

11241

29/29

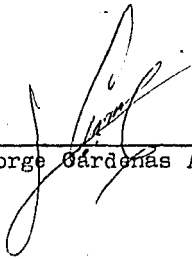
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

SIGNOS NEUROLÓGICOS BLANDOS EN NIÑOS REFERIDOS AL CENTRO
COMUNITARIO DE SALUD MENTAL

TESINA PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
PRESENTA EL DR. TOMAS MEJIA COVARRUBIAS



ASESOR: Dr. Jorge Gárdenas Arroyo

MEXICO D.F. 1985

FALLA DE ORIGEN

V. B. *[Handwritten signature]*
18-186

[Handwritten signature]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

Introducción.....Pág. I

Hipótesis.....Pág. 2

Método.....Pág. 2

Resultados.....Pág. 5

Discusión.....Pág. 7

Conclusiones.....Pág. 9

Bibliografía.....Pág. 10

Anexos

INTRODUCCION.

Bender (I) en 1947 introdujo el concepto de "signos neurológicos blandos" en una discusión sobre trastornos neurológicos menores vistos en niños esquizofrénicos. Desde entonces a la fecha, las opiniones en cuanto a la existencia de dicho concepto entre los Psiquiatras difieren. Unos lo aceptan, otros ponen en duda la validez de su inclusión en pruebas del desarrollo (5, 6, 9).

Así tenemos que Ingram (I) no cree en la existencia de dichos signos neurológicos blandos. Considera el uso del término como una manifestación de "pensamiento blando" de parte de los examinadores que creen en el concepto.

En nuestro medio Velasco Fernández (2) señala lo siguiente; "no se trata de signos de dudosa interpretación ya que su presencia puede quedar perfectamente establecida, en cuyo caso no hay dudas que traducen una disfunción. Su ausencia, en cambio, no niega la existencia del trastorno. Develan un retraso en el desarrollo de una o más funciones: lenguaje, coordinación motora, percepción, diferenciación derecha izquierda y coordinación visomotora."

Thursfield (10) indica que cuando se encuentra incoordinación motora en asociación con otros retrasos en el desarrollo neurológico, retardo intelectual o hiperquinesia, el estrés y la ansiedad que aparecen dentro del niño pueden tan completamente dominar el cuadro clínico que el niño puede ser inicialmente referido a una clínica infantil para ayuda psiquiátrica.

El nombre "signos neurológicos blandos" implica que aunque no predicen lesiones específicas, ello, no obstante, sugiere una posibilidad de disfunción neurológica, y cuando estos signos

están agrupados en un paciente individual, sugieren la probabilidad de una enfermedad orgánica (3). La presencia de signos neurológicos blandos se ha asociado a diversas patologías psiquiátricas como: disfunción cerebral mínima (2), enuresis (4), problemas de aprendizaje (7, 3), esquizofrenia infantil (1), retardo mental (3). Incluso, los hijos de esquizofrénicos tienden a presentar más signos neurológicos blandos que los controles (8).

En esta investigación se pretende establecer si es o no importante que el Psiquiatra efectue en todo niño una historia clínica que incluya dentro de la exploración física la búsqueda de signos neurológicos blandos.

HIPOTESIS.

La presencia de signos neurológicos blandos es más frecuente en niños que son referidos al Centro Comunitario de Salud Mental que en niños que no son referidos.

METODO.

A) Sujetos.

Se exploraron ciento ocho niños en edad escolar, de los cuales cincuenta y cuatro fueron referidos por primera vez al servicio de Consulta Externa del Centro Comunitario de Salud Mental. Los otros cincuenta y cuatro niños fueron el grupo control, que eran alumnos de la escuela primaria "República de Cuba", situada dentro de la misma delegación política que el

Centro Comunitario de Salud Mental.

Se incluyeron al estudio niños de ambos sexos cuya edad estuvo comprendida entre los seis años cumplidos, hasta los once años once meses. Ello debido a que se ha reportado que los niños menores de seis años, en ocasiones, no terminan la exploración porque el tiempo necesario para administrar la prueba los hace cometer frecuentes errores. Además, su lapso de atención es corto y al investigar grafestesia, los niños pudieran no haber aprendido aun las letras, números o figuras geométricas elementales. Se excluyeron del estudio aquellos factores tales como el que los niños se encontrasen tomando medicamentos psicotrópicos, que presentasen malformaciones congénitas observables o parálisis cerebral ya que dichos factores pueden alterar el rendimiento del niño. En el caso de parálisis cerebral se sobreentiende que existe un daño orgánico mayor.

El grupo control estuvo formado también por niños de ambos sexos cuya edad estuvo comprendida entre los seis años cumplidos hasta los once años once meses de edad. Fue requisito que su rendimiento escolar fuese apropiado para el año escolar que cursaban.

B) Definición de tareas.

Por medio de la exploración física se buscaron los siguientes ocho signos neurológicos blandos:

Signo # 1.- Defectos en el lenguaje como defectos articulares menores, tartamudeo ocasional.

Signo # 2.- Actividad motora anormal. Hiperquinesia observable dentro del consultorio. El niño se mostraba inquieto en la silla, abría y cerraba la puerta, se colgaba del barandal de la ventana, tomaba objetos del escritorio.

Signo # 3.- Trastorno en el equilibrio y la marcha. Di-

ficultad cuando se camine con las puntas o los talones y, cuando camine por una línea recta tocando con el talón de un pie la punta de otro. La distancia aproximada era de cinco metros.

Signo # 4.- Habilidad para mover los globos oculares. Estando el niño y el examinador frente a frente, se le ordena al niño que siga exclusivamente con los ojos un objeto que el médico mueve en diferentes direcciones. Se calificaba como presente si el niño tendía a mover la cabeza para seguir el objeto.

Signo # 5.- Grafestesia, consiste en identificar números, letras o figuras geométricas trazadas con nuestro dedo índice en la espalda del niño. Generalmente se trazaban cinco letras o números, cuando lograba identificar por lo menos tres lo consideré normal.

Signo # 6.- Movimientos coreiformes "de pianista". Se le pide al niño que extienda hacia adelante los brazos con las palmas de las manos vueltas hacia abajo mientras mantiene los ojos cerrados (20 segundos). Después de un inicio titubeante lo normal es que el niño no mueva los dedos.

Signo # 7.- Sinquinesia. Consiste en que al intentar un movimiento más o menos complicado con un miembro, se produzca al mismo tiempo movimientos parecidos en el miembro opuesto. Lo investigué pidiendo al niño que, empezando con el dedo meñique, tocase con la punta de cada uno de sus dedos de la mano derecha (en caso de ser siniestro la mano izquierda) la punta del dedo pulgar de la misma. Si observamos al mismo tiempo a la otra mano comprobaremos, en caso de estar presente el signo, que los dedos se mueven en igual forma.

Signo # 8.- Adiadococinesia, o dificultad para efectuar adecuadamente movimientos alternativos rápidos. Se investigó mostrando al niño ciertos movimientos y se le pidió los ejecutara

él mismo. Sentados, con las manos sobre las rodillas, se le pidió ejecutar movimientos de pronación y supinación de los antebrazos. Después de un inicio titubeante, casi todos los niños escolares pueden hacerlo exitosamente.

Al iniciar la investigación se iban a buscar además los signos de hipoquinesia y la prueba dedo-nariz. El primero se descartó ya que es un signo que probablemente se encuentre sólo en adultos, y el último, por la dificultad subjetiva de calificarlo.

C) Procedimiento y calificación.

La exploración física se llevó a cabo sin la presencia de la madre o de otra persona conocida por el niño. Ocasionalmente había un médico observador dentro del consultorio. Solamente se exploró al niño en una ocasión, ya que habría la posibilidad de que si se volviera a explorar días o semanas después, los niños mejorarían su rendimiento con la repetición o la práctica de la tarea.

A cada uno de los ocho signos se le calificó como normal o ausente recibiendo un valor numérico de "0", o como presente recibiendo un valor numérico de "1". De esta manera, cada niño obtuvo una calificación numérica que oscilaba entre cero como mínimo a diez como máximo (Anexo I).

RESULTADOS.

Las impresiones diagnósticas realizadas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades 9 de la Organización Mundial de la salud, muestran (Gráfica I) que el síndrome hiperquinético, el retardo selectivo del desarrollo, y el tras-

torno emocional suman más del 75% de los diagnósticos encontrados clínicamente.

Para el análisis de los datos, se establecieron seis grupos en base al sexo y a la edad: un grupo para niños y otro para niñas de seis y siete años de edad, un grupo para niños y otro para niñas de ocho y nueve años de edad, un grupo para niños y otro para niñas de diez y once años de edad.

Los signos encontrados en más del 50% de los niños del grupo de seis y siete años de edad procedentes del Centro Comunitario de Salud Mental (CECOSAM) fueron el I, 7, y 8 (Tablas I, 2. Gráficas 2, 3). Mientras en el grupo control, se observó la presencia de los signos 7 y 8 (Tablas I, 2. Gráfica 3) en más del 50% de los niños.

En el grupo de niñas de seis y siete años de edad, las del CECOSAM presentaron los signos 6, 7, y 8 (Tablas I, 2. Gráficas 4, 5) en más del 50%. Por otro lado, en el grupo control (Tablas I, 2. Gráfica 5) ningún signo se observó en más del 50% de las niñas.

El signo encontrado en más del 50% de los niños del grupo de ocho y nueve años de edad procedentes del CECOSAM, fue el 7 (Tablas 3, 4. Gráficas 6, 7). Por otra parte, en el grupo control (Tablas 3, 4. Gráfica 7) ningún signo se observó que rebasara el 50%.

En el grupo de niñas de ocho y nueve años de edad, las del CECOSAM presentaron los signos 7 y 8 (Tablas 3, 4. Gráficas 8, 9) en más del 50% de las niñas. Mientras, en el grupo control (Tablas 3, 4. Gráfica 9) solamente el signo 7 se observó en el 50%.

Los signos encontrados en más del 50% de los niños del grupo de diez y once años de edad procedentes del CECOSAM fueron el 5 y el 7 (Tablas 5, 6. Gráficas IO, II). En este grupo de

edad, en niños control (Tabla 5, 6. Gráfica II), ningún signo rebasó el 50%.

Las niñas del grupo de diez y once años de edad procedentes del CECOSAM, presentaron en el 50% los signos 7 y 8 (Tablas 5, 6. Gráficas I2, I3). Por otro lado, el grupo control (Tablas 5, 6. Gráfica I3) no presentó signo que rebasase el 50%.

Se utilizó la prueba χ^2 para analizar los resultados de las tablas I, 3 y 5, obteniéndose los siguientes resultados:

- a) la presencia de signos en niños del CECOSAM y la escuela si es significativa, ya que 28.974 3.84I.
- b) la presencia de signos en niñas del CECOSAM y la escuela si es significativa, ya que 43.02I 3.84I.
- c) la presencia de signos según el sexo en el CECOSAM no es significativa, ya que .267 3.84I.
- d) la presencia de signos según el sexo en la escuela si fue significativa, ya que 6.452 3.84I.
- e) la presencia de signos según la edad en el CECOSAM si es significativa, ya que 8.648 5.99I.
- f) la presencia de signos según la edad en la escuela si es significativa, ya que 7.543 5.99I.

DISCUSION.

Independientemente del sexo, los niños con el diagnóstico de hiperquinesia fueron los que presentaron más signos neurológicos blandos. Ahora bien, es posible explicarse que el signo I se encontrase elevado en el grupo de niños de seis y siete años de edad y ausente tanto en niños y niñas controles en éste mismo grupo de edad (Gráficas 3, 5), por el hecho de que muchos niños fueron canalizados al CECOSAM por presentar retardo selectivo del lenguaje (Gráfica I).

Se encontró que los signos 4 y 5, en el grupo de niños de

seis y siete años de edad, y el signo 6 en el grupo de niños de ocho y nueve años de edad (Gráfica 7), se observó con mayor frecuencia presente en los niños control que en los niños procedentes del CECOSAM. La explicación de ese hallazgo la desconozco.

Llama la atención que el signo 8 se observó en el 100% de las niñas procedentes del CECOSAM de seis y siete años de edad (Gráfica 5), mientras el signo 7 también se observó en el 100% de los niños procedentes del CECOSAM en el grupo de 10 y 11 años de edad, (Gráfica II). Invariablemente los signos I, 7 y 8 se encontraron en todos los sexos y grupos de edad procedentes del CECOSAM (Gráficas 3, 5, 7, 9, II, I3). Con respecto al signo 7 en niños del grupo de diez y once años de edad, del sexo masculino y procedentes del CECOSAM, salió elevado el porcentaje por ser una muestra pequeña. (N=3).

Cabe mencionar que, si hay diferencia significativa respecto a la presencia de signos neurológicos blandos entre los niños del CECOSAM y la escuela, tanto para el sexo masculino como para el femenino. El número de signos presentes en niños y niñas procedentes del CECOSAM es estadísticamente igual pero, no se refiere a la frecuencia de los signos en niños y niñas, ya que, para hacerlo, debería de tomarse una población de referencia, sino que, dado que han llegado a consulta por un problema, el número de signos que se presentan es igual.

Para la edad existen diferencias significativas en la presencia de signos tanto en el CECOSAM como en la escuela. Esto era de esperarse dado que la madurez cerebral, y por ende el grado de desarrollo neurofisiológico es menor cuanto menos edad tenga el infante.

Con la prueba que se utilizó en esta investigación se valora el desarrollo del lenguaje (signo I), la actividad motora

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

anormal (signo 2), la coordinación motora (signos 3 y 8), la sensibilidad (signo 5), el "desbordamiento motor" o movimientos en espejo (motor overflow -signo 7), y por último la disociación óculo-cefálica (signo 4). El signo 6 es una tarea de impersistencia motora da a luz movimientos involuntarios coreiformes, los cuales podrían estar enmascarados en otras circunstancias (I) (3).

CONCLUSIONES.

Es probable que el Psiquiatra que investigue estos ocho parámetros (Anexo I), y una vez dominada la técnica exploratoria, le tomará aproximadamente 10 minutos la búsqueda de signos neurológicos blandos.

A diferencia de otras pruebas publicadas, en las cuales se exploran hasta 43 signos, no observé cansancio o falta de atención de parte de los niños. Además, el Psiquiatra que labora en alguna institución del Sector Salud, por circunstancias administrativas tiene necesidad de hacer una exploración física que no abarque demasiado tiempo.

Aunque éste es un estudio preliminar, en principio promete ser un recurso útil y práctico para valorar la esfera neurofisiológica de los pacientes psiquiátricos.

Para que ésta investigación tenga validez, es necesario que vuelva a llevarse a cabo, con varios investigadores que compartan los mismos criterios metodológicos en la aplicación de la prueba.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Gardner RA: Minimal Brain Dysfunction. In Bemporad J. (Ed.) Child Development in Normality and Psychopathology. New York: Brunner/Mazel. 1980.
- 2.- Velasco Fernández R.: El Niño Hiperquinético. 2a Ed. México. Trillas. 1980.
- 3.- Wells CE, Duncan GW.: Neurology for Psychiatrists. Philadelphia: Davis. 1980.
- 4.- Mikkelson EJ; Rapoport JL; Nee L; Gruenau C; Mendelson W; Gillin JC.: Child Enuresis. I. Sleep Patterns and Psychopathology. Arch. Gen. Psychiatry 1980 Oct; 37 (10): 1139-44.
- 5.- Camp JA; Bailer I; Sverd J; Winsberg BG. Clinical Usefulness of the NIMH Physical and Neurological Examination for Soft Signs. Am J Psychiatry 1978 Mar; 135 (3): 362-4.
- 6.- Camp JA; Bailer I; Press M; Winsberg BG. The Physical and Neurological Examination for Saoft Signs (PANESS): Pediatric Norms and Comparisons Between Normal and Deviant Boys. Psycopharmacol Bull 1977 Apr; 13 (2): 39-41.
- 7.- Rie ED; Rie HE; Steward S; Rettemnier SC. An Analisis of Neurological Soft Signs in Children with Learning Problems. Brain Lang 1978 Jul; 6 (1): 32-46.
- 8.- Reider RO; Nichols PL; Offspring of Schizophrenics. III Hyperactivity and Neurological Soft Signs. Arch Gen Psychiatry 1979 Jun; 36 (6): 665-74.
- 9.- Foster RM; Margolin L. Equivocal Neurological Signs, Child Development, and Learned Behavior. Child Psychiatry Hum Dev 1978 Fall; 9 (1): 28-32.

10.- Thursfield D: *Psychiatry*. In Gordon N; Mckinlay I
(Ed) *Helping Clumsy Children*. Edinburgh London and New York:
Churchill Livingstone. 1980.

ANEXO 1

NOMBRE _____

EDAD _____

SEXO _____

AÑO ESCOLAR _____

NUMERO DE EXPEDIENTE _____

EXPLORACION DE SIGNOS NEUROLOGICOS BLANDOS. Ausente=0. Presente=1.

- 1.- Defectos en el lenguaje. _____
- 2.- Hiperquinesia. _____
- 3.- Trastornos en el equilibrio y la marcha. _____
- 4.- Habilidad para mover los globos oculares. _____
- 5.- Grafestesia. _____
- 6.- Movimientos coreiformes. _____
- 7.- Sinquinesia. _____
- 8.- Adiadococinesia. _____

Calificación total _____

Impresión diagnóstica: _____

Fecha _____

TABLA 6

FRECUENCIA PORCENTUAL DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE DIEZ Y ONCE AÑOS DE EDAD

Signo	CECOSAM		ESCUELA	
	niños (N=3) o/o	niñas (N=4) o/o	niños (N=11) o/o	niñas (N=13) o/o
1	33.3	25	9	7.6
2	0	25	0	0
3	0	0	0	0
4	0	25	0	0
5	66.6	0	27.2	15.3
6	33.3	0	0	0
7	100	50	45.4	30.7
8	33.3	50	18.1	7.6

TABLA 5

PRESENCIA DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE DIEZ Y ONCE AÑOS DE EDAD

Signo	CECOSAM				ESCUELA			
	niños (N=3)		niñas (N=4)		niños (N=11)		niñas (N=13)	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente
1	1	2	1	3	1	10	1	12
2	0	3	1	3	0	11	0	13
3	0	3	0	4	0	11	0	13
4	0	3	1	3	0	11	0	13
5	2	1	0	4	3	8	2	11
6	1	2	0	4	0	11	0	13
7	3	0	2	2	5	6	4	9
8	1	2	2	2	2	9	1	12

TABLA 4

FRECUENCIA PORCENTUAL DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA
EN NIÑOS Y NIÑAS DE OCHO Y NUEVE AÑOS DE EDAD

Signo	CECOSAM		ESCUELA	
	niños N=10	niñas N=7	niños N=9	niñas N=8
	o/o	o/o	o/o	o/o
1	40	28.5	0	0
2	40	14.2	11.1	0
3	40	42.8	0	0
4	40	14.2	11.1	0
5	40	28.5	22.2	25
6	10	14.2	22.2	0
7	60	57.1	44.4	50
8	40	71.4	0	12.5

TABLA 3

PRESENCIA DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE OCHO Y NUEVE AÑOS DE EDAD

Signo	CECOSAM				ESCUELA			
	niños (N=10)		niñas (N=7)		niños (N=9)		niñas (N=8)	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente
1	4	6	2	5	0	9	0	8
2	4	6	1	6	1	8	0	8
3	0	10	3	4	0	9	0	8
4	4	6	1	6	1	8	0	8
5	4	6	2	5	2	7	2	6
6	1	9	1	6	2	7	0	8
7	6	4	4	3	4	5	4	4
8	4	6	5	2	0	9	1	7

TABLA 2

FRECUENCIA PORCENTUAL DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA
 EN NIÑOS Y NIÑAS DE SEIS Y SIETE AÑOS DE EDAD

Signo	CECOSAM		ESCUELA	
	niños (N=22) o/o	niñas (N=8) o/o	niños (N=7) o/o	niñas (N=6) o/o
1	72.7	37.5	0	0
2	45.4	50	14.2	0
3	27.2	37.5	14.2	33.3
4	22.7	0	28.5	16.6
5	18.1	0	42.8	0
6	27.2	75	14.2	0
7	72.7	87.5	71.4	33.3
8	63.6	100	57.1	0

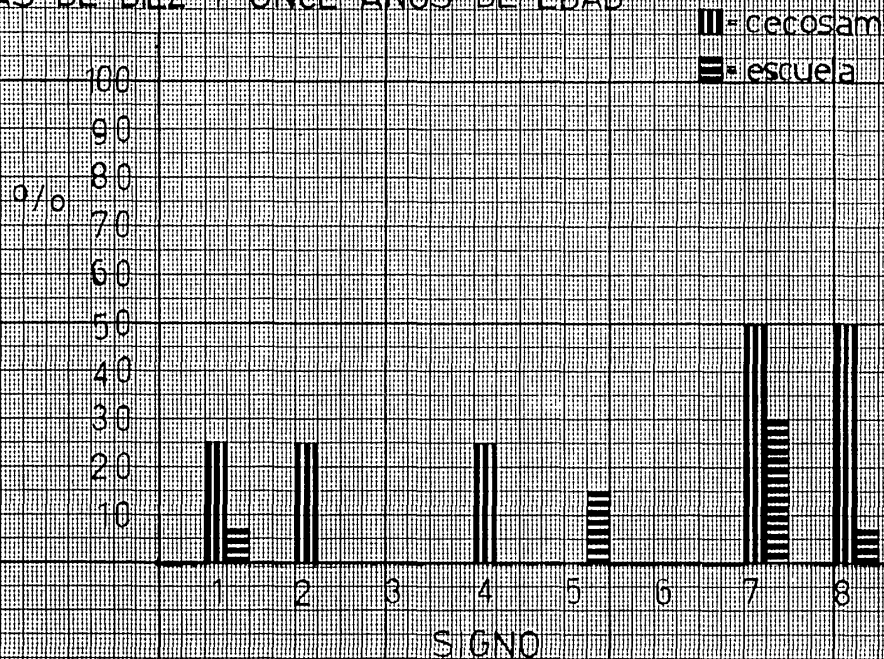
TABLA 1

PRESENCIA DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE SEIS Y SIETE AÑOS DE EDAD

Signo	CECOSAM				ESCUELA			
	niños (N=22)		niñas (N=8)		niños (N=7)		niñas (N=6)	
	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente	Presente	Ausente
1	16	6	3	5	0	7	0	6
2	10	12	4	4	1	6	0	6
3	6	16	3	5	1	6	2	4
4	5	17	0	8	2	5	1	5
5	4	18	0	8	3	4	0	6
6	6	16	6	2	1	6	0	6
7	16	6	7	1	5	2	2	4
8	14	8	8	0	4	3	0	6

GRAFICA 13




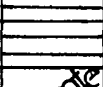
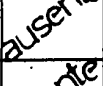
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA
NINAS DE DIEZ Y ONCE AÑOS DE EDAD

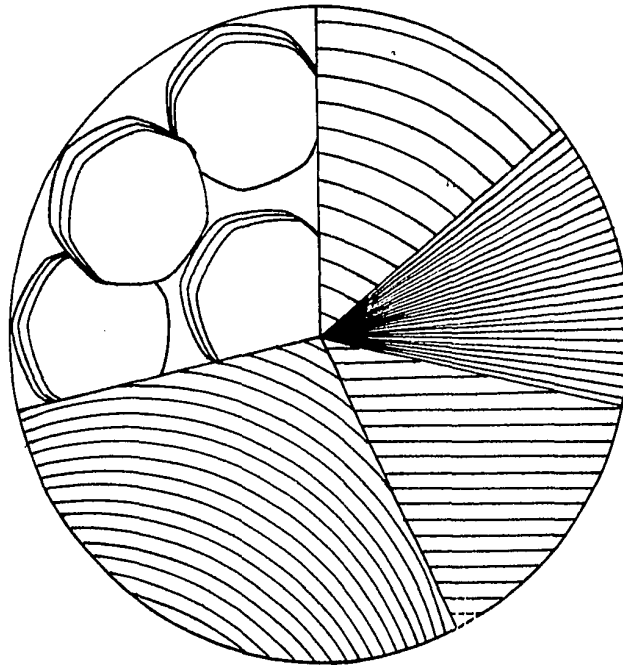


GRAFICA 12

DISTRIBUCION DE SIGNOS EN NIÑAS DE DIEZ Y ONCE AÑOS DE EDAD DE CECOSAM

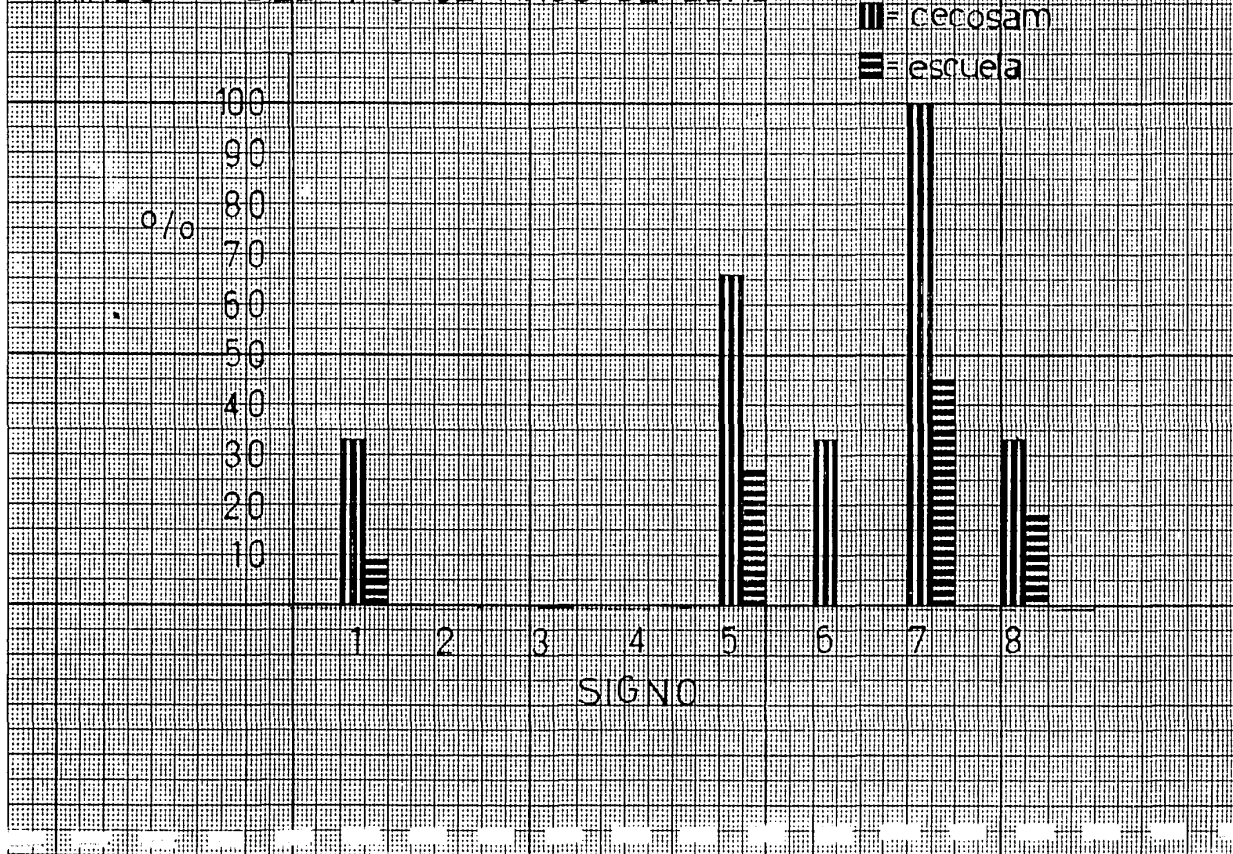
Signo

1	
2	
3	ausente
4	
5	ausente
6	ausente
7	
8	



GRAF. CA 11






DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA
 NIÑOS DE DEZ Y ONCE AÑOS DE EDAD

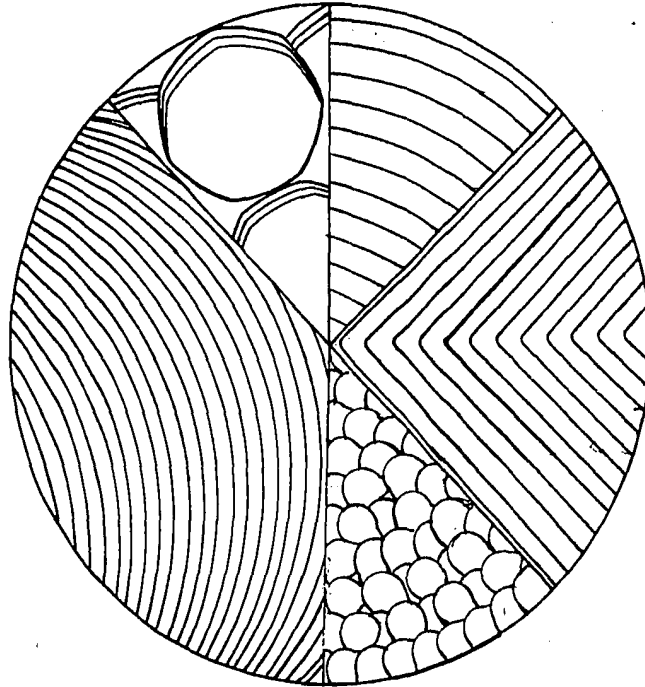


GRAFICA 10

DISTRIBUCION DE SIGNOS EN NIÑOS DE DIEZ-ONCE AÑOS DE EDAD DEL CECOSAM

Signo

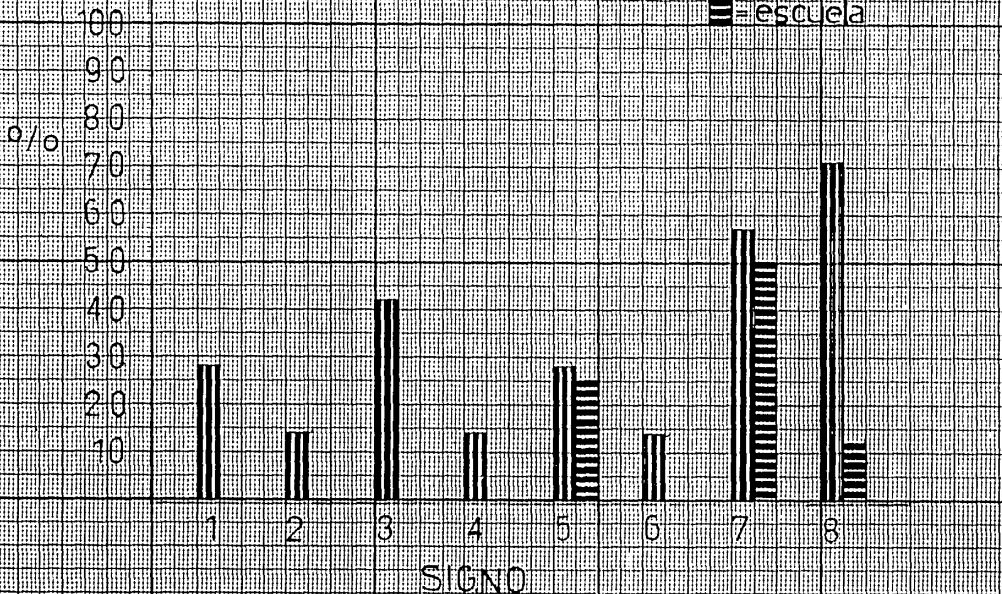
1	
2	ausente
3	ausente
4	ausente
5	
6	
7	
8	



GRAFICA 9

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA
NIÑAS DE OCHO Y NUEVE AÑOS DE EDAD









▨ = cecosam
▩ = escuela

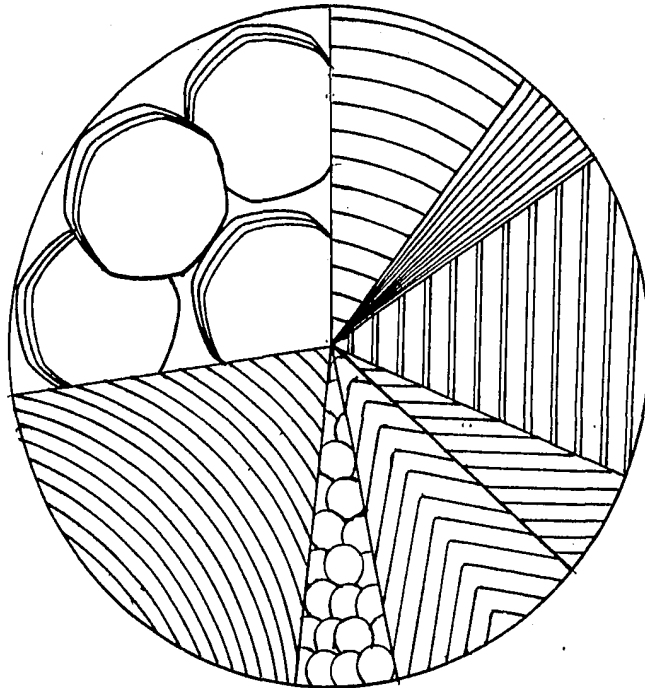


GRAFICA 8

DISTRIBUCION DE SIGNOS EN NIÑAS DE OCHO Y NUEVE AÑOS DE EDAD DEL CECOSAM

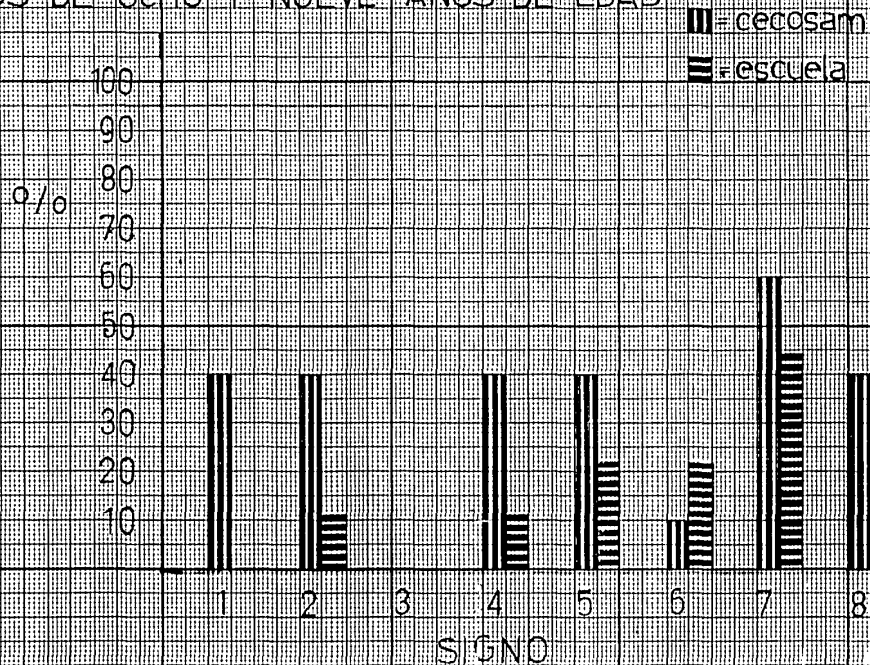
Signo

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	



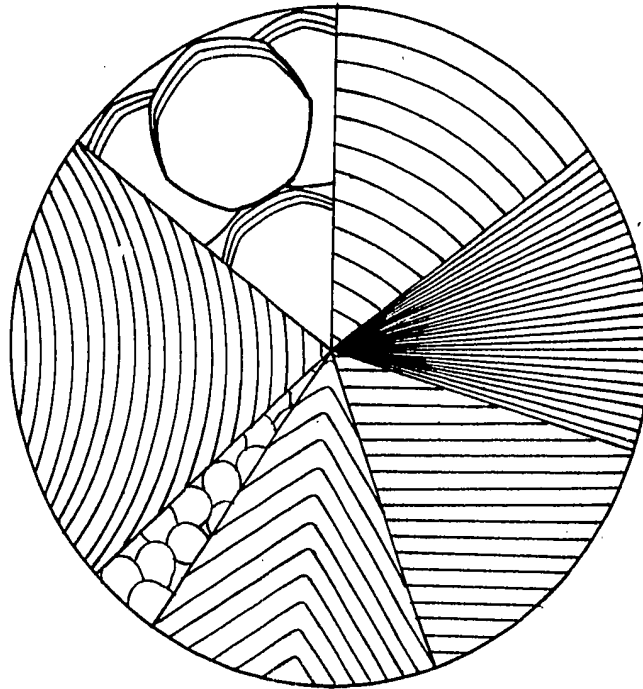
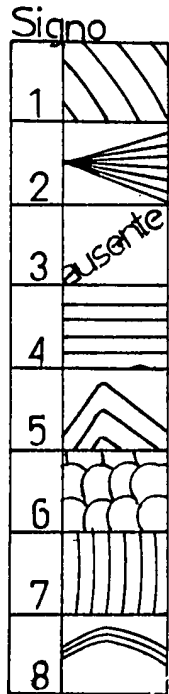
GRAFICA 7

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA
NIÑOS DE OCHO Y NUEVE AÑOS DE EDAD



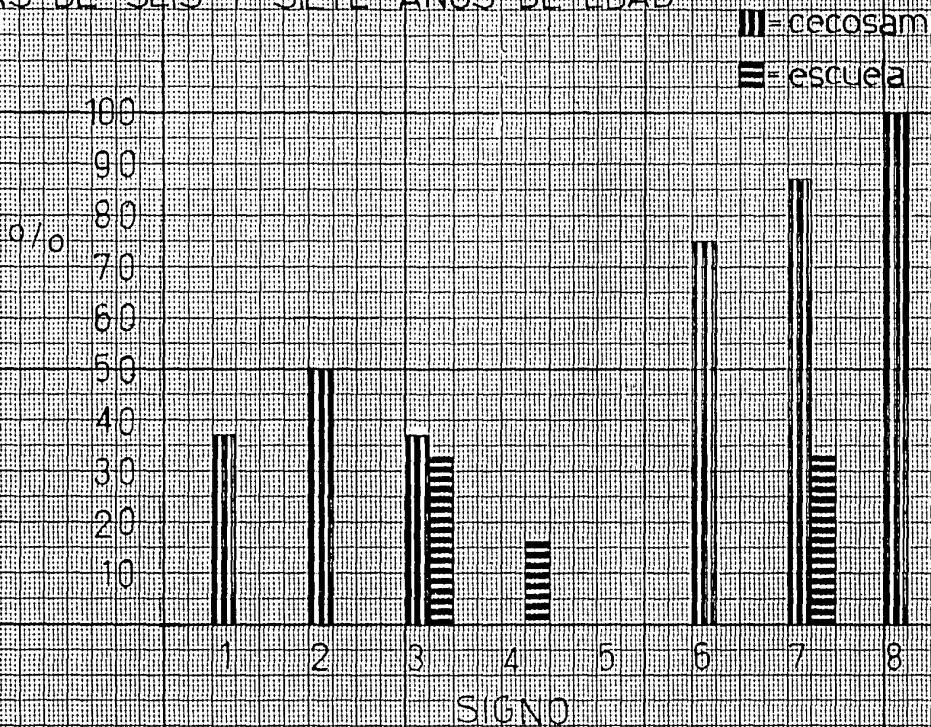
GRAFICA 6

DISTRIBUCION DE SIGNOS EN NIÑOS DE OCHO Y NUEVE AÑOS DE EDAD DEL CECOSAM



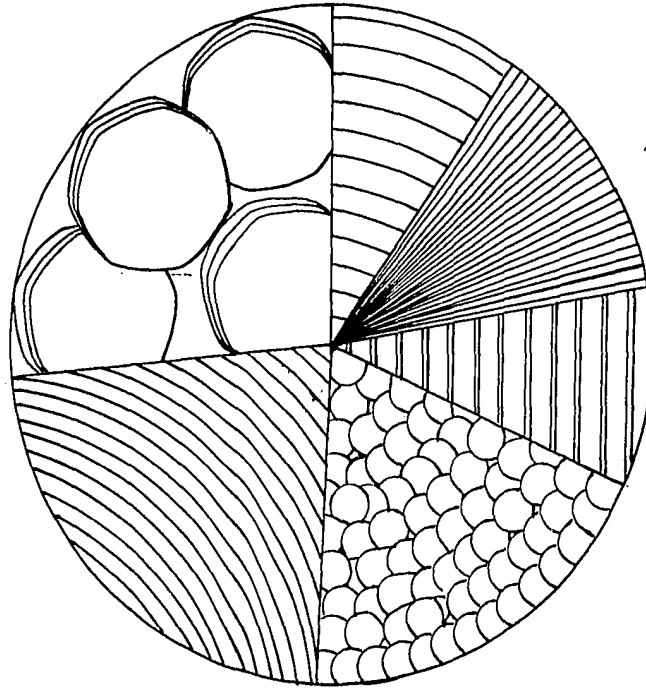
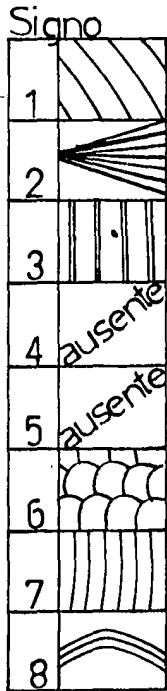
GRAFICA 5

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA
NIÑAS DE SEIS Y SEETE AÑOS DE EDAD



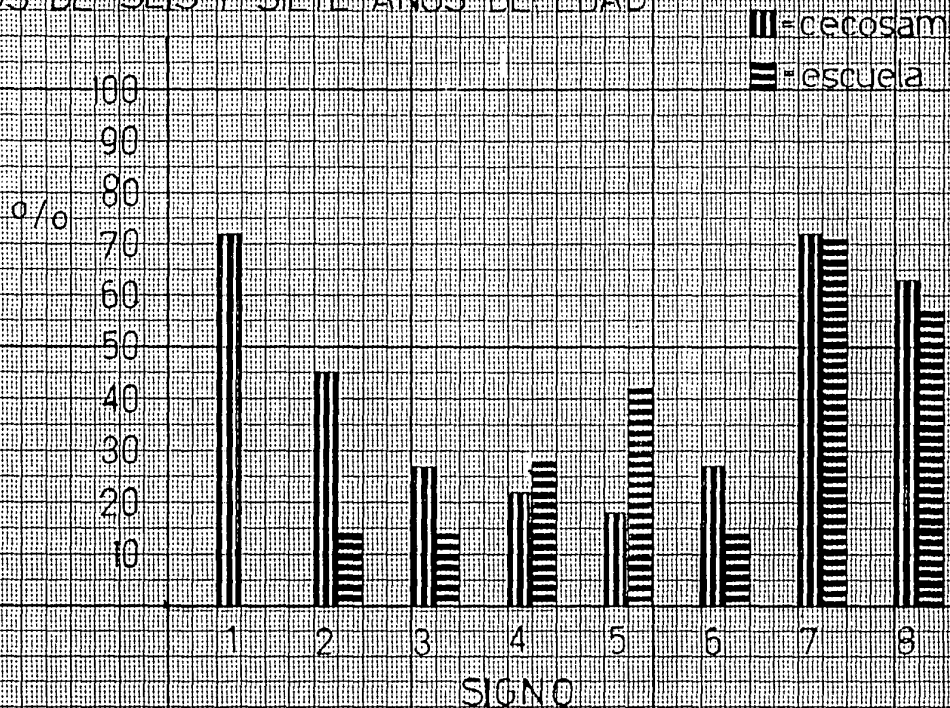
GRAFICA 4

DISTRIBUCION DE SIGNOS EN NIÑAS DE SEIS Y SIETE AÑOS DE EDAD DEL CECOSAM



GRAFICA 3

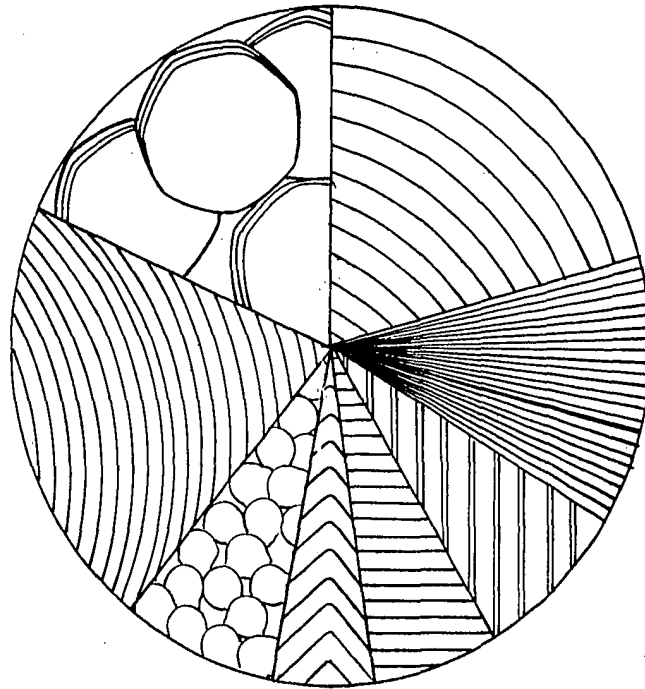
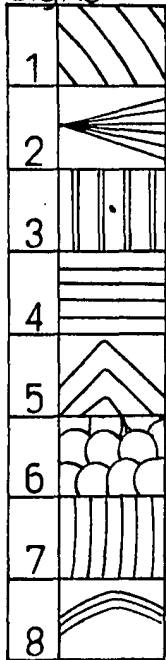
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE SIGNOS SEGUN PROCEDENCIA
NIÑOS DE SEIS Y SEITE AÑOS DE EDAD



GRAFICA 2

DISTRIBUCION DE SIGNOS EN NIÑOS DE SEIS Y SIETE AÑOS DE EDAD DEL CECOSAM

Signo



GRAFICA 1

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS ENCONTRADOS

28%

Síndrome Hiperquinético

28%

Retardo Selectivo Desarrollo

22%

Trastorno Emocional

11%

Retraso Mental Discreto

4%

Trastorno del sueño

4%

Enuresis

4%

Epilepsia