

6.2

Evaluación y diagnóstico en el niño pequeño. Un reto de la práctica diaria

A. Díez Suárez



CONTENIDOS

Objetivos de aprendizaje

Resumen

Introducción: importancia de la evaluación psicopatológica en niños

Características del desarrollo psicológico en niños

Profesionales implicados

La exploración psicopatológica en niños

- La entrevista con el niño y su familia
- Instrumentos de evaluación psicológica en niños

Sistemas de clasificación de enfermedades mentales en los niños

Conclusiones

Bibliografía



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Reconocer la importancia del diagnóstico de patología psiquiátrica en niños menores de 12 años.
- Conocer algunos aspectos del desarrollo psicológico determinantes para la exploración del estado mental de los niños.
- Aprender a realizar una evaluación psiquiátrica estructurada en niños.
- Identificar las funciones de los pediatras en la evaluación psiquiátrica de los niños.
- Conocer los principales cuestionarios que se pueden aplicar en la evaluación psiquiátrica de los niños y sus familias.
- Distinguir las exploraciones complementarias que pueden ser útiles en los principales trastornos psiquiátricos en niños menores de 12 años.
- Conocer los principales sistemas de clasificación de enfermedades mentales para realizar el diagnóstico en niños.

RESUMEN

Los trastornos psiquiátricos afectan aproximadamente al 10 % de los niños por debajo de los 12 años. Afectan a todas las áreas de la vida de los niños, y su diagnóstico e intervención precoces son fundamentales para mejorar el pronóstico.



La entrevista psiquiátrica con el niño y con su familia es la única herramienta veraz para realizar el diagnóstico, y no se puede sustituir por ninguna otra exploración. Los test y cuestionarios pueden ser útiles para complementar la información, pero no son imprescindibles en ningún caso.

Es importante conocer las características psicológicas de los niños en cada edad o etapa, para poder distinguir si los comportamientos o ideas son adecuados a la edad, o patológicos. Los principales profesionales que diagnostican y tratan a los niños con trastornos psiquiátricos son los psiquiatras infantiles y los psicólogos, aunque los pediatras pueden diagnosticar y tratar también este tipo de trastornos, si tienen la suficiente formación y experiencia. Su papel es fundamental para la detección precoz. Se debe realizar una formulación diagnóstica que incluya, además del diagnóstico principal, otras patologías o condicionantes que sean relevantes. Los principales sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, para niños al igual que para adultos, son la Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5).

INTRODUCCIÓN: IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN NIÑOS

La evaluación del estado mental de los niños requiere una serie de habilidades y conocimientos por parte de los profesionales de la salud. Su objetivo principal es realizar un diagnóstico preciso que permita aplicar una intervención adecuada. Sin embargo, no se debe obviar que la entrevista supone el primer contacto del médico o psicólogo con el paciente y su familia, por lo que también tiene un objetivo terapéutico. Los trastornos mentales afectan a todas las áreas de la vida, por lo que una evaluación completa de salud debe incluir, además, un cribado de psicopatología. La exploración en los niños pequeños, menores de 12 años, supone un reto, por varios motivos:

- Primero, porque para juzgar los comportamientos o actitudes como patológicos, es necesario conocer con precisión el desarrollo normal de los niños en cada una de las etapas.
- Segundo, por las dificultades propias de la entrevista con niños, que suelen ser llevados a consulta por sus padres, y lo habitual es que no comprendan por qué se encuentran allí, y qué se espera de ellos. El terapeuta debe adaptarse a la situación y nivel de desarrollo de cada niño.
- Tercero, porque los niños forman parte de un sistema, que es la familia, por lo que es imprescindible analizarla y contar con ella para el plan de tratamiento.



La entrevista clásica que suelen realizar los profesionales de la salud mental dirigida a adultos es insuficiente y poco adecuada.

Para realizar una evaluación psicopatológica en niños es necesario habilitar los espacios de exploración, y, por supuesto, que los profesionales conozcan las particularidades de los niños, y estén formados en las diferentes técnicas disponibles para evaluarlos.

Nota: a lo largo de este capítulo, cuando se mencione «padres», se hará referencia a los cuidadores principales, los que acompañan a los niños a consulta.

CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO DE LOS NIÑOS

En este capítulo se hablará de *niños* para referirse a menores de 12 años, puesto que ya se dedica un capítulo a la evaluación de los adolescentes. Aunque el desarrollo del niño es continuo, para facilitar la comprensión, se suele dividir la niñez en tres etapas: infancia (de 0 a 3 años), preescolar (de 3 a 6 años) y escolar (de 6 a 11 años). El conocimiento de este desarrollo incesante es de vital importancia a la hora de evaluar a un niño en consulta. Sin conocer el desarrollo normal, no se puede valorar si un comportamiento, pensamiento, actitud, etc., es patológico o adecuado para la edad. En la edición anterior de este máster, ya se trata la etapa preescolar, por lo que el tema actual se centrará en la etapa escolar. En la [tabla 6.2-1](#) se describen algunas de las principales características del desarrollo de los niños que pueden resultar de interés en la evaluación de niños en la etapa escolar, de 6 a 11 años. Se exponen diferentes áreas: motriz, dibujo, historias, conocimiento, cognición, moral, social, autoconcepto, afectivo-sexual y familiar.

	Inicio Educación Primaria (5-6 años)	Final Educación Primaria (11 años)
Motor	Salta, chuta un balón. Equilibrio razonable, capaz de estar quieto y sostener los brazos firmes, de pie a la pata coja, izquierda y derecha. Sentido general de izquierda y derecha, no siempre consistente. Capaz de hacer alternancia rápida de movimientos. Sincinesias leves en los movimientos de los dedos.	Salta, lanza, coge y chuta un balón con facilidad. Elabora: por ejemplo pasos de baile, tirar por la espalda o engañar al receptor. El equilibrio es bueno, tándem caminando con facilidad. Distinción precisa de izquierda y derecha. Sin sincinesias.
Dibujo	Capaz de nombrar y copiar círculo, cuadrado, triángulo y cruz con facilidad. Algunos copian diamante, asterisco y estrella de cinco puntas (más si han ido a Educación Infantil). Dibuja persona con cuerpo, brazos y piernas, algunos pueden añadir características con detalle, pero los suelen omitir. Pueden dibujar una casa y un árbol también.	Círculo, cuadrado, triángulo, diamante, asterisco, estrella de cinco puntas. Pueden lograr un cubo, a menudo sólo después de mostrarles cómo dibujarlo. Dibuja persona más detallada con manos, pies, figuras de acción. Chicas con más detalles decorativos, chicos con más detalle de acción.
Historias	Las personas son, en general, autorreferenciales, incluso si una figura tiene un nombre diferente, su vida y circunstancias son usualmente idénticas al niño.	Puede dibujar a alguien que no es uno mismo y puede tener una historia sobre otra familia incluso inventada. Crea parcelas complejas, utilizando lenguaje descriptivo.
Conocimiento (depende de la exposición)	Recita el alfabeto, cuenta más de 20, escribe nombre y apellido. Reconoce letras impresas y números. Escribe la mayoría de letras y números. Puede tener algunas inversiones.	Lee en voz alta y para uno mismo con comprensión, realiza la suma de dos dígitos y resta mental; multiplica, divide, y hace fracciones sobre papel. Sabe detalles de figuras históricas, geográficas, naturales, fenómenos, sistemas del cuerpo.
Cognición	Egocéntrico, definiciones idiosincrásicas de observaciones «científicas», centralización (definen por una sola dimensión). Inicio de operaciones concretas, conservación y clasificación.	Conservación de número, peso y volumen; flexibilidad de habilidades operativas, incluyendo reversibilidad.
Moral	Define lo correcto y lo incorrecto en términos de castigo y dolor, u otros motivos personales e idiosincrásicos. Interesado en cómo funciona el mundo, la vida, la muerte, la religión, usa el pensamiento mágico.	Define lo correcto y lo incorrecto por principios internos. Tiene empatía y puede valorar temas desde la posición de otro.

(Continúa)

Tabla 6.2-1. Características psicológicas de los niños en edad escolar (cont.)		
	Inicio Educación Primaria (5-6 años)	Final Educación Primaria (11 años)
Social	<p>Disfruta de la compañía de otros niños.</p> <p>Nombra a varios amigos. Juego interactivo con reglas, a menudo determinado externamente.</p> <p>El juego creativo es imitativo.</p> <p>Juzgan a sus compañeros según le resulten agradables.</p> <p>Juegos de destreza individual, pueden jugar en equipo, pero cooperan basándose más en reglas que en estrategias complejas.</p>	<p>Es probable que tenga un mejor amigo y un círculo cercano de amigos.</p> <p>Las actividades con los compañeros son cada vez más independientes de la supervisión de los padres.</p> <p>Capaces de crear juegos y establecer reglas.</p> <p>Consideración hacia los demás, particularmente chicas.</p> <p>Aumenta la autosuficiencia y la responsabilidad.</p> <p>Los compañeros son juzgados por sus cualidades.</p> <p>Trabajo en equipo con estrategia.</p>
Autoconcepto	<p>Depende de las descripciones de los demás.</p>	<p>Depende de la visión de éxito, competencia y evaluación por estándares internos, así como de la comparación con compañeros y de presiones sociales.</p> <p>Seleccionan entre diferentes modelos disponibles para definir un estándar que les permita ser interesante («cool») consigo mismo y sus amigos seleccionados.</p>
Afectivo-sexual	<p>Interesado en las diferencias sexuales, placer de tocarse a uno mismo.</p> <p>En general prefieren jugar con personas del mismo sexo, pero están cómodos con actividades mixtas organizadas.</p>	<p>Cambios en los caracteres sexuales secundarios (etapas de Tanner II a V, las chicas dos años antes que los chicos habitualmente).</p> <p>Prefieren los amigos del mismo sexo.</p> <p>Alguna incomodidad relativa al crecimiento (se encorvan, se avergüenzan del desarrollo de las mamas, o del tamaño del pie). La amplia gama en el inicio puberal con respecto a sus iguales puede crear desafíos para la autoestima individual.</p> <p>Pueden sentir admiración hacia miembros individuales del sexo opuesto, o por el contrario pensar que son «asquerosos».</p> <p>El interés se expresa mediante burlas, o mensajes enviados a través de otros.</p>
Familia	<p>Identificación con los padres o hermanos, principalmente del mismo sexo.</p> <p>Participan en rituales familiares y rutinas alrededor de las comidas y de la hora de dormir.</p>	<p>Compara a sus padres con otros adultos, incluyendo maestros y padres de otros niños.</p> <p>Más independientes de los rituales y rutinas familiares.</p> <p>Más responsabilidad por las tareas del hogar, autocuidado y deberes escolares.</p>

Adaptada de Combrink GL, Fox G. Development of schoolage children. En: Martin A, Bloch MH, Volkmar F (eds.). Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 5ª ed- Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2018. p. 261-7.

PROFESIONALES IMPLICADOS

La exploración psicopatológica a un niño la pueden realizar varios especialistas de salud, ya sean pediatras, psicólogos o especialistas en psiquiatría, siempre que cuenten con la formación necesaria.



Los psiquiatras infantiles y de adolescentes, y los psicólogos clínicos formados en psicopatología infantil, son los profesionales más cualificados para realizar una entrevista completa con el niño y su familia, un examen del estado mental, establecer un diagnóstico preciso, e indicar un tratamiento adecuado.

Si no tienen experiencia suficiente, lo cual es natural que suceda en los especialistas en formación, se debe contar con la supervisión de un experto. Los psicólogos deben contar con la colaboración de un equipo médico para aquellos casos en los que sea necesario prescribir un tratamiento farmacológico.

Los **pediatras** son los profesionales que más suelen conocer a los niños y sus familias, por lo que su labor es fundamental en el diagnóstico y la prevención precoz. Aunque se estima que un 20-30 % de las consultas que atienden en atención primaria se originan por motivos psicosociales (dificultades de aprendizaje, de comportamiento, miedos, etc.), muchos pediatras encuentran limitaciones para valorar y manejar estas situaciones. Su función es detectar cualquier tipo de trastorno, y valorar la derivación a un equipo de salud mental infantil. En algunos casos de trastornos psicopatológicos habituales, como por ejemplo el trastorno por déficit de atención (TDAH) o los trastornos de ansiedad, pueden realizar el diagnóstico e incluso iniciar y controlar el tratamiento, en especial en los casos menos graves y sin comorbilidad. Es habitual que les resulte arduo explorar las dinámicas familiares, las emociones y, sobre todo, otros aspectos más delicados, como los abusos o las ideas de muerte.

Los pediatras suelen tener dificultades a la hora de realizar una exploración psicopatológica por varios motivos:

- Primero, en la mayoría de los casos, no tienen formación suficiente, ya que la rotación por psiquiatría infantil y adolescente no está contemplada en los programas de formación, salvo como optativas.
- Segundo, la posibilidad de realizar una exploración completa está condicionada por la escasez de tiempo del que disponen para cada consulta, en especial en atención primaria.
- Tercero, les puede resultar difícil la coordinación con los equipos de especialistas en psiquiatría infantil.

Los **psiquiatras** generales, con formación mayoritaria en psiquiatría de adultos, encuentran otras barreras diferentes. La principal es que no suelen estar tan familiarizados con el desarrollo psicológico de los niños sanos, por lo que pueden desconocer qué conductas o pensamientos se deben considerar normales y cuáles patológicos en niños. Su formación en psiquiatría infantil a menudo es insuficiente. Aunque algunos pueden estar muy concienciados de que más de la mitad de los trastornos que se presentan en adultos, se han iniciado antes de los 18 años, otros tienden a adoptar una actitud escéptica.



Los profesionales que no están adecuadamente cualificados y tratan a niños, pueden infraestimar la posibilidad de que las dificultades referidas por los niños y sus familias sean debidas a patología psiquiátrica.

Atribuyen la psicopatología en menores a otros factores, como el tipo de familia, el estilo educativo de los padres, o la forma de vida en los jóvenes. A menudo no son conscientes de que estos condicionantes pueden ser un epifenómeno. Por ejemplo, pueden considerar que una conducta patológica se puede producir por motivos tales como: «los niños juegan en exceso a videojuegos, no pasan tiempo con sus padres, su madre les sobreprotege, o acuden a demasiadas actividades extraescolares». Todas estas falsas atribuciones se derivan de la ausencia de percepción de la psiquiatría infantil como una ciencia. Los verdaderos factores etiológicos de los trastornos psiquiátricos no van en esa línea, ya que los más determinantes son: la herencia, los factores perinatales (enfermedades o consumo de tóxicos de la madre durante el embarazo, prematuridad o bajo peso), o acontecimientos vitales estresantes.

Por último, los orientadores escolares, que pueden ser psicopedagogos o psicólogos, son profesionales del ámbito educativo, y no clínico. Ellos, al igual que los pediatras, pueden derivar a los niños para ser valorados en psiquiatría, pero en ningún caso pueden realizar un diagnóstico de trastornos psiquiátricos, ya que no pertenecen al ámbito asistencial (Fig. 6.2-1).

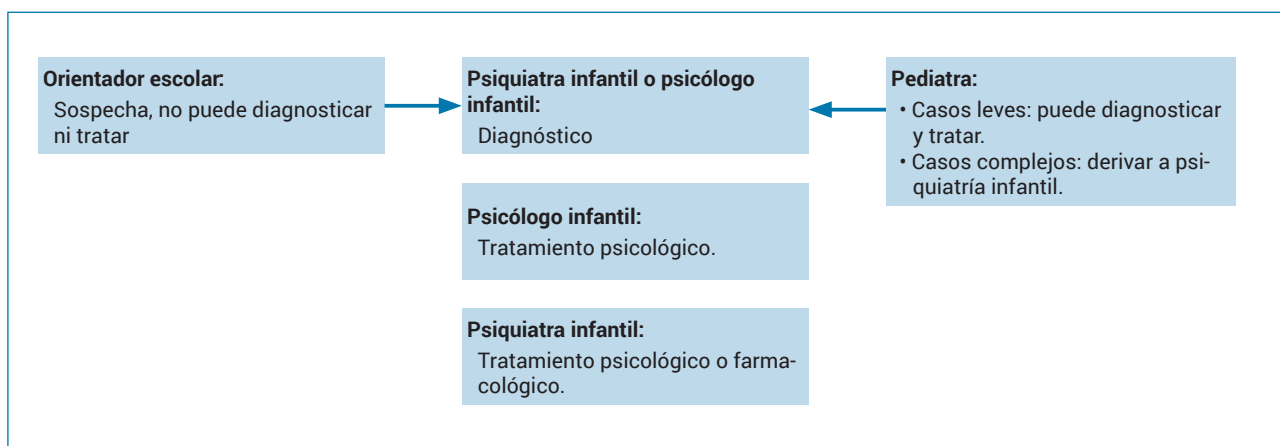


Figura 6.2-1. Profesionales implicados en el diagnóstico de patología psiquiátrica en niños.

LA EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA EN NIÑOS

La entrevista con el niño y su familia

Los niños no son adultos «en miniatura», y los trastornos mentales que padecen no son una mera reproducción de los que presentan los adultos. Se encuentran en continuo desarrollo, por lo que sus síntomas evolucionan a medida que lo hacen ellos. Debido a su plasticidad neuronal, son mucho más permeables a los cambios, ya sean beneficiosos o perjudiciales.

Antes de abordar una evaluación psiquiátrica en un niño, se debe contar con la suficiente formación en el área.



En psiquiatría, al igual que en cualquier otra especialidad médica, no se puede realizar una exploración sin saber qué se va a buscar. Hay que conocer cuáles son los trastornos que se van a explorar, para poder identificar los síntomas de cada uno de ellos.

También se deben analizar las posibles circunstancias que puedan influir sobre dichos síntomas, y las bases de los tratamientos psicológicos o farmacológicos. En la [tabla 6.2-2](#) se enumeran los principales trastornos psiquiátricos que pueden presentar los niños.

La entrevista psicopatológica con un niño y su familia es un arte que requiere de años de formación. Hasta los profesionales más experimentados no dejan nunca de aprender de cada niño y de cada situación. Para disponerse a realizar una entrevista en un niño, lo primero es que el ambiente y el espacio estén acondicionados ([Fig. 6.2-2](#)). Para que los niños se encuentren cómodos, es recomendable tener a la vista algunos juguetes, dibujos y objetos de colores. Conviene contar con alguna silla o mesa de pequeño tamaño y, si los niños se sitúan allí, es preferible sentarse a su altura, acercarse, y no dirigirse a ellos desde un plano superior. Se puede contar con un espejo para explorar la autoestima o la distorsión de la imagen corporal, por ejemplo en trastornos de la conducta alimentaria. El lenguaje y el tono de voz deben ser adecuados a la edad, nivel de desarrollo y situación de cada niño.

Se debe indagar acerca de sus intereses o aficiones, como deporte, animales, colecciones, personajes, etc., y mostrar interés por ellos. Cuando no colaboran, o en niños muy pequeños o muy inhibidos, se les pueden mostrar imágenes o algún video sobre estos intereses. Es muy habitual que el formato pregunta-respuesta no funcione, por lo que es preferible intercalar los interrogantes con otras peticiones, como dirigirse a una zona de juegos, pedirle que dibuje, escriba, cuente una historia o complete algún cuestionario. Los juguetes que representan a familias tienen especial interés. En niños difíciles de explorar, cualquier gesto

Tabla 6.2-2. Principales trastornos psiquiátricos en niños (menores de 12 años)

Trastornos de diagnóstico frecuente	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos de ansiedad. • Trastorno de déficit de atención e hiperactividad. • Trastorno negativista-desafiante. • Trastorno obsesivo-compulsivo. • Trastornos de aprendizaje, especialmente del lenguaje. • Trastornos depresivos. • Trastornos de síntomas somáticos y relacionados. • Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia). • Trastornos de la ingesta alimentaria (selectivo).
Trastornos de diagnóstico menos frecuente	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del espectro autista. • Retraso mental. • Trastorno adaptativo y de estrés postraumático. • Trastornos del vínculo. • Trastornos de tics. • Trastornos de eliminación: enuresis, encopresis.
Trastornos poco frecuentes o excepcionales en la etapa escolar	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del humor: trastorno bipolar. • Esquizofrenia de inicio muy precoz.

Adaptada de Díez Suárez A. Psicopatología en la edad infantil. En: Polaino A, Chiclana C, López Cánovas F, Hernández G (eds.). Fundamentos de Psicopatología [ebook]. BibliotecaOnline. 2017. ISBN 978-84-15998-50-1.



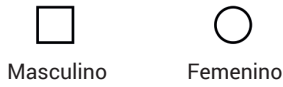
Figura 6.2-2. Ejemplo de consulta acondicionada para la evaluación psiquiátrica en niños.

de colaboración debe ser bienvenido con un elogio. El tono de voz debe ser adecuado, y se deben evitar las críticas. Se debe intentar transmitir que se es capaz de ponerse en su lugar, y que no se pretende juzgarles. Para ello, algunos comentarios útiles pueden ser: «Entiendo que esto debe ser difícil para ti», «me imagino que estarás sufriendo mucho», «no será fácil hablar de esto», «veo que te emocionas/te molestas al comentar este tema, etc.».

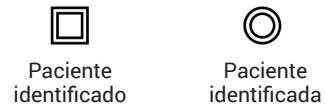
La **historia clínica** debe incluir los siguientes apartados, en este orden: fuente de referencia (si acude con la madre, el padre, ambos u otros cuidadores), información sobre la identificación, motivo de consulta, historia psiquiátrica actual y pasada, antecedentes médicos significativos, historia familiar (en especial antecedentes psiquiátricos), historia del desarrollo (perinatal, primera infancia, escolarización, familiar, educativa), estado mental, formulación diagnóstica y planificación del tratamiento. En el [Anexo](#) se ofrece un modelo de entrevista semiestructurada basada en este esquema. Es conveniente realizar un *genograma* para poder ilustrar de forma clara la organización familiar. En la [figura 6.2-3](#) se muestran los principales símbolos empleados en los genogramas.

TRAZADO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR

1) Símbolos de género



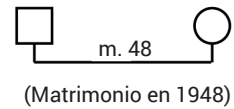
2) Símbolos de persona índice



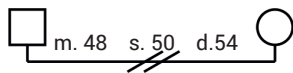
3) Fechas de nacimiento y fallecimiento



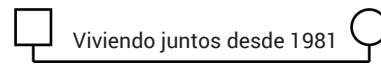
4) Conexiones para matrimonio



5) Separación y divorcio



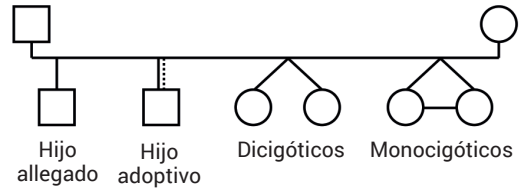
6) Viviendo juntos o en un *affaire*



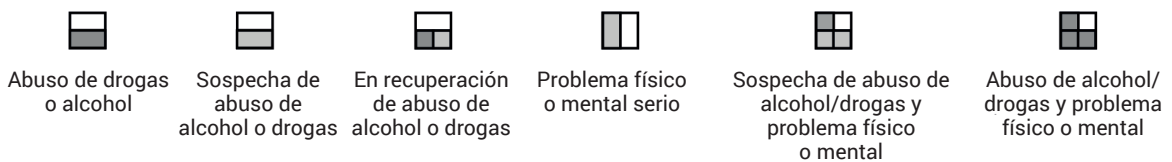
7) Símbolos para embarazo, mortinato y aborto



8) Hijos (situaciones especiales)



REGISTRO DE LA INFORMACIÓN FAMILIAR



TRAZADO DE LAS RELACIONES FAMILIARES

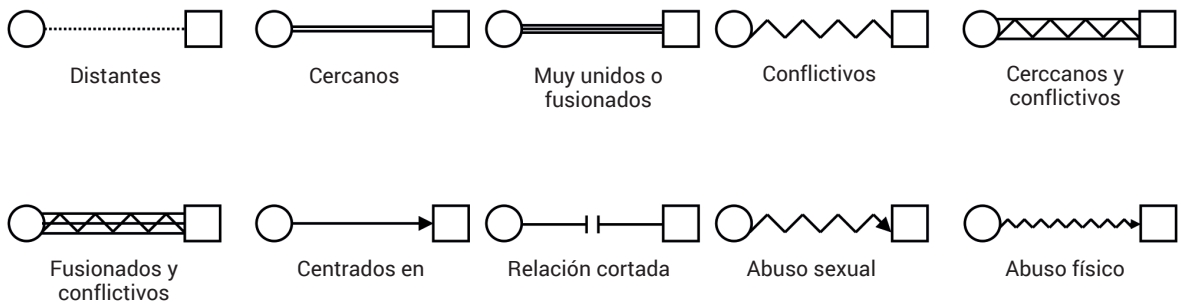


Figura 6.2-3. Genograma y su interpretación.

La historia se puede completar, según la organización de la consulta, en una sola visita, o en varias. En la mayoría de los casos, se incluyen tres etapas:

- **Primero se realiza una entrevista a los padres en presencia de los niños.** Aunque en algunos casos el contenido de lo que se va relatando puede molestar u ofender al paciente, permite observar la interacción entre los padres y los hijos. La mera observación de cómo se sientan, habitualmente el niño en medio de los padres, ya aporta información. Se debe permanecer muy atento al lenguaje no verbal, a las expresiones faciales y los gestos tanto de los padres como de los niños. Hay que tratar de crear un clima de confianza, aunque esto no siempre se consigue.
- **Posteriormente se debe entrevistar al niño a solas** y completar aspectos concretos de la exploración psicopatológica. Una vez decididas las medidas terapéuticas, se le deben explicar al niño de forma adecuada a su edad y con entusiasmo.
- Por último, **se dedicará un tiempo a recoger datos de los padres en ausencia del niño.** En ese momento, habitualmente también se explicarán las diferentes medidas de tratamiento.

En los casos de hijos de padres divorciados, independientemente de quién tenga la custodia, hay que tener en cuenta dos **condicionantes legales** importantes.

- El primero, que en el caso de que uno de los progenitores no acompañe al menor a la consulta, lo cual es frecuente, el profesional de la salud que les atiende debe tener constancia de que proporciona su consentimiento para la evaluación y, sobre todo, para el tratamiento.
- El segundo, ambos progenitores tienen derecho a recibir la información y los informes médicos de su hijo. Es nuestra obligación, por tanto, entregar los informes y aportar la información que soliciten tanto a uno como a otro. La única excepción a esta norma es que al progenitor le hayan retirado la patria potestad, lo cual es muy infrecuente.



Es muy recomendable seguir un guion para realizar la entrevista, ya que facilita que la información se registre de forma estructurada y completa.

Al igual que en cualquier otra enfermedad, se empezará preguntando por el motivo de consulta y la descripción de los síntomas. El acrónimo FIND (Frecuencia, Intensidad, Número, Duración) puede resultar útil para valorar la presencia y la evolución de los síntomas. El registro de lo que el paciente y la familia han intentado ya para solucionar la situación, y si ha funcionado o no, es de vital importancia para enfocar el tratamiento.

Se deben recoger todos los datos referentes a la historia del desarrollo, los posibles acontecimientos vitales estresantes (Mardomingo, 2015), el aprendizaje, y las relaciones sociales. Una sugerencia para explorar los eventos traumáticos es: «**¿Te ha ocurrido algo tan malo en tu vida que te haya cambiado, que creas que ya no eres el mismo desde que te ocurrió?**». El estilo educativo de los padres se puede ir deduciendo del relato y los comentarios realizados a lo largo de la entrevista.

En niños pequeños se puede recurrir a la exploración a través del **juego**, que constituye su modo principal de relacionarse con el mundo. Mediante el juego se despertará su interés y se pueden explorar múltiples áreas. Se puede observar su comportamiento en general, si es cuidadoso o impulsivo, si se mantiene quieto o va cambiando de actividad, si se dispersa, cómo es su manipulación, su lenguaje, estimar su nivel de desarrollo intelectual, etc. Si la consulta es de dimensiones reducidas, o no está adaptada, se puede trasladar al niño a otra sala más adecuada, con juguetes, para realizar allí una observación directa. También se puede emplear como herramienta proyectiva, como puede ser el caso de emplear muñecos que representen a diferentes miembros de la familia.

En algunos casos puede resultar útil recurrir a **otras fuentes de información**, como otros cuidadores de la familia extensa, o profesores. La recogida de información del centro escolar siempre se debe realizar

tras el consentimiento implícito de los padres. Una buena estrategia puede ser entregar una tarjeta de visita y pedir que los profesores o el orientador escolar contacten con nosotros, o bien hacerles llegar a través de los padres algunos cuestionarios para que los completen y nos los hagan llegar. Esta información es especialmente útil en el diagnóstico de algunas patologías como: trastornos de aprendizaje, del espectro autista, o trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Por supuesto, es muy recomendable establecer contacto con los colegios en las situaciones de posible acoso escolar.

Las **exploraciones complementarias**, tales como analíticas, pruebas de neuroimagen, o electroencefalograma, sólo son necesarias cuando se sospecha otro problema médico asociado, como norma general.



No obstante, en algunas patologías concretas pueden ser recomendables, como por ejemplo, una determinación de hemograma para descartar anemia o perfil tiroideo para valorar hipotiroidismo en un paciente con depresión.

En la [tabla 6.2-3](#) se resumen las indicaciones de las exploraciones complementarias en psiquiatría infantil. En los últimos años se han diseñado pruebas genéticas relacionadas con la farmacocinética, que determinan factores como la metabolización, la respuesta o el riesgo de efectos adversos de los fármacos. Un ejemplo de esto es el estudio de la empresa Oneome (<https://oneome.com/>), elaborado en colaboración con la Clínica Mayo.

Tabla 6.2-3. Exploraciones en la evaluación psicopatológica: recomendaciones

Exploración/prueba	Recomendación	Observaciones
Evaluación y entrevista con el paciente	Imprescindible	
Entrevista a la familia	Imprescindible	U otros cuidadores.
Formulación diagnóstica	Imprescindible	CIE-10 o DSM-5.
Cuestionarios (paciente, familia)	Recomendable	De funcionamiento general y específicos para cada trastorno.
Información del colegio (profesores, tutores, orientador escolar)	Recomendable	Más relevante en TDAH o trastorno del aprendizaje.
Determinación de cociente intelectual (distinción entre manipulativo y verbal)	Recomendable	Más relevante en TDAH o trastorno del aprendizaje.
Exploraciones neuropsicológicas (atención, lecto-escritura, memoria, planificación y otras funciones ejecutivas)	Recomendable	Más relevante en TDAH o trastorno del aprendizaje.
Pruebas de visión y audición	Recomendable	Más relevante en TDAH o trastorno del aprendizaje.
Analítica general en sangre (incluyendo perfil tiroideo, hemograma, y otras según sospecha)	Recomendable	Mandatorio en trastornos depresivos, psicóticos, espectro autista o de ansiedad.
Pruebas genéticas (cariotipo, X frágil, test genéticos de respuesta a medicamentos)	Si se sospecha otro diagnóstico	Imprescindible en trastornos del espectro autista, o retraso mental. Casos resistentes a tratamientos farmacológicos o con vulnerabilidad a efectos adversos.
Neuroimagen (resonancia magnética), EEG	Según diagnóstico	Imprescindible en primer episodio psicótico, o depresión grave con inhibición.

EEG: electroencefalograma; TDAH: trastorno por déficit de atención

Instrumentos de evaluación psicológica en niños

La anamnesis mediante la entrevista clínica es la única herramienta imprescindible en el diagnóstico en psiquiatría, tanto general como infantil. Algunos cuestionarios o test de elección múltiple, o tipo Likert, pueden resultar útiles para complementar la información de la entrevista. Las exploraciones psicométricas, o test, sirven para evaluar diferentes áreas, tales como la inteligencia general o las funciones ejecutivas (atención, planificación).

Test para evaluación del desarrollo/cociente intelectual

Los test psicométricos permiten conocer el nivel intelectual, de desarrollo o determinadas habilidades del niño. No son imprescindibles, pero pueden ser muy recomendables, según el tipo de motivo de consulta. Por ejemplo, cuando se consulta por dificultades o fracaso académico, o se sospecha un cociente intelectual bajo o alto. También en los casos de dificultades específicas de aprendizaje, si se quiere descartar un trastorno de aprendizaje, ya sea de tipo verbal o procedimental. En la [tabla 6.2-4](#) se describen algunos de estos test de determinación de cociente intelectual, y sus características.

Cuestionarios para padres y niños

Tal y como se ha explicado anteriormente, los test o cuestionarios pueden ser útiles para complementar la información obtenida tras la entrevista. Sus **funciones principales** son: recabar información complementa-

Tabla 6.2-4. Escalas y cuestionarios útiles en niños en la etapa escolar

Instrumento	Edades	Áreas de exploración	Utilidad
Test de Inteligencia			
K-BIT: test breve de inteligencia de Kaufman (Kaufman, 1996)	4-90 años	Inteligencia verbal (vocabulario) y no verbal (matrices)	Determina dos índices de inteligencia de forma breve (aplicación: 15-30 min.)
MSCA: Escalas de McCarthy (McCarthy, 1972)	2,5-8,5 años	Verbal, manipulativa, numérica, mnésica y motora	Utilidad clínica y pedagógica
WISC-V: Escala Wechsler de Inteligencia para Niños (<i>Wechsler Intelligence Scale for children</i>) (2015)	6-16 años	Comprensión verbal, visión espacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo, velocidad de procesamiento	Aplicación: 50-65 min. Permite información completa
Cuestionarios de funcionamiento general			
CBCL: <i>Child Behaviour Checklist 6-18</i> (Achenbach y Rescorla, 2001)	6-18 años	Comportamiento agresivo, ansioso/deprimido, problemas de atención, incumplimiento de las reglas, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, retraído/deprimido	118 ítems. Padres, maestros, niños (sólo 11-18 años)
TAMAI: Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (Hernández-Guanir)	8-18 años	Inadaptación general, personal, escolar, social, insatisfacción familiar, con los hermanos, educación adecuada del padre/madre, discrepancia educativa, proimagen y contradicciones	Niños

(Continúa)

Tabla 6.2-4. Escalas y cuestionarios útiles en niños en la etapa escolar (cont.)

Instrumento	Edades	Áreas de exploración	Utilidad	
Cuestionarios de funcionamiento general				
SDQ: Cuestionario de Cualidades y Dificultades (<i>The Strengths and Difficulties Questionnaire</i>) (Goodman et al., 1998) http://www.sdqinfo.com/py/sdqinfo/b3.py?language=Spanish	Niños: 11-17. Padres: 4-17 años	Síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con compañeros, conducta prosocial	25 ítems. niños, padres	
SENA: Sistema de Evaluación de Niños y Adolescentes (Fernández-Pinto et al.)	3-18 años (nivel 2: 6-12 años)	Problemas interiorizados: depresión, ansiedad, ansiedad social, quejas somáticas, obsesión-compulsión y sintomatología postraumática Problemas exteriorizados: hiperactividad e impulsividad, problemas de atención, agresividad, conducta desafiante, problemas de control de la ira, conducta antisocial	Padres, profesores, niños	
Instrumentos específicos de evaluación psicopatológica				
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	SNAP IV: <i>Swanson, Nolan and Pelham Questionnaire</i> (SNAP) o Cuestionario de Conners	6-18 años	Inatención, hiperactividad, impulsividad	Padres, profesores
	EDAH: Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (Farré y Narbona, 2013)	6-12 años	Inatención, hiperactividad, impulsividad, trastorno de conducta	Padres, profesores
Ansiedad	MASC: <i>Multidimensional Anxiety Scale for Children</i>	8-18 años	Síntomas físicos, evitación de daños, ansiedad social, por separación, pánico	Niños
	IME: Inventario de Miedos Escolares (Méndez, 1998)	8 a 11 años	Miedo al malestar físico, ansiedad anticipatoria, miedo al fracaso y al castigo escolar, miedo a la evaluación social y escolar	28 ítems. Niños, padres y profesores
Depresión	CDI: <i>Children's Depression Inventory</i> (Kovacs)	8-11 años		37 ítems. Padres y educadores
	CDS: Cuestionario de Depresión para Niños (<i>Children's Depression Scale</i>) (Lang y Tisher)	8-16 años	Respuesta afectiva, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte/salud, sentimiento de culpabilidad, síntomas depresivos varios	66 ítems. Niños

(Continúa)

Tabla 6.2-4. Escalas y cuestionarios útiles en niños en la etapa escolar (cont.)

Instrumento		Edades	Áreas de exploración	Utilidad
Autismo	CAST: Test Infantil del Síndrome de Asperger (Scott, 2002) http://espectroautista.info/CAST-es.html	4-11 años	Cribado de autismo	37 ítems. Padres y educadores

ria, realizar un cribado de alguna otra patología, graduar la intensidad de los síntomas y su evolución con el tiempo, o emplearlos para investigación.



Nunca se puede realizar un diagnóstico basado en cuestionarios; ningún trastorno se diagnostica mediante ningún test específico.

Pueden ser autoadministrados, es decir, completados por el niño, o heteroadministrados, por los padres u otros informantes, por ejemplo, los profesores. Tal y como se puede ver en la tabla 6.2-4, los test de funcionamiento general abordan diferentes dimensiones sintomáticas (p. ej., atención, ansiedad, conducta). Existen además diferentes cuestionarios específicos para cada patología.

Otras exploraciones: juego simbólico, técnicas proyectivas

Las técnicas proyectivas, desarrolladas desde la psiquiatría psicoanalítica, permiten obtener información de forma indirecta y no estructurada. Posibilitan que el niño exprese las actitudes, creencias, motivaciones o sentimientos más profundos, no conscientes, o que no consiga expresar. Pueden ser: expresivas, gráficas, constructivas, estructurales, temáticas, asociativas y de juegos o dramatización. Son especialmente útiles en niños pequeños, más retraídos, o cuando el niño muestra un temor a relatar algún contenido, como por ejemplo, secretos familiares.

Algunos ejemplos son:

- **Dibujo:** se le pide al niño que se dibuje a sí mismo o a su familia, y que describa la situación (colocación, tamaño relativo y actitud de cada personaje, actividad, etc.).
- **Juego con figuras humanas:** colocándose a su altura, se puede jugar con él e ir inventando historias sobre los personajes. Lo habitual es que los niños pequeños, menores de 8 años, se identifiquen con esos personajes, por lo que los relatos pueden ser autorrevelaciones.
- **Petición de los tres deseos:** según la edad y estilo del niño, se les puede mostrar una lámpara maravillosa simulando el cuento de Aladino (Fig. 6.2-4), o contarles ese cuento para pedirles que pidan tres deseos. Se les puede sugerir que no sean deseos materiales.



Figura 6.2-4. Lámpara maravillosa de Aladino.

- **Otras preguntas:** ¿Qué te gusta hacer, en qué eres bueno? ¿Qué te pone furioso? ¿Qué cambiarías de tu vida? ¿Con qué personaje (de una serie, película o libro) te sientes identificado?

En pacientes con escasa introspección o una importante represión de los síntomas, en los que la entrevista convencional es poco útil, se pueden aplicar algunos test proyectivos. Para realizarlos se requiere preparación y experiencia. El **test de apercepción temática** (TAT) (a partir de 14 años), desarrollado por Henry Murray, y su versión infantil CAT (de 3 a 10 años), consisten en la presentación de unas láminas con figuras humanas o animales, respectivamente, que el paciente debe interpretar.

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDADES MENTALES EN LOS NIÑOS

El diagnóstico en psiquiatría infantil, al igual que en todas las especialidades médicas, es fundamental para comprender las dificultades del niño, y para enfocar el tratamiento. Los síntomas psiquiátricos se suelen presentar de forma dimensional, y no dicotómica, es decir, cualquier persona puede tener un grado mayor o menor de cada uno de ellos. Todos podemos ser un poco inatentos, estar muy ansiosos, o tener algún síntoma depresivo.



Es habitual que los niños presenten síntomas en distintas dimensiones sintomáticas. Cuando estos síntomas tienen una frecuencia concreta y una intensidad suficiente para generar un impacto, se cataloga como un trastorno.

No obstante, el diagnóstico en psiquiatría se realiza de forma categorial, agrupando los síntomas en trastornos que constituyen categorías concretas. Aunque estos sistemas tienen sus limitaciones, ya que en ocasiones los pacientes pueden no «encajar» en una categoría determinada, cuentan con un reconocimiento internacional. Los dos **sistemas principales de clasificación de trastornos mentales** son:

- El sistema de la Organización Mundial de la Salud (OMS), denominado **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)**, publicada en junio de 2018, y;
- El **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales** de la Asociación Americana de Psiquiatría, publicado en mayo de 2013.

La formulación diagnóstica debe incluir aspectos tanto neurobiológicos como personales, sociales, familiares o académicos. Es esencial considerar también otros factores psicológicos o sociales que suelen ser de vital importancia.



En la edición previa del DSM, el DSM-IV, se sugería el modelo de formulación «bio-psico-social». Aunque en el actual DSM-5 se ha eliminado este sistema, sigue siendo recomendable tenerlo presente.

Permite realizar una descripción breve, no sólo de los síntomas que presenta el paciente, sino también de su contexto familiar, social, educativo y cultural. Con ello se logra que los signos y síntomas cobren un significado, único en cada niño. Mediante este sistema se realiza una «foto» del paciente, y se intenta evitar el reduccionismo, especialmente el que trata de hacer referencia sólo a aspectos biológicos. La **escala de gravedad según la impresión del clínico (CGI: Clinical Global Impression - Severity)**, gradúa en una escala de 1 a 7 la gravedad del paciente (Guy, 1976). El DSM-5 recomienda su utilización, que puede ser útil tanto en el momento de la primera consulta, cuando se establece un diagnóstico, como en revisiones posteriores. Su interpretación se puede ver en el Anexo.-

ANEXO

EVALUACIÓN INICIAL (NOTAS MÉDICAS) UNIDAD DE PSIQUIATRÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE

Historia del Consultor/Colaborador/ Fellow/Residente

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Peso (percentil)

F. cardíaca:

TA sistólica:

Historia:

Sexo:

Talla (percentil):

TA diastólica:

Fecha actual:

Vive con: padre-madre-hermanos

en

Curso-colegio:

Motivo de consulta:

Hx enfermedad actual:

Depr. Mayor (5)

Depr./ Irrit.

Anhedonia

Apetito

Sueño

Agit. / Ret. psicomotor

Energía

Inútil-culpable

Concentr-Indec.

SUI

Manía

Euf (3) / Irr (4)

Grandios.

↓ Sueño

Hablador ++

Pensam. acelerado

Distraído

↑ Actividad

Placer/dolor

TDAH (6)

Errores de descuido

↓ Atención

No escucha

No termina tareas

Desorganizado

Evita esfuerzo mental
Pierde cosas
Distraído
Olvidadizo

Enreda (*Fidgets*)
Se levanta
Corre-trepa
No juega en silencio
Siempre moviéndose
Habla excesivamente
Contesta sin pensar/responde impulsivamente
No espera turno
Interrumpe

Hx psiquiátrica anterior:

Hábitos / estilo de vida

Alimentación
Sueño
Actividad física
Uso de pantallas

Abuso de sustancias (droga/edad/cantidad/frecuencia):

Tabaco. EtOH. THC. Otras drogas.

Historia Médica:

Problemas visión/audición, TCE, problemas médicos serios.
Alergias medicamentosas.
Medicación actual.

Historia médica familiar (antecedentes cardiovasculares):

Historia psiquiátrica familiar:

Historia social/desarrollo:

Embarazo-parto-perinatal.
Lactancia y primera infancia (1 hasta 3 años).
Preescolar / Ed. Infantil (3 hasta 6 años).
Colegio (6 años en adelante).
Legal
Trauma: físico / sexual / emocional / abuso y abandono.
Relaciones sociales (padres/familiares/amigos/pareja) / Hx sexual.
Situación familiar: trabajo padres, horarios familiares, etc.

EXPLORACIÓN DEL ESTADO MENTAL

Sensorio-cognición

Alerta y orientado persona-tiempo (día-fecha-mes-estación-año) lugar-circunstancia

Atención-concentración

Memoria: corto plazo (dígitos adelante y atrás 5 – 7 – 1 – 9 – 3)

Largo plazo (3 palabras)

Abstracción (refranes)- símiles / diferencias

Apariencia-comportamiento

Alteraciones físicas

Edad

Cooperativo

Contacto ocular

Actividad psicomotriz

Tics-manierismos

Higiene-vestido

Humor

Afecto

Intensidad (plano-normal-dramático)

Movilidad (estrecho-estable-inestable/lábil)

Rango (pleno-restringido)

Proceso/forma del pensamiento

Bloqueo-Persever.-Orient. a tópico-Circunst.-Tangencial-Vuelo de ideas-Ensalada de palabras

Contenido del pensamiento

Ideación

Suicida

Violenta

Homicida

Percepción

Aluc. auditivas / visuales / tact.-olfat-gusto

Ilusiones

Delirios / ideas delirantes

Paranoide

Obsesiones

Rumiaciones

Grandios

Habla

Lento-monótono-Regular en ritmo

y tiempo-acelerado-rápido-presionado

Articulación

¿Qué te gusta hacer, en qué eres bueno?

¿Qué te pone furioso?

Lenguaje

Prosodia/flujo

Repetición/nombra

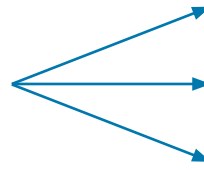
Comprensión

Lectura/escritura (usar plantilla según edad)

Dibujo de persona o familia

Memoria a largo plazo (repetir 3 palabras) !!

3 Deseos



Insight/Conciencia de enfermedad

Capacidad de juicio

CUESTIONARIOS / TESTS

- Autoadministrados (rellenados por el paciente)
- Heteroadministrados
 - Padres o cuidadores
 - Profesores

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

- Psicodiagnóstico (Test cociente intelectual, atención, memoria, planificación...)
- Analítica
- Neuroimagen

DIAGNÓSTICO (DSM-5):

- Diagnósticos psiquiátricos y médicos (importantes para entender el trastorno mental)
- Capacidad intelectual, personalidad, etc.
- Factores psicosociales y ambientales

Escala de Impresión Global Clínica (CGI: *Clinical Global Impression*)

0	1	2	3	4	5	6	7
No evaluado	Normal. No enfermo	En el límite de enfermedad	Levemente enfermo	Moderadamente enfermo	Marcadamente enfermo	Gravemente enfermo	Entre los sujetos más extremadamente enfermos

PLAN DE TRATAMIENTO:

- Medicación
- Psicoterapia (individual, grupal)
- Intervención enfermería (relajación, psieducación)
- Seguimiento (ingreso, revisiones en consulta)

Dr. /Dra
Especialista en Psiquiatría Infantil y Adolescente
(Nombre y Firma obligatorios)

Dr./Dra.
Fellow / Residente
(Nombre y Firma obligatorios)



CONCLUSIONES

- La principal herramienta para la evaluación en psiquiatría del niño es la entrevista psiquiátrica.
- La entrevista requiere un entrenamiento específico.
- Los profesionales que pueden realizar un diagnóstico son principalmente los psiquiatras infantiles y psicólogos con suficiente experiencia y formación, aunque los pediatras son los primeros profesionales que tratan con niños y pueden, asimismo, realizar una aproximación diagnóstica y de tratamiento.
- Para realizar una exploración completa, se deben conocer las características principales del desarrollo psicológico normal de los niños.
- Ninguna exploración complementaria es imprescindible, pero algunas escalas y cuestionarios pueden ser útiles. No es necesario realizar analíticas o pruebas de imagen, salvo cuando se sospecha otro problema médico.
- La Clasificación de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-11) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5), constituyen los dos principales sistemas de clasificación de enfermedades para el diagnóstico psiquiátrico en niños.



BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA Preschool forms and Profiles: An integrated system of multi-informant assessment Burlington. VT: University of Vermont. Department of Psychiatry. 2000. ISBN 0-938565-68-0.
- American Psychiatry Association (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 2013. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Organización Mundial de la Salud. 2018.
- Combrink GL, Fox G. Development of schoolage children. En: Martin A, Bloch MH, Volkmar F (eds.). Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook. 5ª ed- Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2018. p. 261-7.
- Díez Suárez A. Psicopatología en la edad infantil. En: Polaino A, Chiclana C, López Cánovas F, Hernández G (eds.). Fundamentos de Psicopatología [ebook]. Bibliotecaonline SI. 2017. ISBN 978-84-15998-50-1.
- Farré A, Narbona J. EDAH. Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad. Madrid: TEA Ediciones; 2013.
- Goodman R, Meltzer H, Bailey V. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A pilot study on the validity of the self-report version. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1998(3):125-30. doi:10.1007/s007870050057. ISSN 1018-8827.
- Guy W. Clinical Global Impressions. En: ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology, revised. National Institute of Mental Health. Maryland: The George Washington University; 1976.p. 218-22.
- Mardomingo MJ. Experiencias tempranas y desarrollo de la conducta. En: Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Ed Díaz de Santos; 2015. p. 247-80.
- Scott FJ, Baron-Cohen S, Bolton P, Brayne C. The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): preliminary development of a UK screen for mainstream primary-school-age children. Autism. 2002;6(1):9-31.