



http://www.fundacioorienta.com/cast_revista.html

**UNA APROXIMACIÓN A LA DETECCIÓN DE LOS TRASTORNOS
MENTALES GRAVES**

Jordi Artigue, Jorge L. Tizón, Belén Parra, Marta Gomà, Josep Ferrando,
Marta Sorribes, Belén Marzari, Conxita Pérez y Francesc Pareja

Psicopatol. salud ment. 2004, 4, 51-67

Suscripción Revista: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

Subscription Journal: <http://www.fundacioorienta.com/subscripcio.aspx>

EDITA FUNDACIÓ ORIENTA

www.fundacioorienta.com/revista.html

Una aproximación a la detección precoz de los trastornos mentales graves

Jordi Artigue¹, Jorge L. Tizón², Belén Parra³, Marta Gomà⁴, Josep Ferrando⁵, Marta Sorribes⁶, Belén Marzari⁷, Conxita Pérez⁸ y Francesc Pareja⁹

RESUMEN

Se presentan los resultados de la primera investigación muestral del Proyecto LISMEP (Listado de ítems de salud mental en edad pre-escolar) llevada a cabo en la Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina, Institut Català de la Salut, Barcelona. A través de un estudio retrospectivo de 70 pacientes diagnosticados de trastorno psicótico, especialmente de esquizofrenia, se intenta determinar los factores de riesgo y señales de alarma que con mayor frecuencia se encuentran en la infancia de este tipo de pacientes. Se completa el estudio con una muestra de 49 pacientes que ya en edad infantil fueron diagnosticados con uno de los trastornos antes citados. PALABRAS CLAVE: esquizofrenia, factores de riesgo, prevención, trastorno mental grave, detección precoz.

ABSTRACT

This paper presents the results of the first research sample of the LISMEP (Pre-school Mental Health Item List) Project conducted in the Mental Health Unit of Sant Martí-La Mina, Catalan Health Institute, Barcelona. Through a retrospective study of 70 patients diagnosed with psychotic disorder, specially schizophrenia, the risk factors and signs of alarm most frequently found in the childhood of these patients are determined. The study is completed with a sample of 49 patients already diagnosed during infancy with one of the disorders mentioned before. KEY WORDS: schizophrenia, risk factors, prevention, severe mental disorder, precocious detection

RESUM

Es presenten els resultats de la primera investigació mostral del projecte LISMEP (Llistat d'ítems de salut mental en edat preescolar) portada a terme a la Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina, Institut Català de la Salut, Barcelona. A través d'un estudi retrospectiu de 70 pacients diagnosticats de trastorn psicòtic, especialment d'esquizofrènia, s'intenta determinar els factors de risc i senyals d'alarma que amb més freqüència es troben en la infància d'aquest tipus de pacients. Es completa l'estudi amb una mostra de 49 pacients que, ja en edat infantil, van ser diagnosticats d'algun dels trastorns abans esmentats. PARAULES CLAU: esquizofrènia, factors de risc, prevenció, trastorn mental greu.

Cada vez son más frecuentes las investigaciones sobre la prevención de la esquizofrenia. La aparición tardía de este trastorno motiva la búsqueda de factores que puedan afectar al desarrollo y estar presentes desde la infancia. Desde las diferentes corrientes teóricas que intentan explicar este trastorno se ha intensificado últimamente la búsqueda de factores de riesgo que podrían actuar en etapas precoces del desarrollo (Zabala y Manzano 1993; Jones et al., 1998; Olin et al., 1998; Hans et al., 2001; Tizón, 2001; Dalman, 2002; Tizón, 2004). Su detección precoz y prevención se consideran básicas en los servicios de salud mental, por la complejidad que adquiere el trastorno en la edad adulta (Häfner, H, 1999; McGorry, 2001; Jablenski, A, 2000; Vallina, O, 2003).

1. Psicólogo. Unidad de Salud Mental (USM) Sant Martí-La Mina. Institut Català de la Salut (ICS); 2. Psiquiatra. Psicoanalista. Director de la USM Sant Martí-La Mina. ICS; 3. Diplomada en Trabajo Social. USM Sant Martí-La Mina. ICS; 4. Psicóloga. Becaria del proyecto LISMEP; 5. Epimeólogo; 6. Psicóloga. Colaboradora de los proyectos SASPE y LISMEP; 7. Psiquiatra. USM Sant Martí-La Mina. ICS; 8. Diplomada en Enfermería Psiquiátrica. USM Sant Martí-La Mina. ICS; 9. Psicólogo. USM Sant Martí-La Mina. ICS

Correspondencia: jartigue.pbcn@ics.scs.es

Entendemos por factor de riesgo para la salud mental de la infancia toda característica o circunstancia que comporte para el niño o niña una mayor posibilidad estadística –que la observada en la población general– de padecer un trastorno psicopatológico (Amigó E, Arteman, A, Casalé, D i cols. 1999), teniendo presente que un factor de riesgo actúa o no de forma diferente, dependiendo de la vulnerabilidad del individuo (Pedreira, J. L, 1997; Marcus, J, 1993).

La bibliografía sobre factores de riesgo es amplia y extensa, pero diferentes investigaciones los agrupan y señalan la interacción entre factores genéticos y ambientales (Parellada, E, 2001). A pesar de las dificultades para realizar este tipo de estudios (Domenech i Jané, 2000) existen una serie de precursores más o menos específicos (Ellison et al., 1998; Jones et al., 1998; Olin et al., 1998) que podríamos agrupar entorno a diferentes áreas como son:

1. *Embarazo y parto*. Complicaciones obstétricas (Parellada, E, 2001; Hollie, V, 2001; Nicolson, R, 2000; Dalman, C, 1999); exposición materna a infecciones virales durante el segundo trimestre del embarazo (Parellada, E, 2001; Stephen, L, 2001); depresión durante el embarazo (Jones, P.B, 1998).
2. *Antecedentes familiares*. Uno o dos de los progenitores padecen un trastorno mental del tipo esquizofrenia u otras psicosis (Jablenski, A, 1995; McGrath, J, 2000; Hans, S. L, 1999).
3. *Situación familiar*. Familia monoparental (Jablenski, A, 1995) y edad avanzada de los padres (Dalman, C, 2002).
4. *Situación socio-económica*. Bajo nivel socio-económico (Jablenski, A, 1995; Bennedsen, B, 1998), déficit social (Cornblatt, B.A, 2002).
5. *Salud*. Inapetencia (Choquet, M, 1982), resfriados frecuentes (Choquet, M, 1982), retraso en la deambulacion (Alanen, Y, 1997)
6. *Primeras relaciones madre (padre) – bebe*. Depresión post-parto (Zabala, I. y Manzano, J, 1993); hospitalizaciones frecuentes (Choquet, M, 1982); separaciones en los primeros meses (Olin, SC. 1998).
7. *Desarrollo cognitivo*. Déficits de atención (Obiols, J, 1992; Zabala, I. y Manzano, J, 1993; Cornblatt, B .A, 2002) y déficit neurointegrativo (pandismaduración) (Fish, B, 1992).
8. *Desarrollo del lenguaje* (Nicolson, R, 2000; Alanen, Y, 1997). Mutismo selectivo (Zabala, I. y Manzano, J, 1993; Jané, M. C, 2001).
9. *Desarrollo en hábitos*. Se despierta frecuentemente por la noche (Choquet, M. 1982).
10. *Relaciones con los otros*. Inhibición y pasividad (Zabala, I. y Manzano, J, 1993); Menos de dos amigos en etapa escolar (Jablensky, A, 1995); hábitos solitarios (Alanen, Y. 1997).

La hipótesis básica considera que, actuando sobre estos factores, mediante la atención del niño/a en un servicio de salud mental infantil o de atención precoz se pueden prevenir algunas formas de trastornos de salud mental , así como la aparición de algún trastorno mental grave en la vida adulta (McGrath, 2000).

En la Unidad de Salud Mental de Sant Martí-La Mina (Barcelona) se desarrollan diferentes investigaciones entorno a los trastornos del tipo esquizofrenia u otras psicosis, los cuales se enmarcan en dos proyectos: SASPE y LISMEP/E(1)(2). Los contenidos giran entorno a cuatro líneas de investigación: 1. prevalencia, 2. incidencia, 3. factores de riesgo, 4. hijos de pacientes.

El proyecto LISMEP, además de la muestra que aquí se presenta, tiene previsto el estudio de factores de riesgo y señales de alarma en otras muestras poblacionales:

- Población general.
- Hijos de personas diagnosticadas de esquizofrenia u otras psicosis.
- Niños y niñas presentados en el espacio de interconsulta de la Unidad Funcional de Atención a la Primera Infancia (0-4 años). Esta Unidad atiende a población de riesgo desde el momento del nacimiento.
- Niños y niñas, de 0 a 12 meses, que a través de la Escala de alarma y retraimiento social en el bebé (ARBB) son puntuados en niveles altos de retraimiento social.

La Unidad de Salud Mental está trabajando en la misma población de los barrios de Sant Martí y La Mina y con un equipo de orientación biopsicosocial desde 1982. En diciembre de 2002 llevaba historiadados 24.175 pacientes (el 22,9% de la población asignada), de los cuales 6.336 habían sido diagnosticados en el grupo de trastorno mental grave (“severos”) (TMS) (Ramos, 2003). Es decir, que el 26.20% de la población atendida recibe uno de los diagnósticos mencionados y que del total de historias clínicas activas el 49,02% corresponde al grupo de pacientes con TMS. De estos, según nuestra base de datos “siglo XX” (que incluye solo los pacientes que realizaron su primera visita antes del 2001), 476 están diagnosticados de esquizofrenia y 362 de otras psicosis, 838, en total (Tabla 1).

La población asignada está claramente delimitada en 5 áreas básicas de salud, que suman un total de 103.615 habitantes, de los cuales 19.380 son menores de 18 años. El nivel socioeconómico es bajo o medio-bajo, lo que significa que hay pocos pacientes que puedan acceder a dispositivos privados.

Creemos que la accesibilidad de los pacientes a nuestro servicio, se relaciona con el hecho de que la Unidad de Salud Mental de Sant Martín-La Mina:

- Coordina el trabajo de una Unidad Funcional de Atención a la Salud Mental de la Primera Infancia (UFAPÍ). En esta unidad, cuya finalidad es preventiva, se reúnen los dispositivos de pediatría, atención precoz, psicopedagógicos y de salud mental de la zona. Se estudian y tratan los casos de población infantil entre 0 y 4 años con mayor riesgo psicopatológico detectado.
- Trabaja a partir de espacios de interconsultas o reuniones de coordinación, establecidas desde hace más de diez años, con las áreas básicas de salud, los equipos de pediatría y los equipos de asesoramiento psicopedagógico y los servicios sociales y de justicia de la zona, que han dado lugar a procesos de formación e investigaciones conjuntas.
- Tiene una cierta experiencia en trabajos poblacionales y de salud pública (Tizón et al., 1997).
- Trabaja con un protocolo específico para la prevención y el tratamiento de hijos con un progenitor (o dos) esquizofrénicos. Existe un número indeterminado de hijos de esquizofrénicos historiadados en medicina de familia y pediatría que creemos posible determinar a través de la interconsulta y las historias clínicas de estos dispositivos.

Material y métodos

Se ha realizado un estudio en la Unidad de Salud Mental (USM) de Sant Martín-La Mina del *Institut Català de la Salut* (Barcelona), de los factores de riesgo en la infancia agrupados por nuestro cuestionario LISMEP (versión 6.0). Se buscaban todos los factores de riesgo determinados que aparecían en las historias clínicas de pacientes con alguno de los diagnósticos agrupados como “caso SASPE” (Tabla 2), es decir, esquizofrenia y otras psicosis (Tizón et al., 2004). Además de este criterio diagnóstico se han definido otros criterios de inclusión de carácter restrictivo para descartar los falsos positivos: el diagnóstico se debe haber mantenido un mínimo de seis meses en la USM o se dispone de un diagnóstico del tipo caso, emitido por un servicio hospitalario de psiquiatría.

En el proyecto de investigación SASPE se realizaron estudios de prevalencia de la esquizofrenia en nuestra zona asistencial (Tizón 2004): 80,77 por 10.000 habitantes en edad de riesgo (Tabla 1). También se estudia la frecuencia de hijos de progenitor/es con diagnóstico de esquizofrenia y otras psicosis y se intenta iniciar un estudio longitudinal con esta población.

La finalidad de la investigación es la identificación de los factores de riesgo fácilmente accesibles para la asistencia clínica habitual en atención primaria de salud. Nos basamos en la hipótesis de la existencia de factores de riesgo y señales de alarma que se manifiestan en la infancia y que podrían permitir una aproximación precoz en la detección y tratamiento de la manifestación adulta del trastorno esquizofrénico.

Por este motivo se diseña un listado de factores de riesgo a partir de la revisión de la bibliografía nacional e internacional, en base a nuestra experiencia clínica y a los resultados previos del Estudio C del proyecto SASPE antes citado. La versión actual de nuestro listado experimental (LISMEP 6.0), está compuesta por 84 ítems que se distribuyen a lo largo de cuatro franjas de edades: de 0 a 2 años, de 3 a 5 años, de 6 a 11 años y de 12 a 17 años. Las puntuaciones vienen definidas por la gravedad de la alteración que produce en el niño/a (0,1 o 2), a la vez que se puede señalar (n) si no se tiene información suficiente o (i) si, a pesar de saber que el ítem está presente, se desconoce el grado de alteración que este puede producir.

Dicho listado sólo se administra en su totalidad, 84 ítems, a las personas que tienen de 12 a 17 años o más de 18. Es decir, si el niño tiene 15 meses sólo se utilizan los ítems correspondientes a la franja de edad de 0-2 años. Pero, en edades posteriores, siempre se busca la información de los ítems que se refieren a las edades anteriores del sujeto y, por su supuesto, los ítems de 0 a 2 años si, por ejemplo, tuvieron o no problemas obstétricos. Como puede suponerse, en el caso de los menores de 18 años, se dejan en blanco las franjas de edad del cuestionario que corresponden a edades superiores. De esta forma, si estamos ante la historia clínica de un niño o niña de 8 años dejaremos en blanco una franja de edad, en este caso la correspondiente a los 12 a 17 años.

En definitiva, se parte de los pacientes identificados en la Unidad de Salud Mental de St Martí-La Mina desde su creación en 1982 hasta el año 2000 con el criterio diagnóstico “caso SASPE siglo XX” y que consultaron antes de cumplir 18 años (Tabla 2). De los 838 casos, 60 pacientes corresponden al grupo de “otras psicosis” de inicio en la infancia (0-14 años). De ese fichero global hemos extraído dos muestras:

- *A1: Mayores de 18 años* (Tabla 3). Del total de pacientes adultos seleccionamos 70 que reúnen los criterios siguientes: 18 años o más en el año 2001 y haber consultado en dicha Unidad antes de cumplir los 18 años.
- *A2: Menores de 18 años* (Tabla 4). Del total de pacientes en edad infantil, seleccionamos un grupo de 49 según este criterio de edad y de accesibilidad a la historia clínica.

En ambas muestras, con la información que se dispone en la historia clínica, se recoge la presencia o no de los factores de riesgo del listado experimental citado anteriormente. Posteriormente se realiza un análisis de frecuencias para determinar qué factores de riesgo se detectan en mayor medida.

Resultados

Los resultados obtenidos se explican, gráficamente, en las Tablas 5, 6, 7 y 8 en las cuales se reflejan los ítems que superan el 20% de frecuencia de presentación en alguna de las dos muestras. No se diferencian si afectan en mayor o menor grado al desarrollo emocional del niño o la niña, sólo si se detecta la presencia.

Tabla 5: entre 0 y 2 años

Destaca la presencia, para ambas muestras, de padres con antecedentes psicopatológicos, funciones maternas y paternas empobrecidas y problemas obstétricos. Y, únicamente para la muestra de menores de 18 años: retraso en la deambulación, separaciones tempranas, ingresos hospitalarios frecuentes y retraso en el desarrollo mental.

Tabla 6: entre 3 y 5 años

De los 3 a los 5 años destacar que se mantiene la presencia, para ambas muestras, de los ítems ya citados de antecedentes psicopatológicos y funciones maternas y paternas empobrecidas.

En la muestra de menores de 18 años se destaca la presencia de los ítems siguientes: no controla esfínteres, agresividad, problemas con el manejo de los hábitos y problemas de relación madre-hijo. Todos ellos con frecuencias mayores del 40%. Del resto de los ítems señalados en la Tabla 6 es

oportuno comentar una posible agrupación de items que aparecen entre el 20 y el 40 de los casos. Se trata de los items relacionados con:

1. *Miedos*. Retraimiento en la relación, trastornos del sueño, miedo y dificultades de adaptación y niño raro (evita la relación, no juega).
2. *Agresividad o des-control de impulsos*. Además del ya indicado explícitamente con anterioridad: rabietas y enfados frecuentes, excitación excesiva y desbordante y, agresividad en la familia.
3. *Funcionamiento corporal*. Vómitos recuentes y falta de higiene.
4. *Otros*. Disfunciones del lenguaje y retraso en el desarrollo mental.

Tabla 7: entre 6 y 11 años

En esta franja de edad no se reproduce la situación de las anteriores, en las cuales un grupo de dos o tres items acumulaba las mayores frecuencias tanto en una muestra como en otra. Aquí los items que están más presentes en la muestra de mayores de 18 años, son diferentes a los que mayoritariamente concurren en la muestra de menores de 18 años.

Así, en “la muestra de *mayores* de 18 años”, los items más frecuentes, con porcentajes entre el 20 y el 30% son:

- Fracaso escolar.
- Dificultades escolares: niño que no aprende.
- Padres con antecedentes psicopatológicos.
- Funciones paternas empobrecidas.
- Retraimiento en la relación.
- Niño raro: evita la relación social, no juega.

En cambio, en “la muestra de *menores* de 18 años”, la presencia de items de factores de riesgo es mucho más alta. Las frecuencias llegan a puntuaciones del 71% en dos casos:

- Miedo y dificultades de adaptación.
- Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes.

Agrupando por temas, los items que han puntuado entre el 40 y el 70%, aparecen los siguientes grupos:

1. *Miedos*. Retraimiento en la relación.
2. *Antecedentes socio-familiares*. Funciones paternas y maternas empobrecidas. Estatus socio-económico marginal o semi-marginal.
3. *Dificultades en los aprendizajes*. Disfunciones del lenguaje, dificultades para mantener atención y concentración. No controla esfínteres. Déficit de atención. Hiperactividad. Fracaso escolar. Dificultades escolares, niño que no aprende. Retraso en la adquisición de la capacidad lectora.
4. *Agresividad*. Excitación excesiva, desbordante. Rabietas y enfados frecuentes. Agresividad y impulsividad (accidentes frecuentes). Reacciones emocionales descontroladas.
5. *Otros*. Problemas frecuentes en el manejo de los hábitos elementales.
6. *Dificultades en las relaciones*. A la hora de poner límites, problemas de relación de la madre con su hijo.

Tabla 8: entre 12 y 17 años

Se produce una mayor frecuencia, con respecto a franjas de edad anteriores, de factores de riesgo y señales de alarma.

Así en “la muestra de *mayores* de 18 años” señalamos los cinco más frecuentes, con porcentajes que se agrupan en torno al 40%:

- Ideas autoreferenciales, tendencia al delirio.
- Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes.
- Percepciones anómalas no causadas por drogas o enfermedad.

- Excitación excesiva, desbordante.
- Fracaso escolar.

En esta misma muestra existen unos items, cuya presencia oscila entre el 20 y el 40%, que proponemos agrupar de la siguiente manera:

1. *Antecedentes familiares.* Funciones paternas y maternales empobrecidas y padres con antecedentes psicopatológicos.
2. *Dificultades en la relación.* Niño triste, infeliz; rabietas, enfados frecuentes; niño raro, evita la relación social; notable empeoramiento en su funcionamiento relacional; problemas de la madre en la relación con su hijo; y “menos de dos amigos”.
3. *Dificultades emocionales.* Ansiedad excesiva en situaciones sociales, ideas raras, interferencias en el pensamiento, reacciones emocionales descontroladas y cambios de humor.
4. *Otros.* Problemas frecuentes en el manejo de hábitos básicos y dificultades escolares (niño que no aprende).

En “la muestra de *menores de 18 años*” para esta franja de edad destacan cuatro items que se encuentran en porcentajes superiores al 80%:

- Problemas frecuentes en el manejo de hábitos básicos.
- Dificultades escolares (niño que no aprende).
- Problemas de la madre para relacionarse con su hijo/a.
- Estatus socioeconómico marginal o semimarginal.

Del resto de items presentes en porcentajes superiores al 20% podemos realizar las siguientes agrupaciones:

1. *Antecedentes familiares.* Funciones paternas y maternales empobrecidas y padres con antecedentes psicopatológicos.
2. *Dificultades en la relación.* Niño triste, infeliz; excitación excesiva, desbordante; rabietas, enfados frecuentes; agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes; niño raro, evita la relación social; notable empeoramiento en su funcionamiento relacional; disminución de las capacidades sociales; problemas de la madre en la relación con su hijo; dificultades de separación y de ser autónomo y “menos de dos amigos”.
3. *Dificultades emocionales.* Ansiedad excesiva en situaciones sociales; ideas raras; ideas autoreferenciales, tendencia al delirio; reacciones emocionales descontroladas; cambios de humor; terrores nocturnos; hiperactividad y déficit de atención.
4. *Dificultades en el ámbito corporal.* Ingresos hospitalarios frecuentes; falta de higiene; se utilizan hipnóticos para dormir y no controla esfínteres.
5. *Dificultades en aprendizajes.* Disfunciones del lenguaje; dificultades para mantener la atención y/o concentración; fracaso escolar y absentismo escolar.
6. *Otros:* no es capaz de seguir las normas de convivencia.

Discusión

Los resultados antes reflejados provienen del estudio retrospectivo, a través de historia clínica. Este hecho nos plantea problemas de fiabilidad en cuanto a la metodología de recogida de datos dado el carácter subjetivo con que cada profesional puede apreciar determinadas situaciones. Pero, por un lado, son datos que provienen de más de quince profesionales de salud mental diferentes. Por otro, la estabilidad de la Unidad de Salud Mental, desde su creación, en cuanto a los protocolos de funcionamiento y los espacios formativos y de discusión clínica nos hacen pensar en una posible minimización del factor de “dispersión subjetiva”.

La tendencia a encontrar mayor frecuencia de factores de riesgo y señales de alarma en la muestra de menores de 18 años la atribuimos, inicialmente, al hecho de que la información se ha recopilado en años más cercanos a las franjas de edad que estudiamos. Además, según nuestra impresión en las

historias clínicas más “antiguas” no se incidía tanto en los factores de riesgo ahora estudiados a no ser que su influencia en el trastorno fuese muy evidente al juicio clínico, lo que implica una mejora de la aproximación clínica influenciada por la investigación.

En la franja de edad de 12 a 17 años destaca la mayor presencia de factores de riesgo y señales de alarma. Este hecho lo atribuimos a la proximidad de esta franja de edades con la fecha de la primera visita en la muestra A1 de mayores de 18 años, ya que facilita su recogida en historia clínica. Y, en la muestra A2, de menores de 18 años, a que los sujetos que la integran se encuentran en dicha franja.

En cualquier caso, tratándose de los resultados de tan sólo una de las muestras que nos proponemos estudiar, estos son meramente provisionales. Sin embargo, nos ha parecido interesante agruparlos clínicamente, a la espera de un tratamiento estadístico posterior. En ese sentido, nuestros datos provisionales parecen apuntar a la existencia, en los antecedentes de los sujetos calificados como “esquizofrénicos o afectados de otras psicosis”, de una serie de items:

1. *Alteraciones en el ámbito familiar*: O por antecedentes de patología en salud mental, o por presentar lo que hemos denominado *funciones parentales empobrecidas* (Tizón 2001, 2004). En este sentido ya se apuntaba en la introducción que existen evidencias del aumento de riesgo de padecer un trastorno del tipo de esquizofrenia u otras psicosis cuando uno de los progenitores lo ha padecido (Jablenski, A. 1995; McGrath, J. 2000; Hans, SL. 1999).

Respecto a las *funciones parentales empobrecidas* hemos encontrado padres y madres que no pueden cuidar y educar a sus hijos con todas sus potencialidades debido a que se ven afectados por situaciones de trastorno mental, estrés, enfermedad, marginación, ausencia, distancia emocional, etc. Un ejemplo puede ser aquella mujer que padece una depresión postparto y que no es tratada. Por este motivo se aleja emocionalmente del bebé y los cuidados básicos se convierten en una rutina pesada e insatisfactoria. Aparentemente incluso podría pasar por “normal” si no adoptamos una actitud de observación prudente y sensible del proceso de relación madre-bebé. Algo parecido ocurre con niños y niñas de edades mayores con los cuales sus padres no tienen gestos de cariño, no ponen límites o no atienden adecuadamente sus enfermedades y minusvalías.

La presencia de estos items la encontramos en “la muestra de *mayores* de 18 años (A1)” en todas las franjas de edades, con mayor o menor frecuencia. Tan sólo, en la franja de 12 a 17 años se da la circunstancia de que aparecen otros items con mayor relevancia que los citados. Pero son índices que podríamos considerar como pródromos de la evidente proximidad de la aparición del brote o crisis psicótica. Nos estamos refiriendo a:

- Ideas autoreferenciales, tendencia al delirio.
- Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes.
 - Percepciones anómalas no causadas por drogas o enfermedad.
 - Excitación excesiva, desbordante.
 - Fracaso escolar.

En “la muestra de *menores* de 18 años (A2)” la presencia de esos items se mantiene también a lo largo de todas las edades y se añaden otros items en las franjas superiores, de 6 a 11 y de 12 a 17: problemas de la madre para relacionarse con su hijo o hija y problemas frecuentes en el manejo de los hábitos básicos.

Tales datos parecen hallarse relacionados con uno de los grupos siguientes de items, el denominado “dificultades en la relación”. Entendemos que está íntimamente relacionado con la esfera familiar puesto que es allí donde se producen y se aprenden los primeros modelos de relación (Tizón et al., 2000, 2001). Pero destacamos los problemas en el manejo de los hábitos dentro de la esfera familiar debido a que nuestra experiencia clínica nos indica que un bebé, un niño que no duerme bien o que

tiene dificultades para comer o con la higiene, es el reflejo de la dificultad de la relación madre (padre)-bebé. Son comportamientos que muestran la existencia de dificultades y ansiedades que se van estructurando en el mundo interno de las personas.

2. *Situaciones de riesgo en torno a las relaciones tempranas*: Acontecimientos como las separaciones tempranas y problemas obstétricos. Pensamos y tenemos la evidencia bibliográfica (Parellada, E. 2001; Hollie, V. 2001; Nicolson, R 2000; Dalman, C. 1999; Olin, SC. 1998; Choquet, M.1982) que son importantes e influyentes en el desarrollo emocional de la persona. Pero parece que, al menos en esta muestra *historias clínicas de salud mental*, existe un sesgo “teórico” que hace que estos acontecimientos no se recojan tan pormenorizadamente como sería necesario. Debido a ello, no aparece con una frecuencia relevante en la muestra de mayores de 18 años y sí en la de menores, en su franja natural, la de 0 a 2 años. Pero en esta franja las frecuencias que presentamos (Tabla 5) son relativamente bajas, alrededor del 30%. Recordemos que la edad media de primera visita en esta muestra se sitúa en 7,12 años.

3. *Dificultades en la relación*: Se han señalado también en otras franjas de edad como miedos, ya que es una palabra que se utiliza frecuentemente en la descripción de conductas infantiles. Sin embargo, consideramos que a menudo esos miedos o temores son expresión de las dificultades de relación del niño o la niña con el mundo que le rodea.

Esta agrupación de ítems aparece en la franja de 3 a 5 años y en la muestra de menores de 18 años. Pero ya en la de 6 a 11 años aparece en las dos muestras: en la de mayores (A1) en el ítem de retraimiento en la relación y en el de “niño raro”. Este hecho nos parece significativo ante las dificultades ya apuntadas de consignar información en historia clínica. Hemos de tener en cuenta que la edad media de primera visita de la muestra de mayores es de 14,40.

Es indicado destacar de nuevo que la expresión “niño raro” no tiene una definición clara ni es una categoría nosológica. Pero, en cambio, es un término utilizado habitualmente en la infancia y, en especial, en los ámbitos escolares. Son los maestros y profesores, las personas que con mayor frecuencia se dan cuenta de la presencia de un niño “raro”, diferente. Con este término describen a los niños que no se relacionan con el grupo, que tienen tendencia a pasar desapercibidos, que pueden ser inteligentes pero su rendimiento no se adecua a sus capacidades, que suelen ser retraídos y se cierran sobre sí mismos, que pueden tener intereses “extraños” y que, en su mirada y expresiones, transmiten tristeza y sufrimiento emocional. Los estudios de Olin y cols (1998) muestran que es uno de los ítems precoces con más capacidad predictiva de las psicosis del adulto.

4. *Dificultades en los aprendizajes escolares*: El niño o niña que no aprende, que no incorpora los aprendizajes propios de su nivel evolutivo, el que se distancia tanto de su grupo natural que hablamos de “fracaso escolar”. Estos ítems, como otros de este grupo que nombraremos más adelante, son una señal de alarma clara y evidente de que alguna cosa está pasando en la esfera emocional y/o cognitiva del sujeto y son fácilmente objetivables desde el ámbito escolar.

En “la muestra de *mayores de 18 años*” aparecen en las franjas de edad más elevadas, a partir de los 6 años. Lo entendemos como un reflejo de cómo actúan las dificultades internas y externas en el mundo emocional de la persona, de manera que impiden que el niño o la niña tengan una mínima organización que les permita incorporar nuevos aprendizajes. En estos casos es cuando los especialistas en infancia, pedagogos y psicopedagogos, hablamos de que “el bloqueo emocional impide el rendimiento escolar”.

En la “muestra de *menores de 18 años*” aparecen nuevos ítems en este ámbito: déficit de atención, retraso en la adquisición de la lectura, disfunciones del lenguaje, etc. No hay que olvidar que esta muestra está compuesta por niños y niñas que ya están diagnosticados de trastorno mental grave en

la infancia y que acuden al servicio por primera vez alrededor de los 7 años. Por este motivo es más frecuente la aparición de dichos items ya que existe la evidencia del trastorno.

5. *Hacia una “constelación de factores de riesgo” predictora de la esquizofrenia y el trastorno mental grave en la edad adulta.* La búsqueda de una constelación de items que nos puedan informar del riesgo de padecer un trastorno del tipo esquizofrenia o TMG podemos centrarla provisionalmente en la muestra A1. Recordemos: 70 personas adultas, de los 838 casos detectados en la USM en edad adulta (Tabla 1), y que se trataban en la USM desde una edad infantil (media de la primera visita, 14 años) ya antes de padecer el primer episodio psicótico. Es interesante observar que en esta muestra, en los datos correspondientes a las franjas de edades de 6-11 y 12-17 años encontramos 5 ó 6 ítems de mayor frecuencia: entre el 20 y 30 % (Tabla 7) en la edad de 6 a 11 y alrededor del 40% (Tabla 8) en la edad de 12 a 17.

Entre 6 y 11 años, los seis items se relacionan con tres de las cuatro agrupaciones explicadas anteriormente: alteraciones en el ámbito familiar, dificultades en las relaciones y fracaso escolar. Entre los 12 y 17 años, excepto el fracaso escolar, aparecen items que señalan o expresan una alteración grave en la esfera emocional. Si juntamos estos 11 items y no repetimos el de fracaso escolar, presente en ambas franjas, nos quedan 10, que son los siguientes:

1. Fracaso escolar.
2. Dificultades escolares: niño que no aprende.
3. Padres con antecedentes psicopatológicos.
4. Funciones paternas empobrecidas.
5. Retraimiento en la relación.
6. Niño raro: evita la relación social, no juega.
7. Ideas autoreferenciales, tendencia al delirio.
8. Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes.
9. Percepciones anómalas no causadas por drogas o enfermedad.
10. Excitación excesiva, desbordante.

Esa constelación de factores de riesgo y señales de alarma, en el caso de los pacientes de la muestra, parecen proporcionar un anuncio claro de un trastorno mental grave del tipo esquizofrenia, en coincidencia con otros estudios internacionales ya citados en la bibliografía. La coincidencia es especialmente marcada en los items: 2, 3, 4 y 5.

6. *Items altamente frecuentes en la muestra de menores de 18 años:* Por último, señalar que en esta muestra, donde la aparición del trastorno ya es evidente se muestran, también en las franjas de edad de 6 a 11 y de 12 a 17 años, una serie de items que destacamos por su alta frecuencia.

De 6 a 11 años, en porcentajes del 70%: Miedo y dificultades de adaptación. Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes.

De 12 a 17 años, en porcentajes superiores al 80%: Problemas frecuentes en el manejo de hábitos básicos. Dificultades escolares: niño que no aprende. Problemas de la madre para relacionarse con su hijo/a. Estatus socioeconómico marginal o semimarginal.

Antes de realizar los análisis estadísticos pertinentes, sería adecuado, filtrar los datos en función de cuando se produce el primer diagnóstico en estas edades infantiles y si estos items se encuentran señalados en historia clínica con anterioridad o posterioridad a dicho diagnóstico.

Conclusiones

La finalidad del Proyecto LISMEP es conocer si puede determinarse en la infancia una constelación de indicadores de riesgo de padecer un trastorno psicótico del tipo esquizofrenia u otras psicosis en la edad adulta. En este segundo trabajo del equipo investigador, a través del estudio retrospectivo en

las historias clínicas de adultos diagnosticados de tales trastornos apuntamos la importancia de 10 items que pueden afectar o interferir en el desarrollo emocional y constituirse en “factores de riesgo” para los mismos. La hipótesis consecuente sería que: si un niño o niña no diagnosticado de trastorno mental, pero que posee dichos indicadores ~~ni~~ no recibe un tratamiento adecuado, tendría una grave predisposición a desarrollar en edades posteriores un trastorno mental severo o, más específicamente, un síndrome esquizofrénico.

Sin embargo, el estadio incipiente de nuestros trabajos, la no existencia en este momento de datos de los grupos de control, el no poder presentar aún los resultados de las pruebas estadísticas pertinentes, y demás limitaciones antes apuntadas nos obligan a ser prudentes en la generalización de estos datos. Mucho más si consideramos las dificultades que todos los investigadores y metodólogos apuntan, de este tipo de estudios (Doménech y Jané 2000).

Al menos, nos parece imprescindible contrastar la utilidad predictiva de los 10 items y del resto utilizados en nuestro cuestionarios experimental en otras muestras diferentes (Tabla 9): población general, población de primera infancia que consulta en pediatría y/o salud mental y población escolar), así como realizar una comparación de dichos resultados con los de otros cuestionarios y escalas (Achenbach T M, Rescorla L. 2000) que actualmente se están utilizando.

A pesar de tales dificultades, nos parece un empeño digno de perseguir el diseño de un instrumento que pueda ser utilizado directamente por el médico de familia, pediatra o enfermera especializada cuando quiere realizar una revisión de sus casos o tiene dudas para discriminar la necesidad de derivar o no a un niño o bebé al servicio de salud mental que le corresponda. También, cuando observa algunos factores de riesgo, señales o síntomas que le es difícil valorar o sistematizar. Con nuestro objetivo adicional de que dicho listado pueda ser útil asimismo para otros servicios comunitarios de atención a la población infantil y la primera infancia, tales como los equipos psicopedagógicos, de salud mental infanto-juvenil o los equipos de atención precoz.

Notas

1. Beca de investigación para el *Proyecto LISMEP/E* (Listado de Items de Salud Mental en Edad Preescolar y Escolar) concedida por la Fundación MaratóTV3 (TV02/0133), tras evaluación a cargo de la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva.
2. Beca para la investigación para el *Proyecto SASPE* (Señales de Alarma y Signos Prodrómicos en Esquizofrenia) de la de la Fundació Seny (02E/99), tras evaluación a cargo de la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya.

Bibliografía

- ACHENBACH T M, RESCORLA L. (2000). *C.B.C.L. para la edad de 1 1/2 - 5 años*. ASEBA. University of Vermont.
- ALANEN Y. (1997). *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*. Karnac books. London.
- AMIGÓ E; ARTEMAN, A; CASALÉ, D; TIZÓN, J.L; i cols. (1999). *Protocol de salut mental infantil i juvenil. Generalitat de Catalunya*, Publicacions del Departament de Sanitat i Seguretat Social, Barcelona.
- BENNEDSEN, B. E (1998). Adverse pregnancy outcome in schizophrenic women: occurrence and risk factors. *Schizophrenia Research*. Sep 7; 33 (1-2): 1-26.
- CHOQUET, M; FACY, F; LAURENT, F; AND DAVIDSON. F (1982). Discovery of risk groups in a population of children of pre-school age by method of typological analysis. *Early Child Development and Care*. 9: 255 - 274.
- CORNBLATT, B. A (2002). The New York high risk project to the Hillside recognition and prevention (RAP) program. *American Journal Medicine Genetic*. Ago; 114; (8) 956-966.

- DALMAN, C; ALLEBECK, P; CULLBERG, J AND COLS. (1999). Obstetric complications and the risk of schizophrenia: a longitudinal study of a national birth cohort. *Arch. Gen. Psychiatry*. Mar; 56 (3): 234-240.
- DALMAN, C; ALLEBECK P. (2002). Paternal age and schizophrenia: further support for an association. *American Journal of Psychiatry*. 159: 1591-2.
- DOMÈNECH, E; JANÉ, M.C. (2000). Evaluación psicopatológica del preescolar. En: Sasot, J. Moraga, F.A. (Eds). *Psicopediatría y Salud Mental*. Barcelona: Prous Science. 37-46.
- ELLISON Z, VAN OS J; MURRAY R. (1998). Special feature: childhood personality characteristics of schizophrenia: manifestations of, or risk factors for, the disorder?. *J. Personal Disord*, 12, 3: 247-261.
- FISH, B. AND COLS. (1992). Infants at risk for schizophrenia: sequelae of a genetic neurointegrative defect. *Arch. Gen. Psychiatry*. 49: 221-235.
- HÄFNER, H. AND COLS. (1999). Onset and prodromal phase as determinants of the course. En: Gattaz and Häfner (Eds.). *Search for the causes of schizophrenia*. Vol IV. Darmstadt, 37-58.
- HANS, S L; MARCUS, J; NUECHTERLEIN, K H AND COLS. (1999). Neurobehavioral deficits at adolescence in children at risk for schizophrenia: the Jerusalem infant development Study. *Archives Generals of Psychiatry*. Aug; 56 (8):741-748.
- HOLLIE, V; DALMAN, C; DAVID, A.S; AND COLS. (2001). Obstetric complications and risk of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 79 (5).
- JABLENSKI, A. (2000) Prevalence and incidence of schizophrenia spectrum disorders: implications for prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 34 (Suppl.): S26-S34.
- JABLENSKI A. AND EATON, W W. (1995). Schizophrenia. En *Epidemiological psychiatry*. London. Baillière Tindall.
- JONES P. B; RANTAKALLIO P; HARTIKAINEN A. L; ISOHANNI, M; SIPILA, P. (1998). Schizophrenia as a long-term outcome of pregnancy, delivery, and perinatal complications: a 28-year follow-up of the 1966 north Finland general population birth cohort. *Am J Psychiatry*. 155,3: 355-364.
- MARCUS, J; HANS, S. L; AUERBACH J. G AND COLS. (1993). Children at risk for schizophrenia: the Jerusalem infant development study II. Neurobehavioral deficits at school age. *Archives Generals of Psychiatry*, 50 (10): 797-809.
- MCGRATH, J. (2000). Universal interventions for the primary prevention of schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 34 (Suppl.): S 58- S64.
- MCGORRY, P. D; YUNG, A. AND PHILLIPS, L. (2001). Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophrenia research*. Aug. 1; 51 (1):17-29.
- NICOLSON, R; LENANE, M; SINGARACHARLU, S. AND COLS. (2000). Premorbid speech and language impairments in childhood-onset schizophrenia: Association with risk factors. *American Journal of Psychiatry*. 157: 794-800.
- OBIOLS, J; CLOS, M; CORBERO, E. AND COLS. (1992). Sustained attention deficit in young schizophrenic and schizotypic men. *Psychology report*, 71:1131-1136.
- OLIN S, C; MEDNICK S. A; CANNON, T; JACOBSEN, B; PARNAS, J; SCHULSINGER, F; SCHULSINGER, H. (1998). School teacher ratings predictive of psychiatric Outcome 25 years later. *Br J Psychiatry Suppl*. 172, 33: 7-13.
- Parellada, E. (2001). Neurodesarrollo frente a neurodegeneración: hipótesis neuroanatómicas de la esquizofrenia. *Psiquiatría Biológica*. Vol. 8, 6: 225-230.
- PEDREIRA, J. L. (1997). La vulnerabilidad en la primera infancia. *Anales de Psiquiatría*. Vol. 13, 7: 299-310.
- RAMOS, J; CAMPRUBÍ, A; MOLINA, C. I COLS. (2003). Programa d'atenció específica als trastorns mentals severes. *Generalitat de Catalunya. Quaderns de Salut Mental*. nº 1: 29.
- STEPHEN, L; MING, T; FULLER, E. AND COLS. (2001) Maternal infections and subsequent psychosis among offspring. *Archives of General Psychiatry*, 58 (11).

TIZÓN J. L; CIURANA, R; BUITRAGO, F; CAMÓN, R; CHOCRON, R; FERNÁNDEZ, C; MONTÓN, C. (1997). Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Atención Primaria*. 20,2: 122-151.

TIZÓN, J. L; SAN-JOSÉ J. Y NADAL D. (2000). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder

TIZÓN J. L, GOMÁ M. "First Applications of the LISMEP: A Checklist for Early Detection of Possible Evolutions Toward Severe mental Disorders in the Childhood or in the Adulthood". Póster presentado en la Sesión de Posters de Assessment" en el 9th World Congress of World Association for Infant Mental Health (WAIMH): "The baby's place in the world". Melbourne (Australia) 14-17 de enero del 2004.

TIZÓN J. L, ARTIGUE J, GOMÁ M: Infant Observation in a Functional Unit for Mental Health in Primary Infancy (FUMHEC). Trabajo Presentado en el Workshop 5, Pre-maturity and Prevention / Prematurità e Prevenzione, dentro de la 7th International Conference on Infant Observation Esther Bick's Method: Paths of growth: from the eyes to the mind: Method - Research - Extensions. Florencia (Italia): 15-18 de abril del 2004.

TIZÓN J. L (2004). ¿Se puede pensar todavía en una "sociogénesis" y en una "psicogénesis" de las psicosis?. *Archivos de Psiquiatría*; 67(1): 67-72.

TIZÓN J. L (2004). Epidemiología de las psicosis desde los servicios comunitarios de salud mental y de Atención Primaria de Salud. *Archivos de Psiquiatría*; 67(2): 139-144.

TIZÓN J. L (2004). Terapias combinadas en la esquizofrenia: ¿Agregamos, mezclamos y confundimos o bien de-construimos y combinamos?. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 14(90): 97-131.

VALLINA, O; ALONSO, M; GUTIERREZ, A Y COLS. (2003). Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. *Avances en salud mental relacional*. Vol.2; 2:1-4.

ZABALA, I; MANZANO, J (1993). Psicopatología durante la infancia en un grupo de adultos esquizofrénicos. *Informaciones Psiquiátricas*. 134, 4º Trimestre: 381-387.

Tabla 1. Resultados del estudio saspe a: prevalencia en población general y en edad de riesgo de esquizofrenia y "otras psicosis". Unidad de salud mental de sant martín-la mina (institut català de la salut, barcelona), 2000.

Prevalencia en población general y en edad de riesgo de esquizofrenia y otras psicosis.	N	(%)	Población General (3)		Población en edad de riesgo (4)	
			Prevalencia x 10.000	I.C.95 %	Prevalencia x 10.000	I.C.95 %
Esquizofrenia (1)	476	56,80	45,93	41,8-50,1	80,77	73,5-88
"Otras psicosis"	362	43,19	34,93	31,3-38,5	51,24 (6)	45,5-57
. Trastornos delirantes	209	24,94	20,17	17,4-22,9	35,46	30,7-40,3
. Otras psicosis del adulto (2)	93	11,09	8,97	7,1-10,8	15,78	12,6-19
. Otras psicosis de inicio en la infancia (0-14 años) (5)	60	7,15			45,44	34-56,9
TOTALES	838	100	80,87	75,4-86,3	132 (6)	123-141

(1) Incluye los casos de esquizofrenia, los trastornos esquizofreniformes y los trastornos esquizoafectivos.

(2) Incluye los trastornos psicóticos breves, los trastornos psicóticos compartidos, los trastornos psicóticos debidos a enfermedad médica, los trastornos psicóticos inducidos por sustancias y los trastornos psicóticos no especificados.

(3) Población General = 103.615

(4) Población en Edad de Riesgo, 15-54 años = 58.930

(5) Población de 0-14 años = 13.204

(6) Se excluyen los casos de "otras psicosis de inicio en la infancia".

Tabla 2. Diagnósticos DSM-IV utilizados para el diagnóstico de “caso” en el proyecto SASPE.

Esquizofrenia	295.10, 295.20, 295.30, 295.60, 295.90
Trastorno esquizofreniforme	295.40
Trastorno esquizoafectivo	295.70
Trastorno delirante	207.10
Trastorno psicótico breve	298.8
Trastorno psicótico compartido	297.3
Trastorno psicótico debido a enfermedad médica	293.
Trastorno psicótico inducido por sustancias	292.11
Trastorno psicótico no especificado	298.90
Trastornos psicóticos en la infancia: trastornos generalizados del desarrollo.	299.00, 299.10, 299.80

Tabla 3. Muestra a1- mayores de edad.

Muestra A1 Mayores de edad	Edad 1ª visita	Edad en el 2001	Sexo	
			Hombres	Mujeres
La Verneda	14.08	25.51	28	14
La Mina	14.78	24.16	19	9
Total	14.40	25.00	47	23

(No se produjeron diferencias significativas al comparar la variable de edad de 1ª visita con la variable sexo.)

Tabla 4. Muestra A2 - Menores de edad.

Muestra A2 Menores de edad	Edad 1ª visita	Edad en el 2001	Sexo	
			Hombres	Mujeres
La Verneda	5.93	12.48	18	9
La Mina	8.45	14.09	20	2
Total	7.12	13.20	38	11

(No se produjeron diferencias significativas al comparar la variable de edad de 1ª visita con la variable sexo).

Tabla 5. Porcentajes más frecuentes lismep 0-24 meses.

Más del 30%		
	Menores	Mayores
Problemas obstétricos	34,6	20,1
Retraso en el desarrollo mental	30,7	17,3
Retraso en deambulaci3n	38,5	13
Separaciones tempranas	34,6	17,4
Funciones maternas empobrecidas	30,7	30,4
Ingresos hospitalarios frecuentes	34,6	17,3
Padres con antecedentes psicopatol3gicos	30,7	28,9

Entre el 20 y el 30%		
	Menores	Mayores
Bajo peso al nacer	23	2,8
Funciones parentales empobrecidas	26,9	24,6
Padres con antecedentes psicopatol3gicos	30,7	28,9

Tabla 6. Porcentajes más frecuentes LISMEE de 3-5 años. Porcentaje presencia ítems LISMEE 3-5 .

Más del 50%		
	Menores	Mayores
No controla esfínteres	61,9	11,5

Entre el 40 y el 50%		
	Menores	Mayores
Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes	47,6	5,8
Problemas frecuentes en el manejo hábitos básicos	42,9	5,7
Problemas de la madre para relacionarse con su hijo	47,6	7,2

Entre el 30 y el 40%		
	Menores	Mayores
Trastornos del sueño	38,1	8,6
Funciones maternas empobrecidas	33,3	24,6
Disfunciones del lenguaje	33,4	8,6
Niño raro: evita la relación social, no juega	33,3	5,8

Entre el 20 y el 30%		
	Menores	Mayores
Retraimiento en la relación	23,9	14,4
Miedo dificultades de adaptación	28,6	4,3
Retraso en el desarrollo mental	28,6	11,5
Funciones paternas empobrecidas	23,8	23,1
Funciones maternas empobrecidas	33,3	24,6
Falta de higiene	23,8	1,4
Vómitos frecuentes y/o rechazo alimentación	23,8	4,3
Agresividad en la familia	28,6	8,7
Padres con antecedentes psicopatol3gicos	23,8	21,6
Excitación excesiva, desbordante	28,6	8,6
Rabietas, enfados frecuentes	28,5	2,8

Tabla 7. porcentajes más frecuentes LISMEE 6 - 11 años.

Más del 60%		
	Menores	Mayores
Miedo, dificultades de adaptación	71,4	7,2
Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes	71,4	4,3
Dificultades escolares: niño que no aprende	61,9	23,1
Retraso en la adquisición de la lectura y/o escritura	61,9	12,9
Fracaso escolar	61,9	28,9

Entre el 50 y el 60%		
	Menores	Mayores
Disfunciones del Lenguaje	57,2	8,7
Problemas frecuentes en el manejo de hábitos básicos	52,4	13

Entre el 40 y el 50%		
	Menores	Mayores
Retraimiento en la relación	47,7	24,6
Funciones paternas empobrecidas	47,6	22,1
Funciones maternas empobrecidas	47,6	26
Estatus económico marginal o semi marginal	42,9	11,5
Dificultades para mantener atenc y/o concentrac	47,6	7,2
No controla esfínteres	42,9	15,9
Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes	47,6	11,5
Notable empeoramiento en su funcionamiento relacional	47,7	11,6
Problemas de la madre para relacionarse con hijo	47,7	15,9
Déficit de atención	42,9	2,9
Hiperactividad	42,9	2,9
No es capaz de seguir normas de convivencia	47,6	10,2
Reacciones emocionales descontroladas	42,8	0

Entre el 30 y el 40%		
	Menores	Mayores
Excitación excesiva, desbordante	33,4	18,8
Rabietas, enfados frecuentes	38,1	7,2
Niño raro: evita la relación social, no juega	33,4	21,7

Entre el 20 y el 30%		
	Menores	Mayores
Retraimiento en la relación	47,7	24,6
Anomalías en el juego	23,8	4,3
Funciones paternas empobrecidas	47,6	22,1
Funciones maternas empobrecidas	47,6	26
Padres con antecedentes psicopatológicos	19	24,5
Niño raro: evita la relación social, no juega	33,4	21,7
Disminución de las capacidades sociales	28,6	8,7
Dificultades escolares: niño que no aprende	61,9	23,1
Trastornos del grafismo	28,6	5,7
Fracaso escolar	61,9	28,9
Dificultades de separación y de ser autónomo	23,8	17,4
Menos de dos amigos	28,6	18,7
Ansiedad excesiva en situaciones sociales	23,8	13

Tabla 8. Porcentajes más frecuentes LISMEE 12 - 17 años.

Más del 70%		
	Menores	Mayores
Funciones maternas empobrecidas	73,1	26,1
Estatus económico marginal o semi marginal	80,7	13
Problemas frecuentes en el manejo de hábitos básicos	92,2	26,1
Problemas de la M para relac con hijo	84,6	21,7
Dificultades escolares: niño que no aprende	92,3	23,2
Fracaso escolar	76,9	37,6
No es capaz de seguir normas de convivencia	77	14,4

Entre el 60 y el 70%		
	Menores	Mayores
Funciones paternas empobrecidas	69,2	23,1
Excitación excesiva, desbordante	69,3	37,6
Rabietas, enfados frecuentes	61,6	24,6
Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes	65,4	42
Niño raro: evita la relación social, no juega	69,2	31,8
Déficit de atención	69,2	7,2
Dificultades de separación y de ser autónomo	61,5	15,8

Entre el 50 y el 60%		
	Menores	Mayores
Se utilizan hipnóticos y/o tranquilizantes	57,6	11,5
Notable empeoramiento en su funcionamiento relacional	53,9	24,6
Menos de dos amigos	53,8	27,4

Entre el 40 y el 50%		
	Menores	Mayores
Agresividad, impulsividad, accidentes frecuentes	65,4	42
Disminución de las capacidades sociales	46,1	49,2
Ideas autoreferenciales, tendencia al delirio	23	49,2

Entre el 30 y el 40%		
	Menores	Mayores
Excitación excesiva, desbordante	69,3	37,6
No controla esfínteres	34,6	8,6
Hiperactividad	30,7	2,8
Terrores nocturnos	30,7	5,8
Ansiedad excesiva en situaciones sociales	30,8	21,7
Ideas raras	23	37,2
Percepciones anómalas no causa por drog.o enfer	3,8	39,1
Absentismo escolar	30,8	2,9

Tabla 9. Muestras utilizadas en el estudio LISMEP- LISMEE.

Muestras	Tipo de estudio	Definición de la muestra	Obtención	Cuestionario Utilizado
A Antecedentes de los pacientes	Retrospectivo	<p><i>Criterios de Inclusión:</i></p> <p>1. Pacientes esquizofrénicos o con "oopp" de los cuales se dispone en la USM o en las ABS de referencia de información sobre su infancia.</p> <p>2. HCAP abierta</p> <p><i>Criterios de Exclusión:</i></p> <p>1. No disponer de HCAP abierta.</p>	<p>Revisión de historias clínicas de esos pacientes, determinados previamente por los estudios SASPE A y B.</p> <p>Rellenado subsiguiente del LISME y LISMEP.</p>	<p>Lisme</p> <p>Lismep</p>
B Hijos de pacientes	Trasversal	<p><i>Criterios de Inclusión:</i></p> <p>1. Niños con un progenitor diagnosticado de Eqf. o o.o.p.p.</p> <p>2. HCAP abierta</p> <p><i>Criterios de Exclusión:</i></p> <p>1. No disponer de HCAP abierta en la edad infantil.</p>	<p>Revisión de las historias clínicas.</p> <p>Entrevistas con padres, pediatras y/o con el propio niño hasta llegar a un diagnóstico o una valoración de positivo o negativo en los screenings.</p>	<p>ARBB</p> <p>IRAOS-red</p> <p>EADG</p> <p>IRAOS</p> <p>SCAN</p>
C Población general	Trasversal descriptivo	<p><i>Criterios de inclusión:</i></p> <p>1. Ser niño o niña menor de 10 años que se revisa en los equipos de pediatría de la zona por el "Programa del Niño Sano".</p> <p><i>Criterios de exclusión:</i></p> <p>2. No disponer de historia clínica abierta.</p> <p>3. Hay antecedentes psicopatológicos de los progenitores en los servicios de salud mental</p> <p>4. Estar diagnosticados de trastorno esquizofrénico o otras psicosis.</p>	<p>Aplicación mediante entrevista con pediatras y padres de las diversas versiones del LISMEP en dicha muestra, considerada como de "población general" o "población normal"</p> <p>CBCL como "gold standard"</p>	<p>ARBB</p> <p>LISME</p> <p>LISMEP</p>
D UFAPI	Trasversal	<p><i>Criterios de inclusión:</i></p> <p>1. Niños que son interconsultados en la UFAPI.</p> <p><i>Criterios de exclusión:</i></p> <p>2. Niños incluidos en las muestras A y B.</p>	<p>Entrevistas con los pediatras i/o enfermeras que visitan a esos niños para el relleno del LISME o LISMEP.</p> <p>Entrevistas simultáneas de dos entrevistadoras para medir la fiabilidad entre entrevistadoras.</p> <p>Y repetición por parte de una de las entrevistadoras, para estudiar la fiabilidad test-retest.</p>	<p>LISME</p> <p>LISMEP</p>
E ARBB	Prospectivo	<p><i>Criterios de inclusión:</i></p> <p>1. Niños que nacen durante la realización del estudio en el barrio de La Mina.</p> <p>2. Que son detectados en el programa especial "ad hoc" del Plan de Remodelación del Barrio de La Mina.</p> <p>3. Que se estudian mediante el "Programa del Niño Sano", su "Protocolo de Salud Mental" y la escala ARBB.</p>	<p>Aplicación mediante entrevista con pediatras y padres de las diversas versiones del LISMEP en dicha muestra, considerada como de "población general" o "población normal"</p>	<p>ARBB</p> <p>LISME</p>