



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

DetECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO EN NIÑOS/AS DE 2 Y 3 AÑOS MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL) DE ACHENBACH EN UN BARRIO DE BARCELONA

Joaquín Callabed Carracedo

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

Universitat de Barcelona
Facultad de Medicina
Departament de Obstetricia i Ginecologia, Pediatria, Radiologia i Medicina Fisica

2004

TESIS DOCTORAL
JOAQUÍN CALLABED CARRACEDO

**DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL DESARROLLO
EN NIÑOS(AS) DE 2 Y 3 AÑOS MEDIANTE LA APLICACIÓN
DEL CHILD BEHAVIOR CHECKLIST (CBCL) DE
ACHEMBACH EN UN BARRIO DE BARCELONA**

Director de la Tesis

Dr. Jordi Pou Fernández

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0701677986



UNIVERSITAT DE BARCELONA



Facultat de Medicina

Hospital Sant Joan de Déu
Passeig de Sant Joan de Déu, 2
08950 Esplugues de Llobregat
Tel. 93 253 21 30
Fax 93 280 41 79
E-mail: rjimenez@hsjdbcn.org

Prof. R. Jiménez
Catedràtic de Pediatria

Prof. Jordi Pou Fernández, Profesor Titular de Pediatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

CERTIFICA:

Que **Joaquín Callabed Carracedo**

ha trabajado bajo mi dirección, la Tesis Doctoral sobre el tema: "**Detección precoz de trastornos del desarrollo en niños de 2 y 3 años mediante la aplicación del Child Behavior Checklist (CBCL) de Achembach en un barrio de Barcelona**" "estando en condiciones de ser presentada para la obtención del grado de Doctor.

Lo que certifico en Barcelona a 26 de octubre de 2004

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Jordi Pou

Al Dr. Josep Figueras

Al Dr. José Luis Pedreira

A Joan Vila

Al Profesor Manuel Cruz

Al Profesor Rafael Jimenez

Al Centre Documental del Institut Catala de la Salut

Al Dr. Ricard Peiró

Al Dr. Javier Santesmases

A mis hijos Chuaquin y Axel

A los padres y madres que cumplimentaron el cuestionario CBCL.

A los niños y niñas que me convierten en un profesional privilegiado ejerciendo la profesión más bella del mundo.

DEDICATORIA

A Joaquín Callabed Escartín, ausente en la vida pero siempre presente en mi vida.

A Raquel Carracedo Escuredo por su lección magistral de una vida sencilla

A Julia Emperador Ferrer, mi esposa, por su energía de bien y por su silencioso apoyo.

Joaquín Callabed Carracedo

INDICE DE MATERIAS

1. INTRODUCCIÓN

1.1	Importancia de los trastornos del desarrollo infantil.....	p. 11
1.2	Importancia del diagnóstico precoz en los trastornos del desarrollo infantil.....	p. 13
1.2.1	La epidemiología en el diagnóstico precoz.....	p. 13
1.2.2	Los aspectos clínicos en el diagnóstico precoz.....	p. 13
1.3	Dificultad clínica de hacer el diagnóstico de los trastornos del desarrollo infantil.	p. 15
1.3.1	La importancia de detección de los factores de riesgo.....	p. 16
1.3.2	El test como ayuda diagnóstica en los trastornos del desarrollo.....	p. 19
1.3.3	La historia clínica como ayuda en los trastornos del desarrollo.....	p. 20
	1.3.3.a - Motivo consulta	
	1.3.3.b - Antecedentes familiares	
	1.3.3.c - Antecedentes personales	
	1.3.3.d - Condiciones de vida	
	1.3.3.e - Desarrollo del niño	
	1.3.3.f - Dinámica familiar	
	1.3.3.g - Escolaridad	
	1.3.3.h - Examen general	
	1.3.3.i - Actitud durante la visita	
	1.3.3.j - Diagnóstico	
1.4	Justificación de la aplicación del test de Achembach para la detección precoz de trastornos del desarrollo.....	p. 23
1.4.1	Cualidades que debe reunir un test.....	p. 23
1.4.2	Métodos de evaluación de los trastornos del desarrollo.....	p. 24
	1.4.2.a Estudios transversales	
	1.4.2.b Estudios longitudinales	
	1.4.2.c Instrumentos y técnicas de evaluación de los trastornos del desarrollo.	
	1.4.2.d.Escalas de evaluación de conducta	
	a. Escalas para padres	
	b. Escalas para maestros.	
	c. Escalas para multiinformantes	
1.4.3	Características del test de Achembach.....	p. 28
1.5	Características del barrio del Eixample donde se llevó a cabo el estudio.....	p. 31
1.5.1	Características socio-demográficas.....	p. 31
	Indicadores generales del distrito en relación a la ciudad de Barcelona.	
	Territorio	
	Población	
	Índice de capacidad económica	
	Movimiento demográfico	
1.5.2	Experiencias previas para llevar a cabo el estudio.....	p. 32

<u>2. HIPOTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS</u>	p. 40
2.1 Justificación.....	p. 41
2.2 Hipótesis de trabajo.....	p. 42
2.3 Objetivos.....	p. 43
2.3.1 Objetivo principal.....	p. 43
2.3.2 Objetivos secundarios.....	p. 43
<u>3. MATERIAL Y METODO</u>	p. 44
Material	
3.1 Cálculo de la muestra.....	p. 44
3.2 Número de niños y tipo que son necesarios.....	p. 44
3.3 Criterios de inclusión u exclusión.....	p. 45
3.3.a Criterios de inclusión.....	p. 45
3.3.b Criterios de exclusión.....	p. 45
Método	
3.4 Selección de la muestra.....	p. 46
3.5 Forma de llevar a cabo el cuestionario.....	p. 47
3.6 Análisis estadístico.....	p. 48
3.7 Medición de los resultados.....	p. 49
<u>4. RESULTADOS</u>	p. 50
4.1 Prevalencia de trastornos del desarrollo en el grupo de población seleccionada.	p. 50
4.1.1 Características de los niños.....	p. 50
4.1.2 Descripción de los percentiles de las subescalas y puntuación total del test de Achembach.....	p. 51
4.1.3 Descripción de los valores de las subescalas y puntuación del test de Achembach.....	p. 52
4.2 Comparación de nuestros resultados con los que se pueden conseguir con otras técnicas (Análisis de Clusters y punto de corte de Robert y alfa de Crombach.).....	p. 53
4.2.1 Análisis de Clusters. Comparación entre los grupos definidos por el cluster y las puntuaciones de las subescalas del test de Achembach.....	p. 55
4.2.2 Punto de corte de Robert.....	p. 57
4.2.3 Consistencia interna (alfa de Crombach).....	p. 57
4.3 Resultados según el género, formación del padre, edad del niño/a, edad del padre.....	p. 58
4.3.1 Resultados según el género.....	p. 58
4.3.2 Resultados según la formación del padre.....	p. 60
4.3.3 Resultados según la edad del niño/a.....	p. 61
4.3.4 Resultados según la edad del padre.....	p. 61

4.4 Análisis de concordancia de nuestros resultados con otros estudios realizados (índices de Kappa).....	p. 62
4.4.1 Concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos.....	p. 62
puntuación total	
subescala cognitiva	
subescala psicossomática	
subescala conductual	
subescala emocional	
internalismo	
externalismo	
4.4.2 Concordancia entre el punto de corte que mejor separaba cada subescala - punto de Robert- y la clasificación obtenida por el análisis de cluster.....	p. 62
puntuación total	
subescala cognitiva	
subescala psicossomática	
subescala conductual	
subescala emocional	
internalismo	
externalismo	
4.4.3 Análisis de concordancia entre la clasificación de Robert y nuestro punto de corte en el percentil 75.....	p. 70
puntuación total	
subescala cognitiva	
subescala psicossomática	
subescala conductual	
subescala emocional	
internalismo	
externalismo	
4.4.4 Analisis de concordancia de nuestros resultados con los de otro estudio realizado en nuestro pais por San Roman y col.....	p. 74
4.5 Prevalencia de trastornos en la puntuación total y en cada subescala según diferentes criterios de clasificación.....	p. 75
4.5.1 Prevalencia según tecnicas de Cluster, nuestros datos y punto de Robert....	p. 75
4.5.2 Relación entre el género del niño y la presencia de patología.....	p. 75
4.5.3 Relación entre el nivel de estudios del padre y la presencia de patología.....	p. 76
4.6 Respuestas del test de Achembach, que más influyen en los trastornos del desarrollo, según nuestro estudio.....	p. 77
Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los items que general la subescala conductual.....	p. 78
Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los item que componen la subescala cognitiva.....	p. 79
Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los items que generan la subescala psicossomática.....	p. 79
Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los items que generan la subescala emocional.....	p. 80

<u>5. DISCUSIÓN</u>	p. 81
5.1 Crítica a nuestro trabajo.....	p. 82
5.2 Un elogio de lo que se ha hecho.....	p. 83
5.2.1 ¿Qué hemos demostrado con nuestro estudio?.....	p. 83
5.2.2 ¿Para que sirve nuestro trabajo?.....	p. 85
5.2.3 Limitaciones de nuestro trabajo.....	p. 86
5.3 Análisis e interpretación de los resultados.....	p. 87
5.3.1 Análisis e interpretación de los resultados.....	p. 87
5.3.2 Comparación de nuestros resultados con otros estudios realizados.....	p. 90
<u>6. CONCLUSIONES</u>	p. 92
<u>7.-BIBLIOGRAFIA</u>	p. 93
<u>8. ANEXOS</u>	p. 111
8.1 Investigación de San Román y col y comparación con nuestro estudio.....	p. 111
8.2 CBCL para la edad de 2-3 años TH. ACHEMBACH.....	p. 122
8.3 Entrevista semiestructurada para pediatras de Servicio de Atención Primaria.	p. 126

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características de los niños.....	50
Tabla 2: Descripción de los percentiles de las subescalas y puntuación total del test de Achenbach	51
Tabla 3: Descripción de los valores de las subescalas y puntuación del test de Achenbach	52
Tabla 4: Comparación entre los grupos definidos por el cluster de las puntuaciones de las subescalas resumen del test de Achenbach.	56
Tabla 5: Puntos de corte según la técnica de Robert et al. que mejor separan ambos grupos	57
Tabla 6: Coeficiente alfa de Cronbach (consistencia interna) para cada una de las subescalas resumen del test de Achenbach.....	57
Tabla 7: puntuaciones de las subescalas del test de Achenbach según el género.	58
Tabla 8: puntuaciones de las subescalas del test de Achenbach según la formación del padre.....	60
Tabla 9: puntuaciones de las subescalas del test de Achenbach según la edad del niño/a.	61
Tabla 10: puntuaciones de las subescalas del test de Achenbach según la edad del padre.	61
Tabla 11: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la puntuación total.	62
Tabla 12: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala cognitiva.	63
Tabla 13: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala psicossomática.	63
Tabla 14: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala conductual.	64
Tabla 15: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala emocional.	64
Tabla 16: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala internalismo.	64
Tabla 17: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala externalismo.	65
Tabla 18: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la puntuación total.	66
Tabla 19: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala cognitiva.	66
Tabla 20: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala psicossomática.	67
Tabla 21: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala conductual.	67
Tabla 22: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala emocional.	68
Tabla 23: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala internalismo.	68
Tabla 24: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala externalismo.	69
Tabla 25: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la puntuación total.	70

Tabla 26: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala cognitiva.	70
Tabla 27: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala psicossomática.	71
Tabla 28: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala conductual.	71
Tabla 29: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala emocional.	72
Tabla 30: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala internalismo.	72
Tabla 31: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala externalismo.	73
Tabla 32: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.	73
Tabla 33: Prevalencia de trastornos en la puntuación total y en cada subescala según diferentes criterios de clasificación.	75
Tabla 34: Relación entre el género del niño/a y la presencia de patología.	75
Tabla 35: Relación entre la edad del niño/a y la presencia de patología.	75
Tabla 36: Relación entre el nivel de estudios del padre y la presencia de patología.	76
Tabla 37: Relación entre la edad del padre y la presencia de patología.	76
Tabla 38: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala conductual.	78
Tabla 39: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala cognitiva.	79
Tabla 40: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala psicossomática.	79
Tabla 41: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala emocional.	80
Tabla 42: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la puntuación total.	111
Tabla 43: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala cognitiva.	111
Tabla 44: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala psicossomática.	112
Tabla 45: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala conductual.	112
Tabla 46: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala emocional.	113
Tabla 47: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.	113
Tabla 48: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la puntuación total.	115
Tabla 49: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala cognitiva.	115
Tabla 50: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala psicossomática.	116
Tabla 51: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala conductual.	116
Tabla 52: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala emocional.	117
Tabla 53: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.	117
Tabla 54: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la puntuación total.	118
Tabla 55: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala cognitiva.	118

Tabla 26: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala cognitiva.	70
Tabla 27: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala psicossomática.	71
Tabla 28: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala conductual.	71
Tabla 29: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala emocional.	72
Tabla 30: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala internalismo.	72
Tabla 31: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala externalismo.	73
Tabla 32: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.	73
Tabla 33: Prevalencia de trastornos en la puntuación total y en cada subescala según diferentes criterios de clasificación.	75
Tabla 34: Relación entre el género del niño/a y la presencia de patología.	75
Tabla 35: Relación entre la edad del niño/a y la presencia de patología.	75
Tabla 36: Relación entre el nivel de estudios del padre y la presencia de patología.	76
Tabla 37: Relación entre la edad del padre y la presencia de patología.	76
Tabla 38: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala conductual.	78
Tabla 39: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala cognitiva.	79
Tabla 40: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala psicossomática.	79
Tabla 41: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala emocional.	80
Tabla 42: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la puntuación total.	111
Tabla 43: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala cognitiva.	111
Tabla 44: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala psicossomática.	112
Tabla 45: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala conductual.	112
Tabla 46: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala emocional.	113
Tabla 47: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.	113
Tabla 48: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la puntuación total.	115
Tabla 49: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala cognitiva.	115
Tabla 50: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala psicossomática.	116
Tabla 51: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala conductual.	116
Tabla 52: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala emocional.	117
Tabla 53: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.	117
Tabla 54: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la puntuación total.	118
Tabla 55: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala cognitiva.	118

Tabla 56: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala psicossomática.....	119
Tabla 57: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala conductual.....	119
Tabla 58: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala emocional.....	120
Tabla 59: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.	120

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Dendograma resultante de aplicar un análisis de cluster utilizando las subescalas del test de Achembach con la distancia euclídea al cuadrado y el método del vecino más lejano	pág. 55
Figura 2. Mediana y percentiles 25 y 75 de las puntuaciones de internalismo en niños	pág. 59
Figura 3. Mediana y percentiles 25 y 75 de las puntuaciones de internalismo en niñas	pág. 59

1. INTRODUCCIÓN

1-1 **Importancia de los trastornos del desarrollo infantil.**

La medicina es una ciencia y un arte que intenta promover, mantener y restaurar la salud mediante la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a los seres humanos.

La evaluación del desarrollo en la infancia comenzó a tomar importancia a partir del año 1970 cuando comienzan a reconocerse las peculiaridades del desarrollo infantil. A partir de los años 80 esta evaluación del desarrollo se dirige a la planificación de la salud y posterior verificación de los resultados (García Caballero C, González-Meneses A, 2000).

El desarrollo del ser humano, es la propiedad elemental que tienen los seres vivos de crecer en todos los sentidos y modificarse hasta llegar a su estado perfecto.

En el desarrollo intervienen factores genéticos, neurofisiológicos, nutricionales y de interacción con el entorno (Ballesta P, 2001).

Diversas escuelas, como el conductismo, cognitivismo, estructuralismo, psicoanálisis, etológica y otras han hecho importantes aportaciones al estudio del desarrollo infantil (Ajuriaguerra, 1996).

Las alteraciones del desarrollo bajo el punto de vista clínico y pediátrico pueden manifestarse de diversas formas (Garrido Landivar J, 2004) (Arbones Fernández B, 2004).

- Retraso mental
- Trastornos de la comunicación
- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador
- Deficiencia sensorial auditiva
- Deficiencia sensorial visual
- Deficiencia motora
- Trastornos mentales debidos a enfermedad médica.

El estudio 'El futuro de la salud infantil y de la Pediatría en España. Análisis propectivo Delphi. Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Barcelona, 2002' realizado por 298 profesionales dio como resultado que las líneas de investigación prioritarias par los próximos 15 años serán entre otras:

- Salud mental de los niños y adolescentes: Trastornos del comportamiento alimentario y prevención y detección precoz y tratamiento de las drogodependencias.
- Pediatría social. Investigación de desigualdades en salud: factores de riesgo nutricional, accidentes e intoxicaciones, malos tratos físicos y psíquicos.
- Aplicaciones diagnosticas y terapéuticas de la genética y biología molecular: prevención de enfermedades congénitas y hereditarias.

Es obvio que conocer las alteraciones del desarrollo y su detección precoz es un tema de gran importancia y actualidad en la salud infantil (Mardomingo MJ, 2002).

El estudio del desarrollo infantil en niños de 2 y 3 años valorando los aspectos cognitivos, emocionales, conductuales y psicosomáticos y detectando precozmente sus alteraciones, es de gran interés para el mundo de la infancia y motivo del presente trabajo. Son escasos los trabajos de investigación realizados por pediatras en este campo (Eddy, L. 1996 y García-Tornel S. 1998).

1-2 Importancia del diagnóstico precoz en los trastornos del desarrollo infantil. Epidemiología. Aspectos clínicos.

1-2 Importancia del diagnóstico precoz en los trastornos del desarrollo infantil.

El diagnóstico precoz es importante en todos los aspectos de la salud infantil. El diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo, se integra en la nueva morbilidad infantil, por lo que podemos considerar como investigación prioritaria.

Para llevar a cabo estos estudios del diagnóstico precoz nos servimos de los estudios epidemiológicos y también de los aspectos clínicos (Domenech E, Polaino A 1990).

1.2.1 La epidemiología en el diagnóstico precoz. (del gr. Epidemia, epi: sobre, demos: pueblos y logos tratado), es una disciplina dedicada al estudio de la distribución de una enfermedad en el espacio y en el tiempo dentro de una determinada población así como descripción y detección de los factores implicados en el mismo. Juega un gran papel en la descripción de los parámetros sociales en la salud y en la enfermedad.

Distinguimos tres campos de aplicación de la epidemiología en los niños/as de edad pre-escolar:

- Supervisión del desarrollo infantil en sus esferas conductuales, emocionales, cognitivas y psicosomáticas.
- Estudios referidos a la educación de los padres
- Estudios tendentes a adaptar la escuela a las necesidades del niño.

Es importante consignar que los estudios epidemiológicos pueden detectar alteraciones en los pacientes antes de que alcancen toda su expresividad clínica.

1.2.2. Los aspectos clínicos en el diagnóstico precoz

La observación clínica del paciente tendente a establecer un diagnóstico, es muy importante.

Existen diversas opiniones para explicar el desarrollo infantil:

Para los neurólogos el desarrollo es el proceso de diferenciación progresiva del sistema nervioso así como la sucesiva adquisición de actividades motoras, reflejas y voluntarias y de comportamientos y procesos de tipo cognoscitivo, que reflejan la maduración de las funciones más especializadas (Arenander AT, De Vellis J. 1994) (Campistol 2001).

Gessel (1986) considera que las direcciones que marcan el desarrollo y el crecimiento psicológico son:

- Características motrices como postura, prensión, locomoción, coordinación.
- Conducta adaptativa ante distintos estímulos como pueden ser las manuales, verbales y orientación, que sirven para acomodarse a nuevas experiencias y servirse de las pasadas.
- Lenguaje, que incluye el soliloquio, la expresión dramática, la comunicación y la comprensión.
- La conducta personal social que incluye relaciones del niño frente a otras personas y frente a estímulos culturales o a la vida doméstica, a los grupos sociales y a sus costumbres. El niño reacciona siempre como una unidad en si mismo.

Otros autores consideran que el desarrollo del niño corresponde a la evolución a través de niveles de edad sucesivos, en los que intervienen los esquemas de comportamiento que contribuyen de manera directa a las relaciones del niño con otros seres y por otra parte los mecanismos intrapsíquicos que están detrás de estos comportamientos (Manciaux M, Levobici S, Jeanneret O, Sand E, Tomkiewicz S, 1987).

Estamos firmemente convencidos de que el desarrollo es la suma de factores genéticos, neurofisiológicos, nutricionales y de interacción con el entorno que podemos denominar sociales. No es objeto del presente estudio analizar las diversas teorías al respecto sino detectar precozmente los síntomas de las alteraciones del desarrollo.

Síntomas

Los síntomas son señales que los niños/as emiten para comunicar que algo no va bien. Estos síntomas no suponen siempre una evolución patológica, pero un cierto número de niños puede estar desarrollando una enfermedad y debemos intervenir precozmente. Diatkine (1988) considera que un niño de 2 a 6 años puede tener variaciones evolutivas numerosas y son muchos los niños que se apartan de una línea óptima o simplemente media.

Algunos síntomas a considerar son:

- inhibiciones motrices
- retardos en la aparición del lenguaje
- enuresis sobre todo nocturna
- dificultades de separación de la madre
- terrores nocturnos y pesadillas que se repiten
- hipoacusias discretas

Los síntomas más frecuentes por los que consulta la familia son:

- trastornos de conducta
- dificultades de aprendizaje y lenguaje
- síntomas psicósomáticos: abdominalgias, cefaleas, tics.

El síntoma es la llave para “entrar en el edificio de la clínica” y su justa valoración depende del juicio clínico o diagnóstico. Una síntesis muy expresiva de la importancia del diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo infantil, con aplicación del método epidemiológico y de síntomas clínicos fue el trabajo de Achembach, Edelbrock, Howell (1987), en el que basándose en los síntomas que presentaban los niños estudiados, aplicó el inventario de conductas infantiles CBCL siguiendo el criterio de síntomas externalizantes a través del análisis factorial.

El interés clínico de este estudio es indudable como ponen de manifiesto las investigaciones de Verhultz (1994), San Roman, Pedreira, López-Torres, Bonete, Castelló (2002), llevados a cabo para estudios de riesgo psicopatológico, comorbilidad y seguimiento terapéutico mediante el test de Achembach.

Queremos resaltar la importancia de la Escuela Infantil como lugar idóneo para la observación clínica y para los estudios epidemiológicos. Los cuestionarios para profesores son muy útiles. (Comellas 1998, Vega Fuente A 2003, Bernardo Carrasco J 2004).

1-3 Dificultad clínica para hacer el diagnóstico de los trastornos del desarrollo. La importancia de la detección de factores de riesgo. El test como ayuda diagnóstica. La historia clínica.

Las características del desarrollo infantil hacen difícil un diagnóstico preciso. Los métodos epidemiológicos ya comentados pueden facilitarnos la detección precoz de los factores de riesgo incluso antes de que hayan cristalizado en una entidad clínica estructurada. La aplicación de un test adecuado puede facilitar mucho esta labor, que una vez realizada debe cumplimentarse con una historia clínica detallada que abarque también los factores familiares, escolares y sociales que pueden incidir en los trastornos detectados.

Dificultad clínica para hacer el diagnóstico de los trastornos del desarrollo.

La evaluación del desarrollo infantil tienen unas peculiaridades propias, que es preciso tener presentes para llegar a un correcto diagnóstico.

1. El niño/a es un ser en continua evolución por lo que debemos prestar atención a la edad, sexo y nivel de desarrollo. La edad es un indicador que junto al tipo de problemas, frecuencia de aparición e intensidad nos permite considerar un comportamiento como patológico o analizar los factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Cuando los padres consultan sobre los problemas de su hijo/a es importante observar los niveles de tolerancia respecto al caso y también la existencia de alteraciones psicológicas en algunos padres. Es preciso valorar los problemas de ajuste marital y personal, tipo de percepciones sobre el desarrollo del niño, habilidades sobre solución de problemas sociales extrafamiliares.
3. La plasticidad propia de la etapa infantil puede favorecer que se moldeen en el contexto familiar comportamientos inadecuados en el niño como producto de la relación con diferentes miembros de la familia, como pueden ser prácticas de tipo aversivo o coercitivo en las que algunos padres se implican.
4. Otro problema añadido es que los problemas de comportamiento se pueden producir en diversos contextos como es el hogar, el colegio etc.

En función de los objetivos que se persigan en el estudio esta información puede ser recabada por medio de diversos instrumentos: registros de observación, pruebas estandarizadas, escalas para padres o profesores etc.

En líneas generales se puede afirmar que los padres son los informadores más idóneos cuando se trata de recabar información sobre el comienzo e intensidad del problema (Ezpeleta L, Granero R, Osa N, Domenech JM, Guillamon N 2002).

Ante estas dificultades, el evaluador infantil ha de mostrar las siguientes habilidades y conocimientos:

- Conocer las pautas del desarrollo infantil
- Conocer los factores socio culturales y expectativas educativas, demandas y criterios de la familia y del contexto escolar
- Tener habilidades específicas (lúdicas, comunicación, temas infantiles) para favorecer la implicación del niño en la evaluación.

Por último, otra peculiaridad de la infancia se refiere a que determinadas respuestas fisiológicas se pueden confundir con problemas de comportamiento. Por ejemplo los vómitos, cefaleas y dolores abdominales pueden ser la manifestación de miedos o

angustias que se expresan con comportamientos de evitación (negación a acudir al colegio, demora a la hora de enfrentarse a actividades académicas). (Kreiser, 1989).

Ante estas dificultades de evaluación del desarrollo infantil la aplicación de un test puede ser de gran utilidad ya que nos permite detectar si hay una desviación evolutiva, una variación en el tipo de comportamiento en relación con el grupo de referencia, una adaptación apropiada a una variedad de demandas situacionales o una desviación inesperada del curso previsto de evolución individual.

1-3-1 La importancia de la detección de los factores de riesgo.

Riesgo psicopatológico es aquel rasgo o característica (personal, familiar o ambiental) que por estar asociada al padecimiento de un determinado trastorno hace que su presencia sea mucho más frecuente en los niños en los que en el futuro manifestarán estos trastornos, siempre que la presencia de tal indicador comparezca, específicamente o, previamente a la manifestación de este trastorno.

El concepto de riesgo, es decir tener conocimiento de algo antes de que se produzca es de gran importancia epidemiológica y puede facilitar factores de riesgo, calculo de riesgo etc. Backet (1984).

Son rasgos probabilísticos, más o menos condicionantes de la aparición de una determinada enfermedad. Gracias a estos factores de riesgo podemos hablar de poblaciones infantiles de alto riesgo psicológico, muy importante para el diseño de programas de prevención (Polaino 2001)

Tsiantis y Marcrici (1995) han trabajado en la identificación de factores específicos de riesgo que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

Los trabajos en nuestro país de Doménech E. (1993) y Polaino A (2001). Fontana A. (2001) han sido relevantes. Es preciso destacar el estudio de Choquet y Davidson (1982), con un trabajo de gran importancia y plena actualidad, demostrando lo legítimas que resultan las acciones preventivas basadas en las investigaciones que ha establecido la psicopatología

El signo de alarma permite la detección precoz de una evolución psicopatológica. E. Doménech (1993) clasifica los signos de alarma en 5 grupos

- mala vinculación afectiva
- mala comunicación intencional
- alteración en el pensamiento simbólico y funcionamiento cognitivo.
- alteraciones de la psicomotricidad

Según Fontana Abad (2001), signo de alarma es cualquier dato de la observación clínica que constituya una cierta manifestación- potencial o actual- de una posible alteración en el niño, con independencia de que pueda hacerse evidente o no en ese preciso momento o en una etapa posterior de su evolución. Es un concepto clínico que permite la detección precoz de una posible evolución psicológica del niño en el futuro.

La OMS (1993) define por factor de riesgo toda característica o circunstancia determinable en una persona o grupo de personas que se sabe va asociada a un riesgo anormal de existencia o de evolución especial a dicho proceso. La detección tiene un gran interés para la prevención primaria.

Según Rumeau-Roquette et al (1985) todo indicador de riesgo debe ser:

- cuantitativo
- accesible (ni muy complicado, ni costoso)
- fácil de comprender
- admitido por profesionales.

Doménech (1988) clasifica los factores de riesgo en biológicos y psicológicos. El riesgo psicológico puede provenir del propio niño o del entorno, es decir propio de la característica temperamental del mismo niño o del riesgo procedente del entorno como situaciones estresantes, estímulos del entorno puntuales o crónicos con los que el niño se encuentra sometido desde el inicio de la vida. Un signo aislado tiene un valor relativo y debe tenerse en cuenta la interacción entre factores de riesgo, la multiplicidad, los factores que protejan al niño contra el riesgo ambiental y la especial vulnerabilidad de cada niño.

En 1982 Choquet y Davidson realizaron un trabajo epidemiológico de importancia, ya que aporta varias pruebas de lo legítimas que resultan las acciones preventivas basadas en las investigaciones clínicas recientes que han establecido la psicopatología, es decir, la clínica de los trastornos funcionales y psicosomáticos de las primeras edades Cramer, (1977); Kreisler (1989). La muestra estudiada está compuesta por 415 niños nacidos en 1974 en el distrito XIV de París, no seleccionados y visitados en 4 ocasiones (3, 9, 18 y 35 meses). Valoraron el desarrollo físico y psicoafectivo del niño, el modo de custodia que se había utilizado con él, a sus padres y sus condiciones de vida.

Se identificaron tres grupos homogéneos teniendo en cuenta variables que se referían a la salud y al comportamiento del niño de tres años. La mayoría de los niños (69%), se encuentran en el grupo I cuyo estado era satisfactorio. El grupo II (21%) los consideraron de riesgo reducido. El grupo III (10% de la muestra total. 0% de chicos) presentaban una frecuencia elevada de trastornos y se consideraron constituyentes de un grupo de alto riesgo a partir de las siguientes características:

- Bronquitis de repetición.
- Otitis de repetición.
- Haber sido hospitalizados durante más de tres días entre los 18 meses y los 3 años.
- Actitudes coléricas frecuentes
- Estar con frecuencia descontento.
- Apetito caprichoso.
- No tener un objeto transicional
- Ausencia de juegos en solitario
- Tomar medicamentos sedantes.
- Haber tenido varios accidentes entre los 18 meses y los 3 años.

En este último grupo, 8 de cada 10 niños presentaban, al menos, 6 de estos caracteres, mientras que en el grupo de "bajo nivel de riesgo", la gran mayoría de los niños no superaba la asociación de 3 de estos caracteres (ninguno tuvo 6). Así métodos matemáticos-basados en la epidemiología- han permitido identificar, sin ningún a priori, un grupo de niños que presentan las características médicas y psicológicas de los sujetos de alto riesgo tal y cómo han sido definidas clínicamente por los paidopsiquiatras, permitiendo cuantificar este grupo de alto riesgo en una población no seleccionada previamente.

Los padres de los niños de alto "riesgo" habían sido "colocados fuera de su hogar" durante su infancia con más frecuencia que los otros. Las madres se describen más a menudo como insomnes, agotadas, nerviosas, deprimidas y dicen tener relaciones poco íntimas y cálidas con ese niño. Llama la atención en este grupo que resulte relativamente rara la

aparición de trastornos múltiples después de los 18 meses; en cambio es totalmente significativo el cúmulo y la persistencia de trastornos (en 35 sobre 43 de los casos).

La importancia de esta investigación viene dada porque si en el grupo III se encuentra la cifra de 10% de los niños de alto riesgo, de forma simple y no intrusiva puede hacerse un diagnóstico precoz de niños con estas características, muy pronto, a partir del segundo año de vida, mientras que las otras investigaciones no lo hacen más que en una edad más tardía y permiten por tanto una prevención menos precoz.

La presencia de factores protectores como el sexo la alta autoestima, la capacidad para resolver problemas, ambientes familiares armoniosos, reduce la posibilidad estadística de incidencia de patologías (Moreno y Ruano, 1988). Uno de los primeros estudios sobre resistencia se llevó a cabo en la isla de Kawai (Hawai) por Garmezy (1981).

Pedreira (1997) basándose en clasificación de BOYCE sobre los niños vulnerables, hace cuatro grupos de vulnerabilidades, relacionándola verdadera vulnerabilidad con la percepción de las figuras parentales de la vulnerabilidad: Grupo D: Vulnerabilidad inexistente o de escaso valor, Grupo A: Vulnerabilidad alta. Grupo B: Error tipo de la percepción de las figuras parentales y Grupo C: Error II de la percepción de las figuras parentales.

En este mismo trabajo el autor señala formas de presentación clínica del niño vulnerable.

1. Dificultades importantes patológicas para los procesos de separación;
- 2 Problemas de sueño;
3. Dificultades de las figuras parentales para establecer los límites adecuados para su edad;
- 4.Sobrepotección por parte de las figuras parentales;
5. Agresiones físicas del niño a las figuras parentales;
6. El niño es descrito como hiperactivo/inquieto/nervioso;
7. Dificultades para terminar las tareas escolares; dificultades de aprendizaje;
8. Excesivos problemas de salud, lo que origina una elevada frecuentación de los servicios de atención sanitaria.

Rodríguez Sacristán (1995) plantea que la regla de oro en la determinación de las causas de los trastornos psíquicos en la infancia es la que defiende la cocausalidad y la multifactorialidad, es decir, la presencia conjunta de varias causas, acompañadas siempre de un cortejo de factores y circunstancias que sin que puedan considerarse como claramente causales, intervienen influyendo, facilitando o entorpeciendo los trastornos.

Se espera que la investigación sobre riesgo y la protección puedan contribuir en gran medida a la prevención y mejora de los trastornos del comportamiento Rutter (1997) hace una descripción de las cuatro formas que un niño o adolescente pueden estar protegidos:

1. Reducción de influencia de riesgo
2. Reducción de las reacciones negativas en cadena.
3. Desarrollo de autoestima y la auto eficacia.
4. Apertura de oportunidades.

Las últimas investigaciones han demostrado que los factores de riesgo y los factores protectores están estrechamente ligados a problemas en el desarrollo, pero no de forma específica y lineal, por ejemplo la depresión materna está relacionada con vínculo inseguro (Lyons, Ruth et al., 1987, problemas cognitivos y de lenguaje y problemas de interacción social (Field et al. 1992)

Las condiciones de riesgo vienen de diferentes dominios: biológico, psicológico o social y pueden darse simultáneamente o de forma separada, también pueden estar aumentadas o aminoradas por el sistema familiar (Rutter, 1997; Seifer, 1995). El número total de condiciones de riesgo que afectan a un niño expuesto a un tipo específico de factor de

riesgo. La falta de especificidad de los factores sencillos o múltiples de riesgo puede explicarse porque resultan involucrados una serie de factores de riesgo y el resultado que se da a menudo es equívoco (Zeanah, 1997).

Es probable que cada factor de riesgo específico se una suma de otros factores de riesgo que actúen en común. Por ejemplo, niños que crecen en la pobreza tienen más probabilidad de tener padres con perturbaciones psiquiátricas y a padecer nutrición inadecuada y un cuidado prenatal pobre (Halpern, 1993)

En la actualidad los investigadores están intentando identificar los mecanismos por los cuales los factores de riesgo y vulnerabilidad interactúan en la infancia. Rutter (1980) dice "no es suficiente decir que los trastornos son multifactoriales y que su evolución depende un poco de todo (...). Es importante también descubrir que factor es particularmente dominante, con qué resultado, que tipos de interacciones se dan y que mecanismos operan". Rutter distingue los factores que pueden condicionar el riesgo.

1.3.2 El test como ayuda diagnóstica, en los trastornos del desarrollo.

El test (del latín "testis" testigo), constituye una ayuda importante para el diagnóstico precoz de los trastornos del desarrollo. Pueden ser aplicados a padres, maestros, al propio niño o a otros niños que conozcan al niño-paciente, teniendo presente la edad de los mismos.

Los cuestionarios están constituidos por ítems en forma de preguntas (abiertas o cerradas) a las que el encuestado debe responder.

Los inventarios (check-list) están formulados en forma de listado y recogen las respuestas si/no, presente/ausente.

Las escalas recogen las respuestas a un grupo de preguntas en base al grado de apreciación (nada, mucho, 0 a 5 etc.)

En general todos estos instrumentos son fáciles de aplicar, son económicos y requieren poca formación por parte del entrevistador.

En el campo de la problemática infanto-juvenil, Achenbach (1987) hace una importante aportación a la hora de agrupar los problemas en tres grandes dimensiones

- Problemas de externalización, como hiperactividad, agresión o delincuencia.
- Problemas de internalización como problemas de personalidad, timidez, ansiedad o inhibición.
- Mixtos o combinados como problemas sociales, de pensamiento y de atención.

Para la atención de los grupos de trastornos anteriores, se han utilizado diferentes instrumentos como la Chile Behavior Checklist, el Teacher Report Form y el Youth Self Report.

El Child Behavior Check-list (CBCL Achenbach, Edelbrock, Howell 1987), registra un amplio conjunto de conductas adaptativas y conductas problemas de niños con edades comprendidas entre los 4 y 16 años. Existe una versión para padres y otra para maestros y se puede utilizar tanto para población clínica como normal. Las respuestas se contestan en una escala de 3 puntos (0-2) que refleja la gravedad y la frecuencia de los

comportamientos. El grado de especificación de los items varia desde los más específicos (p.ej. prende fuego, roba en casa) hasta otros menos específicos (p. ej. miedo a los propios impulsos), se han establecido tres grupos de trastornos

- Externalizantes (hiperactividad, agresividad, delincuencia y otros problemas).
- Internalizantes (depresión, incomunicación, obsesión, compulsión, quejas somáticas, aislamiento social y esquizofrenia)
- De tipo combinado o mixto, como problemas de tipo social.

La puntuación se puede visualizar en un perfil individual que compara los repertorios del niño con los patrones normativos en función de la edad y del sexo.

Es evidente que el test supone una gran ayuda diagnostica en el campo de la problemática infanto-juvenil.

1.3.3 La historia clínica como ayuda en los trastornos del desarrollo

Entendemos por historia clínica la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos tanto anteriores personales y familiares, como actuales relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual (Laín Entralgo, 1998)

Cuando el test practicado al niño/a permite clasificar al paciente como de riesgo, debe ser observado clínicamente por personal cualificado para profundizar en el estudio.

Una aportación importante a las características de la historia clínica en problemas psicopatológicos ha sido la de Vallejo (1991) Seva (1991).

1.3.3.a MOTIVO DE CONSULTA

Aquí se incluirán los diferentes síntomas o signos de alerta aparecidos en el test practicado

- Alteraciones del sueño: terrores nocturnos, sonambulismo
- Alteraciones de la alimentación: anorexia, rechazo de comida, vómitos
- Alteraciones esfinterianas: enuresis, encopresis
- Alteraciones del comportamiento
- Alteraciones físicas: visión, audición, cefaleas, abdominalgias.

1.3.3.b ANTECEDENTES FAMILIARES

Enfermedades hereditarias o no hereditarias que pueden influir en la salud del niño
País de origen de los padres.

1.3.3.c ANTECEDENTES PERSONALES

- Embarazo: incidentes, accidentes, enfermedades
- Parto: eutocico u otras modalidades
- Nacimiento: peso, talla, test de Apgar, necesidad de reanimación
- Alimentación: materna, artificial, mixta
 - Ictericia
 - Disnea
 - Cianosis

Soplo cardiaco
Pulso femoral
Hepatomegalia
Esplenomegalia
Hernias
Pulso central
Pulso periférico
Motilidad
Reacción a estímulos sonoros
Estado ocular
Reflejo fotomotor
Caderas
Genitales
Despistaje de metabolopatías
Peso de salida de la clínica

1.3.3.d CONDICIONES DE VIDA

¿La madre trabaja fuera de casa?
¿El niño vive en el domicilio de los padres? ¿Quién se ocupa de él?
Estatus de la familia. ¿Desempleo?
¿Inmigración? Religión Etnia
Separación. Divorcio. Familia monoparental.

1.3.3.e DESARROLLO DEL NIÑO

En la valoración del desarrollo del niño tendremos en cuenta los siguientes aspectos

Embarazo

- deseado o no
- vivencias de la madre
- dificultades durante el embarazo

Parto

- a término, prematuro
- peso al nacer
- enfermedades perinatales
- test de Apgar

Primera lactancia

- alimentación materna o artificial
- ciclos sueño-alimentación
- cólico del lactante, enfermedades psicosomáticas.

Desarrollo psicomotor

Postura:

- mantiene la cabeza (3 meses)
- sedestación (6-8 meses)
- se mantiene de pie (9 meses)
- marcha (12 a 15 meses)
- puntapié a la pelota (24 meses)

Sociabilidad

- sonrisa (3 meses)
- distingue una prohibición (10 meses)
- señala lo que desea (15 meses)
- ayuda a guardar juguetes (24 meses)

Lenguaje

- balbuceo (3 meses)
- vocaliza sílabas (7 meses)
- palabras de dos sílabas (9 meses)
- tres palabras (12 meses)
- ocho palabras (18 meses)
- construye frases (24 meses)
- seis sílabas (36 meses)

Coordinación

- reacción al ruido de campanilla (1 mes)
- vuelve la cabeza para seguir un objeto (3 meses)
- coge un cubo al contacto (5 meses)
- hace garabatos débiles (12 meses)
- construye torre de 2 cubos (15 meses)
- construye torre de 3 cubos (18 meses)
- construye torre de 6 meses (24 meses)

De una forma general podemos decir que un niño/a de 2 años:

- camina y corre
- articula palabras y frases
- posee control de esfínteres anal y urinario
- tiene un cierto sentido de su identidad y de posesión personal

Un niño/a de 3 años:

- se expresa con oraciones y utiliza palabras como instrumento del pensamiento
- intenta comprender el medio que le rodea y ajustarse a los requerimientos educativos.

1.3.3.f DINAMICA FAMILIAR

- Nivel de comunicación con los padres
- Actitud de los padres ante los problemas de los hijos
- Capacidad de reducción de problemas
- Instrucción de los padres
- Actitudes positivas y niveles de crítica, hostilidad y rechazo
- Antecedentes psico-patológicos de los componentes del núcleo familiar.

1.3.3.g ESCOLARIDAD

- Edad de comienzo de la escolarización
- Reacciones tempranas del niño/a con el colegio, profesores o compañeros
- Actitud ante el juego: inhibición, rechazo
- Historial de cambios de colegio
- Rendimiento académico
- Planteamientos futuros

1.3.3.h EXAMEN GENERAL

- Aspecto físico
- Estado nutritivo
- Signos de dejadez, abandono o maltrato
- Nivel de inhibición/desinhibición
- Contacto ocular. Conversación espontánea
- Observación de relaciones familiares
- Examen físico por aparatos
- Examen del grado de desarrollo correspondiente a su edad.

1.3.3.i ACTITUD DURANTE LA VISITA

En la primera reunión con el niño deberemos tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Crear ambiente calmado, silencioso, distendido, cordial
- Evitar críticas y reproches
- Ayudar al niño con explicaciones adaptadas a su edad y su nivel de comprensión.
- Ayudar al niño a expresarse a través del juego, dibujos etc.
- Utilizar un lenguaje sencillo y claro. Escuchar todo lo necesario. La comunicación verbal y no verbal puede ser muy útil.

1.3.3.j DIAGNOSTICO

El termino diagnóstico significa conocimiento a través de signos, reconocimiento, distinción, deliberación y decisión.

Los objetivos que pretende un diagnóstico son:

- Identificar las causas y factores que intervienen en el origen, desarrollo y configuración del problema.
- Conocer el desarrollo psico-biológico del niño y el modo como ha enfermado.
- Formular un juicio clínico
- Preparar el camino para una intervención terapéutica.

La historia clínica es fundamental para el estudio del niño, así como una exploración física, instrumental y con pruebas complementarias adecuadas, que amplían los diagnóstico clínicos y permiten plantear las terapéuticas pertinentes (Piper H, Stronach I. (Eds).2004) (Portela M, Almudena R, 2004).

1.4 Justificación de la aplicación del test de Achembach.

1.4.1 Cualidades que debe reunir un test

1.4.2 Métodos de evaluación de los trastornos del desarrollo

1.4.3. Características del test de Achembach

1.4.1 Cualidades que debe reunir un test

Los test (raíz del latín "testis" testigo) son pruebas psicológicas que disponen de normas estimatorias o baremos establecidos previa tipificación. La tipificación o estandarización consiste en aplicar el test a grupos representativos de la población e investigar los resultados en normas o baremos que utilizaremos como punto de comparación de los futuros estudios

La aplicación de los test es sencilla. Requiere únicamente un ambiente tranquilo y una buena sintonía entre el examinador y el sujeto que estimule adecuadamente la disposición del último para intentar conseguir los mejores resultados posibles.

La comprobación del valor exploratorio de los test consiste en examinar su validez y fiabilidad. Los test que se usan en clínica ya están debidamente valorados.

La validación del test puede hacerse mediante el análisis factorial del test para observar si en él existe o no una saturación suficiente del factor o factores del test (validación interna) o mediante la comparación de los resultados obtenidos por los mismos sujetos en el test problema y en otras situaciones (validación externa).

La fiabilidad se refiere al grado de constancia en los resultados del test. Solo aquellos que proporcionan una información estable son fiables.

Los resultados del test no deben ser estimados aisladamente, sino integrados con los demás datos exploratorios en el contexto de la historia clínica.

Hay unas reglas generales para el diseño de cuestionarios

1. Deben ser cortos
2. Deben expresar términos claros y precisos con redacción sencilla
3. Un tamaño que facilite su manejo
4. Espacios suficientes para respuestas
5. Diseño apropiado para el tema que deseamos investigar
6. Adiestrar al personal que recogerá los datos
7. Preferiblemente a base de preguntas cerradas que permiten respuestas concretas
8. Señalar y explicar los objetivos que se persiguen.

1.4.2 Métodos de evaluación de los trastornos del desarrollo.

Vamos a distinguir

- 1.4.2.a Estudios transversales
- 1.4.2.b Estudios longitudinales
- 1.4.2.c Instrumentos y técnicas de evaluación de los trastornos del desarrollo.

1.4.2.a Estudios transversales

Los estudios transversales van dirigidos a valorar la prevalencia de una alteración particular en una determinada población en un periodo específico de tiempo. Nos aportan información sobre potenciales factores de riesgo asociados al status de una enfermedad, por ejemplo al mostrar que la prevalencia varía según sexo y clase social.

El objetivo inmediato del diagnóstico epidemiológico es conocer la distribución de un trastorno en una población humana: magnitud del problema, número de sujetos afectados, gravedad de los mismos y su localización en el "espacio" social. Para poder efectuar este tipo de estudios es preciso conocer el concepto de prevalencia que representa una medida o índice básico de morbilidad en salud mental.

La **prevalencia** de una afección corresponde al nivel de afectación de este trastorno (número de casos existentes) en un momento dado, para calcularla se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Tasa de prevalencia} = \frac{\text{Nº de casos en un momento dado}}{\text{Población expuesta a riesgo en este periodo}} \times 100$$

La investigación epidemiológica en la psicopatología infantil se ha centrado en la prevalencia de síntomas concretos. Los síntomas se han examinado en función de la edad (edad escolar) y el sexo mediante diseños trasversales (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970; Shepherd, Oppenheim & Mitchell 1971; Werry & Quay, 1971)

Más recientemente se ha estudiado la prevalencia de problemas específicos de niños en edad preescolar y aún más jóvenes (Crowther, Bond & Rolf, 1981; Earls, 1980; Richman, Stevenson & Graham, 1982), así como trastornos específicos, especialmente la hiperactividad o trastorno por déficit de atención (Bosco & Robin, 1980).

Hay pocos estudios epidemiológicos de la psicopatología de la temprana edad (Richman et al. 1975; Earls et al. 1980; Achenbach et al. 1987; Koot et al. 1991). Tales estudios se han realizado en muestras de niños de 2 y 3 años; son interesantes porque aportan datos sobre la prevalencia de las alteraciones en niños pequeños. En el último estudio citado, Koot y Verhulst utilizaron el Child Behavior Checklist para edades 2-3" (Achenbach et al, 1987) y a partir de la información obtenida por los padres, hallaron una prevalencia de alteraciones psicopatológicas en un 7,8% de la población general holandesa.

En un estudio anterior utilizando un procedimiento semejante se encontraron cifras más elevadas en Estados Unidos (Achenbach et al 1987) y Larson et al (1988) hallaron en Canadá una prevalencia de un 11,1% algo inferior la de los de USA.

Pedreira & Sardinero (1996) realizaron un estudio de prevalencia de trastornos mentales en la etapa infantil sobre población que acude a consultas pediátricas y obtuvieron una tasa de prevalencia de 30,2%, con lo que demuestra que los problemas emocionales y comportamentales de los niños/as son una patología importante en la práctica de nuestro entorno; Afirman que solo 1/3 de los niños/as con trastornos mentales son derivados para evaluación y tratamiento al servicio especializado de salud mental infantil, 2/3 restantes o no son identificados por los pediatras, o bien son asumidos por ellos mismos.

1.4.2.b Estudios longitudinales

La investigación longitudinal evalúa a los mismos sujetos a lo largo del tiempo en repetidas ocasiones, ya sea mediante la observación o sometidos a pruebas. La estrategia longitudinal es la única que tiene capacidad para responder preguntas acerca de la naturaleza y curso del desarrollo.

Está universalmente aceptado que los niños no se desarrollan de un modo uniforme y que las diferencias genéticas, ambientales y la interacción de ambos tipos de influencias, hacen que no todos los niños sigan el mismo ritmo evolutivo(Sameroff & Chandler, 1975) Por tanto, para la comprensión de las transiciones evolutivas individuales, ha de estudiarse longitudinalmente al mismo niño.

Los diseños prospectivos investigan el riesgo de modo longitudinal, haciendo una observación de los sujetos en periodos de tiempo determinados. A medida que pasa el tiempo, algunos de los sujetos pueden manifestar trastornos de la conducta. El

investigador puede entonces examinar la información que tiene a fin de establecer que variables están ligadas al hecho de que se haya producido el trastorno

Entre las publicaciones de alto riesgo más importantes, se encuentra el estudio longitudinal de Rochester (Sameroff A, Seifer R, Zax M, 1982) donde un estudio prospectivo examinó el impacto de los múltiples factores de alto riesgo en el desarrollo infantil. Los factores de riesgo examinados incluyeron la psicopatología materna, evaluada en términos de severidad cronicidad y diagnóstico.

Otro de los estudios longitudinales de interés del que ya hemos hecho referencia anteriormente es el realizado por Choquet & Davidson (1982) en el que estudiaron a 415 niños nacidos en 1974, en el distrito XIV de París, no seleccionados y vigilados en 4 ocasiones (3,9,18 y 35 meses). Este estudio se refiere al niño, a su desarrollo físico y psicoafectivo, al modo de custodia que se ha utilizado con él, a sus padres y a sus condiciones de exigencia. Como resultado de este estudio se identificaron tres grupos Grupo I (no riesgo), II (riesgo reducido) y III (alto riesgo), en este último grupo aparece como significativo el cúmulo y la persistencia de trastornos, siendo más frecuente que en los otros grupos en que sus padres habían sido "colocados fuera de su hogar" durante su infancia y las madres fueron descritas como insomnes, agotadas, nerviosas, deprimidas y dicen tener relaciones poco íntimas y cálidas con ese niño.

Los estudios longitudinales que se han realizado son sobre evolución de patologías concretas en la infancia; de gran interés es el realizado por Manzano & Palacio (1981) sobre psicosis infantil, también se han realizado estudios longitudinales sobre los TDAH o trastornos de conducta, pero sobre factores de riesgo apenas existen estudios con metodología epidemiológica.

1.4.2.c Instrumentos y técnicas de evaluación de los trastornos del desarrollo

1. Evaluación del niño de 0-2 años

Instrumentos de evaluación.

2. Evaluación del niño de 3-6 años

Instrumentos de evaluación

3. Entrevistas de evaluación

4. Escalas de evaluación de conducta

4a Para padres

4b Para maestros

4c Para multiinformantes

La psicología del desarrollo es el estudio científico de los cambios conductuales, cognoscitivos y de la personalidad que ocurren durante los ciclos de vida de los organismos Safarino (1988)

Esta definición contiene tres ideas básicas: la idea del cambio, las diferentes áreas en que este opera y el aspecto longitudinal del cambio.

En cada grupo de edad hay más peculiaridades que debemos conocer.

1.- Evaluación del niño de 0-2 años

En esta edad la interacción con la madre será determinante.

El diagnóstico se lleva a cabo

-A partir de la demanda de los padres

-Exámenes periódicos que el pediatra realiza habitualmente

-Controles médicos de factores de riesgo.

La evaluación psicológica de los bebés posibilita

1. Diagnóstico precoz de los retrasos
1. Intervenciones preventivas
2. Tratamiento terapéutico temprano

Instrumentos de evaluación (0-2 años)

Existen escalas de desarrollo que posibilitan una evaluación directa con el bebé. Exploran las competencias del recién nacido y los cambios en el desarrollo de conductas vinculadas a motricidad, lenguaje y socialización con las personas que rodean al niño/a.

Se completan con cuestionarios de desarrollo aplicados a los padres.

Escala de Brazelton

Escala de evaluación de conducta neonatal

Escala de Gessel

Escala de Brunet-Lezine

Escala de Bayley I y II

La escala de Denver

Escala de inteligencia sensorio motriz

La escala ordinal del desarrollo psicológico

La escala observacional del desarrollo

Escala de Montagner

Raf. de Levobici

PIR-GAS (Parent infant relationship- Global assessment scale)

Escala para pediatras de Pedreira (1991)

Escala Erps de Hameury (riesgo psico-social).

2. Evaluación del niño de 3 a 6 años

Las características evolutivas son peculiares. Las adquisiciones son relevantes: lenguaje, motricidad, control de esfínteres, autonomía, primeros aprendizajes escolares. Es una fase de cambios sorprendentes.

Los principales motivos por los que el escolar es evaluado son:

- Retrasos generalizados del desarrollo
- Sospecha de retraso a nivel cognitivo, motriz o de lenguaje
- Problemas psicosomáticos
- Problemas de comportamiento
- Consulta por miedo, trastorno del sueño, masturbación.

Instrumentos de evaluación (3-6 años)

-Escala de Kaufman (K-ABC)

-Escala de McCarthy de aptitudes y psicomotricidad (MSCA)

-Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (WPPSI-R)

-Escala de madurez mental Columbia

-Inventario de Desarrollo Batelle (BDI)

-Test de figuras enmascaradas (PEFT)

-Test de Desarrollo de la percepción visual de Frostig

-La escala de evaluación de la psicomotricidad en preescolar y el inventario de detección temprana

-Test de Illinois de aptitudes psicolingüísticas

-Escala Reynell del desarrollo del lenguaje

-Test de imágenes de Peabody

- Dibujo libre
- Las fábulas de Duss. Método de las fábulas en psicoanálisis infantil
- Test de pata negra
- Test de percepción infantil de animales.

3. Entrevistas para evaluación de la psicopatología infantil

Existen numerosas publicaciones sobre el tema) Rutter y Graham (1968) (1972)) Achembach y Edelbrock (1987) Edelbrock y Costelo (1984)

Se procede formulando preguntas directas sobre el comportamiento o la sintomatología del niño, según criterios DSM-III, con progresivas modificaciones.

- Cuestionario de Screening comportamental
- Entrevista de trastornos afectivos esquizoide
- Entrevista diagnostica para niños y adolescentes
- Entrevista de valoración infantil
- Entrevista diagnostica inventario infantil
- Entrevista inventario para niños

1.4.2 d Escalas de evaluación de conducta

a Escalas para padres

Escala de valoración para padres de Conners CPRS) y su versión abreviada
 Inventario de comportamiento infantil de Eyberg (ECBI)
 Inventario de comportamiento infantil para padres (CBCL) de Achembach y Edelbrock.Motivo del presente estudio.
 El inventario de personalidad para niños.

b Escalas para maestros

Escala de apreciación para maestros para el diagnóstico de desórdenes de déficit de atención ADD-H
 Cuestionario de comportamiento preescolar (PBQ)
 Cuestionario de comportamiento escolar (SBC)
 Escala de valoración para maestros-CONNERS

c Escalas para multiinformantes

Inventario de problemas de comportamiento (PBC-r)
 Escala de apreciación de auto-control (SCRS)
 Escala de reconocimiento de miedos

El CBCL parece ser actualmente la que acumula más información psicométrica y valora dimensiones amplias de la psicopatología. Sin embargo no resulta útil en autismo, psicosis infantiles y síndrome de Gilles de la Tourette.

1.4.3 Características del test de Achembach.

El test de Achembach es uno de los métodos complementarios para evaluar alteraciones del desarrollo en sus aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y psicosomáticos. Es un test que aporta sensibilidad, fiabilidad, validez, poder discriminante y aplicación transcultural y transetnica. Además ha demostrado su utilidad como herramienta de investigación.

Se considera que tiene un buen poder predictivo, Koot (1992) aplicó el test a 1052 niños/as de 3 a 12 años y comprobó que la mayoría de los niños a los que se detectó algún tipo de problemas, tuvieron necesidad de acudir a otros centros de salud mental o educación especial.

Han sido realizados estudios en USA, Alemania, Islandia, Chile, Francia, Canadá, Méjico aprobándose su validez transcultural y transetnica.

La adaptación y baremos para la población española ha sido realizada por de la Osa, Ezpeleta y Navarro (1996) y por Pedreira, Matarranz, de las Heras y Magro (1998).

Es el inventario más utilizado para la evaluación de niños entre dos y tres años de edad. Ha demostrado ser útil para valorar competencias y habilidades sociales, así como problemas de conducta en niños cuyos padres se han sometido a programas de tratamiento. Informa sobre problemas de conducta y competencias adaptativas. Las conductas evaluadas se agrupan en dos grandes bloques de internalización y de externalización.

Las características psicométricas de fiabilidad y validez del CBCL (2-3 años) son adecuadas. La adaptación y baremos para la población española ha sido realizada por de la Osa, Ezpeleta & Navarro (1996) y por Pedreira, Matarranz, de los Heros & Magro (1998)

De todas las escalas expuestas las de Achembach & Edelbrock parecen ser las que mejores propiedades psicométricas ofrecen. El CBCL es un test que evalúa de forma estandarizada la evolución mental del niño durante el periodo de infancia, explicitando información correspondiente a las esferas cognitiva, conductual, psicossomática y emocional. Es un cuestionario que consta de 100 ítems (anexo 8.2) que se agrupan en las cuatro subescalas ya mencionadas.

La escala cognitiva agrupa los ítems 25, 26, 27, 44, 56, 59, 62, 65, 67, 71, 76, 89 y 99.

La escala psicossomática agrupa los ítems 1, 9, 12, 19, 24, 31, 39, 45, 46, 49, 52, 57, 60, 61, 74, 78, 93 y 97.

La escala conductual agrupa los ítems 5, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 29, 34, 40, 47, 53, 58, 66, 72, 81, 82, 83, 85, 91, 95 y 96.

La escala emocional agrupa los ítems 2, 3, 4, 10, 22, 32, 37, 64, 87 y 92.

La ejecución del test es realizada por los padres del niño contestando a preguntas sobre ciertos comportamientos de éste, en la actualidad o en los dos últimos meses, y al final hay un apartado en el que pueden anotar cualquier cosa que les resulte extraña de sus hijos y que no hay sido mencionada en la batería de preguntas.

Normalmente la encuesta del CBCL puede ser autoadministrada, aunque estará presente el responsable del estudio para resolver las dudas que pudieran surgir durante su cumplimentación. Se les pide que den una puntuación a cada pregunta de 0 a 2 según la siguiente forma:

- 0 no es cierto
- 1 a veces, pocas veces, medianamente.
- 2 casi siempre o muy a menudo.

La validez externa del test se realiza repitiendo la prueba tiempo después (test-retest/reliability) y correlacionando los resultados mediante el coeficiente de correlación (r de Pearson). Achembach obtuvo una media de $r=0,85$ y otros autores han aportado cifras semejantes incluso con 13 años de intervalo.

Para evaluar la validez interna del CBCL se recurrió a la utilización del “alfa de Cronbach” obteniéndose valores entre el 80 y 90% para la puntuación total y las distintas subescalas.

Dependiendo del punto de corte utilizado en cuanto a la puntuación total del test, la sensibilidad y especificidad del mismo varía.

Así por ejemplo Nolan (1996) utilizando un punto de corte de 60 (puntuación total test) para la división entre niños con retraso y sin él, obtuvo una sensibilidad del 77,4% y una especificidad del 83,2%, en cambio si utilizaba como punto de corte la cifra de 63, conseguía una sensibilidad del 70,5% y una especificidad del 88,6% (la puntuación media de los niños con problemas en su estudio fue de 67), aunque con algunas limitaciones estos puntos de corte han resultado ser útiles para la evaluación de los niños.

Posteriormente Koot (1993), en su estudio sobre problemas de conducta en los niños alemanes, arrojó una sensibilidad del 80% y una especificidad del 69%, lo que en términos de eficacia supuso el 73%, es decir, un buen poder discriminante.

Una de las primeras aplicaciones que se dio al CBCL fue la de discriminar entre niños normales y con alteraciones de conducta, que posteriormente podrían ocasionar trastornos psiquiátricos. La convergencia entre los diagnósticos realizados mediante CBCL y otros métodos, como criterios de caso DSM-III, fue bastante alta, y pudo señalar con mucha fiabilidad aquellos niños susceptibles de evaluaciones más profundas y/o tratamiento.

Así pues, la correlación entre el CBCL y los diagnósticos obtenidos mediante entrevista clínica fue de 0,42. Es un estudio realizado por Verhulst (1985) se compararon varios métodos diagnósticos con la entrevista clínica tradicional y posterior clasificación de la patología mediante los criterios DSM-III.

Se utilizaron ANOVA y análisis discriminante y el resultado fue que de todos los métodos comparados el que más discriminaba entre niños con y sin patología fue el CBCL.

En 1993, Koot establece la forma clara de utilidad del CBCL como método diagnóstico y de screening, así como de herramienta de investigación. Achenbach, da una larga lista de sugerencia para la aplicabilidad práctica de este test, una de ellas, muy importante, es la aplicación del mismo, una vez diagnosticado el proceso y recibido el tratamiento que proceda, como método de evaluación de éste, otra, que ha sido aprovechada por nosotros para la realización de este estudio, es la de su utilidad como herramienta de investigación.

En 1993 se publica un artículo donde se referencian los más de 1000 estudios realizados utilizando el CBCL. En Holanda ha sido utilizado incluso en un estudio genético de problemas desarrollo y de conducta en niños gemelos.

También ha sido una herramienta útil en estudios de prematuridad y bajo peso en recién nacidos, constatándose que estos niños inicialmente tenían un nivel cognitivo significativamente inferior a los niños nacidos a término, pero que tras nueve años de tratamiento con estimulación precoz habían alcanzado los niveles del grupo control, demostrándose así su utilidad como método diagnóstico y de evaluación del éxito del tratamiento aplicado.

Esta última aplicación es de suma importancia en los niños de cero a seis años, al permitirnos, mediante la realización de un retest tras el periodo estimado de tratamiento, comparar la evolución (incluso ítem a ítem) del desarrollo del niño.

En este sentido, la modificación cognitiva y conductual puede ser evaluada, así como su impacto en la faceta emocional y, por lo tanto, en el rendimiento social e intelectual. Aquí radica la aplicación del CBCL, en este rango de edad, como instrumento de evaluación para la prevención secundaria.

1.5 Características del barrio del Eixample de Barcelona donde se llevó a cabo el estudio. Características socio-demográficas. Experiencias previas para llevar a cabo el trabajo.

El trabajo se llevó a cabo en el distrito del Eixample de Barcelona que está dividido en cinco barrios:

- San Antonio
- Izquierda del Eixample
- Derecha del Eixample
- Estación del norte, actualmente denominado For Pienc
- Sagrada Familia

La población total del distrito del Eixample en 1998 era de 247.418 habitantes y estaba dividida en 5 barrios

- San Antonio: 36.179 habitantes
- Izquierda del Ensanche: 94.733 habitantes
- Derecha del Ensanche: 39.626 habitantes
- Estación del Norte o For Pienc: 28.235 habitantes
- Sagrada Familia: 48.832 habitantes
- La densidad de habitantes por Kilómetro cuadrado era de 15.197
- La tasa de crecimiento era de 0'21
- La edad media era de 42 años
- El número de niños era 11'91%
- El número de mujeres era 54'6%
- El número de varones era 45'4%

Se trata de un distrito céntrico, heterogéneo en cuanto a características físicas, poblacionales y socio-culturales, con bajas cifras de natalidad y mortalidad.

El índice de analfabetismo era de 0'29 y el de titulados superiores 10'04.

Por grupos de edad

1. 0-14 años	10'8%
2. 15-24 años	12'3%
3. 25-64 años	51'9%
4. 65 ó más años	24'9%

La población activa era el 43'9%

La población no activa era el 55'8%

La tasa de inmigración era el 15'41%

La tasa de emigración era el del 25'40%

1.5.1. Características socio-demográficas

Vamos a describir algunas características del distrito

- Indicadores generales de distrito en relación a la ciudad de Barcelona
- Territorio
- Población

- Índice de capacidad económica
- Movimiento demográfico

1.5.2. Experiencias previas para llevar a cabo el estudio en el barrio del Eixample

Mi experiencia previa en el barrio de referencia data de más de 25 años de conocimiento profundo del barrio en el que tengo abierto mi consultorio profesional de pediatría que me ha permitido conocer la realidad sanitaria del mismo. También puedo añadir que en dicho barrio está ubicado el Hospital Clínico Provincial de Barcelona donde llevé a cabo mi formación como especialista en Pediatría

La experiencia se amplía al haber dirigido como pediatra guarderías infantiles ubicadas en el mismo barrio, llevando a cabo reconocimientos médicos infantiles y controles de salud.

También he pronunciado conferencias dirigidas a padres y educadores en Colegios y Escuelas Infantiles del barrio sobre temas de salud infantil, manteniendo una estrecha relación con maestros, pedagogos y psicólogos del barrio.

En algunas ocasiones pasamos diversos test a los niños, como complemento de los reconocimientos pediátricos.

Consideramos que el barrio tiene unas características homogéneas en el aspecto físico, poblacional y sociocultural.

Es un distrito cuya superficie está ocupada por islas peatonales en número 9'0 por ciento de la extensión total (Tabla III) y un progresivo aumento de parques urbanos (Tabla IV) si bien son deseables un aumento paulatino de estos espacios verdes, aspecto muy reivindicado por las madres y padres del distrito. Últimamente se han abierto a los niños unos jardines frente al Hospital Clínico de Barcelona, que despierta recelos sobre la salubridad de un parque infantil en frente de un hospital general, con entrada continua de ambulancias.

El proyecto inicial del Eixample contemplaba espacios verdes en cada una de las "islas" pero la realidad es que son pocas las que tienen éste privilegio. Hay voluntad de abrir nuevos espacios verdes dentro de las "islas" y se van consiguiendo pequeños logros. Fue diseñado por el arquitecto Cerdà.

Respecto a la ubicación de las zonas de juego infantil, no siempre cumplen las condiciones exigibles de seguridad y varios niños de los que participaron en el estudio han padecido accidentes y en uno de los casos con pérdida de conciencia por caída desde un tobogán. Hay muchas quejas también por la proximidad de las vías de circulación a las zonas de juego y por lagos y piscinas sin vallas protectoras ante la posible caída de los niños.

En el Eixample hay 46 Ha. de verde urbano de una superficie total de 1493'4 ha que componen el distrito del Eixample.

Los grupos de edad (0-14) (15-24) (25-64) y tercera edad (65 y más) constituyen respectivamente el 10'8%, 12'3%, 51'9% y 24'9%.

La titulación académica del barrio (tabla XI) alcanza unas cotas favorables.

A nivel laboral (tablas XII y XIII), la población activa y la situación profesional dan índices aceptables.

En todo momento pretendimos que fuera una muestra representativa de todo el barrio del Eixample, si bien somos conscientes de que pueden existir algunos sesgos pues algunos niños de 2 años no acuden a la guardería o escuela infantil y en algunos casos no acudieron a los controles programados. Algunos autores insisten que la falta de asistencia a los controles suele ser indicativo de riesgo social. También dada la extensión del barrio con 247.418 habitantes, podría ocurrir que algún sector del mismo tuviera menor representación en el conjunto de la muestra.

La población del distrito del Eixample es de 247.418 habitantes distribuidos del siguiente modo.

Población del distrito 1991, 1996, 1998 (Tabla VI)

Sexo	1991	%	1996	%	1998	%
TOTAL	274.282	100	248.777	100	247.418	100
Hombres	124.491	45,4	111.689	44,9	111.062	44,9
Mujeres	149.791	54,6	137.088	55,1	136.356	55,1

Población de las zonas estadísticas (Tabla VII)

Zonas estadísticas	1991			1996			1998		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Districte 2. Eixample	274.282	124.491	149.791	248.777	111.689	137.088	247.418	111.062	136.356
Zeg 5: Sant Antoni	39.501	17.968	21.533	36.463	16.434	20.029	36.179	16.362	19.817
Zeg 6: Esquerra Eixample	106.647	48.468	58.179	95.382	42.700	52.682	94.733	42.415	52.318
Zeg 7: Dreta Eixample	44.306	19.463	24.843	39.626	17.359	22.267	39.439	17.283	22.156
Zeg 8: Estació Nord	31.169	14.318	16.851	28.375	12.925	15.450	28.235	12.813	15.422
Zeg 9: Sagrada Família	52.659	24.274	28.385	48.931	22.271	26.660	48.832	22.189	26.643

Fuente Tablas VI y VII

Padrón Municipal de habitantes 1991.1996.

Instituto Nacional de Estadística 1998.

Población del distrito por grupos de edad.

Grupos de edad de la población del distrito 1991.1996 (Tabla VIII)

Grans grups d'edat	1991	%	1996	%
TOTAL	274.282	100	248.717	100
Nens (0-14)	34.374	12,5	26.990	10,8
Joves (15-24)	37.579	13,7	30.543	12,3
Adults (25-64)	141.311	51,5	129.233	51,9
Gent gran (65 i més)	61.018	22,2	62.011	24,9

Fuente: Padrón Municipal de habitantes 1991 y 1996.

Grupos de edad 1996 de los barrios del distrito (Tabla IX)

Grans grups d'edat	Barcelona	Dte.2 Eixample	Zeg: 5 St. Antoni	Zeg:6 Esquerra Eixample	Zeg:7 Dreta Eixample	Zeg:8 Estació Nord	Zeg:9 Sagrada Familia
TOTAL	1.508.805	248.717	36.463	95.382	39.626	28.375	48.931
Nens (0-14)	179.637	26.990	3.490	10.562	4.085	3.334	5.519
Joves (15-24)	213.109	30.543	4.412	11.926	4.469	3.775	5.961
Adults (25-64)	804.248	129.233	18.866	49.730	20.089	15.025	25.523
Gent gran (65 i més)	311.811	62.011	9.695	23.164	10.983	6.241	11.928

Fuente: Padrón Municipal de habitantes 1991 y 1996.

Población de grupos quincunciales (Tabla X)

Grups d'edat	Barcelona	Dte. 2	Zeg:5	Zeg:6	Zeg:7	Zeg:8	Zeg:9
		Eixample	Sant Antoni	Esquerra Eixample	Dreta Eixample	Estació Nord	Sagrada Familia
TOTAL	1.508.805	248.777	36.463	95.382	39.626	28.375	48.931
0-4	55.133	8.450	1.092	3.353	1.293	981	1.731
5-9	56.222	8.491	1.087	3.334	1.308	1.053	1.709
10-14	68.282	10.049	1.311	3.875	1.484	1.300	2.079
15-19	94.466	13.573	1.967	5.230	1.936	1.728	2.712
20-24	118.643	16.970	2.445	6.696	2.533	2.047	3.249
25-29	112.499	16.972	2.504	6.464	2.650	1.984	3.370
30-34	110.243	17.714	2.455	6.701	2.797	1.981	3.780
35-39	103.923	17.497	2.480	6.691	2.746	2.065	3.515
40-44	95.678	16.142	2.188	6.327	2.532	1.867	3.228
45-49	100.217	16.328	2.253	6.371	2.534	1.966	3.204
50-54	95.476	15.108	2.239	5.822	2.381	1.819	2.847
55-59	86.868	13.546	2.224	5.343	1.965	1.518	2.496
60-64	99.344	15.926	2.523	6.011	2.484	1.825	3.083
65-69	96.061	16.594	2.709	6.172	2.648	1.695	3.370
70-74	84.488	15.767	2.547	5.871	2.530	1.610	3.209
75-79	58.345	12.164	1.833	4.623	2.175	1.213	2.320
80-84	41.045	9.349	1.412	3.461	1.823	928	1.725
85-89	22.226	5.550	837	2.068	1.196	532	917
90-94	7.909	2.139	284	823	485	215	332
95 i més	1.737	448	73	146	126	48	55

Fuente: Padrón Municipal de Habitantes 1991.1996.

Población del distrito según titulación 1991.96 (Tabla XI)

Titulació	Barcelona	Dte.2	Zeg:5	Zeg:6	Zeg:7	Zeg:8.	Zeg:9
		Eixample	Sant Antoni	Esquerra Eixample	Dreta Eixample	Estació Nord	Sagrada Familia
TOTAL	1.312.802	219.452	32.632	83.913	35.225	24.747	42.935
Analfabet	3.774	241	53	84	25	26	53
Sense estudia	203.726	24.051	4.389	8.567	2.737	2.683	5.675
Ensenyament primari	362.178	51.277	8.810	18.402	6.822	5.902	11.341
EGB / Batxillerat elem.	179.805	28.971	4.636	10.682	4.145	3.372	6.136
BUP-COU / Batxiller. Sup.	195.473	39.456	5.331	15.758	6.879	4.579	6.909
FP1	66.040	9.814	1.518	3.561	1.400	1.187	2.148
FP2	64.403	9.615	1.487	3.653	1.318	1.116	2.041
Altres títols 2n. grau	19.384	4.142	571	1.705	684	463	719
Aparellador	2.470	628	71	258	121	74	104
Pèrit Industrial	3.924	991	132	423	149	143	144
Magisteri	18.170	4.266	532	1.670	846	524	694
Infermeria	14.727	3.453	366	1.406	691	332	658
Altres t. mitjans univ.	37.237	8.480	1.096	3.274	1.616	959	1.535
Llicenciats ciències	9.624	2.434	287	1.012	488	260	387
Llicenciats lletres	22.227	5.590	660	2.312	1.274	546	798
Llicenciats econom.	10.376	2.237	211	1.002	470	212	342
Llicenciats dret	13.510	3.639	282	1.533	1.167	290	367
Llicenciats medicina	10.887	3.010	236	1.305	818	264	387
Altres llicenciats	42.271	10.123	1.225	4.195	1.993	1.131	1.579
Arquitectes	3.728	914	74	369	306	64	101
Enginyers Industrials	7.182	1.618	125	755	348	176	214
Altres enginyers	5.703	1.270	123	582	238	121	206
Doctors universitaris	4.643	1.199	124	535	332	92	116
Titulació no específic.	1.698	378	56	166	47	58	51
No consta	9.642	1.655	237	704	311	173	230

Fuente: Padrón Municipal de habitantes. 1991.1996. Población clasificada a partir de 16 años.

Población del distrito según la situación laboral 1991.96. (Tabla XII)

Situació laboral	1991	%	1996	%
TOTAL	274.282	100	248.777	100
Població activa:	120.043	43,8	1 09.325	43,9
Ocupat	106.575	38,9	90.583	36,4
Aturat, busca la reina	2.618	1,0	3.503	1,4
Aturat	10.850	4,0	15239	6,1
Població no activa:	153.351	55,9	138.838	55,8
Jubilat o pensionista	55.749	20,3	61.235	24,6
Incapacitat permanent	1.189	0,4	2.167	0,9
Estudiant escolar	52.750	19,2	45.367	18,2
Feines de la llar	35.775	13,0	22.850	9,2
Altres situacions	7.888	2,9	7.219	2,9
Servei militar	888	0,3	614	0,2

Fuente: Censo de población 1991. Estadística de población 1996.

La población ocupada del distrito según la profesión es (Tabla XIII)

Situació professional	1991	%	1996	%
TOTAL	106.575	100	90.583	100
Empresaris amb empleats	7.926	7,4	7.069	7,8
Empresaris sense empleats	10.465	9,8	9.403	10,4
Membres cooperatives	625	0,6	789	0,9
Ajudes familiars	1.308	1,2	670	0,7
Assalariats fixos	71.384	67,0	58.896	65,0
Assalariats eventuais	13.431	12,6	11.971	13,2
Altres situacions	1.436	1,3	1.785	2,0

Fuente: Censo de población 1991. Estadística de población 1996.

El índice de capacidad económica familiar (ICEF) entre los años 1988-1996 fue (Tabla XIV)

	ICEF centrat			ICEF no centrat		
	1988	1991	1996	1988	1991	1996
BARCELONA	100,0	100,0	100,0	100,0	129,3	149,6
Dte. 2 Eixample	114,4	112,4	111,0	114,4	145,3	166,1
Zeg: 5 Sant Antoni	100,1	100,4	99,1	100,1	129,8	148,3
Zeg: 6 Esquerra Eixample	117,9	114,4	113,7	117,9	147,9	170,1
Zeg: 7 Dreta Eixample	135,9	134,4	130,5	135,9	173,7	195,3
Zeg: 8 Estació Nord	111,9	109,7	109,1	111,9	141,8	163,2
Zeg: 9 Sagrada Família	101,0	100,9	100,3	101,0	130,5	150,0

	1988		1991		1996	
	% capacitat	% famílies	% capacitat	% famílies	% capacitat	% famílies
Barcelona	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Dte. 2 Eixample	20,8	18,2	20,1	17,9	19,5	17,5
Zeg: 5 Sant Antoni	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6
Zeg: 6 Esquerra Eixample	8,3	7,1	8,1	7,1	7,7	6,7
Zeg: 7 Dreta Eixample	4,1	3,0	3,8	2,8	3,7	2,8
Zeg: 8 Estació Nord	2,1	1,9	2,1	2,0	2,1	1,9
Zeg: 9 Sagrada Família	3,5	3,5	3,4	3,4	3,5	3,5

Fuente: Departamento de Estadística. Ayuntamiento de Barcelona.

Evolución de nacimientos 1989-1998 (Tabla XV)

Any.	BARCELONA	Dte.2	Zeg:5	Zeg:6	Zeg:7	Zeg:8	Zeg:9
		Eixample	Sant Antoni	Esquerra Eixample	Dreta Eixample	Estació Nord	Sagrada Família
1989	13.375	2.106	268	873	296	260	409
1990	12.689	1.946	238	777	297	228	406
1991	12.667	2.076	232	880	312	239	413
1992	13.356	2.121	275	860	339	213	434
1993	12.641	2.052	279	843	288	234	408
1994	12.519	1.953	249	807	296	213	388
1995	12.122	1.998	264	783	296	226	429
1996	11.945	2.012	269	817	332	201	393
1997	12.161	1.957	264	761	329	213	390
1998	11.659	1.910	246	747	335	224	358

Fuente: Movimiento natural. Departamento de Estadística. Ayuntamiento de Barcelona.

Evolución de defunciones 1989-1998 (Tabla XVI)

Anys	BARCELONA	Dte.2	Zeg:5	Zeg:6	Zeg:7	Zeg:8	Zeg:9
		Eixample	Sant Antoni	Esquerra Eixample	Dreta Eixample	Estació Nord	Sagrada Familia
1989	15.901	3.238	488	1.214	652	306	578
1990	16.919	3.646	605	1.321	726	338	656
1991	15.568	3.191	483	1.178	634	324	572
1992	15.236	3.148	477	1.144	611	329	587
1993	15.633	3.231	457	1.221	633	327	593
1994	16.673	3.380	529	1.267	655	334	595
1995	16.917	3.307	464	1.268	624	345	606
1996	15.895	3.152	491	1.150	612	317	582
1997	14.790	2.941	451	1.096	564	282	548
1998	15.331	3.034	472	1.116	592	306	548

Fuente: Movimiento natural. Departamento de Estadística. Ayuntamiento de Barcelona.

Evolución del saldo natural (Tabla XVII)

Anys	BARCELONA	Dte.2	Zeg:5	Zeg:6	Zeg:7	Zeg:8	Zeg:9
		Eixample	Sant Antoni	Esquerra Eixample	Dreta Eixample	Estació Nord	Sagrada Familia
1989	-2.526	-1.132	-220	-341	-356	-46	-169
1990	-4.230	-1.700	-367	-544	-429	-110	-250
1991	-2.901	-1.115	-251	-298	-322	-85	-159
1992	-1.880	-1.027	-202	-284	-272	-116	-153
1993	-2.992	-1.179	-178	-378	-345	-93	-185
1994	-4.154	-1.427	-280	-460	-359	-121	-207
1995	-4.795	-1.309	-200	-485	-328	-119	-177
1996	-3.950	-1.140	-222	-333	-280	-116	-189
1997	-2.629	-984	-187	-335	-235	-69	-158
1998	-3.672	-1.124	-226	-369	-257	-82	-190

Fuente: Movimiento natural. Departamento de Estadística. Ayuntamiento de Barcelona.

2. HIPOTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS

2.1 Justificación

2.2 Hipótesis de trabajo

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo principal

2.3.2 Objetivos secundarios

2.1 JUSTIFICACIÓN

La importancia de los trastornos del desarrollo y su detección precoz tomó relevancia a partir del año 1976 cuando un Comité de Expertos de la OMS (Organización Mundial de la salud) concluyó que a pesar de la incidencia de los trastornos psíquicos de niños y adolescentes, no se prestaba la atención adecuada a los mismos.

Los trabajos de Soulé y Noel (1977), Choquet y Davidson (1982) Doménech (1988), Fontana Abad (2001), pusieron de manifiesto la importancia de los factores de riesgo, entendiendo como tal toda característica o circunstancia determinable en una persona o grupo de personas que se sabe ya asociada a un riesgo anormal de existencia o de evolución especial a dicho proceso (OMS. 1973).

El cuestionario CBCL de Achembach es el más utilizado para la evaluación de los trastornos del desarrollo en niños de 2 y 3 años de edad. Ha demostrado su utilidad para valorar competencias y habilidades sociales así como problemas de conducta. La fiabilidad y validez son adecuadas.

La adaptación y baremos para la población española ha sido realizada por de la Osa, Ezpeleta y Navarro (1996) y por Pedreira, Matarranz, de las Heros y Magro (1998).

El test de Achembach evalúa de forma estandarizada la evolución mental del niño durante el periodo indicada de 2 y 3 años aportando información de las esferas cognitiva, conductual, psicossomática y emocional.

Las características del barrio del Eixample de Barcelona, donde se realizó el trabajo, corresponden a una población de tipo medio con un índice de población, densidad de habitantes por kilómetro cuadrado, tasa de crecimiento, media de edad, porcentaje de niños, nivel cultural, tasa de natalidad e índice de capacidad económica dentro de los parámetros de tipo medio expuesto.

Mi experiencia se basa en tener ubicado en dicho barrio mi consultorio profesional de pediatría durante 25 años y haber dirigido Guarderías Infantiles en el mismo barrio. He pronunciado conferencias y charlas coloquio en colegios del barrio, manteniendo estrecha relación con maestros, pedagogos, psicólogos y sanitarios (de Bono E, 2004).

Como director del Club de Pediatría Social dedicado a estudios pluridisciplinarios de la infancia he tenido acceso a información de profesionales, sobre la alta incidencia de trastornos del desarrollo en los niños/as del barrio.

2. 2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Nuestra experiencia profesional durante 25 años en el barrio del Eixample, con una consulta pediátrica abierta y actuando como director de Guarderías infantiles nos hace sospechar la existencia de una elevada incidencia de trastornos del desarrollo en edades tempranas.

Nuestra hipótesis es que la aplicación del test de Achembach para padres (2 y 3 años) nos permitirá conocer la prevalencia de un grupo de niños estudiados y así detectar los factores de riesgo que pueden contribuir a los trastornos del desarrollo, y así permitir una intervención terapéutica para su corrección.

2.3. OBJETIVOS

2.3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

-Comprobar la prevalencia de los trastornos del desarrollo en el grupo de población.

2.3.2 OBJETIVOS SECUNDARIOS

-Demostrar la utilidad clínica de la detección precoz de signos de riesgo en trastornos del desarrollo.

-Detectar los ítems más afectados que permiten un diagnóstico cualitativo de cada niño/a estudiado.

3. MATERIAL Y METODO

Material

- 3.1 Cálculo de la muestra
- 3.2 Número de niños y tipo que son necesarios
- 3.3 Criterios de inclusión y exclusión
 - 3.3.a Criterios de inclusión
 - 3.3.b Criterios de exclusión

Método

- 3.4 Selección de la muestra
- 3.5 Forma de llevar a cabo la cumplimentación del cuestionario
- 3.6 Análisis estadístico
- 3.7 Medición de los resultados

MATERIAL

3.1 Calculo de la muestra

En un estudio realizado con niños de 2 y 3 años en la zona de Albacete (España) se observó que las puntuaciones de cada subescala del test de Achembach obtuvieron $\bar{x} = 11.1$ y desviación estándar (DE) 8.098 (San Roman P, Pedreira JL, Lopez-Torres J, Bonete JM, Castelló 2002).

Con estos datos 63 niños son suficientes para estimar con un nivel de confianza del 95% una precisión de ± 2 puntos (aproximadamente 20%) la media de cada una de estas subescalas. Para los cálculos de ha utilizado el programa granmo (Marrugat J., Vila J, Pavesi M. 1988)

3.2 Número de niños y tipo que son necesarios

Genero

Masculino	49 (66,2%)
Femenino	25 (33,8%)

Edad

< 2 años	11 (15.3%)
2 años	54 (75%)
3 años	7 (9.7%)

Edad meses (DE) 29'97 (4,64)

3.3 Criterios de inclusión y exclusión

3.3.a Criterios de inclusión

Se establecieron como criterios de inclusión

- Edad: 2 y 3 años
- Sexo: masculino y femenino
- Acudir a las Escuelas Infantiles seleccionadas y al Centro Asistencial seleccionado
- Consentimiento materno

3.3.b Criterios de exclusión

Se establecieron como criterios de exclusión

- Defectos cromosómicos
- Lesiones neonatales (hipoxia, lesiones obstetricas)
- Alteraciones metabólicas
- Malformaciones por infecciones durante el embarazo (rubéola, herpes, citomegalovirus, toxoplasmosis)
- Enfermedades crónicas
- Traumatismos craneales graves con lesiones neurológicas graves
- Meningitis y encefalitis con secuelas importantes
- Secuelas post-vacunales
- Prematuros
- Haber sido hospitalizado reiteradamente
- Niños con afectación neurológica.

MÉTODO

3.4 Selección de la muestra

La relación de la muestra se hizo aleatoriamente de manera que se escogió a los niños que hacían los números 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 etc. en las consultas del Centro Asistencial indicado y en las Escuelas Infantiles seleccionadas.

Estos números correspondían en la consulta ambulatoria al orden de llegada a la visita de los niños con edades comprendidas entre 2 y 3 años. En las escuelas seleccionadas se hizo siguiendo el orden alfabético y eligiendo los números 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19, 22 etc. de los que asisten a clase el día en que se realiza el estudio y tienen su edad comprendida entre 2 y 3 años.

3.5 Forma de llevar a cabo la cumplimentación del cuestionario.

La forma de llevar a cabo la cumplimentación del cuestionario fue hecha por el investigador. Se facilitó una información escrita a los padres indicando la finalidad de la investigación que fue completada verbalmente y se les entregó el cuestionario para su cumplimentación.

Los cuestionarios se recogieron directamente o bien fueron remitidos por correo postal.

3.6 Análisis estadístico

Las variables cualitativas se resumen con la frecuencia y su porcentaje relativo. Las cuantitativas se resumen con la media y DE (desviación estándar) o alternativamente con la mediana, los cuartiles 1 y 3 u otros percentiles.

En el análisis bivariado se utilizó en las variables cualitativas la prueba de Ji al cuadrado o alternativamente la prueba exacta de Fisher. Cuando uno de las variables fue cuantitativa se utilizó la prueba 't' de Student o alternativamente la prueba U de Mann-Whitney. La asunción de normalidad de las variables se testó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov con la corrección de Lilliefors.

Para cada subescala se calculó el alfa de Cronbach. Éste valor mide la consistencia interna de los ítems que forman una subescala. Por ejemplo, la subescala "Emocional" se realizó sumando los ítems (preguntas) 2, 3, 4, 10, 22, 32, 37, 64, 87 y 92. Se espera que cuando un individuo responda mal en un ítem también responda mal en los demás ítems, y viceversa, cuando responda bien en un ítem también responda bien en los demás. Si no fuera así, no tendría sentido sumar los ítems. Los valores de alfa de Cronbach $> 0,7$ indican buena consistencia interna (Bland JM, Altman DG, 1997).

Con las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas se realizó un análisis de clusters, utilizando la distancia euclídea al cuadrado y por el método del "vecino más lejano". El análisis de conglomerados consiste en un análisis multivariado que permite hacer grupos de pacientes homogéneos en las puntuaciones de las subescalas. Es decir, une los que presentan puntuaciones similares y los aleja de los que presentan puntuaciones muy diferentes. Con el análisis de conglomerados se obtiene una figura muy interesante conocida como dendograma que permite apreciar si se forman grupos homogéneos y el número óptimo de grupos. Con este análisis, los niños se agruparon en las dos categorías que sugería el dendograma resultante.

Con la clasificación obtenida con el análisis de cluster (normal / alterado) se calculó el punto de corte de la puntuación de cada subescala que mejor diferenciaba los dos grupos. Para ello, al tratarse de una variable cuantitativa a la que se podía asumir una distribución normal se utilizó la técnica de Robert et al. (Robert C, Vermon J, Boston JL, 1991).

La estimación de la concordancia estableciendo diferentes puntos de corte o con los sugeridos por otros autores se realizó con el índice Kappa simple. El índice Kappa "simple" mide el acuerdo no debido al azar entre dos formas diferentes de medir un mismo suceso que sólo puede tomar dos categorías: presente o ausente. Puede tomar valores entre -1 y $+1$. Valores inferiores a 0, pueden considerarse un acuerdo muy deficiente, entre 0,4 indican un pobre acuerdo, entre 0,4 y 0,75 aceptable / bueno y $>0,75$ excelente

Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS ver. 11 instalado en el Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM) de Barcelona.

3.7 Medición de los resultados

El CBCL-(2-3) es un cuestionario que recoge de forma estandarizada la descripción que los padres hacen sobre los comportamientos del niño. Esta escala fue diseñada por Achenbach & Edelbrock en 1983. La aplicación para niños de 2-3 años es del año 1992.

El número de ítems es de 100 y el máximo posible de cada uno de ellos es 2, el rango de puntuación total del CBCL puede oscilar entre "0" ("no es cierto") "1" (algunas veces) y "2" (casi siempre). La puntuación máxima es de 200.

Para determinar el valor global de cada test se suman las puntuaciones conjunto total de ítems (preguntas, proposiciones o elementos que componen el cuestionario) y respecto de cada una de las subescalas analizadas se aplica idéntico sistema pero diferenciando grupos de ítems determinados según la siguiente distribución.

Subescala cognitiva: 25, 26, 27, 44, 56, 59, 62, 65, 67, 71, 76, 89, y 99.

Subescala psicósomática: 1, 9, 12, 19, 24, 39, 45, 46, 49, 52, 57, 60, 61, 74, 78, 93, 97.

Subescala conductual: 5, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 29, 31, 34, 40, 47, 53, 58, 66, 72, 81, 82, 83, 85, 91, 95, 96.

Subescala emocional: 2, 3, 10, 22, 32, 37, 64, 87 y 92.

Para medir los resultados hemos considerado la puntuación total del CBCL y de las subescalas considerando por una parte el valor medio de éstas y por otra parte considerándolas desde los percentiles 25, 50, 75 y 95. Además los casos que estaban por encima de 75 los hemos considerado como patológicos.

4. RESULTADOS

De acuerdo con los objetivos que nos hemos propuesto vamos a determinar la prevalencia de trastornos del desarrollo en la población estudiada en puntuación total y de las diferentes subescalas y posteriormente describiremos las respuestas más afectadas en las diferentes subescalas y que suponen una mayor puntuación en el test y por tanto un mayor riesgo.

4.1 PREVALENCIA DE TRASTORNOS DE DESARROLLO EN EL GRUPO DE POBLACIÓN SELECCIONADA. PUNTUACION TOTAL Y SUBESCALAS COGNITIVA, PSICOSOMÁTICA, CONDUCTUAL Y EMOCIONAL.

Participaron en el estudio 74 niños / as de los que las características principales se describen en la siguiente tabla.

4.1.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS

Tabla 1: Características de los niños

Genero	<i>masculino</i>	49 (66,2 %)
	<i>femenino</i>	25 (33,8 %)
Edad	<input type="checkbox"/> 2 años	11 (15,3 %)
	2 años	54 (75,0%)
	3 años	7 (9,7 %)
Edad (meses)(*)		29,97 (4,64)
Edad del padre	< 35 años	29 (41,4 %)
	35 – 39 años	24 (34,3 %)
	<input type="checkbox"/> 40 años	17 (24,3 %)
Educación del padre	<i>Técnico sup. cualificado</i>	13 (18,6 %)
	<i>Técnico sup. no cualificado</i>	13 (18,6 %)
	<i>Técnico medio</i>	25 (35,7%)
	<i>BUP / COU</i>	5 (7,1 %)
	<i>EGB</i>	10 (14,3 %)
	<i>EGB incompleta</i>	4 (5,7 %)
Padre trabaja actualmente	<i>Sí</i>	70 (95,9%)
	<i>No</i>	3 (4,1 %)

(*) Media (desviación estándar)

Para cada niño se han calculado las puntuaciones de 4 escalas:

- Cognitiva (suma de las preguntas 25, 26, 27, 44, 56, 59, 62, 65, 67, 71, 76, 89, 99)
- Psicossomática (suma de las preguntas 1, 9, 12, 19, 24, 31, 39, 45, 46, 49, 52, 57, 60, 61, 74, 78, 93, 97)
- Conductual (suma de las preguntas 5, 6, 7, 8, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 29, 31, 34, 40, 47, 53, 58, 66, 72, 81, 82, 83, 85, 91, 95, 96)
- Emocional (suma de las preguntas 2, 3, 4, 10, 22, 32, 37, 64, 87, 92)

Además se han resumido en dos subescalas:

- Internalización (suma de valores en las escalas cognitiva, emocional y psicossomática)
- Externalización (suma de valores en la escala conductual)

La descripción de los valores observados en cada una de las subescalas se muestra en la tabla 2 y 3.

4.1.2 DESCRIPCIÓN DE LOS PERCENTILES DE LAS SUBESCALAS Y PUNTUACIÓN TOTAL DEL TEST DE ACHEMBACH

Tabla 2: Descripción de los percentiles de las subescalas y puntuación total del test de Achenbach

	Percentil 5	Percentil 25	Mediana	Percentil 75	Percentil 95
SUBESCALA					
COGNITIVA	0	2	4	5	10
PSICOSOMÁTICA	0	2	4	6	10
CONDUCTUAL	5	10	16	24	35
EMOCIONAL	1	3	5	8	11
PUNTUACIÓN					
INTERNALISMO	3	8	12	19	28
EXTERNALISMO	5	10	16	24	35
PUNTUACIÓN TOTAL	11	18	29	41	61

4.1.3 DESCRIPCIÓN DE LOS VALORES DE LAS SUBESCALAS Y PUNTUACIÓN DEL TEST DE ACHEMBACH

Tabla 3: Descripción de los valores de las subescalas y puntuación del test de Achenbach

	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Desviación estándar
SUBESCALA				
COGNITIVA	0	13	4,1	3,1
PSICOSOMÁTICA	0	18	4,2	3,3
CONDUCTUAL	0	40	17,1	9,2
EMOCIONAL	0	12	5,4	3,0
PUNTUACIÓN				
INTERNALISMO	1	32	13,7	7,7
EXTERNALISMO	0	40	17,1	9,2
PUNTUACIÓN				
TOTAL	1	68	30,1	15,7

Basandonos en los percentiles conseguidos y considerándolos patológicos a partir del percentil 75, admitido en la literatura como idóneo para separar los niños normales de los de riesgo, conseguimos estas cifras de prevalencia para la puntuación total y las cuatro subescalas:

Puntuación total	20 (27 %)
Cognitiva	27 (36%)
Psicosomática	22 (30%)
Conductual	20 (27%)
Emocional	20 (27%)
Internalismo	26%
Externalismo	27%

4.2. COMPARACION DE NUESTROS RESULTADOS CON LOS QUE SE PODRIAN CONSEGUIR CON OTRAS TECNICAS ESTADISTICAS Y OTROS ESTUDIOS EN NUESTRO PAIS.

Una vez conseguidos estos resultados nos propusimos comparar nuestros resultados con los que se podrían conseguir mediante otras técnicas estadísticas como son:

4.2.1 Técnica de Cluster o conglomerados que tiene como característica dividir la muestra en dos grupos: uno con riesgo psicopatológico y otro que considera como normal. Los resultados se expresan en un dendograma.

4.2.2 Técnica de Robert et al. Que consigue el punto de corte que mejor separa ambos grupos (normales y de riesgo psicopatológico)

4.2.3 Prueba de consistencia interna (alfa de Crombach) que con sus valores nos indica si todas las respuestas van en la misma dirección o sentido.

4.3 RESULTADOS SEGÚN EL GÉNERO, FORMACIÓN DEL PADRE, EDAD DEL NIÑO Y EDAD DEL PADRE

4.3.1 Resultados según el género

4.3.2 Resultados según la formación del padre

4.3.3 Resultados según la edad del niño/a

4.3.4 Resultados según la edad del padre

4.4 ANALISIS DE CONCORDANCIA DE NUESTROS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS. (Índices de Kappa)

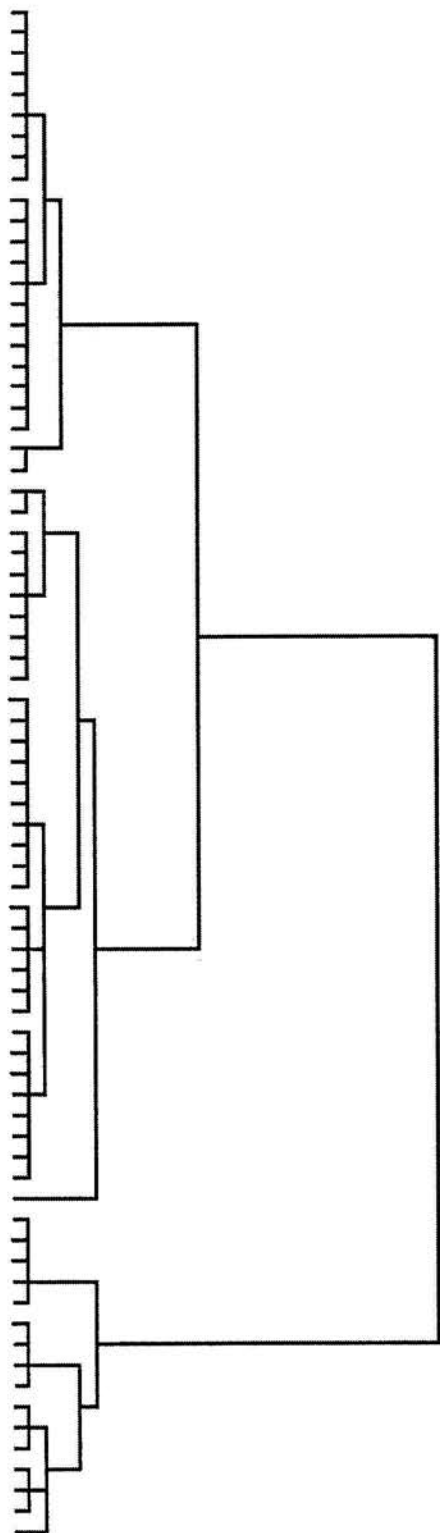
Hicimos cuatro estudios observando si existía concordancia de resultados entre

- 4.4.1. Clasificación de cluster y la que se obtiene con el percentil 75 de los resultados de nuestra muestra
- 4.4.2. Concordancia entre el punto de corte de Robert y la clasificación de Cluster.
- 4.4.3. Concordancia entre el punto de corte de Robert y el que se obtiene con el percentil 75 de nuestra muestra.
- 4.4.4. Concordancia de nuestros resultados con los conseguidos por otros autores en nuestro país. (San Roman y col)

4.2.1 TECNICA DE CLUSTER O CONGLOMERADOS. COMPARACION DE LOS GRUPOS DEFINIDOS POR EL CLUSTER Y LAS SUBESCALAS DEL TEST DE ACHEMBACH

Con las puntuaciones obtenidas en cada subescala se ha realizado un análisis de clusters, utilizando la distancia euclídea al cuadrado y por el método del "vecino más lejano" intentado ver si los niños se agrupaban en categorías. El dendograma resultante se muestra en la figura 1. Se definen claramente dos grupos.

Figura 1: Dendograma resultante de aplicar un análisis de cluster utilizando las subescalas de del test de Achenbach con la distancia euclídea al cuadrado y el método del vecino más lejano.



Se definen claramente dos grupos:

- Uno de 58 niños (grupo A)
- otro de 16 niños (grupo B)

El grupo A se diferencia del B por presentar en las 4 escalas puntuaciones estadísticamente significativas más bajas.

Asimismo el grupo A presenta puntuaciones más bajas en internalismo y externalismo.

Tabla 4: Comparación entre los grupos definidos por el cluster de las puntuaciones de las subescalas resumen del test de Achenbach.

	GRUPO A n = 58	GRUPO B n = 16	'p'
COGNITIVA	3,14 (2,30)	7,44 (3,20)	< 0,001
PSICOSOMÁTICA	3,29 (2,98)	7,38 (2,16)	< 0,001
CONDUCTUAL	13,22 (5,84)	31,13 (4,10)	< 0,001
EMOCIONAL	4,98 (2,69)	7,0 (3,56)	0,016
INTERNALISMO	11,41 (6,17)	21,8 (7,28)	< 0,001
EXTERNALISMO	13,22 (5,84)	31,13 (4,10)	< 0,001
TOTAL	24,64 (10,55)	52,94 (9,95)	< 0,001
Edad (meses)	29,72 (4,71)	30,93 (4,40)	0,371
Niños	39 (67,2%)	10 (62,5%)	0,723

Los valores se describen con Media (desv. estándar)

4.2.2 PUNTO DE CORTE DE ROBERT

Para cada una de estas escalas, utilizando la fórmula propuesta por Robert et al, se ha calculado el punto de corte que mejor separe ambos grupos.

Tabla 5: Puntos de corte según la técnica de Robert et al. que mejor separan ambos grupos

COGNITIVA	6,05
PSICOSOMÁTICA	6,36
CONDUCTUAL	24,29
EMOCIONAL	8,27
INTERNALISMO	18,8
EXTERNALISMO	24,29
TOTAL	41,19

4.2.3 PRUEBA DE CONSISTENCIA INTERNA (ALFA DE CRONBACH)

Para cada escala se ha calculado la consistencia interna de las preguntas que lo generan. Los valores de Alfa de Cronbach de cada una de las subescalas se muestran en la tabla 6.

Tabla 6: Coeficiente alfa de Cronbach (consistencia interna) para cada una de las subescalas resumen del test de Achenbach

	Alfa de Cronbach
Emocional	0, 592
Conductual	0, 902
Cognitivo	0, 659
Psicosomático	0, 632
Internalismo	0,813
Externalismo	0, 902

4.3 RESULTADOS OBTENIDOS SEGÚN EL GÉNERO, FORMACIÓN DEL PADRE, EDAD DEL NIÑO/A, EDAD DEL PADRE

Se ha comparado si estas puntuaciones presentaban diferencias entre las diferentes características de los pacientes. Las Tabla 7 a Tabla 10 y las figuras 2-3 muestran respectivamente estos resultados para el género del niño, la profesión del padre, la edad del niño / a y la edad del padre.

4.3.1 Resultados según el género

Tabla 7: puntuaciones de las subescalas del test de Achenbach según el género.

	Niños n= 49			Niñas n= 25			'p'
	P ₂₅	Med	P ₇₅	P ₂₅	Med	P ₇₅	
Internalismo	8	11	18	8	13	21	0,668
Externalismo	10	16	24	11	16	26	0,388
Totales	18	26	41	24	31	42	0,417
Cognitivo	1	4	5	2	3	6	0,616
Somática	2	3	6	2	4	7	0,679
Conductual	10	16	24	11	16	26	0,388
Emocional	2	5	8	3	6	8	0,441

P₂₅ = Percentil 25

Med = Mediana

P₇₅ = Percentil 75

Figura 2: Mediana y percentiles 25 y 75 de las puntuaciones de internalismo en niños.

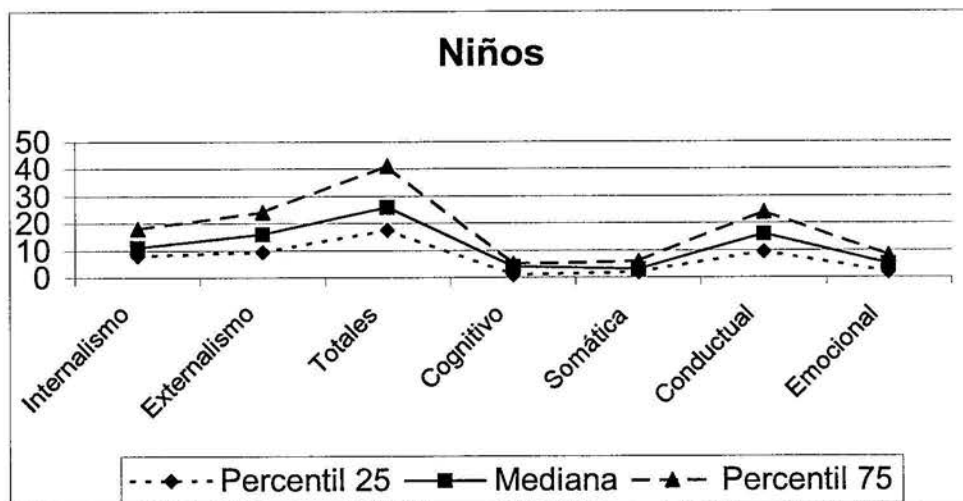
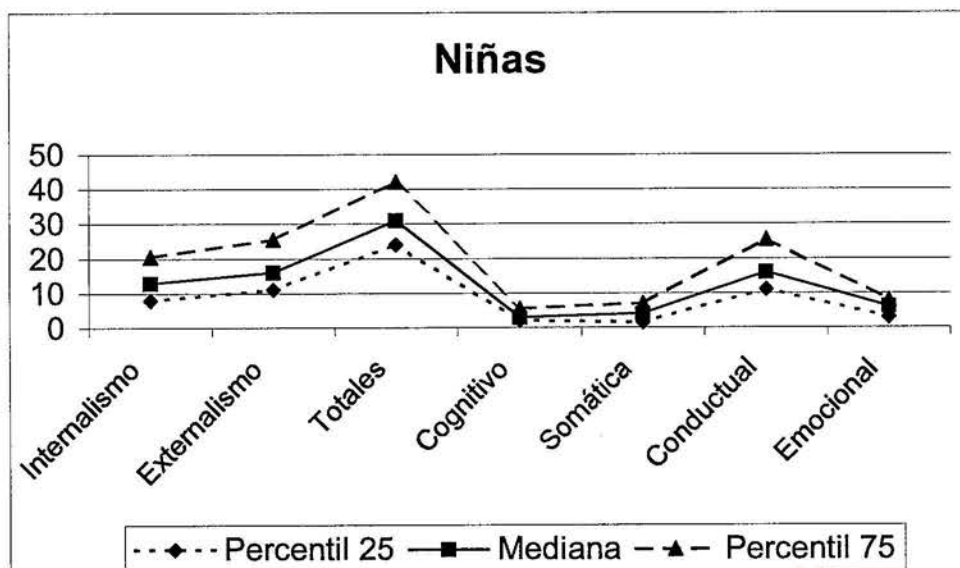


Figura 3: Mediana y percentiles 25 y 75 de las puntuaciones de internalismo en niñas.



4.3.2 Resultados obtenidos según la formación del padre

Tabla 8: Puntuaciones de las subescalas del test de Achenbach según la formación del padre.

Profesión de padre		Percentil		Percentil
		25	Mediana	75
Tec. sup. cualificado	Puntos internalismo	7	10	18
	Puntos externalismo	11	15	19
	Puntos totales	17	25	36
	Puntos cognitivo	1	3	4
	Puntos somática	2	4	6
	Puntos conductual	11	15	19
	Puntos emocional	3	4	7
Tec.sup. no cualificado	Puntos internalismo	10	13	21
	Puntos externalismo	9	16	19
	Puntos totales	19	28	39
	Puntos cognitivo	1	4	6
	Puntos somática	2	4	7
	Puntos conductual	9	16	19
	Puntos emocional	5	7	9
Tec. medio	Puntos internalismo	7	10	15
	Puntos externalismo	8	14	23
	Puntos totales	16	24	40
	Puntos cognitivo	2	3	5
	Puntos somática	1	2	5
	Puntos conductual	8	14	23
	Puntos emocional	2	5	6
BUP /COU	Puntos internalismo	7	13	16
	Puntos externalismo	13	17	24
	Puntos totales	26	30	33
	Puntos cognitivo	2	3	5
	Puntos somática	3	3	6
	Puntos conductual	13	17	24
	Puntos emocional	2	5	8
EGB	Puntos internalismo	8	18	28
	Puntos externalismo	14	23	31
	Puntos totales	25	41	57
	Puntos cognitivo	3	5	10
	Puntos somática	3	6	8
	Puntos conductual	14	23	31
	Puntos emocional	3	5	9
EGB incomp.	Puntos internalismo	8	20	30
	Puntos externalismo	13	22	31
	Puntos totales	23	41	58
	Puntos cognitivo	3	8	12
	Puntos somática	3	6	8
	Puntos conductual	13	22	31
	Puntos emocional	2	6	10

4.3.3. Resultados obtenidos según la edad del niño/a

Tabla 9: puntuaciones de las subescalas del test de Achenbach según la edad del niño/a.

Edad del niño		Percentil	Mediana	Percentil
		25		75
<=2 años	Puntos internalismo	5	12	17
	Puntos externalismo	10	15	17
	Puntos totales	13	26	33
	Puntos cognitivo	1	3	5
	Puntos somática	1	3	6
	Puntos conductual	10	15	17
	Puntos emocional	2	5	8
2 años	Puntos internalismo	8	11	16
	Puntos externalismo	9	16	25
	Puntos totales	17	28	39
	Puntos cognitivo	1	3	5
	Puntos somática	2	3	6
	Puntos conductual	9	16	25
	Puntos emocional	3	5	7
>=3 años	Puntos internalismo	9	23	27
	Puntos externalismo	16	18	31
	Puntos totales	25	41	56
	Puntos cognitivo	5	9	10
	Puntos somática	3	4	8
	Puntos conductual	16	18	31
	Puntos emocional	4	10	10

4.3.4 Resultados obtenidos según la edad del padre

Tabla 10: puntuaciones de las subescalas del test de Achenbach según la edad del padre.

Edad del padre		Percentil	Mediana	Percentil
		25		75
< 35	Puntos internalismo	9	13	17
	Puntos externalismo	10	16	23
	Puntos totales	21	28	39
	Puntos cognitivo	2	4	5
	Puntos somática	2	4	6
	Puntos conductual	10	16	23
	Puntos emocional	4	5	8
>= 35 y < 40	Puntos internalismo	8	15	20
	Puntos externalismo	11	16	28
	Puntos totales	16	31	43
	Puntos cognitivo	1	4	6
	Puntos somática	2	5	7
	Puntos conductual	11	16	28
	Puntos emocional	2	5	8
>=40	Puntos internalismo	6	10	21
	Puntos externalismo	8	14	21
	Puntos totales	15	24	38
	Puntos cognitivo	2	3	5
	Puntos somática	1	3	5
	Puntos conductual	8	14	21
	Puntos emocional	2	5	8

4.4 ANALISIS DE CONCORDANCIA DE NUESTROS RESULTADOS CON OTROS ESTUDIOS REALIZADOS (Índices de Kappa)

4.4.1. Analisis de concordancia entre la clasificación de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos

Los resultados de este análisis de concordancia se expresan con los índices de Kappa, que expresan la proporción de acuerdo potencial por encima del azar que obtienen distintas mediciones de un mismo fenómeno.

El recorrido del índice de Kappa va de -1 a +1

Kappa =0 El acuerdo obtenido puede explicarse únicamente por el azar.

Kappa menor de 0'4 Concordancia deficiente

Kappa de 0'4 a 0'75 Concordancia aceptable / buena

Kappa mayor de 0'75 Acuerdo excelente

Algunos autores clasifican como patológico los valores por encima del percentil 75 en cada una de las subescalas. **Se ha realizado un análisis de concordancia entre la clasificación obtenida por el análisis de cluster y de la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos.**

Los resultados con los valores de Kappa obtenidos se muestran en las tablas 11 a 17

Tabla 11: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la puntuación total.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
<i>Puntuación total</i>					
<i>Clasificación con punto de corte en percentil 75</i>	Normal	53 (91,4%)	1 (6,3%)		
	Alterado	5 (8,6%)	15 (93,8%)	0,781	< 0,001
	(≥41)				

Tabla 12: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala cognitiva.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
Subescala cognitiva:					
<i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥ 5)</i>	Normal	44 (75,9%)	3 (18,8%)	0,4457	< 0,001
	Alterado	14 (24,1%)	13 (81,3%)		

Tabla 13: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala somática.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
Subescala somática:					
<i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥ 6)</i>	Normal	50 (86,2%)	2 (12,5%)	0,649	< 0,001
	Alterado	8 (13,8%)	14 (87,5%)		

Tabla 14: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala conductual.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
Subescala conductual:					
<i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥23)</i>	Normal	54 (93,1%)	0	0,854	< 0,001
	Alterado	4 (6,9%)	16 (100,0%)		

Tabla 15: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala emocional.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
Subescala emocional:					
<i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥8)</i>	Normal	47 (81,0%)	7 (43,8%)	0,342	= 0,003
	Alterado	11 (19,0%)	9 (56,3%)		

Tabla 16: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala internalismo.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
Subescala internalismo:					
<i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥19)</i>	Normal	50 (86,2%)	5 (31,3%)	0,515	< 0,001
	Alterado	8 (13,8%)	11 (68,8%)		

Tabla 17: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos para la subescala externalismo.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
Subescala externalismo:					
<i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥ 23)</i>	Normal	54 (93,1%)	0	0,854	< 0,001
	Alterado	4 (6,9%)	16 (100,0%)		

4.4.2 Concordancia entre el punto de corte que mejor separaba cada subescala- punto de Robert- y la clasificación obtenida por el análisis de Cluster

Asimismo se calcularon las concordancias entre el punto de corte que mejor separaba cada subescala (técnica de Robert et al.) y la clasificación obtenida por el análisis de cluster. Las tablas 18 a 24 muestran los resultados

Tabla 18: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la puntuación total.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
<i>Puntuación total</i> <i>(≥41,19)</i>	Normal	56 (96,6%)	2 (12,5%)	0,841	< 0,001
	Alterado	2 (3,4%)	14 (87,5%)		

Tabla 19: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala cognitiva.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
<i>Puntuación cognitiva</i> <i>≥6,05</i>	Normal	53 (91,4%)	7 (43,8%)	0,499	< 0,001
	Alterado	5 (8,6%)	9 (53,3%)		

Tabla 20: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala psicósomática.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
Puntuación somática ($\geq 6,36$)	Normal	52 (89,7%)	4 (25,0%)	0,619	< 0,001
	Alterado	6 (10,3%)	12 (75,0%)		

Tabla 21: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala conductual.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
Puntuación conductual ($\geq 24,29$)	Normal	56 (96,6%)	0	0,924	< 0,001
	Alterado	2 (3,4%)	16 (100,0%)		

Tabla 22: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala emocional.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
<i>Puntuación emocional</i> ($\geq 8,27$)	Normal	52 (89,7%)	11 (68,8%)	0,236	= 0,037
	Alterado	6 (10,3%)	5 (31,3%)		

Tabla 23: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala internalismo.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
<i>Puntuación internalismo</i> ($\geq 18,8$)	Normal	50 (86,2%)	5 (31,3%)	0,515	< 0,001
	Alterado	8 (13,8%)	11 (68,8%)		

Tabla 24: concordancia entre la clasificación obtenida en el análisis de cluster y la que se obtiene estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. en la subescala externalismo.

		<i>Clasificación según el análisis de cluster</i>		Concordancia	
		Normal	Alterado	Kappa	'p'
<i>Puntuación externalismo (≥24,29)</i>	Normal	56 (96,6%)	0	0,924	< 0,001
	Alterado	2 (3,4%)	16 (100,0%)		

4.4.3 Analisis de concordancia entre la clasificación de Robert y nuestro punto de corte en el percentil 75.

Otra aproximación es analizar la concordancia entre la que se obtiene estableciendo el punto de corte donde mejor se separan los dos grupos (punto de corte de Robert) y la que se obtiene estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos.

Las tablas 25 a 32 muestran estos resultados

Tabla 25: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la puntuación total.

		<i>Clasificación según técnica de Robert</i>		Concordancia	
		Normal (<41,19)	Alterado (≥41,19)	Kappa	'p'
Puntuación total <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥41)</i>	Normal	54 (93,1%)	0	0,854	< 0,001
	Alterado	4 (6,9%)	16 (100,0%)		

Tabla 26: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala cognitiva.

		<i>Clasificación según técnica de Robert</i>		Concordancia	
		Normal (<6,05)	Alterado (≥6,05)	Kappa	'p'
Subescala cognitiva <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥5)</i>	Normal	47 (78,3%)	0	0,578	< 0,001
	Alterado	13 (21,7%)	14 (100%)		

Tabla 27: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala somática.

		<i>Clasificación según técnica de Robert</i>		Concordancia	
		Normal (<6,36)	Alterado (≥6,36)	Kappa	'p'
Subescala somática <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥6)</i>	Normal	52 (92,9%)	0	0,863	< 0,001
	Alterado	4 (7,1%)	18 (100%)		

Tabla 28: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala conductual.

		<i>Clasificación según técnica de Robert</i>		Concordancia	
		Normal (<24,29)	Alterado (≥24,29)	Kappa	'p'
Subescala conductual <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥23)</i>	Normal	54 (96,4%)	0	0,929	< 0,001
	Alterado	2 (3,6%)	18 (100%)		

Tabla 29: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala emocional.

		<i>Clasificación según técnica de Robert</i>		Concordancia	
		Normal (<8,27)	Alterado (≥8,27)	Kappa	'p'
Subescala emocional <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥8)</i>	Normal	54 (85,7%)	0	0,641	< 0,001
	Alterado	9 (14,3%)	11(100%)		

Tabla 30: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala internalismo.

		<i>Clasificación según técnica de Robert</i>		Concordancia	
		Normal (<18,8)	Alterado (≥18,8)	Kappa	'p'
Subescala internalismo <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥19)</i>	Normal	55 (100%)	0	1	< 0,001
	Alterado	0	19 (100%)		

Tabla 31: concordancia entre la clasificación obtenida estableciendo el punto de corte según la técnica de Robert et al. y estableciendo en punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos en la subescala externalismo.

		<i>Clasificación según técnica de Robert</i>		Concordancia	
		Normal (<24,29)	Alterado (≥24,29)	Kappa	'p'
Subescala externalismo <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥23)</i>	Normal	54 (96,4%)	0	0,929	< 0,001
	Alterado	2 (3,6%)	18 (100%)		

Los puntos de corte según las diferentes aproximaciones se muestran en la siguiente tabla

Tabla 32: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.

	Percentil 75 Nuestros datos	Técnica Robert et al.
Puntuación Total	41	41,19
Subescala		
Cognitiva	5	6,05
Psicosomática	6	6,36
Conductual	23	24,29
Emocional	8	8,27
Internalismo	19	18,8
Externalismo	23	24,29

4.4.4 Análisis de concordancia de nuestros resultados con otro trabajo de investigación realizado en nuestro país por San Roman y col.

Realizamos un estudio de concordancia de nuestros resultado y los conseguidos en un estudio de similares características realizado por San Roman y col consiguiendo unos índices de Kappa muy similares (vease tablas 42 a 59).

Con toda la información anterior se redefinió a un niño como patológico si presentaba las siguientes características:

Patológico según la puntuación total: Si la puntuación es en tres de las 3 clasificaciones (Cluster, P_{75} de nuestros datos, y punto de corte según la técnica de Robert), se clasificó como patológico.

Patológico en las 4 subescalas (cognitiva, psicósomática, conductual y emocional), si al menos en dos de 2 clasificaciones (P_{75} de nuestros datos, y punto de corte según la técnica de Robert), se clasificó como patológico.

También estudiamos la posible repercusión en los resultados del

- género
- edad del niño/a
- edad del padre
- nivel de estudios del padre

4.5 PREVALENCIA DE TRASTORNOS EN LA PUNTUACION TOTAL Y EN CADA SUBESCALA SEGÚN DIFERENTES CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

4.5.1 Prevalencia según técnicas de cluster, nuestros datos y punto de Robert (Tabla 33)

	Análisis de clusters	Nuestros datos (percentil 75)	Técnica Robert et al.	Todas (*)
Puntuación Total	16 (21,6%)	20 (27,0%)	16 (21,6%)	21 (28,4%)
Subescala				
Cognitiva	---	27 (36,5%)	14 (18,9%)	27 (36,5%)
Psicosomática	---	22 (29,7%)	18 (24,3%)	22 (29,7%)
Conductual	---	20 (27,0%)	18 (24,3%)	20 (27,0%)
Emocional	---	20 (27,0%)	11 (14,9%)	20 (27,0%)
Internalismo	---	19 (25,7%)	19 (25,7%)	19 (25,7%)
Externalismo	---	20 (27,0%)	18 (24,3%)	20 (27,0%)

(*) Si fue patológico al menos en 2 de las tres clasificaciones para la puntuación total, o al menos en una para las otras subescalas.

Las tablas siguientes muestran que ni el género del niño/a, ni la edad del niño/a, ni el nivel de estudios del padre, ni la edad del padre parecen estar relacionadas con presentar trastornos.

4.5.2 Relación entre el **género del niño/a** y la presencia de patología (tabla 34)

		Hombre	Mujer	p
Patológico según mejor criterio	Normal	35 (71,4%)	18 (72,0%)	=0,959
	Patológico	14 (28,6%)	7 (28,0)	

Relación entre **la edad del niño/a** y la presencia de patología (tabla 35)

		Edad			p
		≤ 2 años	2 años	≥ 3 años	
Patológico según mejor criterio	Normal	9 (81,8%)	41 (75,9%)	3 (42,9%)	=0,140
	Patológico	2 (18,2%)	13 (24,1)	4 (57,1%)	

4.5.3 Relación entre en nivel de estudios del padre y la presencia de patología (tabla 36)

		Nivel de estudios del padre					EGB incomp.	p
		T. Sup. Cualific ado	T. Sup. No Cualif.	Tec. Medio	BUP/C OU	EGB		
Patológico según mejor criterio	Normal	11 (8,6%)	10 (76,9%)	19 (76%)	5 (100%)	5 (50%)	1 (25%)	=0,020
	Patológico	2 (15,4%)	3 (23,1)	6 (24%)	0	5 (50%)	3 (75%)	

Relación entre la edad del padre y la presencia de patología (tabla 37)

		Edad del padre			p
		< 35 años	≥35 y <40 años	≥ 40 años	
Patológico según mejor criterio	Normal	22 (75,9%)	16 (66,7%)	13 (76,5%)	=0,701
	Patológico	7 (24,1%)	8 (33,3)	4 (23,5%)	

4.6. RESPUESTAS DEL TEST DE ACHEMBACH QUE MAS INFLUYEN EN LA PUNTUACION DE LAS DIFERENTES SUBESCALAS Y POR TANTO EN LOS SIGNOS DE RIESGO A VALORAR.

Para analizar la contribución de cada ítem a la puntuación de la subescala y detectar aquellos que empeoran la puntuación y por lo tanto son los más idóneos para realizar una intervención, se obtuvo la media de cada ítem y se ordenaron de mayor a menor, de manera que las medias más elevadas corresponderán a ítems en los que se han elegido puntuaciones más altas y por tanto mas patológicos.

Se obtuvo la media de puntuaciones, de manera que las medias más elevadas corresponderán a ítem en los que se han elegido puntuaciones más altas.

Si agrupamos los ítem de cada subescala y los ordenamos en función de su contribución a la obtención de la media de ésta, podremos observar cuáles de ellos están más asociados a un estado patológico y en qué grado ocurre (tablas 38 a 41)

Tabla 38: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala conductual

Ítem	Media	Porcentaje relativo	Porcentaje acumulado
p8	1,46	8,5	8,5
p16	1,20	7,0	15,6
p20	1,11	6,5	22,1
p96	0,92	5,4	27,4
p15	0,85	5,0	32,4
p72	0,82	4,8	37,2
p21	0,81	4,7	42,0
p6	0,80	4,7	46,6
p81	0,73	4,3	50,9
p66	0,72	4,2	55,1
p58	0,70	4,1	59,2
p5	0,66	3,9	63,1
p91	0,65	3,8	66,9
p11	0,59	3,5	70,4
p13	0,58	3,4	73,8
p40	0,51	3,0	76,8
p82	0,47	2,8	79,5
p17	0,42	2,5	82,0
p34	0,41	2,4	84,3
p7	0,38	2,2	86,6
p85	0,36	2,1	88,7
p47	0,35	2,1	90,8
p18	0,34	2,0	92,7
p31	0,34	2,0	94,7
p83	0,26	1,5	96,2
p29	0,24	1,4	97,6
p95	0,22	1,3	98,9
p53	0,19	1,1	100,0

Tabla 39: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala cognitiva

Ítem	Media	Porcentaje relativo	Porcentaje acumulado
p59	1,135	27,9	27,9
p27	0,662	16,3	44,2
p71	0,297	7,3	51,5
p25	0,297	7,3	58,8
p44	0,270	6,6	65,4
p65	0,243	6,0	71,4
p26	0,230	5,6	77,1
p67	0,216	5,3	82,4
p76	0,203	5,0	87,4
p56	0,176	4,3	91,7
p62	0,162	4,0	95,7
p89	0,108	2,7	98,3
p99	0,068	1,7	100

Tabla 40: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala psicossomática

Ítem	Media	Porcentaje relativo	Porcentaje acumulado
p12	0,500	12,0	12,0
p97	0,473	11,3	23,3
p24	0,446	10,7	34,0
p61	0,405	9,7	43,7
p9	0,405	9,7	53,4
p31	0,338	8,1	61,5
p1	0,257	6,1	67,6
p74	0,257	6,1	73,8
p60	0,243	5,8	79,6
p49	0,189	4,5	84,1
p19	0,162	3,9	88,0
p46	0,162	3,9	91,9
p52	0,095	2,3	94,2
p93	0,081	1,9	96,1
p57	0,068	1,6	97,7
p45	0,041	1,0	98,7
p39	0,027	0,6	99,4
p78	0,027	0,6	100,0

Tabla 41: Porcentaje relativo y acumulado de la contribución de cada uno de los ítem que generan la subescala emocional

Ítem	Media	Porcentaje relativo	Porcentaje acumulado
p22	0,905	16,7	16,7
p10	0,811	15,0	31,7
p37	0,743	13,7	45,4
p64	0,703	13,0	58,4
p3	0,554	10,2	68,6
p32	0,554	10,2	78,8
p92	0,459	8,5	87,3
p4	0,257	4,7	92,0
p2	0,243	4,5	96,5
p87	0,189	3,5	100,0

Observación final:

Considero que los objetivos fundamentales que nos hemos propuesto están debidamente descritos:

1. Prevalencia de los trastornos del desarrollo e importancia clínica en el grupo de población estudiada.

2. El segundo objetivo que era demostrar la utilidad clínica creo que está debidamente explicado por cuanto la detección precoz de los trastornos y el hallazgo de los ítems más alterados nos facilita saber cuáles son los niños seleccionados y cuál es la patología específica que presentan.

3. El tercer objetivo referente a detectar los ítems más afectados y tener un diagnóstico cualificado de los niños/as queda expresado en las tablas 38 a 41.

5. DISCUSIÓN

5.1 Crítica a nuestro trabajo

5.2 Un elogio de lo que se ha hecho

5.2.1 ¿Qué hemos demostrado con nuestro estudio?

5.2.2 ¿Para qué sirve nuestro trabajo?

5.2.3 Limitaciones de nuestro trabajo

5.3 Análisis e interpretación de los resultados.

5.3.1 Análisis e interpretación de los resultados

5.3.2 Comparación de nuestros resultados con otros estudios

5.1 Crítica a nuestro trabajo

Al analizar nuestro trabajo de investigación observamos algunos puntos del mismo que podrían ser mejorados.

-El tamaño de la muestra cumple los criterios exigibles estadísticamente, aunque pensamos que una muestra de mayor tamaño quizá hubiera enriquecido o reafirmado los resultados obtenidos.

-Un estudio de tipo transversal como el nuestro da una imagen puntual y concreta de los niños/as estudiados aunque un estudio longitudinal que informara de la evolución de estos niños/as en espacios de tiempo sucesivos podría ser de gran interés.

-Al ser un test cumplimentado por padres siempre queda la duda si la puntuación que han otorgado a sus hijos ha sido realmente objetiva.

-Somos conscientes de la cautela y prudencia que debemos tener a la hora de emitir un diagnóstico basado únicamente en los resultados de un test, así como un pronóstico futuro.

5.2 Un elogio de lo que se ha hecho

Fue en 1977 la primera vez que un Comité de Expertos de la OMS examinó los conocimientos existentes acerca de la Salud Mental y el desarrollo psico-social. Los estudios demostraron que a pesar de la severidad y extensión de los trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes en el mundo industrializado no se prestaba suficiente atención a este tipo de problemas.

Por este motivo, en una de sus recomendaciones se destacó la necesidad de sistematizar técnicas aplicables a la evaluación de los problemas de Salud Mental de la infancia y adolescencia (W.H.O 1991), adecuando los recursos disponibles en los diferentes países. Otro estudio reciente (2002). "El futuro de la salud infantil y de la pediatría en España. Análisis prospectivo Delphi" que estudia las líneas de investigación prioritarias para los próximos 15 años, augura una alta incidencia de patología psico-social en niños y adolescentes.

Por estos motivos creemos pertinente investigar en detección precoz de problemas del desarrollo ya que se trata de una patología emergente en el momento actual y en un futuro próximo.

Una mirada a la realidad actual de la infancia cuando comienza el Siglo XXI nos permite observar unos grandes avances en genética y una disminución notable de enfermedades infecciosas. Siguen siendo importantes el cáncer, VIH, accidentes e intoxicaciones. En grandes zonas del planeta persisten problemas nutricionales e infecciosos por desigualdad de recursos.

Es preciso reconocer que las consultas pediátricas de Atención Primaria registran una alta demanda de orientación a los padres en problemas de comportamiento, dificultades escolares y dificultades de adaptación, correspondiendo con una disminución de la tolerancia parental y social a la menor desviación, inestabilidad familiar así como alto índice de separaciones paternas (Manciaux, 1987)

El haber tenido contacto con las Escuelas Infantiles y Guarderías nos permitió contactar con maestras, pedagogos psicólogos y comprender el interés del trabajo pluridisciplinario. En los aspectos sociales pudimos contrastar la gran labor de Trabajadores Sociales y Enfermería.

Creemos por todo lo comentado que nuestro trabajo está en consonancia con la patología infantil del momento actual y con las demandas de las familias. Investigar en problemas del desarrollo infantil supone activar recursos pediátricos, familiares y sociales para una mejor salud infantil.

El papel privilegiado del pediatra en la atención a los niños hace preciso el uso de instrumentos de detección precoz de los trastornos del desarrollo como es el objeto de nuestra investigación. Es preciso recordar a pioneros como Brunet-Lezine (1985) Gesell (1986) Illingwort (1992), cuyos trabajos y caminos abiertos en el campo de la detección precoz de trastornos del desarrollo son importantes .

5.2.1. ¿Qué hemos demostrado con nuestro estudio?

Con nuestro estudio hemos demostrado que la aplicación del test de Achembach para niños/as con edades comprendidas entre 2 y 3 años permite detectar signos de alarma en

las áreas cognitiva, psicosomática, emocional y conductual. También hemos demostrado que el nivel de prevalencia de la población estudiada es alto.

Una vez llevado a cabo el trabajo y pasado el tests a los padres, se introdujeron los resultados en una base de datos y se hizo un estudio estadístico que reveló los siguientes resultados.

puntuación total	20	27'0%
cognitiva	27	36'5%
psicosomática	22	29'7%
conductual	20	27,00%
emocional	20	27,00%

Estos datos precisaban ser estudiados para conocer si realmente tenían consistencia interna y concordancia.

La concordancia es una técnica estadística que valora si todas las preguntas van en una misma dirección o sentido.

La *consistencia interna* de la muestra se calculó con el alfa de Crombach que se considera normal cuando es mayor de 0'7. Los resultados fueron buenos a nivel conductual, cognitivo y psicosomático y bajos en la escala emocional. Los valores finales de internalismo (cognitivo, psicosomático y emocional) fueron buenos y el externalismo (conductual) excelente.

La *concordancia* de nuestros resultados se estudió mediante los índices de Kappa que expresan la proporción de acuerdo potencial por encima del azar que obtienen las diferentes mediciones de un mismo hecho.

La primera aproximación fue analizar la concordancia entre la clasificación de cluster o conglomerados que nos definió 2 grupos perfectamente diferenciados y la que obtuvimos estableciendo el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos. El índice de Kappa fue 0'781 que podemos considerar excelente.

Kappa	0	malo
Kappa	0-0'4	deficiente
Kappa	0'4-0'7	bueno
Kappa	mayor de 0'7	excelente

Analizando la concordancia de la técnica de cluster con los resultados que se obtienen con la técnica de Robert, se observa una excelente concordancia en la puntuación global y buenas y excelentes en las subescalas cognitivas, psicosomática y conductual siendo deficientes en la escala emocional. Los valores de internalismo son buenos y el externalismo excelente. El índice de Kappa fue 0'841.

Se analizó igualmente la concordancia comparando el punto de corte de Robert y el percentil 75 de nuestra muestra. Todos los índices de Kappa fueron buenos o muy buenos tanto en puntuación total como para subescalas cognitiva, psicosomática, conductual y emocional. El índice de Kappa fue 0'812.

Creemos haber demostrado que las cifras de prevalencia encontradas son reales y todas las pruebas de consistencia y concordancia de nuestros resultados han resultado favorables.

Una demostración complementaria de nuestro trabajo es la gran importancia de la Escuela Infantil para la observación clínica del niño y la importancia de la colaboración de padres y maestros en la detección precoz de los trastornos del desarrollo.

5.2.2 ¿Para qué sirve el trabajo?

En primer lugar nuestro trabajo, avala la validez del método epidemiológico que es básico para conocer el estado de salud de la población y detectar precozmente trastornos.

Nuestro trabajo siguiendo la definición de Lilienfeld (1957) ha estudiado la distribución de una enfermedad durante un tiempo y un espacio, detectando y describiendo los factores que influyen sobre esa distribución.

Nuestro estudio sirve para detectar precozmente trastornos del desarrollo, trastornos que no hubieran sido detectados por los padres observando simplemente la conducta de los niños. Pedreira (1996) realizó un estudio en el cual encontró prevalencia de alteraciones del 30'2% mientras que de estos niños solo la mitad estaban en seguimiento detectado algún problema por sus padres.

Se ha demostrado que el test de Achembach tiene buen poder predictivo. Koot (1993) aplicó el test de Achembach a 1052 niños de 3 a 12 años. Comprobó que la mayoría de los niños a los que se detectó algún tipo de problema, tuvieron necesidad de acudir posteriormente a centros de Educación Especial o de Salud Mental.

Creemos objetivamente que nuestro trabajo es una prueba importante para la detección precoz de trastornos de desarrollo. Es una prueba sencilla, fiable, válida, con poder discriminante, y de aplicación transcultural o transocial.

Este test puede ser utilizado por pediatras psicólogos, psiquiatras, profesores y puede constituir un elemento esencial en las consultas de atención primaria. El mismo test sirve para evaluar la eficacia del tratamiento que ha recibido el niño Koot (1982).

Nuestro trabajo permite conocer factores de riesgo, con rasgos probabilísticos de su aparición posterior. Este hallazgo puede tener proyección social diseñando programas de detección y redes de intervención temprana en aquellos lugares o grupos de población donde sean detectados. A los niños considerados de riesgo se les puede aplicar la entrevista semiestructurada para pediatras de atención primaria (Anexo 8.3).

Nuestro estudio, en consonancia con la literatura nacional e internacional revela que la prevalencia de trastornos del desarrollo de niños/as de 2 y 3 años de edad, elegidos aleatoriamente en un barrio de Barcelona alcanza cifras próximas al 28% en la puntuación total.

Las observaciones de la OMS sobre salud mental de la población y las conclusiones del estudio de la salud infantil Delphi (2002), en el que participé, sobre líneas de actuación en salud infantil en los próximos 15 años, quedan plenamente corroboradas en nuestro trabajo.

5.2.3. Limitaciones de nuestro trabajo.

Observando de un modo amplio nuestro trabajo tiene algunas limitaciones ya comentadas en cuanto a tamaño de la muestra, conocimiento de la evolución de los síntomas detectados que daría un estudio longitudinal, y al ser cumplimentado por padres, puede existir un componente subjetivo a la hora de la calificación de los diferentes ítems del test.

Somos conscientes de que los niños no se desarrollan de un modo uniforme y que las diferencias genéticas, neurofisiológicas y del entorno hacen que no todos los niños sigan un mismo ritmo educativo (Sameroff y Chandler, 1975). Un seguimiento longitudinal del estudio aportaría datos muy interesantes al respecto.

La colaboración voluntaria de los padres, creemos que fue correcta en parte por las explicaciones que recibieron de las Directoras de Escuelas Infantiles y en parte por la confianza con las que acuden al consultorio pediátrico que dirijo.

Era nuestro deseo que se estableciese espíritu de colaboración y búsqueda de un bien común para todos. No obstante, al observar los datos conseguidos en la escala emocional sabemos que la puntuación puede guardar relación con el estado afectivo de los padres y de su capacidad perceptiva respecto a los hijos.

Observando nuestro trabajado en relación a los objetivos que nos habíamos planteado como era comprobar la prevalencia de los trastornos del desarrollo en el grupo de población elegido, y detectar los ítems más frecuentemente afectados para incidir en la terapéutica, creo que están correctamente conseguidos y demostrados, cumpliendo los requisitos de todo factor de riesgo de ser cuantitativo, es decir valorable en cifras y accesible a los padres es decir ser cumplimentado sin dificultad.

Numerosos autores hacen hincapié en la importancia del entorno familiar y la aparición de patología, como Reig Grisafulli (1990), Richman, Stevenson JE, Graham PJ(1992) Shae et al (1994) Campbell (1995) Zeanah (1996) Polaino (1998).

5.3 Análisis e interpretación de los resultados. Comparación de nuestros resultados con otros estudios realizados. Observaciones finales de nuestro estudio.

5.3.1 Análisis e interpretación de los resultados.

Participaron en el estudio 74 niños/as especificándose las características de edad y sexo. Se especificó igualmente la edad del padre y el nivel de instrucción. Se siguieron los criterios de inclusión y exclusión.

Se describen los resultados del Test de Achembach de las diferentes subescalas (cognitiva, conductal, emocional y psicósomática) en forma de percentiles y también la puntuación total del test de Achembach con cifras de prevalencia total y de las diferentes subescalas.

Se aportan los ítems que empeoran los resultados de las distintas subescalas, que consideramos una aportación original y de gran utilidad para intervenciones de tipo educativo y terapéutico.

Conductual

- P. 8 -No puede esperar: lo quiere todo al momento
- P. 16 -Las demandas deben ser satisfechas inmediatamente
- P. 20 -Desobediente
- P. 96 -Requiere mucho la atención.
- P. 15 -Desafiante
- P. 72 -Tiene poco miedo a hacerse daño.

Cognitiva

- P. 59 -Pasa rápido de una actividad a otra
- P. 27 -No parece sentirse culpable después de haberse portado mal.
- P. 71 -Muestra escaso interés por lo que piensan sobre él
- P. 25 -No se va con otros niños/as
- P. 44 -Humor enfadado frecuentemente
- P. 65 -Se opone al entrenamiento de hábitos higiénicos.

Psicósomática

- P. 12 -Estreñido
- P. 97 -Quejumbroso
- P. 24 -No come bien
- P. 61 -Se niega a comer
- P. 9 -Mastica cosas no comestibles
- P. 31 -Come o bebe cosas entre horas y que no son de alimento

Emocional

- P. 22 -No quiere ir a dormir solo
- P. 10 -Se pega al adulto
- P. 37 -Se queda muy contrariado cuando es separado de sus padres.
- P. 64 -Se resiste a ir a la cama por las noches
- P. 3 -Tiene miedo de cualquier cosa nueva
- P. 32 -Miedo a determinados animales, situaciones o lugares

La prevalencia total de trastornos fue

- puntuación total	27%
- subescala cognitiva	36%
- subescala psicossomática	30%
- subescala emocional	27%
- subescala conductual	27%
- internalismo	26%
- externalismo	27%

Una vez conocidos estos resultados realizamos diversas técnicas estadísticas que nos dijeran que estos resultados eran correctos.

Realizado el análisis de cluster o conglomerados se detecta un grupo de niños/as de mayor riesgo psico-social. La figura resultante (dendograma) explica claramente estos dos grupos: el de mayor riesgo psico-social y otro que no lo es. Los niños de riesgo psico-social tienen unas puntuaciones más altas en las cuatro subescalas y en la puntuación total. No hay variaciones significativas en cuanto a la edad y al género.

Creemos importante exponer los items más afectados en los niños/as porque permite tener datos concretos que convierten al niño/a en sujeto-persona con unas características peculiares. También son importantes las cifras estadísticas globales para planificar la salud a gran escala.

Sería conveniente un seguimiento longitudinal del trabajo realizado para observar la evolución de los signos de alerta y o conocer los resultados de la intervención.

Otra aproximación estadística fue utilizar la fórmula propuesta por Robert, que calcula el punto de corte que mejor separa el grupo de niños con posible riesgo psico-social y los que no lo presentan. (tabla 5)

Para cada escala se ha calculado la consistencia interna de las preguntas que las generan (tabla 6), es decir el alfa de Crombach.

Se ha estudiado si existían diferencias significativas según el género (tabla 7) y según la formación del padre (tabla 8). El test no contempla la profesión de la madre y teniendo en cuenta el actual sistema familiar, donde existen abundantes separaciones, divorcios o familias monoparentales sería importante considerarlo. En nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas en base a la instrucción paterna.

Otra aproximación estadística fue ver si concordaban nuestros resultados y los obtenidos con la técnica de Cluster o de conglomerados. Numerosos autores consideran como patológicos los valores por encima del percentil 75 y es el más utilizado en la literatura para evaluar las alteraciones del desarrollo (Achembach 1978, Koot 1993, Pedreira 1991, Verhultst 1996). Por este motivo nuestra referencia fue el percentil 75 de nuestros datos. (tablas 11 a 17).

Otra aproximación estadística consistió en establecer la concordancia entre los resultados de la técnica de Cluster o conglomerados y el punto de corte con técnica de Robert. (tablas 18 a 31).

Este análisis de concordancia se estudió mediante el índice de Kappa que resultó bueno o muy bueno. Comparamos igualmente nuestro trabajo con el realizado por San Román en Albacete, comprobando marcadas analogías en cuanto a resultados. (Anexo 8.1).

Según el género se observa en la mediana de los datos, un discreto aumento en la puntuación en las niñas en las subescalas psicósomática y emocional, sin que resulten estadísticamente significativas.

Según la formación del padre.

Como ya hemos observado en algún otro lugar el cuestionario no hace referencia a la profesión de la madre, por lo que puede ser un cuestionario incompleto en hogares monoparentales, viudedad, divorcio etc.

En los datos recogidos se puede observar un descenso paulatino de las puntuaciones en la escala internalizante (emocional, cognitiva y psicósomática) conforme asciende el nivel de estudios Educación General Básica incompleta (EGB) da valores de 19'50, mientras los Técnicos Superiores Cualificados dan valores de 10, cuando nos referimos a la mediana o percentil 50. En el percentil 75 los niños los niños cuyo padre ha cursado EGB incompleta da valores de 30 y los que su padre es técnico superior tiene valores de 18.

Según la edad del niño

Se observa que el internalismo (cognitivo, emocional y psicósomático) aumenta según la edad de los niños, así los menores de 2 años puntúan con 12 y los mayores de 3 años 23, referidos al percentil 50. En el percentil 75 las puntuaciones son 17 y 27 respectivamente.

Según la edad del padre

No se observan alteraciones significativas en las puntuaciones totales, ni en el internalismo ni externalismo.

El hecho de no encontrar variables estadísticamente significativas no permite asegurar que no exista una relación entre las variables ya que en ocasiones puede estar traduciendo una escasa potencia de la prueba estadística o que la muestra no sea suficientemente grande para evidenciar la asociación. El hecho de no ser "estadísticamente significativa" no implica que no sea clínicamente importante (Porta N, Plasencia A, Sanz F, 1988)

Por otro lado una relación estadísticamente significativa no comporta juicio de causalidad puesto que este criterio, según Domenech y Ezpeleta (1995), debe obtenerse por una adecuada estrategia y no por el método estadístico.

5.3.2 Comparación de nuestros resultados con otros estudios realizados.

El gran trabajo de investigación llevado a cabo por Choquet y Davidson (1982) en París aporta pruebas de la importancia de realizar acciones preventivas, basada en los síntomas detectados durante los primeros años de la vida. Estos autores hicieron un seguimiento longitudinal a la muestra de 415 niños nacidos en 1974 en el distrito XIV de París no seleccionados y visitados en cuatro ocasiones (3, 9, 18, 35 meses)

Identificaron 3 grupos homogéneos teniendo en cuenta variables que se referían a los aspectos físicos de salud y a su comportamiento.

Grupo I (69% estado satisfactorio)

Grupo II (21% considerados de riesgo reducido)
Grupo III (10% grupo de alto riesgo en base a presentar los problemas de salud siguientes:

- bronquitis de repetición
- otitis de repetición
- haber sido hospitalizado más de 3 días entre 18 meses y los 3 años
- actitudes coléricas frecuentes
- estar descontento con frecuencia
- apetito caprichoso
- no tener objeto transicional
- ausencia de juegos en soledad
- tomar medicamentos sedantes
- haber tenido varios accidentes entre 18 meses y 3 años.

En el último grupo los niños presentaban un mínimo de 6 de estos items, mientras que en el grupo de bajo riesgo la gran mayoría de niños no presentaba más de 3. Por métodos matemáticos basados en la epidemiología se han podido detectar estos grupos de niños con características médicas y psicológicas, permitiendo cuantificarla en una población no seleccionada previamente.

La importancia de esta investigación radica en que si el grupo III se encuentra la cifra al 10% de niños de alto riesgo, podría hacerse diagnóstico precoz de los niños con estas características a una edad temprana como son los dos años, mientras que otras investigaciones no lo hacen más que a una edad más tardía y por tanto menos precoz.

Repasando nuestros resultados, realizados con niños de 2 y 3 años de forma aleatoria observamos distintos items que alteran más los resultados de las distintas subescalas.

subescala conductual:

- no puede esperar
- lo quiere todo al momento
- desobediente requiere mucho la atención
- desafiante
- tiene poco miedo de hacerse daño
- se altera cuando sucede algún cambio en la rutina
- no puede permanecer sentado o está muy inquieto
- terco, testarudo, hosco, malhumorado o irritable
- grita mucho
- los castigos no cambian su conducta.

Observamos que las actitudes coléricas frecuentes, estar descontento con frecuencia y no tener objeto transicional (no jugar solo) son perfectamente superponibles a los items más alterados que hemos encontrado a nivel conductual en nuestro estudio.

En el aspecto psicosomático, destacan

- estreñimiento (sin causa médica conocida)
- quejumbroso
- se niega a comer
- mastica cosas no comestibles
- quejas somáticas sin causa aparente
- urticarias de etiología no conocida
- Observamos que las alteraciones del apetito constituyen un signo de alerta en ambos estudios.

Entre los items que más destacan a nivel cognitivo, también encontramos algunas coincidencias como humor enfadado, se opone al entrenamiento de hábitos higiénicos, no sabe divertirse.

Otro estudio a comparar fue el realizado por San Román y col. en Albacete: con marcadas analogías en los resultados que se obtienen en la detección precoz de trastornos de desarrollo en niños de 2 y 3 años (Anexo 8.1).

Nuestro trabajo consigue unas cifras de prevalencia parangonables a diversas investigaciones nacionales e internacionales con cifras de prevalencia en puntuación total del 27%.

6. CONCLUSIONES

6.1 PRIMERAS CONCLUSIONES

1. Se constata una alta prevalencia de los trastornos del desarrollo en el grupo de población estudiado.

- 27% en la valoración total
- 36% en la subescala cognitiva
- 27% en la subescala conductual
- 27% en la subescala emocional
- 30% en la subescala psicossomática
- 26% en internalismo
- 27% en externalismo

2. Queda demostrada la utilidad clínica para detección precoz de signos de riesgo en trastornos del desarrollo.

3. Mediante este estudio se detectan los items del CBCL de Achenbach más frecuentemente afectados en las diferentes subescalas, permitiendo un diagnóstico cualitativo y una intervención terapéutica más individualizada.

6.2 OTRAS CONCLUSIONES

4. El pediatra de atención primaria tiene la posibilidad de hacer una detección precoz de problemas de desarrollo con un test sencillo y de fácil aplicación.

7. BIBLIOGRAFÍA

ACHENBACH TM, HOWELL CT, AOKI MF, RAUH VA. Nine-year outcome of the Vermont intervention program for low birthweight infants. *Pediatrics* 1993; 91:45-55.

ACHENBACH TM, HENSLEY VR, PHARES V, GRAYSOW D. Problems and competences reported by parents of Australian and American Children. *J Child Psychol Psychiatry* 1990; 31: 265-286.

ACHENBACH TM, HOWELL CT, McCONANCHY SH, STANGER C. Six year predictors of problems in a national sample: Ill Transition to youth, adult syndromes. *J Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 658-69.

ACHENBACH TM. Epidemiological applications of multi-axial empirically based assessment and taxonomy. In: Verhulst FC, Koot HM. *The epidemiology of Child and adolescent psychopathology*. Oxford: Oxford University Press; 1995. p. 22-41.

ACHENBACH TM, EDELBROCK, HOWELL CT. Empirically based assessment of the behavioral, emotional problems of 2 and 3 years old children. *J Abnorm Child Psychol* 1987; 15: 629-50.

ACHENBACH TM. Psychopathology of Childhood: Research problems and issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; 46:759-776.

ADAMS J, BARONE S JR, LAMANTIA A, PHILEN R, RICE DC, SPEAR L, SUSSER E. Workshop to identify critical windows of exposure for children's health: neurobehavioral work group summary. *Environ Health Perspect* 2000; 108: 535-544.

AJURIAGUERRA J. *Manual de psiquiatría infantil*, Cuarta edición. Barcelona: Masson 1996.

ALFONSO-SIMÓN M. Detección de trastornos de comportamiento en la escuela infantil. In: CALLABED J, MORAGA F, SASOT J (Eds). *La salud en la guardería y la escuela*. Barcelona: Laertes; 1995. p. 239-247.

ALLEN JR. Of resilience, vulnerability, and a woman who never lived. *Child Adolesc Psychiat Clin N Am* 1998; 7: 53-71.

ANTHONY EJ, KOUPERNIC C (Eds). *Year book of the International Association for Child Psychiatry and allied professions*. New York: Wiley-Interscience; 1974;

ANTHONY EJ, KOUPERNIK C, CHILAND C, GUERIN-JODIN MC, LEQUESNE B. *L'enfant à haut risque psychiatrique*. Paris: PUF; 1980.

ARBONES-FERNANDEZ B. *Dificultades de aprendizaje: Detección, prevención y tratamiento*. Pontevedra: Ideas Propias; 2004.

ARENANDER AT, DE VELLIS J. Development of the nervous system. In: Siegel GJ, Agranoff BW, Albers RW, Molinoff PB. *Basic neurochemistry*. New York: Raven Press; 1994. p. 573-606.

ARGEMI J. El pediatra ante el fracaso escolar. In: CALLABED J, MORAGA J, SASOT J. *El niño y la escuela. Dificultades escolares*. Barcelona: Laertes; 1994. p. 13-24.

ARMITAGE P, BERRY G. *Estadística para investigación Biomédica*. Barcelona: Doyma; 1992.

AUBRY J. *La carence de soins maternels*. Paris: Editions de la Parole; 1965.

AUBRY J. *Problèmes psychologiques posés par l'hospitalisme des jeunes enfants*. Paris: Entretiens de Bichat; 1954.

AJUNTAMENT DE BARCELONA. *Guía estadística eixample en xifres*. Ajuntament de Barcelona, 2000.

- BALLABRIGA A. Estilo de vida, medio ambiente y enfermedades en la infancia. *An Esp. Pediatric* 1990; 33: 1-19.
- BALLABRIGA A, CARRASCOSA A. *La nutrición en la infancia y adolescencia*. Barcelona: Doyma; 2001.
- BALLESTA F. Valor social del consejo genético. In: Callabed J (Ed). *El primer año de vida del niño*. Barcelona: Cims; 2001. p. 20-26.
- BEARER CF. The special and unique vulnerability of children to environmental hazards. *Neurotoxicology* 2000; 21: 925-934.
- BELSKY J, ROVINE M. Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment. *Child Development* 1988; 59:151-167.
- BERNARDO CARRASCO J. *Estrategias de aprendizaje: para aprender más y mejor*. Madrid: Rialp; 2004.
- BICE. *La Resiliencia o el realisme de l'esperança*. Barcelona: Claret; 1997.
- BLACK IB. Environmental regulation of brain trophic interaction. *Int J Dev Neuroscience* 1993; 11:403-410
- BLAND JM., ALTMAN DG. Crombach's Alpha. *BMJ* 1997; 314: 572
- BOWLBY J. *El vínculo afectivo*. Buenos Aires: Paidós; 1997.
- BOWLBY J. *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós; 1986.
- BOWLBY J. *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós; 1980.
- BRAZELTON T. *Escuchemos al niño*. Barcelona: Plaza y Janes; 1989.
- BRAZELTON T.B, CRAMER B.C. *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós; 1992.
- BROWN JS, ACHEMBACH TM. Bibliography of published studies using the child Behavior Checklist and related materials. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1993.
- BROWN RE. *An Introduction to neuroendocrinology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
- BRUNET O, LEZINE, I. *El desarrollo psicológico en la primera infancia*. Barcelona: Visor; 1985.
- BUENO M. (Ed). *Crecimiento y desarrollo humano y sus trastornos*. Madrid: Ergon; 1996.
- BUKOWSKI WM, SANDERG D. Peer relationships and quality of life. *Acta Paediatr* 1999; 88:108-109.
- BYRNE JM, Smith DJ, BACHMAN JE. Cognitive impairments in preschoolers: Identification using the Child Behaviour Checklist. *Journal of Anormal Child Psychology* 1987; 15:139-146.
- CALLABED J, DOMENECH JM, MORAGA FA, WENNERBERG C. *Pediatría Psicosocial*. Barcelona: Wander; 1993.
- CALLABED J. *El niño y los medios de comunicación social*. In: Callabed J (Ed). *El niño y la escuela*. Barcelona: Laertes; 1994. p. 87-94.
- CALLABED J. Evaluación diagnóstica y orientación terapéutica de las enfermedades psicosomáticas. *Archivos de Pediatría* 1996; 47: 369-388.
- CAMP BW. Adolescent Mothers and Their Children: Changes in Maternal Characteristics and Child Developmental and Behavioral outcome at school age. *Developmental and behavioral Pediatrics* 1996; 17:162-169.

- CAMPBELL SB. Behavior Problems in Preschool Children: A Review of Recent Research, *J Child Psychol Psychiat* 1995; 36:113-149.
- CAMPISTOL J. Alteraciones visuales y auditivas. Despistaje y tratamiento In: Callabed J (Ed). *El primer año de la vida del niño*. Barcelona: Cims; 2001. p. 44-49.
- CANNON D. *Ramón y Cajal*. Barcelona: Grijalbo; 1981.
- CHANCE GW, HARMSEN E. Children are different: environmental contaminants and children's health. *Can J Public Health* 1998; 89 (Suppl 1):S9-13, S10-5.
- CHOQUET H, FACY F, LAURENT F, DAVIDSON F. Mise en evidence de groupes a risque dans une cohorte d'âge scolaire par une méthode d'analyse typologique. *Arch Franç Ped* 1982; 39: 185-192.
- CHORPITA BF, BARLOW DH. The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychol Bull* 1998; 124:3-21.
- CLAUSTRE JANE M, BALLABRIGA M: Evaluación del desarrollo en preescolar. In: Domenech Llaveria E, Claustre Jane M, Ballabriga M (Eds). *Actualizaciones en Psicología infantil II*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1998. p. 285-310.
- COEN PA, COHN DA, COWAN CP, PEARSON JL. Parent's Attachment Histories and Children's Externalizing and internalizing Behaviors: Exploring Famili Systems. Models of linkage. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:53-63
- COMELLAS M.J. Actitudes educativas en la familia y su entorno durante el primer año de vida. In: Callabed J (Ed). *El primer año de vida del niño*. Barcelona: Cims; 2001. p. 75-80.
- COMELLAS MJ, PODALL M. La intervención en el entorno familiar: una escuela de padres. In: Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ (Eds). *El entorno social, niño y adolescente*. Barcelona: Laertes; 1998. p. 79-86.
- CORNELY P, BROMET E. Prevalence of behavior problems in three year-old children living near Three Mile Island: a comparative analysis. *J Child Psychol Psychiatry* 1986; 27:489-498.
- COSTAS C. Capacidades y competencias del neonato. In: Callabed J (Ed). *El primer año de vida del niño*. Barcelona: Cims; 2001. p. 35-42.
- COSTAS C. El temperament infantil i la seva evaluació. *Butlletí de la Societat Catalana de Pediatria* 1991; 51:217-226.
- CRAMER B. Problèmes poses par la prevention des troubles psychiques des enfants de l'âge prescolaire. *Med Soc Preu* 1977. 1: 27-32.
- CRONBACH LJ, MEEHL PE. Construct validity in psychological test. *Psychological Bulletin* 1955; 52:281-302.
- CROWTER JK, BOND L, ROLF JE. The incidence, prevalence, and severity of behavior disorders among preschool-aged children in day care. *Journal of Abnormal child Psychology* 1981; 9:23-42.
- CRUZ M. Retos sanitarios actuales en niños y adolescentes. In: Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ. *El entorno social, niño y adolescente*. Barcelona: Laertes; 1998. p. 25-35.
- CUMMINGS JS, PELLEGRINI DS, NOTARIUS CI, CUMMINGS EM. Childrens responses to angry adult behavior as a function of marital distress and history of interparenty hostility. *Child Dev* 1989; 60:1035-1043.
- DE BONO E. *Cómo enseñar a pensar a tu hijo*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2004.
- DE LA OSA N, EZPELETA L, NAVARRO JB. Adaptación y baremos del "Child Behavior Checklist" (CBCL/2-3) para preescolares españoles; resultados preliminares. *Ciencia psicológica* 1996; 4:19-31.

- DEBRE R. Definition de la pediatrie sociale. *Courrier du CIE* 1963; 13:621-626.
- DESCHAMPS JP. La santé des enfants migrants. In: *Pédiatrie*. Villeurbanne: SIMEP; 1984
- DESCHAMPS, JP. Las madres adolescentes y su hijo. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M (Eds). *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo VI. Madrid: Biblioteca Nueva; 1993. p. 121-135.
- DIATKINE R. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Tomo II. Madrid: Biblioteca Nueva; 1988.
- DISHION TJ, PATTERSON GR. Model building in developmental psychopathology: a pragmatic approach to understanding and intervention. *J Clin Child Psychol* 1999; 28:502-12.
- DOMENECH E. Augusto Vidal Parera: Análisis del primer texto español de psiquiatría infantil. In: Domenech E. Corbella J. Parellada D. *Bases históricas de la psiquiatría catalana moderna*. Barcelona: PPU; 1988. p. 305-320.
- DOMÉNECH E, CANALS J. Evolución histórica de la psiquiatría infantil. In: Rodríguez Sacristán J. (ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1998. p. 145-170.
- DOMÉNECH E, POLAINO A. *Epidemiología de la depresión infantil*. Barcelona: Espaxs; 1990.
- DOMÉNECH E. Evaluación psicológica en la temprana infancia. In: Siolva F. *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis; 1995. p. 173-221.
- DOMÉNECH E, EZPELETA L. Las clasificaciones en psiquiatría infantil. In: Rodríguez Sacristán J (Ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 121-165.
- DOMÉNECH E, COSTAS C. Factores de riesgo psicopatológico en el recién nacido y en el lactante. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 1988; 15: 29-68.
- DOMÉNECH, E.: Psicopatología de la primera edad. In: Rodríguez Sacristán J. (Ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995, p. 927-976.
- DÖPFNER M, SHMENCK K, BERNER W, LEHMKUHL G, POUSTKA F. Reliability and factorial validity of the Child Behavior Checklist: an analysis of a clinical field sample. *Z Kinder Jugendpsychiatr* 1994; 22:189-205.
- DÖPFNER M, SHMENCK K, BERNER W, LEHMKUHL G, POUSTKA F, VERHULSR F. Behavioural symptoms of children and adolescents in Germany, the Netherlands and USA. A cross-cultural study with the Child Behaviour Checklist. *Nervenarzt* 1996; 67:960-967.
- DRILLIEN CM, THOMSON AJM, BOUGOYNE K. Low birthweight children at School-age; a longitudinal study. *Dev Med Child Neurol* 1980; 22:26-47.
- DSM-IV. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson; 2000. p. 31-33
- DUGAS M. Los fundamentos metodológicos de la psicopatología del niño y del adolescente. El modelo de la psicopatología del desarrollo. In: Rodríguez Sacristán J (Ed). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 107-120.
- DUNCAN JG, BROOKS J, KLEVANOU PK. Economic deprivation and early childhood development. *Child Dev* 1944; 65: 296-318.
- EARLS F, JUNG K. Temperament and home environment characteristics as causal factors in the early development of childhood psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychology* 1987; 48:491-498.
- EARLS F. Prevalence of behaviour problems in 3 year-old children. *Archives of General Psychiatry* 1980; 37:1153-1157.

- EARLS F, RICHMAN N. The prevalence of behavior problems in three year-old children of West Indian-born parents. *J Child Psychol. Psychiatry* 1980; 21: 99-106.
- EDDY LS. *Estudio del trastorno de déficit de atención-hiperactividad. Prevalencia. Factores de riesgo y asociados* [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1996.
- EDELBROCK C, COSTELLO AJ. Convergence between statistically derived behaviour problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *J Abnorm Child Psychol* 1988; 16:219-231.
- EDELBROCK C, RENDE R, PLOMIN R, THOMPSON LA. A twin study of competence and problem behaviour in childhood and early adolescent. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36: 777-785.
- EISENBERG N, FABESD RA, GUTHRIE IK, REISER M. Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78:136-57.
- EL FUTURO DE LA SALUD INFANTIL Y DE LA PEDIATRÍA EN ESPAÑA. Análisis Prospectivo Delphi. Barcelona: Fundación Salud, Innovación y Sociedad; 2002.
- ERIKSON EH. *Infancia y Sociedad*. Barcelona: Paidós; 1965.
- ERIKSON M, SROUFE L, EGELAND B. The relationship between quality of attachment and behaviour problems in preschool in a high-risk sample. In: Bretherton I, Walter E (Ed). *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1985; 50: 147-167.
- EYBERG SM, ROBINSON EA. Conduct Problem behaviour: Standardization of a behavioural rating scale with adolescents. *J Clin Child Psychol* 1983; 12: 347-354.
- EZPELETA L. La entrevista diagnóstica para niños y adolescentes (DICA) *Text.Context* 1995; 12:34-38.
- EZPELETA L. Entrevistas estructuradas para el diagnóstico psicopatológico. In: Alberca JMG, Prieto A (Eds). *Manual práctico de psicología de la salud*. Málaga: Publicaciones del Centro Clínico Los Naranjos; 1996. p. 95-120.
- EZPELETA L, GRANERO R, DE LA OSA G, GUILLAMON N. Predictors of functional impairment in children and adolescent. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000; 41:793-801.
- EZPELETA L, GRANERO R, DE LA OSA G. Evaluación del deterioro en niños y adolescentes a través del Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Revista de Psiquiatría Infanto-juvenil* 1999; 1:18-26.
- EZPELETA L, GRANERO R, DE LA OSA G, DOMENECH JM, GUILLAMON N. Perception of need for help and use of mental health services in children and adolescents. Do they share the same predictors? *Psicothema* 2002; 14: 532-539.
- FAGOT B, KAVANAGH K. The prediction of antisocial behaviour from avoidant attachment classification. *Child Development* 1990; 61: 864-873.
- FERGET JM. Behavioral dimensions and behavior problems in 2 ½-year-old children. *Prax kindersychol kinderpsychiatr* 1996; 45: 83-94.
- FIELD T, HEALY B, GOLDSTEIN S, PERRY S, BENDELL D, SCHANBERG S, ZIMMERMAN EA, KUHN C. Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults. *Child Dev.* 1988; 59:1569-1579.
- FOLCH i CAMARASA LL. La importancia de la vida afectiva. In: Callabed J, Doménech JM, Moraga FA, Wennberg CA (Eds). *Pediatría Psico-social*. Barcelona: Wander; 1993. p. 247-253.
- FONTANA ABAD M. Instrumentos de evaluación en la adopción. In: Polaino A, Sobrino A, Rodríguez A. *Adopción*. Barcelona: Ariel Educación; 2001. p 33-72

- FORBES D, WHITHERS G, SILBURN S, MCKELVEY R. Psychological and social characteristics and precipitants of vomiting in children with cyclic vomiting syndrome. *Dig Dis Sci* 1999; 44 (8suppl):19s-22s.
- FREUD S. *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1968.
- FREUD A. *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Paris: Gallimard; 1968.
- GALIL N. Depression and asthma in children. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12:331-335.
- GALTUNG J. *Teoría de métodos de investigación social*. Buenos Aires: EUDEBA; 1996.
- GARBARINO J. The stress of being a poor child in America. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 1998; 7:105-19.
- GARCÍA CABALLERO C, GONZÁLEZ MENESES A. *Tratado de Pediatría Social*. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
- GARCÍA CABALLERO C, ARCAS R. Valoración del medio social. In: Galdó A, Cruz M. *Tratado de Exploración clínica en Pediatría*. Barcelona: Masson; 1995. 903-19.
- GARCÍA-TORNEL S. Inventario Eyberg del comportamiento en niños. Normalización de la versión española y su utilidad para el pediatra extrahospitalario. *An Esp Pediatr* 1998; 48:475-482.
- GARMEZY N. Children under stress. Perspectives on antecedents and correlates of vulnerability and resistance to psychopathology. In: Rabin A, Aronoff J, Barclay J. (Eds) *Further explorations in personality*. New York: Willey; 1981.
- GARRALDA ME, Bayley D. Psychological deviance in children attending general practice. *Psychological Medicine* 1986; 16: 423-429.
- GARRIDO LANDIVAR J. *Atención educativa al alumnado con dificultades de cognición*. Málaga: Aljibe, 2004.
- GEBER M. Jenny Aubry Profesora en el Colegio de Medicina de los hospitales de Paris (1903-1987). In: Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ (Eds). *El entorno social, niño y adolescente*. Barcelona: Laertes; 1998. p. 277-290.
- GENERALITAT DE CATALUNYA. *Tabla de desarrollo psicomotor*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1988.
- GESSELL AI. *Psicología evolutiva de 1 a 16 años*. Buenos Aires: Paidós Ibérica 1986.
- GLASCOE FP, MARTIN ED, HUMPHREY S. A comparative review of development screening test. *Pediatrics* 1990; 86: 547-554.
- GOLDBERG D. Vulnerability factors for common mental illnesses. *Br J Psychiatry* 2001; 40:69-71.
- GOLDBERG M. *L'épidémiologie sans peine*. Lausanne: Bettex; 1985
- GOMEZ DE TERREROS I. *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Granada: Comares; 1997.
- GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCÁRCEL B. *Análisis multivariante. Aplicación al ámbito sanitario*. Barcelona: SG Editores; 1991.
- GRACIA GUILLEN D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
- GRANERO R, EZPELETA L. *Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes (DICA IV). Forma para padre.s* [programa de ordenador]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1997.
- GRANJEL LS. *Historia de la pediatría española*. Salamanca: Asociación Española de Pediatría; 1965.

- GREEN M, SOLNIT A. Reactions to the threatened loss of child: a vulnerable child syndrome. *Pediatrics* 1964; 34: 58-66.
- GRYCH JH, SEED M, FINCHAM FD. Children's cognitive and affective responses to different forms of interparental conflict. Paper presented at the *Society for Research and Child Development*. Seattle; 1991.
- GULLONE E. The development of normal fear: a century of research. *Clin Psychol Rev* 2000; 20:429-51.
- GURWITCH RH, SULLIVAN MA, LONG PJ. The impact of trauma and disaster on young children. *Child Adolesc Psychiat Clin N Am* 1998; 7:19-32.
- HALPERN R. Poverty and infant development. In: Zeanah CH. *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford; 1993. p. 73-86.
- HARLOW HF. Primary affectional patterns in primates. *Am J Orthopsychiatry* 1960; 30: 676-684.
- HARRIS J, TYRE C, WILKINSON C. Using the Child Behaviour Checklist in the primary schools. *Br J Educ Psychol*. 1993; 63: 245-60.
- HAT CG, WOLF M, WOZNIAK P, BURTS DC. Maternal and parental disciplinary styles: relations with preschoolers' playground behavioural orientations and peer status. *Child Dev* 1992; 63: 879-892.
- HE X, ROSENFELD MG. Mechanisms of complex transcriptional regulation implications for brain development. *Neuron* 1991; 7: 183-196.
- HEIN C, NEMEROFF CB. Neurobiology of early life stress: clinical studies. *Semin Clin Neuropsychiatry* 2002; 7: 147-59.
- HENSLEY VR. Australian normative study of the Achenbach Child Behaviour Checklist. *Australian Psychologist* 1988; 23: 371-382.
- HETHERINGTON EM, STANLEY-HAGAN M. The adjustment of children with divorced parents: a risk and resiliency perspective. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40: 129-40.
- HILDYARD KL, WOLFE DA. Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl* 2002; 26: 679-95.
- HIPÓCRATES. *Corpus Hipocraticum (VIII) Mra*. Barcelona: Creación y Realización. 1997.
- HOROWITZ FD. *Review of child development research (vol 4)*. Chicago: University of Chicago Press. 1975.
- HOROWITZ B, WOLOCK I. Maternal deprivation, child maltreatment, and agency interventions among poor families. In: Pelton L (Ed). *The Social Context of Child Abuse and Neglect*. New York: Human Science Press; 1985, p. 137-184.
- HULLEY SB, CUMMINGS SR. Diseño de un nuevo estudio: II Estudios transversales y estudios de casos y controles. In: *Diseño de investigación clínica*. Barcelona: Doyma; 1993. p. 83-95.
- HULLEY SB, CUMMINGS SR. Preparación para estimar el tamaño de la muestra: hipótesis y principios subyacentes. In: *Diseño de la investigación clínica*. Barcelona: Doyma; 1993. p. 141-51.
- IBÁÑEZ M, PETITBO MD, ALIAGA A. La carencia afectiva. In: Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ. (Eds). *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela*. Barcelona: Laertes; 1997. p. 161-166.
- ILLINGWORTH R.S. *Developpement psychomoteur de l'enfant*. Paris: Masson; 1991.
- ITARD J. *Víctor de l'Avegron (1801)*. Madrid: Alianza; 1982.

- JENKINS JM, SMITH MA. Marital Disharmony and Children's Behaviour Problems. Aspects of a Poor Marriage that Affect Children Adversely. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1991; 32: 793-810.
- JENSEN PS, WATANABE HK, RICHTERS JE, ROPER M, HIBBS ED, SALZBERG AD. Scales, Diagnoses, and child psychopathology: II. Comparing the CBCL and DISC against external validators. *J Am Adolesc Psychiatry* 1996; 24: 151-68.
- JOHSTON MV, GOLDSTEIN GW. Selective vulnerability of the developing brain to lead. *Curr Opin Neurol* 1998; 11:689-93.
- JOSEPH R. Environmental influences on neural plasticity, the limbic system, emotional development and attachment: a review. *Child Psychiatry Hum Dev* 1999; 29: 189-208.
- JOURILES EN, MURPHY CM, FARRIS AM, SMITH DA, RICHTERS JE, WATERS E. Marital adjustment, parental disagreements about childrearing, and behavior problems in boys: increasing the specificity of the marital assessment. *Child Dev* 1991; 62:1424-1443.
- KAGAN J, REZNICK JS, SNIDMAN N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988; 240:167-171.
- KANNER L. *Psiquiatría infantil*. Buenos Aires: Psique-Paidós; 1966.
- KAPLAN HI, SADOCK BJ. *Tratado de Psiquiatría. Diagnóstico y psiquiatría: examen del paciente psiquiátrico*. 2ª edición. Barcelona: Salvat; 1989. Tomo 1 p. 477-79.
- KASTRUP M. Urban-rural differences in 6 year olds. In: Graham PJ (Ed). *Epidemiological approaches in child psychiatry*. New York: Academic Press; 1997.
- KLEES M, LEVOBICI S. Le développement cognitive et ses perturbations. In: Manciaux M, Levobici S, Jeanneret O, Sand E, Tomkiewicz S. *L'enfant et sa santé*. Paris: Doin éditeurs; 1987. p. 283-295.
- KOHN M, ROSMAN BL. A social competence scale and symptom checklist for the preschool child: factor dimensions, their cross-instrument generality, and longitudinal persistence. *Dev Psychol* 1972; 6: 430-444.
- KOOT H. Use of the CBCL as a screening instrument. In: *Problems behaviour in Dutch preschoolers*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 1993. p. 186-188.
- KOOT HM, VERHULST FC. Prevalence of problem behaviour in Dutch children aged 2-3. *Acta psychiatrica scandinavica* 1991; 83:1-37.
- KOOT H. Antecedentes del child Behaviour checklist. In: *Problem behaviour in Dutch preschoolers*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam; 1993. p. 1-3.
- KOREN-KARIE N. Attachment representations in adulthood: relations with parental behaviors. Comment in: *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2000; 37:331. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2000; 37:178-89.
- KREISLER L, FAIN M, SOULÉ M. *El niño y su cuerpo*. Madrid: Amorrortu; 1977.
- KREISLER L. *La desorganización psicósomática del niño*. Barcelona: Herder; 1985.
- KREISLER L. *La Psychosomatique de l'enfant. Que sais-je?* Paris: PUF; 1989.
- LAHEY BB, WALDMAN ID, MCBURNETT K. Annotation: the development of antisocial behavior: an integrative causal model. *J Child psychol Pdyvhisty* 1999; 40:669-82.
- LAIN ENTRALGO P. *La historia clínica*. Madrid: Triacastella; 1998.
- LANDRIGAN PJ. Environmental hazards for children in USA. *Int J Occup Med Environ Health* 1998; 11:189-94.

- LARSON CP, PLESS IB, MIETTINEN O. Preschool behaviour disorders: Their prevalence in relation to determinants. *Journal of Pediatrics* 1988; 113: 278-285.
- LARZELERE RE. Child outcomes of nonabusive and customary physical punishment by parents: an updated literature review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2000; 3:199-221.
- LEADBEATER B, BISHOP SJ. Predictors of Behavior Problems in Preschool children of Inner-City Afro-American and Puerto Rican Adolescent Mothers. *Child Development* 1994; 65: 638-648.
- LEBART L, MORINEAU A, FENELON JP. *Tratamiento estadístico de datos. Métodos y programas*. Barcelona: Marcombo; 1985.
- LEBOVICI S, DIATKINE R, SOULE, M. *Traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF; 1985.
- LEBOVICI S. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interventions précoces*. Paris: Paidós, Le Centurion; 1983.
- LEE C, BATES J. Mother-child interaction at two years and perceived difficult temperament. *Child Development* 1985; 56: 1314-1325.
- LEGIDO A. Desarrollo psicosocial. In: Bueno M (Ed). *Crecimiento y desarrollo humano y sus trastornos*. Madrid: Ergon; 1996. p. 103-122.
- LEQUERICA M, HERMOSA B. Hispanic children: an exploratory study in preventive pediatrics. *J Natl Med Assoc* 1995; 87: 861-8.
- LEQUERICA M, HERMOSA B. Maternal reports of behaviour problems in preschool. Un reto para el futuro. *Psiquis* 1997; 18:48-58.
- LEVOVICI S, DIATKINE R, SOULE M (Eds). *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1990.
- LEWIS DO, YEAGER CA. Diagnostic evaluation of the violent child and adolescent. *Child Adolescent Psychiat Clin N Am* 2000; 9:815-39.
- LEWIS M, FEIRING C. Infant, mother, and mother-infant interaction. Behaviour and subsequent attachment. *Child Development* 1989; 60: 831-837.
- LEWONTIN R. *La diversidad humana*. Barcelona: Prensa Científica; 1984.
- LILIENFELD AM. Epidemiological methods and influences in studies of non infection diseases. *Publ Health Rep* 1957; 72:1-15.
- LORENZ K. *Etología comparada animal y humana*. Madrid: Siglo XXI; 1979.
- LWANGA SL, CHO-YOOK TYE (Eds). *La enseñanza de la estadística sanitaria*. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 1987.
- LYONS-RUTH K, CONNELL DB, ZOLL D, STAHL J. Infant at social risk relations among infant maltreatment, maternal behaviour, and infant attachment behaviour. *Dev Psychol* 1987; 23: 223-23.
- MAGANTO MATEO C. El proceso del diagnóstico en psicopatología infantil. In: Rodríguez Sacristán J. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 173-282.
- MANCIAUX M, LEVOVICI S, JEANNERET O, SAND E, TOMKIEWICZ S. *L'enfant et sa santé*. Paris: Doin; 1987.

- MANCIAUX M. De la vulnerabilidad a la resiliencia. In: Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ (eds.). *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela*. Barcelona: Laertes; 1997. p. 245-255.
- MANCIAUX M, FAULKNER F, DESCHAMPS JP, JEANNERET O. Pour une pediatrie du developpement. In: Manciaux M, Levobici S, Jeanneret O, Sand E, Tomkiewicz S. *L'enfant et sa santé*. Paris: Doin; 1987. p. 317-333.
- MANCIAUX M.: De la vulnerabilité a la résilience: du concept à l'action. *Arch de Pediatrie* 1996; 47: 410-418.
- MANZANO J, PALACIO ESPASA F. *Psychothérapie de la relation précoce mère-enfant*. Paris: Psychothérapies; 1981.
- MARCOS PORTELLA A, ESCOBAR DIAZ R. *Técnicas de estimulación temprana: guía práctica para docentes*. Pontevedra: Ideas Propias; 2004.
- MARDOMINGO MJ. Factores de vulnerabilidad en el medio familiar y patología psicosomática. In: Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ (eds.). *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela*. Barcelona: Laertes; 1997. p. 147-160.
- MARDOMINGO MJ. *Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte*. Madrid: Narcea; 2002.
- MARDOMINGO MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Díaz Santos; 1994.
- MARDOMINGO MJ, FLORES MATEOS A. Acontecimientos vitales y procesos patológicos en la infancia. *Rev psiquiatría infanto-juvenil* 1993; 3: 142-146.
- MARDOMINGO MJ. Retrasos del desarrollo de etiología psicosocial. *Rev Psiquiatría Fac Med Barc* 1988; 15: 235-242.
- MARÍN PADILLA M. Desarrollo de la neocorteza cerebral humana. *Rev Neurol* 1995; 23: 261-268.
- MARRUGAT J, VILA J, PAVESI M. Estimación del tamaño de la muestra en la investigación clínica y epidemiología. *Med Clin (Barcelona)* 1998; 11: 267-276.
- MARTÍN ÁLVAREZ L, DE PAUL J, PEDREIRA JL. La infancia maltratada: contenidos psicopatológicos. In: Rodríguez Sacristán J. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 1297-1322.
- MASI G, MUCCI M, MILLEPIEDI S. Separation anxiety disorder in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and management. *CNS Drugs* 2001; 15: 93-104.
- MASSE NP. Postgraduate training in social pediatrics. *Pediatrics* 1960; 26: 315-320.
- MASTEN AS, CURTIS WJ. Integration competence and psychopathology: pathward a comprehensive science of adaptation in development. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 529-50.
- MAUROY MC. Sexual development of the child and onset of gender identity. *Rev Med Brux* 2000; 21: 411-416.
- MAYES LC, GRILLON C, GRANGER R, SCHOTTENFELD R. Regulation of arousal and attention in preschool children exposed to cocaine prenatally. *Ann NY Acad Sci* 1998; 846: 126-143.
- MAZET PH, HOUZEL D. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Barcelona: Médica y Técnica; 1981.
- McEVEN BS. Steroid hormones effect on brain development and function. *Horm Res* 1992; 37 (supp. 3): 1-10.

- MCKENRY PC, KOTCH JB, BROWNE DH. Correlates of dysfunctional parenting attitudes among low-income adolescent mothers. *J Adolesc Res* 1991; 6: 212-234.
- MEARES R, PENMAN R, MILGROM-FRIEDMAN J, BAKER L. Some origins of the "difficult" child: The Brazelton scale and the mother's view of her new born's character. *British Journal of Medical Psychology* 1982; 55: 77-86.
- MENDIOLA P, SELEVAN SG, GUTTERS, RICE D. Environmental factors associated with a spectrum of neurodevelopmental deficits. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2002; 8: 188-97.
- MENDOZA P, SELEVAN SG, GUTTER S, RICE D. Environmental factors associated with a spectrums of neurodevelopment deficits. *Ment Retard Dev Disbil Rev* 2002; 8: 188-197.
- MERRIL JE. Tumor necrosis factor alpha, interleukin-1 and related cytokines in brain development normal and pathological. *Dev Neurosci* 1992; 14: 1-10.
- MESA CID PJ, RODRÍGUEZ SACRISTÁN A, PEDREIRA JL, RODRÍGUEZ SACRISTÁN J. Documentos útiles para el diagnóstico y la evaluación en psicopatología infantil. In: Rodríguez Sacristán J, *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 343-403.
- MICHEL GF, MOORE CL. *Development psychobiology*. Cambridge: MIT press; 1995.
- MILLER N M, COWAN PA, COWAN CP, HETHERINGTON E, CLIGEMPEEL WG. Externalising behaviour in preschooler and early adolescent; across-study replication of a family model. *Developmental Psychology* 1993; 29: 3-10.
- MOILANEN I, MYHRMAN A, EBCLING H, PENNINKILAMPI V, VOURENKOSKI L. Long-term outcome of migration in childhood and adolescence. *Int J Circumpolar Health* 1998; 57: 180-187.
- MOLINER M. *Diccionario de uso del español*. Madrid: Gredos; 1987.
- MONTENEGRO H. *Salud mental del escolar. Estandarización del Inventario de Problemas Conductuales y Destrezas sociales de T. Achenbach*. Santiago de Chile: CEDEP-UNICEF; 1983.
- MORENO J. Programas de seguimiento del Síndrome de Down. In: Callabed J (ed.). *El primer año de vida del niño*. Barcelona: Cims; 2001. p. 87-92.
- MORENO ROSSET C, DEL BARRIO GANDARA V. Child Behaviour Checklist (CBCL). Primera aproximación a una adaptación española en población de 4-5 años. *Psicología educativa* 1977; 3: 101-110.
- MORENO A, RUANO C. Familia y psicopatología infantil del niño de cero a cinco años. In: Doménech-Llaberia E, Claustre Jané M, Ballabriga M. (Eds.). *Actualizaciones en Psicopatología infantil II*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1998. p. 235-258.
- NELSON CA, CARVER LJ. The effects of stress and trauma on brain and memory: a view from developmental cognitive neuroscience. *Dev Psychopathol* 1998; 10: 793-809.
- NOLAN TM et al. Child Behaviour Checklist classification of behaviour disorders. *J Paediatr Child Health* 1996; 32: 405-411.
- O'CONNOR TG, CROFT C, STEELEH. The contributions of behavioural genetic studies to attachment theory. *Attach Hum Dev* 2000; 2: 107-22.
- OETTING ER, DONNERMEYER JF, TRIMBLE JE, BEAIVAS F. Primary socialization theory: culture, ethnicity, and cultural identification. The links between culture and substance use. *Sust Use Misuse* 1998; 33: 2075-107.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor; 1992.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Salud Mental y desarrollo psicosocial del niño. Informe Comité Expertos. Serie Informes Técnicos, nº 613. Ginebra: OMS; 1983 (Orig 1977).
- ORTUÑO P. Los derechos del menor. In: Callabed J, Moraga F, Sasot J (Eds). *El niño y la escuela. Dificultades escolares*. Barcelona: Laertes; 1994. p. 145-158.
- OSOFSKY JD, HANN DM, PEEBLES C. Adolescent parenthood risks and opportunities for mothers and infants. In: Zeanah CH. *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford; 1993. p. 106-119.
- OWEN M, MCGUFFIN P. Genetics and Psychiatry. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 201-2.
- PARDEL H, COBO E, CANELA J. *Manual de Bioestadística*. Barcelona: Masson; 1986.
- PARDELL H, MARCILLAS J, FUENTESJ. Criterios de selección de un procedimiento diagnóstico. *Med. Cln (Barcelona)*. 1983; 80: 37-42.
- PARKER et al. Double jeopardy: The impact of poverty on early child development. *Pediatr Clin Nor Am*. 1988; 35: 1227-1240.
- PEDREIRA JL, SÁNCHEZ B, SARDINERO E. Aplicación del método epidemiológico en la detección de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia. In: González de Rivera JL, Rodríguez Pulido F, Sierra A. *El método epidemiológico en Salud Mental*. Barcelona: Salvat Masson; 1993. p. 215-38.
- PEDREIRA JL. La vulnerabilidad en la primera infancia. *An Psiquiatría* 1997; 13: 299-310.
- PEDREIRA MASSA JL, RODRÍGUEZ SACRISTÁN J. La investigación de la psicopatología del desarrollo: un reto para el futuro. *Psiquis* 1997; 18: 76-78.
- PEDREIRA MASSA JL. Protocolo de planteamiento general de prevención secundaria en salud mental infanto-juvenil desde los servicios de atención primaria. In: *Protocolos de Salud Mental para la atención primaria*. Madrid: ELA. Editorial Libro del año; 1995. p. 63-69.
- PEDREIRA JL, SORRERO J, RODRÍGUEZ-SACRISTÁN J. Reactividad al estrés en la infancia y la adolescencia. *Psiquis* 1996; 17: 281-282.
- PEDREIRA JL, MATARRANZ I, DE LOS HEROS J, MAGRO R. Seguimiento longitudinal de la anoxia neonatal: impacto en perfiles cognitivo y conductual del desarrollo psicosocial de la primera infancia. Premio Dr. Escudero Valverde de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid 1998
- PERAL M, GIRÓN P. Trastornos del vínculo. In: Romero AI, Fernández Liria. *Salud Mental*. Madrid: Idepsa; 1990. Tomo II. p. 109-120.
- PÉREZ SÁNCHEZ M. Observación de bebés. Su importancia para la comprensión del desarrollo, psicopatología y prevención. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil* 1998; 6: 59-82.
- PEREZ SANCHEZ, M. Psychiatric evaluation of the infant. In: Seva A. *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Barcelona: Anthropos. Universidad Zaragoza; 1991. Tomo II, p. 1495-1500.
- PÉREZ SÁNCHEZ M. Valoración de algunos indicios de riesgo detectados en la observación de bebés para la comprensión de las psicosis. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia infantil* 1987; 4: 97-121.
- PIAGET J. *Psicología del niño*. 7ª edición. Madrid: Morata; 1977.
- PIAGET P. The origins of intelligence in children. New York: International Universities Press; 1952.
- PIPER H, STRONACH I. *Educational research: difference and diversity*. Aldershot: Ashgate; 2004.

- PLOMIN R, OWEN MJ, MC GUFFIN P. The genetic basic of complex human behaviours. *Science* 1994; 264: 1733-9.
- POLAINO A, SOBRINO MORRAS A, RODRÍGUEZ SEDANO A (eds). *Adopción*. Barcelona: Ariel educación; 2001.
- POLAINO-LORENTE A, MECA RODRÍGUEZ DE RIVERA R. ¿A qué llama psicopatología del apego infantil?. In: Doménech-Llaberia E, Claustre Jané M, Ballabriga M (Eds.). *Actualizaciones en Psicopatología infantil II*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 1998. p. 15-52.
- POLLIT E. Poverty and child development relevance of research in developing countries to the United States. *Child Dev* 1944; 65: 283- 295.
- PORTA N, PLASENCIA A, SANZ F. La calidad de la información clínica (III) ¿Estadísticamente significativo o clínicamente importante? *Med Clin* 1988; 90: 463-468.
- POSNE MI, ROTHBART MK. Developing mechanism of self-regulation. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 427-41.
- POU J, GARCÍA R, ALCOVER E, GÓMEZ L. Síndrome de Munchausen por poderes o "Factitious illness by proxy". Una forma de maltrato infantil. In: Callabed J, Comellas MJ, Mardomingo MJ. *Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela*. Barcelona: Laertes; 1997. p. 207-214.
- POU J. El maltrato infantil. In: Callabed J, Moraga F, Sasot J. *El niño y el adolescente riesgos y accidentes*. Barcelona: Laertes; 1996. p. 237-245.
- QUILL KA. Environmental supports to enhance social-communication. *Semin Speech Lang* 1998; 19: 407-22; quiz 422-3; 424 Review.
- REDESELL SA, COLLIER J. Bedwetting, behaviour and self-esteem: a review of the literature. *Child Care Health Dev* 2001; 27: 149-62.
- REED ML, EDELBROCK C. Reliability and validity of the Direct Observation Form of the Behaviour Checklist. *J Abnorm Child Psychol* 1983; 11: 521-530.
- REID WJ, CRISAFULLI A. Marital discord and child behaviour problems: a Meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1990; 18: 105-117.
- RICHMAN N, STEVENSON JE, GRAHAN PJ. *Preschool to school. A Behavioural study* 1ª edition. London: Academic Press; 1992.
- RICHMAN N, STEVENSON JE, GRAHAM PJ. Prevalence of behaviour problems in 3 year old children: An epidemiological study in London Borough. *Journal of child Psychology and Psychiatry* 1975; 16: 227-287.
- ROBERT C. VERMONT J. BOSSON JL. Formulas for threshold computations. *Comput Biomed Res* 1991; 24: 514-29.
- ROBERTS RE et al. Prevalencia de la psicopatología en niños y adolescentes. *Am J Psychiatry* 1998, 155: 350-360.
- RODIER PM. Chronology of neuron development animal studies and their clinical implications. *Dev Med Child Neurol* 1980; 22: 525-545.
- RODRÍGUEZ FENEBA, P. *Estadística para médicos*. Madrid: Ministerio de Trabajo-Instituto Nacional de Previsión; 1975.
- RODRÍGUEZ SACRISTÁN J, PEDREIRA MASSA JL, MENÉNDEZ OSORIO F, TSIANTIS J. La salud mental en la infancia. In: Rodríguez Sacristán J (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 1349-1391.
- RODRÍGUEZ SACRISTÁN J. Aspectos psicosociales del desarrollo en psicopatología de la infancia. In: Rodríguez-Pulido F, Vázquez Vaquero JL, Desviat M (Eds.) *Psiquiatría social y*

comunitaria. Las Palmas de Gran Canaria: Instituto Canario de Promoción Social y Sanitaria (ICPESS); 1997.

RODRÍGUEZ SACRISTÁN J. El hecho sorprendente del enfermar psíquico en la infancia. In: Rodríguez Sacristán J (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 29-44.

RODRÍGUEZ SACRISTÁN J. Introducción a la psicopatología social infantil. In: Rodríguez Sacristán J (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 1179-1190.

RODRÍGUEZ SACRISTÁN J. Las causas generales de los problemas y los trastornos psíquicos. In: Rodríguez Sacristán J (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 45-64.

RODRÍGUEZ SACRISTÁN J. Los rasgos propios del enfermar psíquico en la infancia. Normalidad y anormalidad en psicopatología infantil. In: Rodríguez Sacristán J (Ed.) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla. Universidad de Sevilla. 1995. p. 65-78.

ROF CARBALLO J. *Patología Psicosomática*. Madrid: Paz Montalvo; 1949.

ROTHBART M, DERRY BERRY D. Development of individual differences in temperament. In: Lamb, Brown L (Eds.) *Advances in developmental psychology*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1981. p. 37-86.

RUBIO-STIPEC M, BIRD H, CANINO G, GOULD M. The internal consistency and concurrent validity of a Spanish translation of the child Behaviour Checklist. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1990; 18: 393-406.

RUMEAU-ROQUETTE C, BREART G, PADIEU R. *Méthodes en épidémiologie*, 3ª ed. Paris: Flammarion.Medicine Sciences; 1985.

RUTTER M, TIZARD J, WHITMORE K. *Education, health and behaviour*. London: Longman; 1970.

RUTTER M. Implications of genetic Research for child Psychiatry. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 569-576.

RUTTER M, GRAHAM P. The reliability and validity of the psychiatric assessment of the child: I Interview with the child. *Br J Psychiat*; 114: 563-579.

SAHAKIAN WS (Ed). *Historia de la Psicología*. 2ª Ed. México: Trillas; 1982.

SALLERAS L. La investigación en poblaciones humanas. *Med Clin* 1989; 92: 264-268.

SAMEROFF AJ, SEIFER R, ZAX M. Early development of children at risk for emotional disorder. *Monographs of the society for research in Child Development* 1982; 47:1-82.

SAMEROFF AJ, EMDE RN. *Relationship disturbances in Early Childhood*. New York: Basic Books; 1989.

SAMEROFF AJ. Sources of continuity in parent-child relations. Paper presented al the *Society for Research in Child Development* 1983. Detroit.

SAN ROMAN P, PEDREIRA JL, LOPEZ-TORRES J, BONETE JM CASTELLO T, Prevalencia de los trastornos de conducta y emocionales en niños de 2-3 años. *Psicología.com* 2002; 6: 0-0 [recurso electrónico]

SAN ROMÁN P, MARTÍNEZ NÚÑEZ MM. Detección precoz de los factores de riesgo en los trastornos de vinculación desde Atención Primaria. In: Jiménez Pascual AM, Cervera Monteagudo MV (Eds.). *Coordinación e integración de recursos en la práctica de la Salud Mental*. Ciudad Real: Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental; 1998. p. 149-155.

SAN ROMÁN P. Seguimiento longitudinal de factores de riesgo psicosocial en la primera infancia [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2000.

- SÁNCHEZ MOLINA E, et al. Intervención ante riesgo social en el seguimiento de la salud infantil. *Rev Calidad asistencial* 1996; 11: 67-71.
- SÁNCHEZ VILLARES E. La pediatría española en los últimos 50 años. *Arch Pediatr* 1989; 40: 445.
- SAND EA. Developpement des relations sociales de l'enfant. Psychopathologie de la socialisation. In: Manciaux M, Levobici S, Jeanneret O, Sand E, Tomkiewicz S. *L'enfant et sa santé*. Paris: Doin; 1987. p. 297-316.
- SAND EA. Contribution a l'etude du developpement de l'entant. Aspects medico-sociaux et psychologiques. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles, 1996.
- SARDINERO E, PEDREIRA JL. El cuestionario CBCL de Achenbach: Adaptación española y aplicaciones clínico-epidemiológicas. *Clínica y Salud* 1997; 8: 447-80.
- SCHIMITZ S, FULKER DW, MRAZEK DA. Problem Behaviour in Early and Middle Childhood: An initial Behaviour Genetic Analysis. *J Child Psychol Psychiat* 1995; 36:1443-1458.
- SEIFER R. Perils and pitfalls of high-risk research. *Dev Psychol* 1995; 31: 420-424.
- SELVA DIAZ A (Ed.). *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Zaragoza: Antropos-Prensas Universitarias de Zaragoza; 1991.
- SHAPIRO T HERTZIG MD. Desarrollo normal en la infancia y la adolescencia. In: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA. *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Áncora; 1996. p. 113-151.
- SHAW CH. *Psiquiatría infantil*. Mexico: Interamericana; 1969.
- SHAW JA. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 (12 Suppl): 55s-76s.
- SHEPHERD M, OPPENHEIM B, MITCHELL S. *Childhood behaviour and mental health*. New York: Grune and Stratton; 1971.
- SHERMAN SL, DE FRIES, GOTTESMAN I, LOEHLIN JC, MEYER JM, PELIAS MZ et al. Behavioural Genetic 97: ASGH statement. Recent development in Human Behavioural Genetics: Past accomplishments and future directions. *Am J Human Genet* 1997; 60: 1265-75.
- SHINER RL. How shall we speak of children's personalities in middle childhood? A preliminary taxonomy. *Psychol Bull* 1998; 124: 308-32.
- SIERRA BRAVO R. *Diccionario práctico de estadística*. Madrid: Editorial Paraninfo; 1991.
- SMALLEY SL. Behavioural Genetics 97. Genetic influences in Childhood-onset Psychiatric Disorders. Autism and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Am J Human Genet* 1997; 60: 1276-1282.
- SOLNIT A. L'enfant vulnerable. Rétrospective. In: *L'Enfant dans sa famille. L'enfant à haut risque psychiatrique*. Paris: PUF; 1981. p. 485-498.
- SONUGA-BARKE E, LAMPARELLI M, STEVENSON J, THOMPSON M JJ, HENRY A. Behaviour problems and preschool intelligence attachment: The association of hyperactivity and conduct problems. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35: 949-960.
- SONUGA-BARKE E, STEVENSON J, THOMPSON M JJ. Mental Health of Preschool Children and their Mothers in a Mixed Urban/Rural Population. *British Journal Psychiatry* 1996; 168: 21-25.
- SOULÉ M, NÖEL J. Recherche active sur les modes de garde des jeunes enfants dans le XIVème arr. de Paris. *COPES* 1977; 23: 1-87.
- SPIEGEL MD. *Teoría y problemas de la estadística*. Cali: McGraw-Hill; 1978.
- SPIKER D, KRAEMER HC, CONSTANTINE NA, BRYANT D. Reliability and validity of behaviour problem checklist as measures of stable traits in low birthweight, prematurely preschoolers. *Child Dev* 1992; 63: 1481-1496

- SPITZ R. *El primer año de vida del niño*. Madrid: Aguilar; 1961.
- STANGER C, ACHENBACH TM, McCONAUGHY SH. Three-year course of behavioural/emotional problems in a national sample of 4 to 16 year-old: 3. Predictors of signs of disturbance. *J Consult Clin Psychol* 1993; 61: 839-48.
- STERN D. *La primera relación madre-hijo*. Madrid: Morata; 1983.
- STERN D. *The impersonal world of the infant*. New York: Basic Books; 1985.
- STEWART EA. Towards the social analysis of twinship. *Br J Social* 2000; 51: 719-37.
- STREECK-FISCHER A, VAN DER KOLK BA. Down will come baby, cradle and all: diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Aust N Z J Psychiatry*. 2000; 34:903-18.
- SULLIVAN ML. Integrating qualitative and quantitative methods in the study of development psychopathology in context. *Dev Psychopathol* 1998; 10: 377-93.
- TANNER JM. Growth as a mirror of conditions in society. In: Lindgren GW (Ed.) *Growth as a mirror of conditions in society*. An interdisciplinary composition of five lectures held at "Teachers house" Stockholm. Stockholm Institute of Education Press 1988.
- THOMAS A, CHESS S, BIRCH G. The origin of personality. *Scientific American* 1970; 223: 102-109.
- THOMAS A, CHESS S, BIRCH N. *Temperament and behaviour disorder in children*. New York: New York University Press; 1978.
- THOMASGARD M, METZ WP. Parent-child relationship disorders: what do the Child Vulnerability Scale and the Parent Protection Scale measure? *Clin Pediatr (Phila)* 1999; 38: 347-56.
- THOMPSON RA. Development in the first years of life. *Future Child* 2001; 11: 20-33.
- TIZÓN J. Padres e hijos en el primer año: Fundamentos y repercusiones de la vinculación. In: Callabed J. (Ed.) *El Primer Año de vida del niño*. Barcelona: Cims; 2001. p. 51-66.
- TOMAS J. Breve anotación histórica. In: Callabed J, Moraga F, Sasot J (Eds). *El niño y la guardería*. Barcelona: Laertes; 1994. p. 11-16.
- TORO J. Psicofarmacología de la infancia y adolescencia. *Arch Pediatr* 1995; 46: 76-86.
- TRAPAR A, MCGUFFIN P. Genetic influences on live events in child hood. *Psychol Med* 1996; 26: 813-820.
- TSIANTIS J, MACRI I. Factores de riesgo y de protección en psicopatología de la infancia y la adolescencia. In: Rodríguez Sacristán J. (Ed.) *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 1191-1213.
- VALLEJO RUILOBA J. Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. 3ª ed. Barcelona: Masson; 1991.
- VAN DER OORD EJCG et al. A twin-singleton comparison of problem behaviour in 2-3 years-olds. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36: 449-458.
- VEGA FUENTE A. La inadaptación social de menores: la discapacidad invisible. *Surgam* 2003; 484: 7-20.
- VERHULST FC, KOOT HM. *The epidemiologist of child and adolescent Psychopathology*. Oxford University Press; 1995.
- VERHULST FC, BERDEN GF, SANDER-WOUDSTRA JA. Mental health in dutch children (II). The prevalence of psychiatric disorder and relationship between measures. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 324: 1-45.
- VERHULST K. Epidemiología en Psiquiatría infanto juvenil. *Rev Psiqu Inf* 1990; 3: 149-153.

- VERHULST FC, ACHENBACH TM, FERDINARD RF, KASIUSM C. Epidemiological comparisons of american and dutch adolescents self-reports. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32: 1135-44.
- VERHULST FC, ALTHAUS M. Persistence and change in behavioural/emotional problems reported by parents of children aged 4-14: an epidemiological study. *Acta psychiatr Scand* 1988; 339 (Suppl.): 1-28.
- VERHULST FC, KOOT HM, VAN DER ENDE J. Differential predictive value of parents and teachers reports of children's problem behaviour a longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 1994; 22: 531-46.
- VERHULST FC. La epidemiología en psiquiatría infantil. In: Rodríguez Sacristán J (Ed.). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1995. p. 79-106.
- VILLEGAS LIROLA F. Necesidades educativas especiales en el uso del lenguaje oral. *Perspectivas* 2003; 5: 147-174.
- VILLERME C. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton de laine et de soie*. Paris: Edhis; 1979.
- W.H.O. Promotion of the Psychosocial Development of children through Primary Health care Services. Second Report (Belgrade. 1991). Copenhagen: WHO-Europe.
- WALKER WO Jr, LAGRONE RG, ATKINSON AW. Psychosocial screening in pediatric practice: identifying high-risk children. *J Dev Behav Pediatr* 1989; 13: 134-138.
- WALLERSTEIN JS. The long-term effects of divorce on children: A review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 1991; 30: 349-360.
- WALLON H. *L'évolution psychologique de l'enfant*. 5ª Ed. Paris: A. Colin; 1957.
- WEINTRAUB S, NEALE JM, LIEBER DE. Teacher ratings of children vulnerable to psychopathology. *American Journal of Orthopsychiatry* 1975; 45: 838-845.
- WEISGLAS-KUPERUS N, BAERTS W, SMRKOVSKY M, SAUER PLJ. Effects of biological and social factors on the cognitive development of very low birthweight children. *Pediatrics* 1993; 92: 658-665.
- WELNER Z, RICE J. School-age children of depressed parents: a blind and controlled study. *Journal of Affective Disorder* 1988; 15: 291-302.
- WERRY JS, QUAY HC. The prevalence of behaviour symptoms of younger elementary school children. *American Journal of Orthopsychiatry* 1971; 41: 136-143.
- WHALEN CK, HENKER B (Eds.). *Hyperactive children: The social ecology of identification and treatment*. New York: Academic Press; 1980.
- WHITMAN TL, BORKOWSKI J C, SCHELLENBACK CJ, NATH PS. Predicting and understanding developmental delay children of adolescent mothers: a multidimensional Approach. *Am J Ment Déficit* 1987; 92: 40-56.
- WILDMAN BG et al. Presentation and Management of childhood Psychosocial Problems. *The Journal of Family Practice* 1997; 44: 77-84.
- WILLETT JB, SINGER JD, MARTIN NC. The design and analysis of longitudinal studies of development and psychopathology in context: statistical models and methodological recommendations. *Dev Psychopathol* 1998;10: 395-426.
- WINNICOTT DW. *Los bebés y sus madres*. Barcelona: Paidós; 1990.
- WINNICOTT DW. *Escritos de Psicoanálisis y Pediatría*. Barcelona: Laia; 1980.
- WINNICOTT DW. *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa; 1983

ZAMBRANA RE, DORRINGTON C. Economic and social vulnerability of Latino children and families by subgroup: implications for child welfare. *Child Welfare* 1998; 77: 5-27.

ZEANAH CH H et al. Infant Development and Development Risk: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 165-177.

ZEANAH CH H. Beyond Insecurity: A Reconceptualization of Attachment Disorders of Infancy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1996; 64: 42-52.

8. ANEXOS

Anexo 8.1

Investigación de San Roman y col. y comparación con nuestro estudio

Con el objetivo de comparar nuestros resultados con los obtenidos en una población española de características similares se calculó la concordancia estableciendo el punto de corte en el percentil 75 y estableciéndolo en el punto de corte sugerido por San Román et al. Las tablas 42 - 59 muestran estos resultados.

Tabla 42: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la puntuación total.

		Clasificación según San Román		Concordancia	
		Normal (<36)	Alterado (≥36)	Kappa	'p'
Puntuación total Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥41)	Normal	48 (100,0%)	6 (23,1%)	0,812	< 0,001
	Alterado	0	20 (76,9%)		

Tabla 43: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala cognitiva.

		Clasificación según San Román		Concordancia	
		Normal (<5)	Alterado (≥5)	Kappa	'p'
Subescala cognitiva Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥5)	Normal	41 (100%)	0	1	< 0,001
	Alterado	0	27 (100%)		

Tabla 44: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala somática.

		Clasificación según San Román		Concordancia	
		Normal (<6)	Alterado (≥6)	Kappa	'p'
Subescala somática Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥6)	Normal	52 (100%)	0	1	< 0,001
	Alterado	0	22 (100%)		

Tabla 45: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala conductual.

		Clasificación según San Román		Concordancia	
		Normal (<21)	Alterado (≥21)	Kappa	'p'
Subescala conductual Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥23)	Normal	51 (100%)	3 (13,0%)	0,902	< 0,001
	Alterado	0	20 (87,0%)		

Tabla 46: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala emocional.

		<i>Clasificación según San Román</i>		Concordancia	
		Normal (<8)	Alterado (≥8)	Kappa	'p'
Subescala emocional <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥8)</i>	Normal	54 (100%)	0		
	Alterado	0	20 (100%)	1	< 0,001

Los puntos de corte según las diferentes aproximaciones se muestra en la siguiente tabla

Tabla 47: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.

	Percentil 75		
	Nuestros datos	San Román	Técnica Robert et al.
Puntuación Total	41	36	41,19
Subescala			
Cognitiva	5	5	6,05
Psicosomática	6	6	6,36
Conductual	23	21	24,29
Emocional	8	8	8,27
Internalismo	19	---	18,8
Externalismo	23	---	24,29

	Análisis de clusters	Percentil 75		Técnica Robert et al.	Todas (*)
		Nuestros datos	San Román		
Puntuación Total	16 (21,6%)	20 (27,0%)	26 (35,1%)	16 (21,6%)	21 (28,4%)
Subescala Cognitiva	---	27 (36,5%)	27 (36,5%)	14 (18,9%)	27 (36,5%)
Psicosomática	---	22 (29,7%)	22 (29,7%)	18 (24,3%)	22 (29,7%)
Conductual	---	20 (27,0%)	23 (31,1%)	18 (24,3%)	20 (27,0%)
Emocional	---	20 (27,0%)	20 (27,0%)	11 (14,9%)	20 (27,0%)
Internalismo	---	19 (25,7%)	---	19 (25,7%)	---
Externalismo	---	20 (27,0%)	---	18 (24,3%)	---

(*) Si fue patológico al menos en tres de las cuatro clasificaciones para la puntuación total, o al menos dos de tres para las otras subescalas.

CONCORDANCIA ENTRE RESULTADOS DE DE UNA POBLACIÓN ESPAÑOLA SIMILAR (SAN ROMÁN) Y NUESTRO PUNTO DE CORTE EN EL PERCENTIL 75

Con el objetivo de comparar nuestros resultados con los obtenidos en una población española de características similares se calculó la concordancia estableciendo el punto de corte en el percentil 75 y estableciéndolo en el punto de corte sugerido por San Román et al.. Las tablas 42 - 59 muestran estos resultados.

Tabla 48: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la puntuación total.

		<i>Clasificación según San Román</i>		Concordancia	
		Normal (<36)	Alterado (≥36)	Kappa	'p'
<i>Puntuación total</i> <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥41)</i>	Normal	48 (100,0%)	6 (23,1%)	0,812	< 0,001
	Alterado	0	20 (76,9%)		

Tabla 49: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala cognitiva.

		<i>Clasificación según San Román</i>		Concordancia	
		Normal (<5)	Alterado (≥5)	Kappa	'p'
<i>Subescala cognitiva</i> <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥5)</i>	Normal	41 (100%)	0	1	< 0,001
	Alterado	0	27 (100%)		

Tabla 50: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala psicossomática.

		<i>Clasificación según San Román</i>		Concordancia	
		Normal (<6)	Alterado (≥6)	Kappa	'p'
Subescala somática <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥6)</i>	Normal	52 (100%)	0	1	< 0,001
	Alterado	0	22 (100%)		

Tabla 51: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala conductual.

		<i>Clasificación según San Román</i>		Concordancia	
		Normal (<21)	Alterado (≥21)	Kappa	'p'
Subescala conductual <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥23)</i>	Normal	51 (100%)	3 (13,0%)	0,902	< 0,001
	Alterado	0	20 (87,0%)		

Tabla 52: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala emocional.

		<i>Clasificación según San Román</i>		Concordancia	
		Normal (<8)	Alterado (≥8)	Kappa	'p'
Subescala emocional <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥8)</i>	Normal	54 (100%)	0		
	Alterado	0	20 (100%)	1	< 0,001

Los puntos de corte según las diferentes aproximaciones se muestra en la siguiente tabla

Tabla 53: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.

	Percentil 75		
	Nuestros datos	San Román	Técnica Robert et al.
Puntuación Total	41	36	41,19
Subescala			
Cognitiva	5	5	6,05
Psicosomática	6	6	6,36
Conductual	23	21	24,29
Emocional	8	8	8,27
Internalismo	19	---	18,8
Externalismo	23	---	24,29

Tabla 54: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la puntuación total.

		<i>Clasificación según San Román</i>		Concordancia	
		Normal (<36)	Alterado (≥36)	Kappa	'p'
Puntuación total <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥41)</i>	Normal	48 (100,0%)	6 (23,1%)	0,812	< 0,001
	Alterado	0	20 (76,9%)		

Tabla 55: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala cognitiva.

		<i>Clasificación según San Román</i>		Concordancia	
		Normal (<5)	Alterado (≥5)	Kappa	'p'
Subescala cognitiva <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥5)</i>	Normal	41 (100%)	0	1	< 0,001
	Alterado	0	27 (100%)		

Tabla 56: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala psicossomática.

		<i>Clasificación según San Román</i>		Concordancia	
		Normal (<6)	Alterado (≥6)	Kappa	'p'
Subescala somática <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥6)</i>	Normal	52 (100%)	0	1	< 0,001
	Alterado	0	22 (100%)		

Tabla 57: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala conductual.

		<i>Clasificación según San Román</i>		Concordancia	
		Normal (<21)	Alterado (≥21)	Kappa	'p'
Subescala conductual <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥23)</i>	Normal	51 (100%)	3 (13,0%)	0,902	< 0,001
	Alterado	0	20 (87,0%)		

Tabla 58: concordancia entre el punto de corte en el percentil 75 de nuestros datos y el punto sugerido por San Román et al. en la subescala emocional.

		Clasificación según San Román		Concordancia	
		Normal (<8)	Alterado (≥8)	Kappa	'p'
Subescala emocional <i>Clasificación con punto de corte en percentil 75 (≥8)</i>	Normal	54 (100%)	0		
	Alterado	0	20 (100%)	1	< 0,001

Los puntos de corte según las diferentes aproximaciones se muestra en la siguiente tabla

Tabla 59: Puntos de corte según las diferentes aproximaciones.

	Percentil 75		
	Nuestros datos	San Román	Técnica Robert et al.
Puntuación Total	41	36	41,19
Subescala			
Cognitiva	5	5	6,05
Psicosomática	6	6	6,36
Conductual	23	21	24,29
Emocional	8	8	8,27
Internalismo	19	---	18,8
Externalismo	23	---	24,29

	Análisis de clusters	Percentil 75		Técnica Robert et al.	Todas (*)
		Nuestros datos	San Román		
Puntuación Total	16 (21,6%)	20 (27,0%)	26 (35,1%)	16 (21,6%)	21 (28,4%)
Subescala Cognitiva	---	27 (36,5%)	27 (36,5%)	14 (18,9%)	27 (36,5%)
Psicosomática	---	22 (29,7%)	22 (29,7%)	18 (24,3%)	22 (29,7%)
Conductual	---	20 (27,0%)	23 (31,1%)	18 (24,3%)	20 (27,0%)
Emocional	---	20 (27,0%)	20 (27,0%)	11 (14,9%)	20 (27,0%)
Internalismo	---	19 (25,7%)	---	19 (25,7%)	---
Externalismo	---	20 (27,0%)	---	18 (24,3%)	---

(*) Si fue patológico al menos en tres de las cuatro clasificaciones para la puntuación total, o al menos dos de tres para las otras subescalas.

POR FAVOR, COMPRUEBE QUE HA CONTESTADO A TODAS LAS PREGUNTAS.

001. Dolores o quejas (sin causa médica).	0	1	2
002. Actúa como si fuese más pequeño que su edad.	0	1	2
003. Tiene miedo ante cualquier cosa nueva.	0	1	2
004. Evita mirar a los otros de frente.	0	1	2
005. No puede concentrarse, no puede prestar atención por mucho tiempo.	0	1	2
006. No puede permanecer sentado o está muy inquieto.	0	1	2
007. No aguanta que esté algo fuera de su sitio.	0	1	2
008. No puede esperar; lo quiere todo en el momento.	0	1	2
009. Mastica cosas no comestibles.	0	1	2
010. Se pega al adulto o permanece muy dependiente	0	1	2
011. Pide ayuda de forma constante.	0	1	2
012. Estreñido, no va bien de vientre.	0	1	2
013. Lloro con frecuencia.	0	1	2
014. Cruel con los animales.	0	1	2
015. Desafiante.	0	1	2
016. Las demandas deben ser satisfechas inmediatamente.	0	1	2
017. Destruye sus propias cosas.	0	1	2
018. Destruye las cosas de su familia o de otros niños.	0	1	2
019. Diarrea o hace más veces de vientre, no estando enfermo.	0	1	2
020. Desobediente.	0	1	2
021. Se altera cuando ocurre algún cambio en la rutina.	0	1	2
022. No quiere irse a dormir solo.	0	1	2
023. No contesta cuando la gente habla con él/ella.	0	1	2
024. No come bien, describa la situación:	0	1	2
025. No se va con otros niños/as.	0	1	2
026. No sabe divertirse, hace cosas como un adulto en pequeño.	0	1	2
027. No parece sentirse culpable después de haberse portado mal	0	1	2
028. No quiere salir de casa.	0	1	2
029. Se frustra con facilidad.	0	1	2
030. Con mucha facilidad siente celos.	0	1	2
031. Come o bebe cosas entre horas y que no son alimento, NO se deben incluir los caramelos (describir):	0	1	2
032. Miedo a determinados animales, situaciones o lugares (describirlos):	0	1	2
033. Sus sentimientos se dañan muy fácilmente.	0	1	2
034. Se hace daño con relativa frecuencia, tiene accidentes con facilidad.	0	1	2
035. Busca peleas.	0	1	2
036. Casi siempre se queda en casa.	0	1	2
037. Se queda muy contrariado cuando es separado de sus padres.	0	1	2
038. Dificultades para irse a dormir.	0	1	2
039. Dolores de cabeza (sin causa médica).	0	1	2
040. Pega a otros niños/as.	0	1	2
041. Contiene la respiración (espasmo del sollozo).	0	1	2
042. Hace daño a animales o personas sin causa.	0	1	2
043. Parece infeliz sin ninguna razón.	0	1	2
044. Humor enfadado frecuentemente.	0	1	2

045. Náuseas, sensación de estar enfermo (sin causa médica)	0	1	2
046. Movimientos nerviosos o sacudidas (describirlas):	0	1	2
047. Nervioso, tenso, rígido	0	1	2
048. Tiene pesadillas durante el sueño.	0	1	2
049. Sobrealimentado, come demasiado.	0	1	2
050. Se encuentra cansado en exceso.	0	1	2
051. Tiene sobrepeso, pesa más de lo que debiera.	0	1	2
052. Movimientos intestinales dolorosos (p.e. espasmos cólicos, retortijones, dolores al defecar, etc.).	0	1	2
053. Ataca físicamente a la gente.	0	1	2
054. Se hurga en la nariz, en la piel o en otras partes del cuerpo (describir):	0	1	2
055. Juguetea mucho con sus partes sexuales.	0	1	2
056. Torpeza o pobre nivel de coordinación.	0	1	2
057. Problemas de visión sin causa médica (describir):	0	1	2
058. Los castigos no cambian su conducta.	0	1	2
059. Pasa rápido de una actividad a otra.	0	1	2
060. Urticaria u otro problema dérmico sin causa médica.	0	1	2
061. Se niega a comer.	0	1	2
062. Rechaza los juegos con actividad.	0	1	2
063. Balanceos repetidos de la cabeza o del cuerpo.	0	1	2
064. Se resiste a ir a la cama por las noches.	0	1	2
065. Se opone al entrenamiento en los hábitos higiénicos (describir):	0	1	2
066. Grita mucho.	0	1	2
067. No responde a las muestras de afecto.	0	1	2
068. Se aturde con facilidad, se muestra cohibido.	0	1	2
069. Egoísta o no quiere compartir sus cosas.	0	1	2
070. Se muestra poco afectuoso con la gente.	0	1	2
071. Muestra escaso interés por lo que piensan sobre él.	0	1	2
072. Tiene poco miedo de hacerse daño.	0	1	2
073. Reservado o tímido.	0	1	2
074. Duerme menos que la mayoría de los niños/as por el día y/o por la noche (describir):	0	1	2
075. Juega con las heces (cacas) o se mancha cuando ventosea.	0	1	2
076. Problemas de lenguaje (describir):	0	1	2
077. Mirada fija en el infinito o parece preocupado.	0	1	2
078. Dolores o calambres en el estómago (sin causa médica).	0	1	2
079. Acumula cosas sin necesitarlas (describir):	0	1	2
080. Conductas extrañas (describirlas):	0	1	2
081. Terquedad, testarudo, hosco, malhumorado, o irritable.	0	1	2
082. Cambios repentinos de humor o de sentimientos.	0	1	2

083. Muy enfadado con frecuencia.	0	1	2
084. Habla o llora cuando está dormido.	0	1	2
085. Temperamento rabioso o exaltado.	0	1	2
086. Muy preocupado por la limpieza y la pulcritud.	0	1	2
087. Muy temeroso o ansioso.	0	1	2
088. No coopera en la realización de tareas.	0	1	2
089. Poco activo, se mueve poco, baja energía.	0	1	2
090. Infeliz, triste o depresivo.	0	1	2
091. Muy ruidoso.	0	1	2
092. Se muestra contrariado ante gente nueva o situaciones nuevas (describir):	0	1	2
093. Vómitos, sin causa médica.	0	1	2
094. Se despierta a menudo por las noches.	0	1	2
095. Marcha fuera de la casa.	0	1	2
096. Requiere mucho la atención.	0	1	2
097. Quejumbroso.	0	1	2
098. Retraído, no quiere juntarse con otros niños/as.	0	1	2
099. Se muestra preocupado.	0	1	2
100. Puede escribir algún problema que no haya sido señalado con anterioridad y que crea que es relevante y/o importante sobre su hijo/a:			
.....	0	1	2
.....	0	1	2
.....	0	1	2

POR FAVOR COMPRUEBE QUE HAYA CONTESTADO TODAS LAS PREGUNTAS. SUBRAYE LOS ASPECTOS POR LOS QUE SE ENCUENTRE MAS PREOCUPADO/A.

¿SU HIJO/A TIENE ALGUNA ENFERMEDAD, MINUSVALIA O DEFECTO FISICO, O RETRASO MENTAL?

Por favor descríballo:

¿DESEA DECIR ALGO MAS QUE LE PREOCUPE O QUIERA RESALTAR ACERCA DE SU HIJO/A?

POR FAVOR, DESCRIBA LAS COSAS QUE VD. CREA QUE SON MEJORES DE SU HIJO/A.

Anexo 8.3

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PEDIATRAS DE SERVICIOS DE DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD PROMOCIONES DEL DESARROLLO PSICOSOCIAL. 0-2 AÑOS

(DR J. L. PEDREIRA MASSA, 1991)

CENTRO DE ATENCION PRIMARIA:

NOMBRE DEL NIÑO

SEXO: M/V

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

PEDIATRA:

Señalar en cada ítem la puntuación que crea más adecuada:

0 = nunca ocurre

1 = sucede ocasionalmente o por un breve período de tiempo.

2 = ocurre frecuentemente o durante largos períodos.

- | | | | |
|---|---|---|---|
| 1. Ambas figuras parentales se preocupan por los cuidados sanitarios y del desarrollo del niño/a. | 0 | 1 | 2 |
| 2. Los padres acuden ante la mínima dificultad con su hijo/a a la consulta del pediatra. | 0 | 1 | 2 |
| 3. Los padres son capaces de llevar al día la Cartilla de Salud de su hijo/a. | 0 | 1 | 2 |
| 4. En los exámenes periódicos de salud los padres sólo se interesan por los aspectos somáticos. | 0 | 1 | 2 |
| 5. También se interesan por los aspectos del desarrollo de su hijo/a. | 0 | 1 | 2 |
| 6. Los padres se muestran interesados en cómo se debe estimular el desarrollo: | | | |
| 6.1. Motor | 0 | 1 | 2 |
| 6.2. Sensorial | 0 | 1 | 2 |
| 7. La madre procura hablar de frente al niño/a. | 0 | 1 | 2 |
| 8. Si la madre se aleja procura hablarle para que el niño/a reconozca su voz si no puede verla. | 0 | 1 | 2 |
| 9. El padre participa en las labores de cuidado del niño/a alternándose con la madre. | 0 | 1 | 2 |
| 10. El padre se queja de menor atención hacia él desde el nacimiento del niño/a. | 0 | 1 | 2 |
| 11. Los padres están más susceptibles y asustados desde el nacimiento de su hijo/a. | 0 | 1 | 2 |
| 12. Los padres buscan apoyo en sus familias y obtienen orientación y sosiego. | 0 | 1 | 2 |
| 13. Los niveles de ansiedad hace que acudan con mucha frecuencia a la consulta de Pediatría. | 0 | 1 | 2 |
| 14. Todos los días tanto la madre como el padre dedican un tiempo a jugar con el niño/a. | 0 | 1 | 2 |
| 15. Los cuidados de vestido, baño, etc., se utilizan por los padres para jugar y sentir placer en el intercambio con su bebé. | 0 | 1 | 2 |
| 16. El niño llora frecuentemente y causa gran ansiedad en los padres. | 0 | 1 | 2 |
| 17. El sueño del niño es alterado, o presenta llanto pertinaz (cólicos del primer trimestre). | 0 | 1 | 2 |
| 18. Presencia de otros trastornos funcionales: | | | |
| 18.1. Estreñimiento. | 0 | 1 | 2 |
| 18.2. Dolores mal definidos. | 0 | 1 | 2 |
| 18.3. Rabietas. | 0 | 1 | 2 |
| 18.4. Vómitos. | 0 | 1 | 2 |
| (Si no existe una causa orgánica) | | | |