
TRASTORNOS DE ADAPTACION	4 15.4 10.0	15 57.7 5.5	5 19.2 3.1	2 7.7 5.4	26 5.1
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	1 3.1 2.5	22 68.8 8.1	5 15.6 3.1	4 12.5 10.8	32 6.3
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	15 13.9 37.5	57 52.8 21.0	31 28.7 19.1	5 4.6 13.5	108 21.2
OTROS	1 1.7 2.5	35 59.3 12.9	20 33.9 12.3	3 5.1 8.1	59 11.6
Column Total	40 7.8	271 53.1	162 31.8	37 7.3	510 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
35.40972	18	.0084	1.596	8 OF 28 (28.6 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .25480

Number of Missing Observations = 96

12 DIAGNOSTICO AGRUPADO Y LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE

frecuencia % horizontal % vertical	RIZKAIA	RESTO DE C.A.V.	RESTO DE ESPAÑA	EXTRANJE RO	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	35 48.6 14.8		35 48.6 18.0	2 2.8 13.3	72 18.0
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	7 38.9 3.0	1 5.6 25.0	9 50.0 4.6	1 5.6 6.7	18 4.0
NEUROSIS	82 53.9 34.7	1 .7 25.0	65 42.8 33.5	4 2.6 26.7	152 33.9
TRASTORNOS DE ADAPTACION	12 44.4 5.1	1 3.7 25.0	13 48.1 6.7	1 3.7 6.7	27 6.0
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	11 42.3 4.7		15 57.7 7.7		26 5.8
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	60 59.4 25.4	1 1.0 25.0	37 36.6 19.1	3 3.0 20.0	101 22.5
OTROS	29 54.7 12.3		20 37.7 10.3	4 7.5 26.7	53 11.6
Column Total	236 52.6	4 .9	194 43.2	15 3.3	449 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
18.72595	18	.4089	.160	13 OF 28 (46.4 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .20009

Number of Missing Observations = 171

13. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y EDAD MADRE

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y EDAD MADRE

frecuenci % horizont. % vertical	HASTA 31 AÑOS	DE 31 A 40 AÑOS	DE 41 A 50 AÑOS	MAS DE 50 AÑOS	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	11 14.5 11.0	50 65.8 16.1	13 17.1 12.5	2 2.6 10.0	76 14.2
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	5 27.3 6.0	12 54.5 3.9	2 9.1 19	2 9.1 10.0	22 4.1
NEUROSIS	33 16.1 33.0	111 54.1 35.8	52 25.4 50.0	9 4.4 45.0	205 38.4
TRASTORNOS DE ADAPTACION	5 19.2 5.0	15 57.7 4.8	5 19.2 4.8	1 3.8 5.0	26 4.9
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	3 9.4 3.0	22 68.8 7.1	5 15.6 4.8	2 6.3 10.0	32 6.0
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	31 27.9 31.0	63 56.8 20.3	15 13.5 14.4	2 1.8 10.0	111 20.8
OTROS	11 17.7 11.0	37 59.7 119	12 19.4 11.5	2 3.2 10.0	62 11.6
Column Total	100 18.7	310 58.1	104 19.5	20 3.7	534 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
22.17692	18	.2242	.824	9 OF 28 (32.1 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .19968

Number of Missing Observations = 37

14. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y LUGAR NACIMIENTO DE LA MADRE

frecuencia % horizontal % vertical	DIAGNOSTICO AGRUPADO Y LUGAR NACIMIENTO DE LA MADRE				horizontal Total
	BIZKAIA	RESTO DE C.A.V.	RESTO ESPAÑA	EXTRANJE RO	
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	33 45.2 13.7		39 53.4 19.9	1 1.4 9.1	73 15.8
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	11 52.4 4.6	1 4.8 7.7	7 33.3 3.6	2 9.5 18.2	21 4.6
NEUROSIS	85 52.8 35.3	7 4.3 53.8	65 40.4 33.2	4 2.5 36.4	161 34.9
TRASTORNOS DE ADAPTACION	20 76.9 8.3		5 19.2 2.6	1 3.8 9.1	26 5.6
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	10 38.5 4.1	1 3.8 7.7	15 57.7 7.7		26 5.6
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	55 53.9 22.8	3 2.9 23.1	43 42.2 21.9	1 1.0 9.1	102 22.1
OTROS	27 51.9 11.7	1 1.9 7.7	22 42.3 11.2	2 3.8 18.2	52 11.3
Column Total	241 52.3	13 2.8	196 42.5	11 2.4	461 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < .5
23.71667	18	.1645	.501	14 OF 28 (50.0 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .22120

Number of Missing Observations = 177

15. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y NIVEL SOCIOPROFESIONAL DE LA FAMILIA

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y NIVEL SOCIOPROFESIONAL DE LA FAMILIA

frecuencia % horizont. % vertical	ALTO	MEDIO- -ALTO	MEDIO- -BAJO	BAJO	POBREZA	Row Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD		17 19.1 18.3	62 69.7 13.1	10 11.2 29.4		89 14.6
PSICOSIS DE LA NIÑEZ		6 19.4 6.5	20 64.5 4.2	2 6.5 5.9	3 9.7 37.5	31 5.1
NEUROSIS	1 .4 33.3	42 17.6 45.2	180 75.6 38.1	11 4.6 32.4	4 1.7 50.0	238 39.0
TRASTORNOS DE ADAPTACION		1 3.1 1.1	30 93.8 6.4	1 3.1 2.9		32 5.2
PERTURBACION DE DE LAS EMOCIONES		1 3.0 1.1	31 93.9 6.6	1 3.0 2.9		33 5.4
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	2 1.7 66.7	10 8.7 10.8	97 84.3 20.6	6 5.2 17.6		115 18.9
OTROS		16 22.2 17.2	52 72.2 11.0	3 4.2 8.8	1 1.4 12.5	72 11.8
Column Total	3 .5	93 15.2	472 77.4	34 5.6	8 1.3	610 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
50.45563	24	.0012	.152	21 OF 35 (60.0 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .27640

Number of Missing Observations = 28

16. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y SITUACION ESCOLAR

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y SITUACION ESCOLAR

frecuencia % horizont. % vertical	ESCOLARIZADO	NO ESCOLARIZADO	INTERRUPCION ESC	Row Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	82 85.4 14.1	14 14.6 31.8		96 15.1
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	25 78.1 4.3	6 18.8 13.6	1 3.1 14.3	32 5.0
NEUROSIS	241 97.6 41.3	3 1.2 6.8	3 1.2 42.9	247 39.0
TRASTORNOS DE ADAPTACION	31 100.0 5.3			31 4.9
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	33 97.1 5.7	1 2.9 2.3		34 5.4
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	101 86.3 17.3	16 13.7 36.4		117 18.5
OTROS	70 90.9 12.0	4 5.2 9.1	3 3.9 42.9	77 12.1
Column Total	583 92.0	44 6.9	7 1.1	634 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
49.50211	12	.0000	.342	10 OF 21 (47.6 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .26912

Number of Missing Observations = 4

17. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y AL CUIDADO DE ...

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y AL CUIDADO DE ...

frecuencia % horizontal % vertical	MADRE	FAMILIAR	GUARDER.	EMPLEADA	OTROS	horizontal Total
	1.00	3.00				
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	⁵ 35.7 25.0		⁸ 57.1 38.1	¹ 7.1 100.0		¹⁴ 25.9
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	¹ 28.6 10.0	¹ 14.3 100.0	³ 42.9 14.3		¹ 14.3 9.1	⁷ 13.0
NEUROSIS	¹ 16.7 5.0		¹ 16.7 4.8		⁴ 66.7 36.4	⁶ 11.1
PERTURBACION DE DE LAS EMOCIONES			¹ 100.0 4.8			¹ 1.9
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	⁹ 56.3 45.0		⁷ 43.8 33.3			¹⁶ 29.6
OTROS	³ 42.9 15.0		¹ 14.3 4.8		³ 42.9 27.3	⁷ 13.0
INTERRUPCION PROCESO DIAGNOST.					³ 100.0 27.3	³ 5.6
Column Total	20 37.0	1 1.9	21 38.9	1 1.9	11 20.4	54 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
42.66063	24	.0109	.019	31 OF 35 (88.6 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .66434

Number of Missing Observations = 0

18. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y TIPO CENTRO

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y TIPO CENTRO

frecuencia Z horizontal Z vertical	COLEGIO PRIVADO	COLEGIO PUBLICO	IKASTOLA	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	31 37.8 18.9	47 57.3 13.1	4 4.9 6.9	82 14.1
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	12 48.0 7.3	10 40.0 2.8	3 12.0 5.2	25 4.3
NEUROSIS	63 25.3 38.4	156 65.0 43.3	21 8.8 36.2	240 41.2
TRASTORNOS DE ADAPTACION	6 19.4 3.7	17 54.8 4.7	8 25.8 13.8	31 5.3
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	11 33.3 6.7	20 60.6 5.6	2 6.1 3.4	33 5.7
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	20 19.8 12.2	66 65.3 18.3	15 14.9 25.9	101 17.4
OTROS	21 30.0 12.8	44 62.9 12.2	5 7.1 8.6	70 12.0
Column Total	164 28.2	360 619	58 10.0	582 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
27.19802	12	.0072	2.491	3 OF 21 (14.3 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .21129

Number of Missing Observations = 1

19. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y NIVEL ESCOLAR

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y NIVEL ESCOLAR

frecuencia % horizont. % vertical	MATERNAL	1º PREES COLAR	2º PREES COLAR	1º EGB	2º EGB	3º EGB	4º EGB	5º EGB
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	2 2.5 20.0	6 7.4 14.6	6 7.4 9.2	7 8.6 13.0	9 11.1 16.4	7 8.6 13.2	10 12.3 16.1	10 12.3 15.2
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	1 4.3 10.0	3 13.0 7.3	5 21.7 7.7	1 4.3 19	2 8.7 3.6		1 4.3 1.6	2 8.7 3.0
NEUROSIS	4 1.7 40.0	6 2.5 14.6	16 6.7 24.6	18 7.5 33.3	20 8.4 36.4	21 8.8 39.6	25 10.5 40.3	36 15.1 54.5
TRASTORNOS DE ADAPTACION			2 6.5 3.1	4 12.9 7.4	2 6.5 3.6	3 9.7 5.7	5 16.1 8.1	1 3.2 1.5
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES		3 9.1 7.3	3 9.1 4.6	5 15.2 9.3	4 12.1 7.3	5 15.2 9.4	6 18.2 9.7	3 9.1 4.5
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	2 2.0 20.0	16 16.0 39.0	27 27.0 41.5	12 12.0 22.2	14 14.0 25.5	9 9.0 17.0	10 10.0 16.1	3 3.0 4.5
OTROS	1 1.4 10.0	7 10.0 17.1	6 8.6 9.2	7 10.0 13.0	4 5.7 7.3	8 11.4 15.1	5 7.1 8.1	11 15.7 16.7
Column Total	10 1.7	41 7.1	65 11.3	54 9.4	55 9.5	53 9.2	62 10.7	66 11.4

frecuencia % horizont. % vertical	6º EGB	7º EGB	8º EGB	1º BUP	2º BUP	3º BUP	COU	1º FP
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	6 7.4 11.8	2 2.5 7.1	6 7.4 23.1	5 6.2 21.7	4 4.9 22.2			1 1.2 12.5
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	1 4.3 2.0	2 8.7 7.7	1 4.3 3.8	2	1			
NEUROSIS	27 11.3 52.9	16 6.7 57.1	11 4.6 42.3	13 5.4 56.5	11 4.6 61.1	3 1.3 75.0	2 .8 100.0	3 1.3 37.5
TRASTORNOS DE ADAPTACION	5 16.1 9.8	2 6.5 7.1	4 12.9 15.4	1 3.2 4.3	1 3.2 5.6			1 3.2 12.5
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	3 9.1 5.9		1 3.0 3.8					
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	5 5.0 9.8	1 1.0 3.6	1 1.0 3.8					
OTROS	4 5.7 7.8	5 7.1 17.9	2 2.9 7.7	2 2.9 8.7	1 1.4 5.6	1 1.4 25.0		3 4.3 37.5
Column Total	51 8.8	28 4.9	26 4.5	23 4.0	18 3.1	4 .7	2 .3	8 1.4

frecuencia I horizont. I vertical	29 FP	39 FP	GRABUADO ESCOLAR	REM	OTROS	
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD						81 14.0
PSICOSIS DE LA NIÑEZ					1 4.3 25.0	23 4.0
NEUROSIS	2 .8 100.0	1 .4 50.0		2 .8 100.0	2 .8 50.0	239 41.4
TRASTORNOS DE ADAPTACION						31 5.4
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES						33 5.7
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO						100 17.3
OTROS		1 1.4 25.0	1 1.4 100.0		1 1.4 25.0	70 12.1
Column Total	2 .3	2 .3	1 .2	2 .3	4 .7	577 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
162.98981	120	.0055	.040	112 OF 147 (76.2 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .46932

Number of Missing Observations = 6

20. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y TRAYECTORIA ESCOLAR

frecuencia % horizontal % vertical	NORMAL	REPITE CURSO	PROGRAMA EDUCAC. ESPECIAL	CENTRO EDUCAC. ESPECIAL	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	71 91.0 14.5	5 6.4 13.9	2 2.6 5.6		78 13.8
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	13 54.2 2.7	6 25.0 16.7	4 16.7 11.1	1 4.2 50.0	24 4.3
NEUROSIS	204 87.6 41.6	16 6.9 44.4	13 5.6 36.1		233 41.3
TRASTORNOS DE ADAPTACION	29 93.5 5.9	2 6.5 5.6			31 5.5
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	29 90.6 5.9	1 3.1 2.8	2 6.5 5.6		32 5.7
RETRASO ESPECIF. DE LAS EMOCIONES	87 87.9 17.8	2 2.0 5.6	10 10.1 27.8		99 17.6
OTROS	57 85.1 11.6	4 6.0 11.1	5 7.5 13.9	1 1.5 50.0	67 11.9
Column Total	490 86.9	36 6.4	36 6.4	2 .4	564 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
44.18869	18	.0005	.085	17 OF 28 (60.7 %)

Statistic	Value	Significance
Contingency Coefficient	.26955	
Number of Missing Observations =	19	

21. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PADRE

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PADRE

frecuencia 1 horizontal 2 vertical	CONSULTA AMBULAT.	TRATAMTO	INGRESOS PSIQ.	SIN ANTE CEDENTES	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD		3 3.5 27.3	1 1.2 33.3	81 95.3 14.9	85 14.9
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	4 13.8 40.0			25 86.2 4.6	29 5.1
NEUROSIS	4 19 40.0	5 2.4 45.5		203 95.8 37.2	212 37.3
TRASTORNOS DE ADAPTACION	1 3.7 10.0	1 3.7 9.1		25 92.6 4.6	27 4.7
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES		1 3.0 9.1		32 97.0 5.9	33 5.8
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO		1 9.9 9.1	1 9.9 33.3	110 98.2 20.2	112 19.7
OTROS	1 1.4 10.0		1 1.4 33.3	69 97.2 12.7	71 12.5
Column Total	10 1.8	11 19	3 .5	545 95.8	569 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
37.11152	18	.0051	.142	21 OF 28 (75.0 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .24744

Number of Missing Observations = 51

22. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LA MADRE

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DE LA MADRE

frecuencia % horizontal % vertical	CONSULTA AMBULAT.	TRATAMTO	INGRESOS PSIO.	SIN ANTE CEDENTES	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD		4 4.7 16.0		81 95.3 14.9	85 14.7
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	2 6.9 25.0	1 3.4 4.0		26 89.7 4.8	29 5.0
NEUROSIS	2 9 25.0	13 5.9 52.0	2 9 100.0	203 92.3 37.2	220 37.9
TRASTORNOS DE ADAPTACION	1 3.7 12.5	1 3.7 4.0		25 92.6 4.6	27 4.7
PERTURBACION DE DE LAS EMOCIONES		1 3.0 4.0		32 97.0 5.9	33 5.7
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO		4 3.5 16.0		110 96.5 20.2	114 19.7
OTROS	3 4.2 37.5	1 1.4 4.0		68 94.4 12.5	72 12.4
Column Total	8 1.4	25 4.3	2 .3	545 94.0	580 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
21.72478	18	.2444	.093	20 OF 28 (71.4 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .19001

Number of Missing Observations = 58

23. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PACIENTE

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS DEL PACIENTE

frecuencia % horizontal % vertical	CONSULTA AMBULAT.	TRATAMTO	SIN ANTE CEDENTES	Row Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD		2 2.3 11.1	85 97.7 15.8	87 14.6
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	8 25.0 21.6	4 12.5 22.2	20 62.5 3.7	32 5.4
NEUROSIS	17 7.5 45.9	4 1.8 22.2	205 90.7 38.0	226 38.0
TRASTORNOS DE ADAPTACION	1 3.7 2.7		26 96.3 4.8	27 4.5
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES		1 3.0 5.6	32 97.0 5.9	33 5.6
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	7 6.0 18.9	3 2.6 16.7	106 91.4 19.7	116 19.5
OTROS	4 5.5 10.8	4 5.5 22.2	65 89.0 12.1	73 12.3
Column Total	37 6.2	18 3.0	539 90.7	594 100.0

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5 .
 43.21737 12 .0000 .818 10 OF 21 (47.6 %)

Statistic Value Significance

Contingency Coefficient .26043

Number of Missing Observations = 44

24 DIAGNOSTICO AGRUPADO Y PROCEDENCIA (sobre el número de respuestas)

	DIAGNOSTICO AGRUPADO								Nº. RESPU ESTAS
	VARIACION DENTRO DE LA NORMA	PSICODIS PESUL IARES DE LA NIEZ	NEURO SIS	TRASTOR NOS ADAPT ACION Y REACC	PERTUR BACION DE EMOCIO NES DE NIEZ Y ADOL	RETRASO ESPEC IFICO DEL DESAR ROLLO	OTROS	INTER RUPCI ON PROCE SO DIAGN OSTIC O	
PROCEDENCIA PROPIA INICIATIVA									
FRECUENCIAS.....	75	21	190	26	22	92	57	66	549
% VERTICAL.....	69%	54%	67%	76%	50%	65%	63%	61%	65%
% HORIZONTAL.....	14%	4%	35%	5%	4%	17%	10%	12%	100%
SERVICIOS MEDICOS									
FRECUENCIAS.....	13	10	45	3	10	12	16	23	132
% VERTICAL.....	12%	26%	16%	9%	23%	9%	18%	21%	16%
% HORIZONTAL.....	10%	8%	34%	2%	8%	9%	12%	17%	100%
GUARDERIA/ESCUELA									
FRECUENCIAS.....	20	6	45	4	12	36	15	17	155
% VERTICAL.....	18%	15%	16%	12%	27%	26%	17%	16%	18%
% HORIZONTAL.....	13%	4%	29%	3%	8%	23%	10%	11%	100%
SERVICIOS SOCIALES									
FRECUENCIAS.....			3	1		1	1	1	7
% VERTICAL.....			1%	3%		1%	1%	1%	1%
% HORIZONTAL.....			43%	14%		14%	14%	14%	100%
OTROS									
FRECUENCIAS.....	1	2	1				1	2	7
% VERTICAL.....	1%	5%	0%				1%	2%	1%
% HORIZONTAL.....	14%	29%	14%				14%	29%	100%
Nº RESPUESTAS									
FRECUENCIAS.....	95	32	244	32	34	117	77	97	728
% VERTICAL.....	87%	82%	86%	94%	77%	83%	86%	89%	86%
% HORIZONTAL.....	11%	4%	29%	4%	4%	14%	9%	11%	86%

24 DIAGNOSTICO AGRUPADO Y PROCEDENCIA (sobre el número de casos).

	DIAGNOSTICO AGRUPADO								Nº CASOS
	VARIACION DENTRO DE LA NORMA	PSICOSIS PECULIARES DE LA NIÑEZ	NEUROSIS	TRASTORNOS ADAPTACION Y REACC	PERTURBACION DE EMOCIONES DE NIÑEZ Y ADOL	RETRASO ESPECIFICO DEL DESARROLLO	OTROS	INTERUPCION PROCESO DIAGNOSTICO	
PROCEDENCIA PROPIA INICIATIVA									
FRECUENCIAS.....	75	21	190	26	22	92	57	66	549
% VERTICAL.....	75%	66%	78%	81%	65%	79%	74%	68%	75%
% HORIZONTAL.....	14%	4%	35%	5%	4%	17%	10%	12%	100%
SERVICIOS MEDICOS									
FRECUENCIAS.....	13	10	45	3	10	12	16	23	132
% VERTICAL.....	14%	31%	18%	9%	29%	10%	21%	24%	18%
% HORIZONTAL.....	10%	8%	34%	2%	8%	9%	12%	17%	100%
GUARDERIA/ESCUELA									
FRECUENCIAS.....	20	6	45	4	12	36	15	17	155
% VERTICAL.....	21%	19%	18%	13%	35%	31%	19%	18%	21%
% HORIZONTAL.....	13%	4%	29%	3%	8%	23%	10%	11%	100%
SERVICIOS SOCIALES									
FRECUENCIAS.....			3	1		1	1	1	7
% VERTICAL.....			1%	5%		1%	1%	1%	1%
% HORIZONTAL.....			43%	14%		14%	14%	14%	100%
OTROS									
FRECUENCIAS.....	1	2	1				1	2	7
% VERTICAL.....	1%	6%	0%				1%	2%	1%
% HORIZONTAL.....	14%	29%	14%				14%	29%	100%
Nº CASOS									
FRECUENCIAS.....	95	32	244	32	34	117	77	97	728
% VERTICAL.....	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
% HORIZONTAL.....	13%	4%	34%	4%	5%	16%	11%	13%	100%

25 DIAGNOSTICO AGRUPADO Y MOTIVOS DE CONSULTA (Sobre el número de respuestas)

	DIAGNOSTICO AGRUPADO								NO RESP
	VARICION DENTRO DE LA NORMA	PSICOSIS PECULIARES DE LA NIÑEZ	NEUROSIS	TRASTORNOS DE ADAPTACION-REACCION	PERTURBACION DE EMOCIONES DE NIÑEZ Y ADOL	RETRASO ESPECIFICO DEL DESARROLLO	OTROS	INTERUPCION PROCESO DIAG.	
MOTIVOS DE CONSULTA									
TTORNO ADAPTACION ESCOLAR									
FRECUENCIAS.....	35	5	94	15	13	34	18	26	240
% VERTICALES.....	30%	11%	27%	33%	24%	24%	17%	21%	25%
% HORIZONTALES....	15%	2%	39%	6%	5%	14%	8%	11%	100%
TTORNO COMPORTAMIENTO									
FRECUENCIAS.....	3	1	22	2	1	2	9	9	49
% VERTICALES.....	3%	2%	6%	4%	2%	1%	8%	7%	5%
% HORIZONTALES....	6%	2%	45%	4%	2%	4%	18%	18%	100%
TTORNO ADAPTACION FAMILIAR									
FRECUENCIAS.....	4	2	36	7	4	2	7	12	74
% VERTICALES.....	3%	5%	11%	15%	7%	1%	7%	10%	8%
% HORIZONTALES....	5%	3%	49%	9%	5%	3%	9%	16%	100%
SINTOMAS									
FRECUENCIAS.....	66	33	182	20	36	99	59	70	565
% VERTICALES.....	57%	75%	53%	43%	67%	71%	56%	56%	58%
% HORIZONTALES....	12%	6%	32%	4%	6%	18%	10%	12%	100%
OTROS									
FRECUENCIAS.....	8	3	8	2		3	13	7	44
% VERTICALES.....	7%	7%	2%	4%		2%	12%	6%	5%
% HORIZONTALES....	18%	7%	18%	5%		7%	30%	16%	100%
NO RESPUESTAS									
FRECUENCIAS.....	95	29	238	32	34	117	76	90	711
% VERTICALES.....	82%	66%	70%	70%	63%	84%	72%	73%	73%
% HORIZONTALES....	10%	3%	24%	3%	3%	12%	8%	9%	73%

25 DIAGNOSTICO AGRUPADO Y MOTIVOS DE CONSULTA (Sobre el número de casos).

	DIAGNOSTICO AGRUPADO								NO CASOS
	VARICION DENTRO DE LA NORMA	PSICOSIS PECULIARES DE LA NATURALEZA	NEUROSIS	TRASORNOS ADAPTACION -REACCION	PERTURBACION DE EMOCIONES DE NIÑEZ Y ADOL.	RETARDACION ESPECIFICO DEL DESARROLLO	OTROS	INTERUPCION PROCESO DIAG.	
MOTIVOS DE CONSULTA									
TORNADO ADAPTACION									
ESCOLAR									
FRECUENCIAS.....	35	5	94	15	13	34	18	26	240
% VERTICALES.....	37%	17%	39%	47%	38%	29%	24%	29%	34%
% HORIZONTALES....	15%	2%	39%	6%	5%	14%	8%	11%	100%
TORNADO COMPORTAMIENTO									
FRECUENCIAS.....	3	1	22	2	1	2	9	9	49
% VERTICALES.....	3%	3%	9%	6%	3%	2%	12%	10%	7%
% HORIZONTALES....	6%	2%	45%	4%	2%	4%	18%	18%	100%
TORNADO ADAPTACION FAMILIAR									
FRECUENCIAS.....	4	2	36	7	4	2	7	12	74
% VERTICALES.....	4%	7%	15%	22%	12%	2%	9%	13%	10%
% HORIZONTALES....	5%	3%	49%	9%	5%	3%	9%	16%	100%
SINTOMAS									
FRECUENCIAS.....	66	33	182	20	36	99	59	70	565
% VERTICALES.....	69%	114%	76%	63%	106%	85%	78%	78%	79%
% HORIZONTALES....	12%	6%	32%	4%	6%	18%	10%	12%	100%
OTROS									
FRECUENCIAS.....	8	3	8	2		3	13	7	44
% VERTICALES.....	8%	10%	3%	6%		3%	17%	8%	6%
% HORIZONTALES....	18%	7%	18%	5%		7%	30%	16%	100%
NO CASOS									
FRECUENCIAS.....	95	25	238	32	34	117	76	90	711
% VERTICALES.....	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
% HORIZONTALES....	13%	4%	33%	5%	5%	16%	11%	13%	100%

26. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y ORIENTACION TERAPEUTICA

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y ORIENTACION TERAPEUTICA

frecuencia % horizont. % vertical	TRATAMTO NECESAR.	TRATAMTO NO NECES.	INTERRUP CION	horizontal Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	5 5.3 2.2	86 90.5 47.0	4 4.2 12.1	95 15.0
PSICOSIS DE LA NIÑEZ	32 100.0 7.6			32 5.0
NEUROSIS	190 76.6 45.3	34 13.7 18.6	24 9.7 72.7	248 39.1
TRASTORNOS DE ADAPTACION	19 59.4 4.5	12 37.5 6.6	1 3.1 3.0	32 5.0
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	24 68.6 5.7	11 31.4 6.0		35 5.5
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	89 76.7 21.2	27 23.3 14.8		116 18.3
OTROS	60 77.9 14.3	13 16.9 7.1	4 5.2 12.1	77 12.1
Column Total	419 66.0	183 28.8	33 5.2	635 100.0

Chi-Square	D.F.	Significance	Min E.F.	Cells with E.F. < 5
246.76424	12	.0000	1.663	5 OF 21 (23.8 %)

Statistic	Value	Significance
-----------	-------	--------------

Contingency Coefficient .52901

Number of Missing Observations = 3

27. DIAGNOSTICO AGRUPADO Y TRATAMIENTO NECESARIO

DIAGNOSTICO AGRUPADO Y TRATAMIENTO NECESARIO

frecuencia I horizont. I vertical	CONSULTA ESPACIAD 1	TERAPIA MEDICAME 2	REEDUCA CION 3	PSICOTER INDIVID. 4	PSICOTER GRUPAL 5	PSICOTER APIA FAM 6	DERIVADO 7	NO NECES ITA/INTE 8	horiz. Total
VARIACION DENTRO DE LA NORMALIDAD	4 4.2 2.5						1 1.1 11.1	90 94.7 47.4	95 15.0
PSICOSIS DE LA	4 12.5 2.5			17 53.1 13.9	6 18.8 8.7		5 15.6 55.6		32 5.0
NEUROSIS	86 34.7 53.4		3 1.2 4.2	66 26.6 54.1	52 21.0 75.4	1 .4 16.7		40 16.1 21.1	248 39.1
TRASTORNOS DE ADAPTACION	11 34.4 6.8	1 3.1 16.7	1 3.1 1.4	6 18.8 4.9				13 40.6 6.8	32 5.0
PERTURBACION DE LAS EMOCIONES	12 34.3 7.5	1 2.9 16.7	2 5.7 2.8	6 17.1 4.9	4 11.4 5.8			10 28.6 5.3	35 5.5
RETRASO ESPECIF. DEL DESARROLLO	20 17.2 12.4	2 1.7 33.3	55 47.4 76.4	6 5.2 4.9	4 3.4 5.8	4 3.4 66.7	1 .9 11.1	24 20.7 12.6	116 18.3
OTROS	24 31.2 14.9	2 2.6 33.3	11 14.3 15.3	21 27.3 17.2	3 3.9 4.3	1 1.3 16.7	2 2.6 22.2	13 16.9 6.8	77 12.1
Column Total	161 25.4	6 .9	72 11.3	122 19.2	69 10.9	6 .9	9 1.4	190 29.9	635 100.0

Chi-Square D.F. Significance Min E.F. Cells with E.F. < 5
 552.93227 42 .0000 .302 27 OF 56 (48.2 %)

Statistic Value Significance

Contingency Coefficient .68224

Number of Missing Observations = 3

ANEXO 2

CENSO DE LA POBLACION

CENSO DE LA POBLACION MENOR DE 22 AÑOSDISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO

ANOS	TOTAL VARONES	TOTAL HEMBRAS	TOTAL POBLAC.	SEX-RATIO
menos de 2 AÑOS...	1.327	1.264	2.591	1,05
2.....	782	722	1.484	1,06
3.....	818	813	1.629	1,00
4.....	951	819	1.770	1,16
5.....	1.004	962	1966	1,04
6.....	1.035	1.001	2.036	1,03
7.....	1.108	1.080	2.188	1,03
8.....	1.196	1.157	2.353	1,03
9.....	1.295	1.187	2.462	1,11
10.....	1.227	1.234	2.461	0,99
11.....	1.247	1.144	2.391	1,09
12.....	1.174	1.204	2.378	0,98
13.....	1.220	1.159	2.379	1,05
14.....	1.175	1.146	2.321	1,03
15.....	1.035	1.038	2.073	0,99
16.....	1.045	1.024	2.069	1,02
17.....	983	922	1915	1,08
18.....	987	896	1.883	1,10
19.....	978	884	1.862	1,11
20.....	966	890	1.856	1,09
21.....	900	946	1.846	0,95
TOTAL	22.441	21.472	43.913	1,05

CENSO DE LA POBLACION ESCOLAR
DEPENDIENDO DEL
LUGAR DONDE SE REALIZAN LOS ESTUDIOS

LUGAR	PREESCOLAR Y E.G.B.	B.U.P. Y C.O.U.	F.P.	R.E.H.	TOTAL
C. PRIVADO	8.828	1.729	119	210	10.884
C. PUBLICO	10.985	3.281	910	89	15.225
IKASTOLA	2.881	82			2.963
TOTAL	22.772	5.092	1.029	279	29.172