

# Historia clínica, evaluación y diagnóstico en psiquiatría infantil

1

Pedro Javier Rodríguez Hernández<sup>1</sup>, Oscar Herreros<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Pediatra especializado en Psiquiatría Infantil y Juvenil. Hospital de Día Infantil y Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa". Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. <sup>2</sup>Especialista en Psiquiatría. Unidad de Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias.

## RESUMEN

La prevalencia de patología psiquiátrica en la infancia se encuentra situada en torno al 10-15%. La detección precoz de dichos problemas permite mejorar el pronóstico y disminuir la morbilidad. Por ello se establece la necesidad de disponer de técnicas de evaluación, útiles y fáciles, para resolver nuestras preguntas diarias sobre pacientes que presentan problemas psiquiátricos en una consulta de Pediatría de atención primaria.

El presente artículo desarrolla las bases teóricas y prácticas para un correcto empleo de las técnicas de evaluación y diagnóstico, junto con una valoración de las ventajas e inconvenientes que presenta su utilización.

## HISTORIA CLÍNICA

### Formato de la historia clínica

En un sentido amplio, la historia clínica en Psiquiatría infantil no difiere en gran medida de la realizada para investigar otro tipo de problema de salud en el niño. El esquema general se puede adaptar a tres tipos de formatos: las entrevistas estructuradas, formadas por preguntas cerradas, las entrevistas abiertas, que se van elaborando sin un esquema previo, y las entrevistas semiestructuradas, intermedias entre las dos anteriores. El formato semiestructurado es el más recomendado por los distintos autores, debido a que permite cierta flexibilidad en la realización de la historia, a la vez que proporciona una línea basal para desarrollar la entrevista. Un ejemplo de entrevista semiestructurada es la elaborada por un grupo de expertos pertenecientes a la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Dicha entrevista está formada por once apartados principales:

#### 1. Datos de filiación

Comprende los datos personales, la institución o profesional que remite al niño, la actitud inicial ante la consulta y el motivo principal de la consulta.

#### 2. Historia evolutiva de los trastornos o problemas principales

Incluye quién acompaña al niño, qué le ocurre, desde cuándo, a qué lo atribuye, gravedad subjetiva, evolución, consultas, tratamientos previos y resultados obtenidos, expectativas actua-

les y antecedentes de otros trastornos psicopatológicos, tratamiento de los mismos y resultados.

#### 3. El niño y su entorno

Se hace hincapié en el carácter, comportamiento, estado de ánimo, autoimagen y mecanismos de defensa del niño, sus relaciones con el entorno, incluyendo padre, madre, hermanos, amigos, compañeros, profesores, etc. También los juegos y actividades recreativas, las características del sueño y alimentación, la actividad habitual en un día laborable y la actividad habitual en un día festivo y en vacaciones. Resulta importante conocer los hábitos televisivos y el tipo de videojuegos más utilizados por el niño, así como el tiempo total que dedica a cada actividad, debido a la importancia de estas actividades en la infancia actual. El pediatra debe informarse sobre el contenido de los programas televisivos y los videojuegos, para recomendar su idoneidad o desaconsejar su uso.

#### 4. Antecedentes personales

Comprende la concepción, embarazo, parto, datos y temperamento neonatal, características de la lactancia y características de la alimentación preescolar.

#### 5. Desarrollo evolutivo

Contiene las características del desarrollo psicomotor, del desarrollo del lenguaje, de la evolución afectiva, control esfinteriano, evolución de la autonomía personal, lateralización progresiva, escolaridad, sexualidad, convivencia y evolución de las separaciones de las figuras de vínculo, enfermedades somáticas e intervenciones quirúrgicas y actitud de la madre y del padre ante el desarrollo del hijo.

#### 6. Antecedentes familiares

Incluye antecedentes maternos y paternos, fratría materna y paterna, abuelos, otros antecedentes familiares de interés psiquiátrico, fratría del niño, dinámica familiar, otras personas de convivencia familiar y características sociales de la familia.

#### 7. Exploraciones

Comprende las características físicas y examen somático, exploración neurológica, descripción de alergias, intolerancias y

reacciones medicamentosas adversas, el comportamiento y actitud de padres y niño, la exploración psicopatológica incluyendo afectividad y estado emocional, motricidad, lenguaje y comunicación, nivel cognitivo, atención, concentración, orientación, percepción, memoria, pensamiento, etc. En el último apartado se especifican las exploraciones complementarias que precisa el niño.

### 8. Diagnóstico

Incluye los trastornos clínicos, de personalidad, enfermedades médicas, problemas psicosociales y ambientales y la evaluación de la actividad global, con un apartado final de juicio clínico.

### 9. Tratamiento

Se indica el tratamiento propuesto, en caso de que lo hubiese. Contiene la posibilidad de especificar el tipo de tratamiento: higiénico-dietético, psicoterapéutico, psicofarmacológico, rehabilitador y/o psicopedagógico, etc.

### 10. Observaciones

Permite realizar las observaciones pertinentes.

### 11. Epicrisis

Resumen final de la entrevista.

### Preguntas clave en relación con los distintos trastornos

A la hora de indagar sobre un problema en concreto, una vez realizada la primera aproximación a través de la anamnesis, y con una sospecha diagnóstica inicial, es fundamental interrogar sobre el mismo para mejorar la aproximación al problema. Como regla general, podemos referirnos a los síntomas del niño a través del siguiente esquema:

- Depresión: ¿Cómo ha estado el ánimo en las últimas semanas? ¿Lo ha encontrado decaído, triste o irritable? ¿Lo ha notado con poco ánimo, desmotivado o con problemas de sueño? Tenemos que tener en cuenta que en la infancia, los problemas relacionados con la esfera depresiva se suelen presentar en forma de trastornos de conducta y/o irritabilidad.
- Manía: ¿Ha encontrado al niño “demasiado bien” o eufórico últimamente? ¿Lo ha visto irritable, expansivo o con una velocidad de expresión acelerada? Conviene tener en cuenta que el trastorno maniaco en la infancia es poco frecuente, por lo que tenemos que realizar un cuidadoso diagnóstico diferencial con otros problemas, como por ejemplo toxicománias o enfermedades neurológicas.
- Psicosis. Procedemos a indagar la presencia de alteraciones en la percepción y en el pensamiento. Quizás lo más característico de la psicosis infantil (por ejemplo de la esquizofrenia, considerada como uno de los tipos de psicosis más frecuentes en la infancia) es la presencia de trastornos de la per-

cepción en forma de alucinaciones, fundamentalmente de tipo auditivo. En un número importante de casos, al niño le da vergüenza expresar que oye voces, o no las refiere por miedo a que los demás crean que “está loco”, o simplemente no lo dice porque nadie se lo ha preguntado, y en su mundo interno cree que es algo normal y que a todo el mundo le ocurre. Es útil indagar a través de los familiares sobre posibles conversaciones sin interlocutor (habla solitaria), o bien preguntar al propio niño a través de cuestiones indirectas (ver el apartado de recomendaciones finales). Las alteraciones en el pensamiento, como por ejemplo los delirios (sentirse espiado o con la voluntad controlada), son mucho menos frecuentes y su aparición obliga a una adecuada valoración neurológica.

- Trastornos del desarrollo. El viejo concepto de autismo ha dado paso a otro más completo denominado trastornos del desarrollo. A la hora de valorar la presencia de problemas de la esfera del desarrollo, debemos indagar la presencia de problemas en el área de la socialización. ¿Le cuesta hacer nuevos amigos y relacionarse con los demás? ¿Presenta dificultades para mantener relaciones sociales? ¿Lo encuentra demasiado aislado? También hay que preguntar sobre la presencia de dificultad en el procesamiento de la información proveniente de las demás personas. ¿Comprende bien las ironías o las metáforas y frases con doble intención que le expresan los demás? ¿Se enfada porque no comprende las bromas de los compañeros? Por último, también hay que indagar sobre las dificultades en las distintas áreas del lenguaje (expresivo, comprensivo, etc.). Estos aspectos hacen referencia a niños a partir de la etapa escolar, ya que los problemas del desarrollo que se manifiestan y son diagnosticados en etapas anteriores suelen presentar menos problemas diagnósticos, debido a la sintomatología florida que presentan (con retrasos en varias áreas del desarrollo), y que normalmente no presentan dificultad para el pediatra con experiencia en explorar y valorar el desarrollo infantil normal.
- Problemas neuróticos. Para investigar sobre el trastorno de ansiedad generalizada (estado de ansiedad excesiva que se mantiene a lo largo del tiempo), se pueden realizar cuestiones como: ¿Lo ha notado nervioso o preocupado en los últimos días? ¿Está preocupado continuamente por diferentes aspectos? ¿Lo definiría como una persona miedosa o nerviosa? Para indagar sobre los trastornos de pánico, se puede preguntar sobre la presencia de ataques de ansiedad, miedo a morir o a perder el control. Para explorar la presencia de agorafobia, la pregunta puede ser: ¿Presenta miedo excesivo en los espacios abiertos, en cines o rehuye acudir a los centros comerciales? Para la fobia social, puede ser: ¿Presenta excesiva preocupación hacia el ridículo o a la realización de alguna actividad delante de otros? Esta última cuestión se refiere no sólo a hablar en público, que suele ser lo primero que nos viene a la cabeza, sino también a realizar

**TABLA I.** Diferencias entre los rituales del desarrollo y el trastorno obsesivo compulsivo.

|                                     | Rituales del desarrollo               | Compulsiones del trastorno obsesivo         |
|-------------------------------------|---------------------------------------|---|
| Edad de presentación                | Principalmente entre los 4 y 8 años   | Persisten más allá de la adolescencia       |
| Finalidad                           | Lúdica y social                       | Mitigar la angustia que produce la obsesión |
| La interrupción del ritual          | No produce irritabilidad              | Si produce irritabilidad                    |
| La compulsión                       | Ocupa una parcela de la vida psíquica | Invade la vida psíquica                     |
| Percepción por parte de los adultos | Enriquecedora para el niño            | Perturbadora para el niño                   |

otras actividades como el deporte, etc. Para las fobias específicas (miedo excesivo a algo concreto), interrogamos sobre el miedo a los animales (arañas, perros...), acontecimientos determinados (tormentas...), etc. Por último, el trastorno dismórfico corporal (sensación de un defecto corporal imaginario) se explora mediante el cuestionamiento de la existencia de algo raro o extraño en su cuerpo.

- Trastorno obsesivo-compulsivo. Aunque corresponde a un problema neurótico, se ha separado del apartado anterior debido a que es el trastorno neurótico importante que aparece en edades más tempranas. También debido a que su diagnóstico por parte de los pediatras de atención primaria es excepcional, siendo denominado como la “enfermedad silente” por algunos autores. Las preguntas sobre la presencia de obsesiones en el niño pueden ser: ¿Presenta pensamientos raros, repetitivos o desagradables? ¿Estos pensamientos le causan preocupación, malestar o no los puede eliminar de su pensamiento? En la infancia, las ideas obsesivas más frecuentes son de infección y de suciedad. En cuanto a las compulsiones, podemos preguntar sobre los comportamientos repetitivos y constantes, tales como el lavado continuo de manos, la limpieza excesiva, etc. Hay que diferenciar entre problemas compulsivos y rituales del desarrollo (comportamientos que surgen de manera habitual en la infancia y que constituyen un aspecto del desarrollo normal). En la tabla I podemos ver las diferencias más importantes entre ambos.
- Trastornos del comportamiento alimentario. En la anorexia puede ser útil la siguiente pregunta: ¿Piensan que está demasiado delgado? Si la pregunta se realiza al propio niño, puede ser: ¿Te han dicho alguna vez que estás muy delgado? En cuanto a la bulimia, se puede preguntar: ¿Alguna vez ha comido mucho en poco tiempo, en forma de “atración”?

### Recomendaciones finales

Como recomendaciones finales, hay que destacar tres cuestiones. Primero, aunque el esquema anterior hace referencia a las posibles cuestiones a realizar sobre los familiares del niño, en determinadas edades, dependiendo del desarrollo y madurez observados, las preguntas pueden ser realizadas directamente

sobre el paciente. En los adolescentes una parte de la entrevista se realiza sin la presencia de los familiares. Segundo, hay determinadas preguntas que conviene realizarlas de manera indirecta para no “artefactar” la información. Así, por ejemplo, si estamos preguntando sobre presuntos malos tratos, podemos realizar la pregunta a los padres diciendo: “Los adultos, cuando los niños nos ponen nerviosos, solemos perder el control y castigarlos físicamente. ¿Le ha pasado esto a usted alguna vez?”. O bien, si es sobre el propio niño, y estamos preguntando sobre ideas obsesivas, la pregunta puede ser: “Las personas, a veces, pensamos cosas desagradables o raras que nos da vergüenza contar a los demás, incluidos nuestros padres o nuestro médico. ¿Te ha pasado esto alguna vez?”. Por último, el tercer punto hace referencia a la disyuntiva que se puede presentar al evaluar un síntoma, en cuanto al posible origen del mismo, psiquiátrico o neurológico. Quizás éste sea uno de los aspectos más complejos de la Psiquiatría infantil, ya que no existen criterios claros y definidos que permitan hacer recomendaciones generales al respecto. En líneas generales, hay que sospechar la presencia de patología orgánica cuando los síntomas psiquiátricos se presentan de forma atípica.

### EVALUACIÓN

Las técnicas evaluadoras, en sentido amplio y aplicado a la Psiquiatría infantil, hacen referencia a todos aquellos mecanismos disponibles para realizar una aproximación a la realidad psíquica del niño. La técnica evaluadora principal e insustituible continúa siendo la historia clínica, incluyendo en la misma el periodo de observación del menor y la familia que se efectúa en el transcurso de la cumplimentación de la mencionada historia. Las restantes técnicas evaluadoras (tests, cuestionarios, informes, etc.) se utilizan a modo de examen complementario, para cuantificar o precisar el problema ya detectado, o bien como instrumento de *screening* de patología psiquiátrica infantil en una población determinada, por ejemplo, para aplicar sobre todos los niños de una determinada edad que acuden a la consulta para la revisión del niño sano. En todo caso, las técnicas evaluadoras han experimentado un importante desarrollo en los últimos años. A ello han contribuido los avances en las clasificaciones, con la aparición de nuevas y actualizadas versiones de las dos clasificaciones inter-

**TABLA II.** Características comparadas de los principales instrumentos de evaluación general.

|  | SDQ   | CBCL  | Conners |
|--|-------|-------|---------|
| Número de ítems                          | 25-34 | > 150 | 10-93   |
| Muchos ítems positivos                   | +     | +     | -       |
| Versión para padres                      | +     | +     | +       |
| Versión para profesores                  | +     | +     | +       |
| Versión autocontestada                   | +     | +     | -       |
| Versión de seguimiento disponible        | +     | -     | +       |
| Valora problemas de conducta             | +     | +     | +       |
| Valora síntomas emocionales              | +     | +     | -       |
| Valora hiperactividad-inatención         | +     | +     | +       |
| Valora relación con iguales              | +     | +     | +       |
| Valora conducta prosocial                | +     | -     | -       |
| Valora impacto de los síntomas           | +     | -     | -       |
| Valora otros predictores en salud mental | +     | -     | -       |

nacionales de enfermedades mentales, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) y la Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), junto con el avance en el desarrollo y actualización de los instrumentos de medida.

### Instrumentos de medida

Para el pediatra de Atención Primaria puede ser útil conocer y utilizar alguno de los instrumentos de medida más importantes, como han señalado con anterioridad otros autores. Existen instrumentos de medida generales, que cubren varios problemas mentales, y específicos, que cubren sólo algún trastorno o un grupo muy limitado de ellos. Entre los generales, los más utilizados son:

- Las escalas de Conners.
- Child Behaviour Checklist (CBCL).
- Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ).

Las dos principales características que comparten son las siguientes:

- Se pueden utilizar como métodos de *screening* en una población amplia, o en estudios comunitarios.
- Se pueden utilizar como instrumentos de valoración del tipo de trastorno mental en una determinada población, como por ejemplo una consulta de Pediatría de Atención Primaria.
- Su utilización no requiere un entrenamiento previo extenso.

En la tabla II se observa la comparación entre los tres instrumentos. Sin lugar a dudas, la utilización de un instrumento de este tipo en una consulta de atención primaria debe cumplir dos condiciones importantes. Por un lado, debe permitir cubrir un grupo amplio de trastornos; y segundo, deben tener el mínimo número de ítems como sea posible. Si analizamos los tres ins-

**TABLA III.** Los 25 ítems del Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ).

|  |
|--|
| 1. Tiene en cuenta los sentimientos de otras personas.   |
| 2. Es inquieto/a, hiperactivo/a, no puede permanecer quieto/a por mucho tiempo.                        |
| 3. Se queja con frecuencia de dolores de cabeza, de estómago o de náuseas.                             |
| 4. Comparte frecuentemente con otros niños/as chucherías, juguetes, lápices.                           |
| 5. Frecuentemente tiene rabietas o mal genio.  |
| 6. Es más bien solitario/a y tiende a jugar solo/a.  |
| 7. Por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos.                               |
| 8. Tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto o preocupado/a.                               |
| 9. Ofrece ayuda cuando alguien resulta herido, disgustado o enfermo.                                   |
| 10. Está continuamente moviéndose y es revoltoso/a.  |
| 11. Tiene por lo menos un/a buen/a amigo/a.  |
| 12. Pelea con frecuencia con otros niños/as o se meten con ellos/ellas.                                |
| 13. Se siente a menudo infeliz, desanimado o lloroso/a.  |
| 14. Por lo general cae bien a los otros niños/as.  |
| 15. Se distrae con facilidad, su concentración tiende a disiparse.                                     |
| 16. Es nervioso/a o dependiente ante nuevas situaciones, fácilmente pierde la confianza en sí mismo/a. |
| 17. Trata bien a los niños/as más pequeños/as.   |
| 18. A menudo miente y engaña.  |
| 19. Los otros niños se meten con él/ella o se burlan de él/ella.                                       |
| 20. A menudo se ofrece para ayudar (a padres, maestros, otros niños).                                  |
| 21. Piensa las cosas antes de hacerlas.  |
| 22. Roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios.   |
| 23. Se lleva mejor con adultos que con otros niños/as.   |
| 24. Tiene muchos miedos, se asusta fácilmente.   |
| 25. Termina lo que empieza, tiene buena concentración.   |

trumentos, el CBCL tiene más de 150 ítems, lo que lo invalida para su utilización en atención primaria. Los cuestionarios de Conners son pequeños (el más pequeño consta de tan solo 10 ítems), pero sólo valora hiperactividad y problemas de conducta. El SDQ es un instrumento pequeño (25 ítems) y además permite valorar un amplio rango de problemas psíquicos.

### El cuestionario de cualidades y dificultades

El Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ, de su nombre en inglés, The Strengths and Difficulties Questionnaire), ha sido creado por Robert Goodman en el Instituto de Psiquiatría de Londres. Este cuestionario detecta probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños de 4 a 16

**TABLA IV.** Puntos de corte del Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ). Puntuación para docentes.

|    |  | Anormal        | Límite | Normal      |
|----|--|----------------|--------|-------------|
| SE | Síntomas Emocionales (ítems 3, 8, 13, 16, 24)      | 5-6-7-8-9-10   | 4      | 1-2-3       |
| PC | Problemas de Conducta (ítems 5, 7, 12, 18, 22)     | 5-6-7-8-9-10   | 4      | 1-2-3       |
| HA | Hiperactividad (ítems 2, 10, 15, 21, 25)           | 8-9-10         | 7      | 1-2-3-4-5-6 |
| CO | Problemas con compañeros (ítems 6, 11, 14, 19, 23) | 4-5-6-7-8-9-10 | 3      | 1-2         |
| TD | Puntuación Total (suma de los cuatro anteriores)   | > 18           | 18     | < 18        |
| PS | Conducta Pro-social (ítems 1, 4, 9, 17, 20)        | 1-2-3-4-5      | 6      | 7-8-9-10    |

**TABLA V.** Puntos de corte del Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ). Puntuación para padres.

|    |  | Anormal        | Límite | Normal       |
|----|--|----------------|--------|--------------|
| SE | Síntomas Emocionales (ítems 3, 8, 13, 16, 24)      | 5-6-7-8-9-10   | 5      | 1-2-3-4      |
| PC | Problemas de Conducta (ítems 5, 7, 12, 18, 22)     | 5-6-7-8-9-10   | 4      | 1-2-3        |
| HA | Hiperactividad (ítems 2, 10, 15, 21, 25)           | 8-9-10         | 8      | 1-2-3-4-5-6  |
| CO | Problemas con compañeros (ítems 6, 11, 14, 19, 23) | 4-5-6-7-8-9-10 | 3      | 1-2          |
| TD | Puntuación Total (suma de los cuatro anteriores)   | > 19           | 19     | < 19         |
| PS | Conducta Pro-social (ítems 1, 4, 9, 17, 20)        | 1-2-3          | 4      | 5-6-7-8-9-10 |

años. Consta de 25 ítems que se dividen en 5 escalas de 5 ítems cada una de ellas (ver tabla III). Cuatro escalas miden conductas problemáticas. Dichas escalas hacen referencia a: síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros. La quinta escala hace referencia a los comportamientos positivos: escala de conducta prosocial. Las cuatro escalas que miden conductas problemáticas conforman, a su vez, una sexta escala denominada escala total de dificultades. El cuestionario se puede conseguir, de manera gratuita, en la página web [www.sdqinfo.com](http://www.sdqinfo.com). Está traducida a más de 40 idiomas, entre ellos el español, gallego, catalán y euskera. Cada ítem presenta tres posibilidades de puntuación: no es cierto, a medias es cierto y es absolutamente cierto, que se puntúan: 0, 1 ó 2. Para prevenir sesgos en la contestación, existen 5 ítems “inversos”, que se puntúan 2 (no es cierto), 1 (a medias es cierto) y 0 (absolutamente cierto). Estos ítems que se puntúan al contrario son los números 7, 11, 14, 21 y 25. En una de las cinco escalas se obtiene, por tanto, una puntuación situada entre 0 y 10, después de las sumas de los resultados de los ítems que contempla cada una de ellas. La escala total de dificultades se puntúa entre 0 y 40, sumándose los resultados parciales de cuatro de las cinco escalas, ya que la escala de conducta prosocial no interviene en la misma. En las tablas IV y V se presentan los puntos de corte en población española, además del número de los ítems que corresponde a cada escala. Los puntos de corte indican una situación anormal, límite o normal en cada una de las escalas, y tam-

bién en la escala total de dificultades, que da idea del problema de manera global. Entre las ventajas que presenta el SDQ para su utilización en la consulta pediátrica de atención primaria, se encuentran las siguientes:

1. El test sólo ocupa una cara de un folio.
2. Es aplicable a niños y adolescentes, entre 4 y 16 años.
3. La misma versión sirve para padres y profesores (aunque sus puntos de corte son diferentes).
4. Representa tanto los problemas como las cualidades del individuo.

#### El dibujo en el niño

La utilización de los dibujos infantiles como instrumento de evaluación psíquica ha sido criticada por numerosos autores, debido a la subjetividad de su valoración. Sin embargo, se utiliza desde hace décadas y de manera generalizada en Psicología y Psiquiatría infantil. El dibujo pertenece a la categoría de test denominada “test proyectivo”, ya que la persona proyecta su personalidad y sus problemas psíquicos en las figuras representadas. Una de las modalidades más empleada es el dibujo libre. Los parámetros a tener en cuenta en la valoración del dibujo libre son los siguientes:

1. *Situación del dibujo.* Si está situado en la parte izquierda de la hoja, indica pasado, introversión o timidez. Si está en posición central, presente, y si está en la zona derecha, futuro, buen grado de socialización e independencia. Los dibujos en la base

**TABLA VI.** Categorías diagnósticas de las clasificaciones DSM-IV y CIE-10.

| DSM-IV   | CIE-10   |
|--|--|
| 1. Trastornos normalmente diagnosticados por primera vez en la infancia, la niñez y la adolescencia. | F0. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.   |
| 2. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos.                           | F1. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.              |
| 3. Trastornos mentales debidos a una alteración médica general, no clasificados en otros apartados.  | F2.  |
| 4. Trastornos relacionados con sustancias.   | F3. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.                                |
| 5. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.  | F4. Trastornos del humor (afectivos).  |
| 6. Trastornos del estado de ánimo.   | F5. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.                           |
| 7. Trastornos de ansiedad.   | F6. Trastornos del comportamiento, asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.           |
| 8. Trastornos somatomorfos.  | F7. Trastornos de la personalidad y del comportamiento adultos.  |
| 9. Trastornos facticios.   | F8. Retraso mental.  |
| 10. Trastornos disociativos.   | F9. Trastornos del desarrollo psicológico.   |
| 11. Trastornos sexuales y de identidad de género.  | F10. Trastornos del comportamiento y de las emociones, de comienzo habitual en la infancia y adolescencia. |
| 12. Trastornos alimentarios.   |  |
| 13. Trastornos del sueño.  |  |
| 14. Trastornos del control de los impulsos, no clasificados en otros apartados.                      |  |
| 15. Trastornos adaptativos.  |  |
| 16. Trastornos de la personalidad.   |  |
| 17. Otras alteraciones que pueden ser foco de atención clínica.                                      |  |

de la hoja indican estado de ánimo disminuido, y en la zona alta traducen un mundo de fantasía y espiritualidad.

2. *Características del dibujo.* Si presenta muchas borraduras, indica inseguridad y ansiedad. Si el dibujo es muy pequeño, o bien presenta ausencia de extremidades, en el caso de un dibujo de una figura humana, traduce estado de ánimo disminuido. Los dientes, las cejas pobladas o los puños cerrados indican agresividad. Los ojos grandes, vigilancia y desconfianza. Los dibujos con exceso de perfeccionismo y simétricos traducen una personalidad obsesiva.

3. *Tamaño del dibujo.* El dibujo grande, expansivo, que ocupa toda la hoja, expresa extroversión y expansividad ansiosa. Un dibujo pequeño, introversión, depresión y sentimientos de inferioridad. Un dibujo intermedio, indica equilibrio entre extroversión e introversión.

4. *Fuerza del trazo.* Si es débil, traduce depresión o timidez, y si es fuerte, vitalidad o agresividad.

5. *Símbolos.* El símbolo paterno es el sol, y el materno las nubes, la luna o las montañas. Si aparece lluvia o nieve, es símbolo de frialdad afectiva o depresión.

## DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA INFANTIL

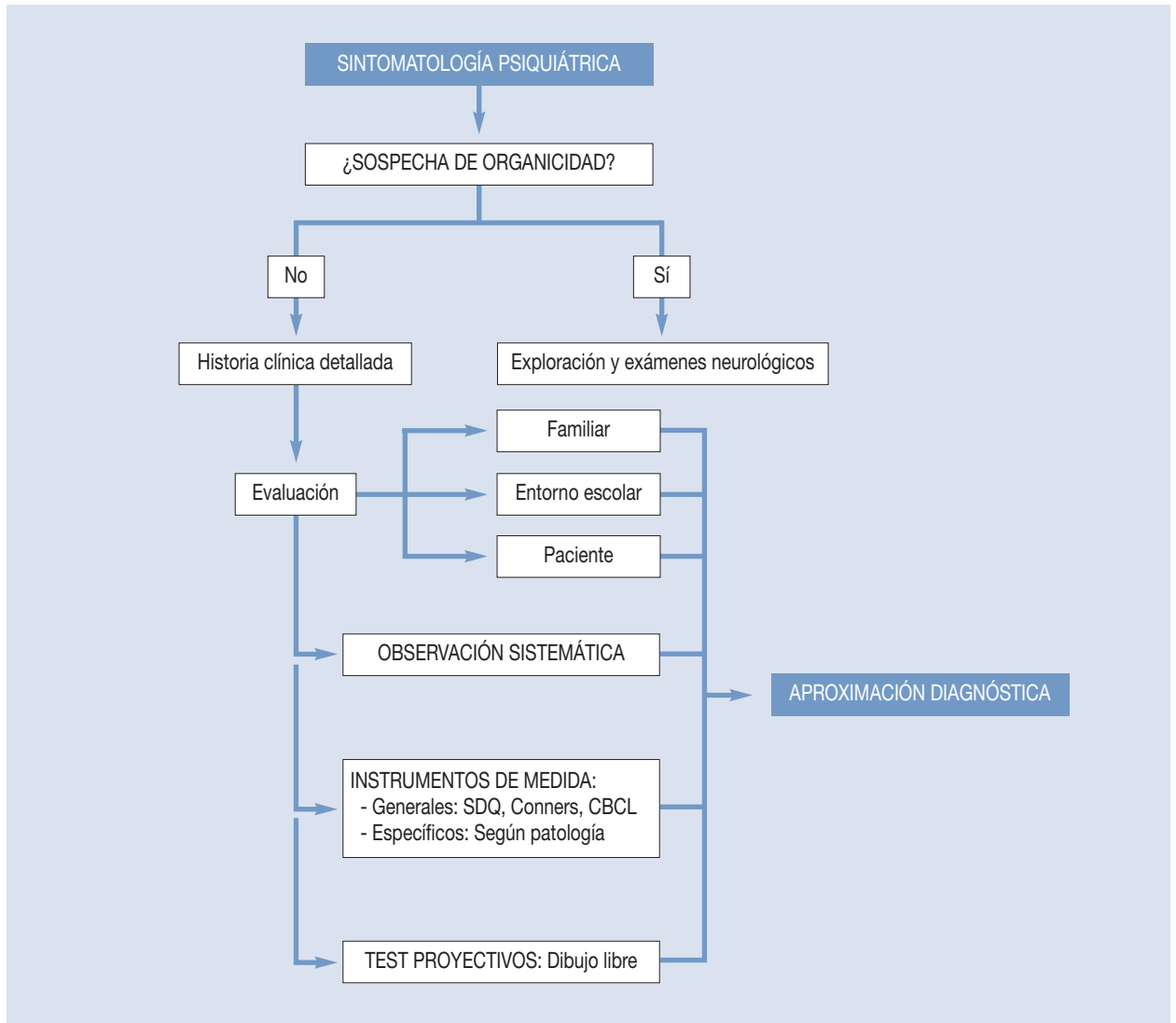
Un inconveniente que existe en la clasificatoria de las enfermedades mentales es que no existe una única clasificación o sis-

tema diagnóstico principal o importante. Existen varias clasificaciones, entre las que se encuentran la expuesta por Foulds y Bedford, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), confeccionada por la Organización Mundial de la Salud, cada una de ellas con varias versiones y revisiones. Las dos últimas son las más utilizadas. En la tabla VI se exponen las principales categorías diagnósticas que presentan. Actualmente están en vigencia la cuarta edición de DSM (DSM-IV) y la décima revisión de la CIE (CIE-10). Una característica importante es que los dos sistemas diagnósticos permiten la categorización de los síndromes psiquiátricos según una serie de criterios determinados. Sin embargo, el diagnóstico en Psiquiatría infantil ha sido, y es, objeto de controversia continua por varias razones. En primer lugar, la diferencia entre “normalidad” y “anormalidad” es, en muchas ocasiones, difícil de precisar. Algunos autores rechazan la consideración de lo patológico y lo normal como dos estados distintos uno del otro y separados rigurosamente como si de una frontera se tratase. Además añaden que existen factores que inciden en la determinación de los dos estados, como puede ser la influencia del contexto en la infancia. La determinación de las características psíquicas infantiles viene establecida mediante complejas interacciones sociales, culturales y psicológicas. Igualmen-

te, el propio estado mental del niño, donde se pueden situar constructos como la autoestima, influye en su percepción y valoración del grado de disfunción mental. También el desarrollo y la maduración del niño son, por sí mismos, fuentes de conflictos. En las primeras etapas de la vida, todo conflicto puede suscitar la aparición de síntomas. Así pues, no parece que el concepto “enfermedad mental infantil” se pueda desarrollar según un listado de síntomas que presenta un menor, sin tener en consideración otros muchos aspectos. Existen dos estudios realizados para comprobar los porcentajes de trastornos psiquiátricos derivados de la consideración de “enfermedad mental” como una suma de síntomas solamente. En el primero de ellos, realizado por Bird y cols., se constata que el 49,5% de los niños analizados presentan, según el listado de síntomas, al menos un diagnóstico compatible con la clasificación DSM, pero que la mayoría de ellos no presentan problemas sociales, por lo que no se puede considerar como una enfermedad real desde el punto de vista clínico. En el segundo estudio, Simonoff y cols. comprobaron el mismo hecho en una muestra de niños del estado de Virginia. En este caso, el porcentaje de niños que cumplen criterios de enfermedad mental según el listado de síntomas presentes se acerca al 42%. El decidir si un síntoma, o un grupo de ellos, establece un trastorno mental, constituye uno de los desafíos más complejos a los que se enfrenta el pediatra en la consulta de atención primaria. Habitualmente, la sistemática utilizada para el diagnóstico de las patologías infantiles con origen orgánico incluye la constatación de un grupo de signos y síntomas y su delimitación diagnóstica de acuerdo a un listado de enfermedades. No se suele investigar la repercusión social del dolor de garganta o la percepción familiar del sufrimiento interior que produce una enfermedad exantemática. Sin embargo, son este tipo de cuestiones las que permiten diferenciar entre la existencia o no existencia de un trastorno mental en la infancia.

## BIBLIOGRAFÍA

- del Barrio V. Evaluación psicológica en la infancia y adolescencia. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia; 2002.  
\*\* Se expone la correlación de los procesos psicológicos afectados con las enfermedades mentales, así como los modelos de preguntas que se realizan ante la sospecha de una enfermedad determinada.
- Castells P. Expresión clínica del dibujo del niño. Arch Pediat 1989; 40: 227-238.  
\*\*\* Se expone, de manera sencilla y práctica, las bases de la valoración del dibujo en la infancia.
- Ezpeleta L. La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes. Madrid: Síntesis; 2001.  
\*\*\* Es un libro breve y conciso. Contiene un apartado sobre la entrevista en general y, posteriormente, una interesante exposición sobre la entrevista que hay que realizar ante la sospecha de patologías psiquiátricas y/o psicológicas concretas.
- Lemos S. Clasificación y diagnóstico en Psicopatología. En: Belloch A, Sandín B, Ramos F, editores. Manual de Psicopatología. Madrid: McGraw-Hill; 2002. p. 127-161.  
\*\* El autor realiza un breve recorrido por las características y problemas más importantes de la clasificatoria y de los sistemas diagnósticos psiquiátricos.
- Maganto C. Instrumentos aplicados para la evaluación y el diagnóstico en Psicopatología infantil. En: Rodríguez-Sacristán J, editor. Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1998. p. 191-282.  
\* Se recogen los diferentes instrumentos que existen para la evaluación general del niño según las diferentes edades. Se incide especialmente en las escalas del desarrollo, cuestionarios de comportamiento y escalas de inteligencia. El principal problema del capítulo es su excesiva complejidad para ser utilizado como manual práctico.
- Mesa PJ, Rodríguez-Sacristán A, Pedreira JL, Rodríguez-Sacristán J. Documentos útiles en el diagnóstico y la evaluación en Psicopatología infantil. En: Rodríguez-Sacristán J, editor. Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1998. p. 343-403.  
\*\* Contiene los instrumentos de evaluación más utilizados en la valoración de las patologías psiquiátricas infantiles concretas.
- Pedreira JL. Protocolos de salud mental infantil para la atención primaria. Madrid: Editorial Libro del Año; 1995.  
\*\*\* En el libro se recogen los instrumentos de evaluación para Psiquiatría infantil más utilizados en atención primaria, así como diversos datos relativos a su utilización, psicometría y condiciones de aplicabilidad.
- Rodríguez-Sacristán J. El proceso del diagnóstico en Psicopatología infantil. En: Rodríguez-Sacristán J, editor. Psicopatología del niño y del adolescente. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1998. p.173-189.  
\*\* Se analizan los principios y dificultades generales del diagnóstico psiquiátrico en la infancia, los errores más frecuentes que se cometen y se plantean las bases teóricas y prácticas para la correcta elaboración del juicio clínico.
- Silva F. La entrevista. En: Fernández-Ballesteros R, editor. Introducción a la evaluación psicológica I. Madrid: Pirámide; 2001. p. 252-278.  
\*\* Se ofrecen datos, clasificaciones y recomendaciones sobre la entrevista, y un modelo estructural de entrevista psicológica, que puede servir como base teórica y práctica a la hora de plantear la entrevista psiquiátrica.





## Preguntas de evaluación

### PREGUNTAS SOBRE EL TEMA

1. *¿Cuál es el mejor formato de entrevista en Psiquiatría infantil?*
  - a) Entrevista estructurada.
  - b) Entrevista semiestructurada.
  - c) Preguntas abiertas.
  - d) Indagación exclusivamente del síntoma.
  - e) En Psiquiatría infantil no existen formatos de entrevista.
2. *En la valoración del dibujo:*
  - a) El trazo fuerte indica ánimo decaído.
  - b) El sol es el símbolo materno más importante.
  - c) Un dibujo situado a la izquierda de la hoja indica, probablemente, referencias al futuro.
  - d) Los dientes puntiagudos indican agresividad.
  - e) La fuerza del trazo no tiene ningún valor.
3. *Los sistemas diagnósticos más importantes en Psiquiatría son los siguientes:*
  - a) DSM y CIE.
  - b) Sistema Internacional en Psiquiatría.
  - c) CBCL y SDQ.
  - d) Clasificaciones americanas de las enfermedades psiquiátricas.
  - e) Foulds y Bedford.
4. *El Cuestionario de Cualidades y Dificultades (SDQ):*
  - a) Es un cuestionario de 150 ítems.
  - b) Sirve exclusivamente para niños entre 0 y 4 años.
  - c) Para valorar sus respuestas, el pediatra tiene que entrenarse durante varias semanas.
  - d) Sirve para detectar patología orgánica que se presenta en forma de sintomatología psiquiátrica.
  - e) Es un instrumento útil en la consulta de Pediatría de atención primaria.
5. *En el momento de la evaluación en Psiquiatría infantil:*
  - a) No debemos prestar atención a los síntomas neurológicos.
  - b) Sólo atenderemos a los síntomas neurológicos cuando lo exija el familiar del menor.
  - c) Los síntomas neurológicos se suelen expresar en forma de alucinaciones.
  - d) Debemos realizar una evaluación neurológica a todo paciente con síntomas psiquiátricos.
  - e) Si existen síntomas psiquiátricos, no pueden coexistir problemas neurológicos.
6. *El diagnóstico en Psiquiatría infantil:*
  - a) Se realiza a través de los tests y/o cuestionarios.
  - b) Se realiza de acuerdo a clasificaciones internacionales consensuadas.
  - c) Se realiza a través de la historia familiar del paciente.
  - d) Se realiza de acuerdo a la respuesta terapéutica.
  - e) Se realiza en función de los condicionantes del medio.
7. *Sobre el dibujo infantil, señale la correcta:*
  - a) El psiquiatra infantil puede diagnosticar una enfermedad a través del dibujo de un niño.
  - b) Nadie critica la utilidad del dibujo en la valoración psiquiátrica infantil.
  - c) Una de las modalidades más empleadas es el dibujo libre.
  - d) La valoración del dibujo infantil es un proceso totalmente objetivo.
  - e) El niño raramente proyecta su personalidad en la realización de un dibujo.
8. *Los instrumentos de medida generales, en Psiquiatría infantil:*
  - a) No sirven como métodos de screening.
  - b) Se emplean, exclusivamente, como métodos de screening.
  - c) Para su utilización es preciso un entrenamiento intensivo por parte del pediatra.
  - d) No se pueden emplear en Pediatría de atención primaria.
  - e) Permiten una primera aproximación al problema mental del niño.

