

# HISTORIA CLÍNICA Y EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA

**Dolores Mojarro Práxedes, Pedro Benjumea Pino,  
Carmen Ballesteros Alcalde y César Soutullo Esperón**

### NECESIDAD DE LA COMUNICACIÓN MÉDICO-PSIQUIÁTRICA

Aunque habitualmente se ignora, la comunicación asistencial es una habilidad que se debería enseñar al clínico. La capacidad para comunicarse abiertamente y con comprensión debe presidir una rutina efectiva y eficiente de la práctica psiquiátrica. Ante esto, es importante destacar una particularidad:

*Las fuentes de información en una entrevista psiquiátrica del niño o adolescente han de ser múltiples (paciente, familia, cuidadores, profesores, etcétera).*

Los psiquiatras no tratan las fracturas de codo o la inflamación amigdalar, sino que se enfrentan al dolor psíquico, a la posibilidad de padecer una enfermedad mental o a la incertidumbre familiar que surge ante una determinada conducta del niño. Todo ello determina una narrativa médica peculiar, que es difícil obtener en un cuestionario o entrevista semiestructurada. Quien piense que únicamente confiando en los datos de un cuestionario o una escala (imprescindibles para la investigación, pero insuficientes para la clínica) realiza medicina basada en la evidencia, está equivocado. Para explorar psicopatológicamente a un niño o adolescente y a su familia es imprescindible atender a los hechos psicopatológicos que se obtienen de la observación y del análisis del relato de la entrevista psiquiátrica. La comunicación es la piedra angular necesaria para desarrollar unos cuidados centrados en el paciente, que tengan en cuenta su condición de individuo.

En la relación psiquiatra-paciente-familia existen tres cualidades en las que se debe basar la entrevista clínica:

- **Informativa:** calidad y cantidad de información recogida con precisión mediante una escucha activa del niño (además, de la información que aportan sobre él sus allegados). No debe limitarse al lenguaje verbal, también es importante tener en cuenta el no-verbal.

- **Empática:** sensibilidad y receptividad activa, que se transmite hacia los sentimientos del otro (paciente y padres). Es necesaria una capacidad verbal que sea capaz de comunicar esta comprensión y que atienda también a las expectativas del niño y su familia.
- **Educadora:** durante la entrevista deben quedar cubiertas dos necesidades:
  - Cognitivas: sirven para conocer y comprender.
  - Afectivas: gracias a ellas el conocimiento y entendimiento se asientan en la esfera de los sentimientos.

En la entrevista, las preguntas que se responden mediante «sí» o «no» resultan efectivas en cuanto a la concreción y al ahorro de tiempo, pero el paciente puede tener la sensación de que el entrevistador no siente demasiado interés por él y, por lo tanto, encubra el motivo principal de su consulta. Alcanzar un diagnóstico preciso, proponer una orientación terapéutica y lograr un adecuado cumplimiento del tratamiento depende, en gran medida, de la capacidad del clínico para comunicar y realizar una historia clínica y una evaluación psicopatológica.

### HISTORIA CLÍNICA/ANAMNESIS EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y ADOLESCENTE

#### Introducción

La elaboración de la **historia clínica** constituye el primer paso de la actividad clínica. El objetivo del **diagnóstico** es obtener la información para instaurar un tratamiento completo y adecuado. A lo largo de los años, las figuras representativas de la medicina abordaron estas cuestiones, teniendo como meta al enfermo y al conocimiento de la naturaleza de la enfermedad, y beneficiando siempre al diagnóstico y al tratamiento.

Históricamente, el diagnóstico es anterior a la medicina. Incluso en los tiempos remotos, más empíricos, los sanadores tenían la necesidad de encontrar una palabra

que designase la enfermedad que debían curar. No obstante, la historia del diagnóstico médico se inicia formalmente con los médicos hipocráticos. En la lengua griega clásica aparece la palabra *diagignôskein*, con el sentido latino de «discernir» o «distinguir» y más tarde con el de «conocer a través de». A partir de entonces, y como es característico del lenguaje científico griego del siglo V a.C., se crea el sustantivo *diagnôsis*. Este tiene un sentido médico y técnico, es la acción y el efecto de «conocer distinguiendo y penetrando a través de» (Laín Entralgo, 1982). El fin de este diagnóstico hipocrático era curar, pero también conocer la naturaleza humana. El diagnóstico buscaba tres metas:

- Descriptiva o nominativa: individualiza las enfermedades, pero que suceden en enfermos.
- Explicativa o interpretativa: busca hacer hipótesis sobre la patogenia y la etiología.
- Predictiva: intenta hacer un pronóstico sobre el curso de la enfermedad.

El método de diagnóstico hipocrático se basaba en la exploración sensorial, la comunicación verbal y el posterior razonamiento sobre los datos obtenidos de ambas. Actualmente, estas acciones siguen plenamente vigentes en la tarea médica.

Cinco siglos después, con la obra de Galeno, aparece una nueva pretensión de la mente: conocer y nombrar técnicamente el enfermar individual. Para Galeno, la principal razón de ser del diagnóstico era curar: «Si el diagnóstico de las enfermedades y el pronóstico de su curso futuro no conducen al hallazgo del mejor de los tratamientos, serán más bien ociosos; si lo hacen serán útiles» escribe en su comentario sobre una obra hipocrática. Asimismo (tal y como también sucede en la medicina hipocrática), para Galeno la medicina es también *epistêmê*; es decir, ciencia (en este caso, ciencia de la enfermedad y de la naturaleza del hombre).

El paradigma moderno del diagnóstico, que se inició con Sydenham en el siglo XVII, implica la consideración clínica de la individualidad orgánica del enfermo, distinguiendo entre síntomas y curso característico. Asimismo, se incluye el diagnóstico anatomo-clínico, fisiopatológico y etiopatológico. La obra de Sydenham tuvo una gran importancia en la historia de la nosografía, ya que describía las enfermedades, buscando, al mismo tiempo, una terapéutica específica para ellas. Siguiendo a este autor, Kraepelin, en el siglo XIX, ordenó los cuadros clínicos psiquiátricos, en tres grupos: orgánicos, psicógenos y «endógenos», sus huellas en el diagnóstico psiquiátrico continúan en parte hasta la actualidad.

En el paradigma actual, al concepto de especie morbosa, el «qué» del diagnóstico se une a «quién» lo sufre. En esta forma de considerar el enfermar tiene una gran relevancia la obra de Freud, por lo que aporta en relación a valorar la vida del enfermo. Ello conlleva individualizar el diagnóstico; la especie morbosa se realiza en el sujeto individual e irrepetible al que el médico atiende.

La inserción del cálculo inductivo de probabilidades bayesiano, el auge de la cibernética y el empleo de las computadoras hicieron posible cuantificar los datos objetivos del conocimiento médico para mejorar el diagnóstico. En la tarea diagnóstica se emplearon varios modelos (deductivo, inductivo, estadístico-taxonómico) y la informática

médica; ésta se ha aplicado a los «árboles de decisión» o dendogramas y a la historia clínica con una mayor o menor estructuración.

La clínica actual es heredera de todos estos antecedentes que, aunque modificados y complejizados por los conocimientos contemporáneos, permanecen subyacentes como fundamentos del saber que hacer médico.

### Tipos de entrevista

La entrevista que se describe aquí para elaborar una historia clínica se considera «abierta»; es decir, se responden cuestiones sin haber prefijado preguntas ni respuestas. Para evitar que se convierta en un relato sin significación clínica o biográfica, el clínico debe guiarla. Bajo esta guía, el psiquiatra busca los datos necesarios para realizar un diagnóstico, un juicio clínico y una formulación terapéutica. Esto permite establecer una relación médico-paciente que favorece la alianza terapéutica (es otro de los objetivos propios de este tipo de entrevista). Para ello, el profesional debe dirigir adecuadamente la entrevista y aprovechar las informaciones y su repercusión afectiva. Así, consigue una mejor comprensión de la dinámica subyacente. La falta de conocimiento de la naturaleza y la etiología de los trastornos psiquiátricos implica que el diagnóstico se efectúe teniendo en cuenta únicamente los patrones de síntomas. Por este motivo, estos deben ser bien informados, recogidos y elaborados.

En las últimas décadas, las entrevistas psiquiátricas han incorporado una aproximación orientada a la enfermedad. Surgieron como consecuencia de la poca fiabilidad de los diagnósticos clínicos, que se realizaban a través de entrevistas abiertas a los pacientes, a los padres de estos o a sus profesores. Conocer las críticas que se han hecho a las entrevistas abiertas puede ayudar a mejorarlas. Algunos autores consideran que presentan numerosos inconvenientes, entre los que destacan: la tendencia a realizar el diagnóstico antes de recopilar toda la información relevante, recoger los datos de forma selectiva, la falta de una aproximación sistemática (combina diferentes tipos de información), el sesgo a hacer diagnósticos que se basan en lo que le resulta más familiar al clínico, y la tendencia a ver correlaciones falsas o no existentes. Para otros autores, aunque se usen los mismos criterios, la falta de acuerdo diagnóstico se debe a las diferencias en las preguntas realizadas por el clínico, a cómo éste interpreta las respuestas y a la disparidad de entrevistadores y de respuestas del paciente.

Desde hace unas décadas se han ido elaborando entrevistas más estructuradas, la mayoría focalizadas en ciertos trastornos o problemas. Existen dos tipos de entrevistas: las que se basan en el entrevistado y las que se basan en el entrevistador. Las primeras (**estructuradas**) emplean el lenguaje o dibujos, en el caso de los más pequeños, y las segundas (**semiestructuradas**) pueden utilizar (o no) glosarios. Pese a estas diferencias, ambas pretenden mejorar la fiabilidad del método utilizado y dependen de la validez de la nosología psiquiátrica de la que derivan. Por otra parte, tienen el peligro de detectar sólo los diagnósticos para los que tales entrevistas fueron creadas (Rutter y Taylor, 2008).

Las entrevistas estructuradas o semiestructuradas son de gran utilidad en la investigación. En la práctica clínica

habitual tienen un valor importante y se usan de forma complementaria para mejorar el diagnóstico. No obstante, hay que tener en cuenta que el diagnóstico no se refiere únicamente a patrones de síntomas, sino también a aspectos individuales del niño o del adolescente, de su familia, su entorno y de las interrelaciones entre ellos. Por lo tanto, también deben investigarse los posibles factores causales de curso y de influencia pronóstica. Si las preguntas abiertas están bien pensadas y dirigidas, los entrevistados pueden ofrecer una información muy valiosa de sus síntomas y emociones. Todo ello se incluirá en el juicio clínico a la hora de elaborar un plan terapéutico eficaz, que es, en definitiva, lo que pretende la historia con estructura abierta.

La recopilación de datos para elaborar una historia clínica abierta se realiza mediante la **anamnesis**. Ésta tiene un valor insustituible en la práctica cotidiana. Mediante los recursos técnicos, los psiquiatras deben ganar tiempo para la anamnesis como encuentro interhumano, lo que tiene aún mayor valor en la práctica clínica de la psiquiatría.

### **Necesidad de varios informantes**

Para elaborar la historia clínica psiquiátrica en niños y adolescentes se necesitan varias fuentes de información. Además de la entrevista con el niño, son precisas las entrevistas con los padres y los adultos relevantes (como los profesores). Asimismo, es útil la observación directa del niño fuera de la consulta médica, en los ambientes en los que éste se desenvuelve habitualmente. Aunque esto no siempre se consigue, la observación directa aporta una información mucho más precisa que la que se obtiene a través de terceras personas. Por otra parte, previamente o con posterioridad a la primera entrevista (según la preferencia del entrevistador), es útil usar algún cuestionario sobre aspectos psicopatológicos y biográficos del paciente. Algunos de ellos, como el cuestionario de comportamiento infantil (CBCL) de Achenbach, el cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ) de Goodman o el cuestionario clínico-biográfico (CCBI) de Rodríguez-Sacristán y Cardoze aportan una valiosa información. Éstos se revisarán en este capítulo.

### **Entrevista con los padres**

A diferencia de los adultos (ellos mismos solicitan la ayuda al identificar unos síntomas), los niños y adolescentes en raras ocasiones piden acudir al psiquiatra. Son los padres quienes deciden que su hijo necesita ir a consulta una vez que han observado unos determinados síntomas o problemas, por consejo de los profesores o ante la recomendación del pediatra o del médico de familia. Cuando los padres están separados, suele ser la madre quien solicita la consulta. Si debido a los problemas paternos, la tutela recae en los abuelos o los tíos, el proceso de realizar una historia clínica con los datos más válidos y fiables posibles se complica en parte.

El propósito de la entrevista con los padres es recopilar información sobre los síntomas, las características del niño o adolescente, sus antecedentes personales y familiares, la dinámica familiar y otras cuestiones relevantes. Asimismo, valora las actitudes afectivas de los padres hacia el niño y lo que éste y sus problemas significan para cada uno de ellos y para la pareja. A la hora de diseñar un

plan terapéutico, es muy importante entablar con ellos una alianza terapéutica que facilite el tratamiento del niño, ya que sin ella el tratamiento tiene muchas posibilidades de fracasar (Ballesteros, 2008).

Con respecto a la información que los padres aportan, algunos estudios han observado que es más fiable la que se refiere a los síntomas externalizados que la que hace referencia a los emocionales. Otros alertan sobre la posibilidad de distorsiones temporales o discrepancias con sus hijos respecto a la naturaleza, gravedad y duración de los síntomas.

Una vez que se conocen los síntomas, es necesario averiguar los aspectos relacionales. El padre y la madre pueden tener actitudes diferentes hacia su hijo. Por ello, es importante que ambos acudan a la consulta. Aparte de que esto enriquece y complementa la información, se explorará lo que el niño y sus síntomas significan para cada uno de ellos. Si los padres están separados o divorciados, la asistencia de ambos es imprescindible. Sin embargo, en este caso es más difícil de conseguir, puesto que cada uno puede tener interpretaciones diferentes sobre los síntomas del hijo, la necesidad de la consulta y los dinámicos familiares, lo que dificulta el diagnóstico y el tratamiento.

La consulta psiquiátrica implica un cuestionamiento de la salud psíquica del niño y, por ende, de los padres y el grupo familiar. En ocasiones, tanto el padre como la madre se culpan de la psicopatología del niño, pero otras veces intentan explicar que no es culpa suya. Ello se pone aún más de manifiesto ante la información de los antecedentes familiares, ya que determinadas características de la familia (que otros miembros de la familia sufran o hayan sufrido patologías similares a las del niño) pueden hacer que los padres se sientan culpables. En este caso, debe explorarse si identifican al paciente con algún miembro de la familia; si esto fuera así (y la figura de identificación es negativa), con frecuencia se acumulan sobre el niño o adolescente características negativas que es preciso des-hacer en la primera entrevista.

Otro de los objetivos de la entrevista con los padres es conseguir su colaboración en el plan terapéutico. Dependiendo del tipo de tratamiento, además de la cooperación de los padres, también es importante la de otras personas cercanas al niño.

### **Entrevista con los niños**

Aunque pudiera considerarse que los datos más fiables de la entrevista clínica los proporcionaban los padres, varios estudios han avalado la fiabilidad y precisión de las entrevistas con los niños (sobre todo a partir de los 8-9 años). Esto se ha comprobado por las respuestas de los niños a entrevistas más estructuradas (Angold, Erkanli, Costello y Rutter, 1996).

A la hora de realizar las entrevistas en estas primeras edades es preciso tener en cuenta la edad del niño (es muy distinto un preescolar de un escolar), su nivel cognoscitivo, la actitud ante sus problemas y el deseo del paciente de hablar o no de ellos. No sólo se trata de recoger datos de su psicopatología, sino de investigar también otros aspectos de su vida y su familia. El niño aportará tanta información como sus padres (o más); y siempre se debe tener en cuenta su edad, por qué sufre y el trastorno que

padece. Un niño escolar puede proporcionar datos precisos sobre su estado emocional y sobre otros aspectos personales, familiares y escolares, así como expresar sus preocupaciones, sentimientos y necesidades. Por ello, el primer objetivo del clínico debe ser establecer la mejor relación posible entre su paciente y él. De esta forma, es muy probable que haya un acercamiento entre ambos y se consigan unas posibilidades terapéuticas mejores. El niño debe percibir que las entrevistas están encaminadas a proporcionarle toda la ayuda posible. Asimismo, necesita información sobre lo que el psiquiatra puede hacer para aliviar su malestar o sufrimiento. Si el psiquiatra consigue hacerle ver que quiere ayudarlo, colaborará (con los matices que imponen su edad y sus rasgos de personalidad) mucho más. En algunos casos, el paciente está de acuerdo con sus padres con la causa de la consulta; en otros, puede rechazar lo que se le atribuye, resistencia más frecuente cuando aquélla está motivada por problemas relacionados con los trastornos perturbadores o de comportamiento.

El medio de comunicación que prefieren los niños más mayores, es el lenguaje, aunque inicialmente, y para vencer su ansiedad pueden permitírseles otros: dibujos y juegos en los pequeños; a los de más edad se les puede sugerir que escriban lo que les ocurre. Además de las condiciones familiares, escolares o de otro tipo, relevantes para su vida y psicopatología, se deben explorar la vivencia de sus síntomas o problemas, el grado de sufrimiento que le producen los hechos o situaciones que consideren causales y sus expectativas de ayuda.

### Entrevista con el adolescente

El medio más frecuente para comunicarse con el adolescente es el lenguaje, la entrevista clínica. No obstante, el psiquiatra debe tener en cuenta que aunque el adolescente sea capaz de comprender y usar el lenguaje como un adulto, no siempre consigue transmitir e informar de hechos y sentimientos. Por ello, hablar con un adolescente requiere conocimiento y habilidad para escuchar, entender, estimular, no caer en las trampas e interpretar su lenguaje. A un niño lo llevan a la consulta; un adolescente, con frecuencia, rechaza la consulta y, muy raras veces, es él quien pide a sus padres ayuda psicológica. Generalmente, la propuesta de consulta supone un enfrentamiento con los padres, enfrentamiento que en muchas ocasiones ya estaba creado por los problemas que provocaron el deseo de los padres de solicitar ayuda. La reticencia, cuando no hostilidad, suele ser la primera actitud que se observa cuando se inicia el proceso diagnóstico de un adolescente, ya que éste puede sentir la consulta como la manifestación de que tiene problemas y necesidades. Que le consideren como algo fuera de lo normal le avergüenza y/o le irrita; por ello, tiende a negar sus síntomas. Para estos pacientes la independencia es muy importante, por lo que suelen rechazar situaciones que impliquen intromisión y control. En estas edades, además de los síntomas, también hay que tener en cuenta los rasgos de personalidad, ya que estos (más evidentes que en la infancia) influyen en su actitud ante la consulta: la inhibición en la fobia social, la extrema hostilidad de los trastornos disociales o del humor, la preocupación y aprensión en los trastornos de ansiedad, etcétera.

Algunos autores recomiendan iniciar la entrevista con el adolescente. De este modo, se evita que éste sienta la descripción de sus conductas por los padres como una herida narcisista. El sentirse desvalorizado ante otro impide una relación adecuada y empática que posibilite la información y la ayuda. El clínico debe evitar que el adolescente lo vea como alguien que forma parte del grupo de los adultos, ya que esto generaría desconfianza, y que lo sienta totalmente de su parte. Una actitud neutral y empática hacia el paciente suele ser lo más eficaz, sin identificarse con él y su forma de afrontar los problemas, ni con los padres en la crítica y enfrentamiento hacia el hijo. Por otra parte, es importante hacerle ver que las entrevistas con sus padres son necesarias, ya que de este modo, se consigue una información más completa y se le puede ayudar más.

Tanto el adolescente como el niño precisan una actitud flexible del clínico y sentir que a éste le interesan sus problemas. Sin embargo, el psiquiatra debe mantener su papel de adulto, sin hacer críticas al paciente, pero sin dar crédito a todo cuanto diga antes de confrontarlo con los padres. La entrevista con el adolescente no debe limitarse a los síntomas, debe incluir aspectos familiares y personales (amigos, centro escolar, pareja, sexo, consumo de tóxicos, actividades de ocio, dificultades, intereses, expectativas y logros). Dada la inestabilidad y la peculiar vivencia del tiempo de estos pacientes, ciertos aspectos precisan ser evaluados periódicamente para determinar qué es transitorio y qué duradero. Asimismo, en ocasiones, es interesante pedirles que escriban sobre sus problemas y sus deseos, ya que a solas y sobre el papel, vierten información que por diferentes motivos no han dado en la consulta. Algunos cuestionarios o escalas específicos pueden cumplir el doble objetivo de evaluar los síntomas y después ser preguntado sobre ellos. Hablar de lo que se ha escrito favorece la comunicación y la ayuda.

Desde el inicio de las entrevistas se les debe comunicar que todo lo que refieran en la consulta será confidencial, salvo cuando se considere que supone un peligro serio para él u otras personas. Esta confidencialidad la deben conocer también los padres para evitar interferencias y desconfianza. En ocasiones les desagrada que sus hijos realicen confidencias a una persona extraña y que a ellos no les confíen sus problemas. Es necesario hacerles comprender que no se trata de una competencia psiquiatra-padres, sino de la mejor manera de prestarles ayuda.

Para que el adolescente tolere mejor la ayuda, todas las decisiones terapéuticas se le comunicarán y se tratarán con él. Los padres deben ser informados de las mismas en presencia del adolescente, si éste lo prefiere, y de la evolución, en un proceso de colaboración terapéutica continua.

### Juego y dibujo en la entrevista clínica

#### Juego

Para el adulto el juego es entretenimiento, distracción, diversión y se opone a actividades productivas como el trabajo. Diversos autores han estudiado desde distintas perspectivas teóricas las diversas funciones que el juego tiene en el niño. Éste juega por distintas razones: por placer, para expresar agresividad, para dominar la angustia, para acrecentar su experiencia del mundo y para esta-

blecer contactos sociales. Pero no todos los juegos tienen en la clínica el mismo valor. Cuando el niño es muy pequeño realiza **juegos de ejercicio**, característicos del período sensoriomotriz. A partir de los 2 años de vida, opta por los **juegos simbólicos** o juegos de ficción en los que representa una realidad que le permite asimilar situaciones nuevas. A los 7-8 años se siente interesado por los juegos en los que debe seguir unas reglas y en los que, generalmente, son necesarios más jugadores. En esta evolución intervienen factores cognitivos y afectivos. La observación del juego del niño permite valorar, pues, aspectos importantes, motrices, afectivos y relacionales.

La etapa, a partir de los 2 años, en la que el niño puede representar situaciones a través del juego, es la más utilizada en las entrevistas, ya que permite conocer la fantasía, los conflictos y la manera en que el niño afronta su resolución. El niño preescolar y escolar acepta jugar en la consulta con agrado, porque es para él una actividad gratificante y deseada en su vida cotidiana. El niño que no juega expresa algún tipo de patología. Se ha observado en niños autistas y depresivos, aunque también en otros hipermaduros o hiperadaptados que consideran el juego una forma poco agradable de emplear el tiempo (Marcelli y Ajuriaguerra, 1996).

La manera en que el niño organiza los juguetes (que están normalmente constituidos por figuras de personas, reales y de ficción, animales, casas, coches y otros que se van añadiendo según el gusto y la experiencia del clínico) constituye ya, en el inicio del juego, una expresión de su nivel de desarrollo y de la proyección de sus conflictos. A lo largo del juego se observa cómo los manipula (su psicomotricidad), si organiza juegos o simplemente alinea los juguetes, qué tipo de juegos (familiares, escolares, de ciencia ficción, etc.) y los temas que desarrolla. Desde un punto de vista descriptivo, pero lleno de significado, en ellos el niño puede mostrar agresividad, ansiedad, temor u otras emociones. No obstante, si el psiquiatra posee la información necesaria para ello, podrá llevar a cabo una interpretación más profunda de su significación y de los mecanismos de defensa del niño ante sus conflictos. Esto puede utilizarse con valor diagnóstico y también en sucesivas entrevistas terapéuticas.

### **Dibujo**

A partir de los 3 años un niño es capaz de garabatear y realizar (dependiendo de su capacidad cognoscitiva) algún dibujo simple. En ocasiones, el dibujo tiene un valor asociado de descarga motriz placentera; por este motivo, si disponen de un lápiz a los niños les gusta realizar espontáneamente trazos y garabatos. Posteriormente, el dibujo pasa de un realismo intelectual con valor proyectivo y personal, a otro visual, copia de la realidad y más convencional. En la primera de estas fases el dibujo adquiere un gran valor en el conocimiento del niño en su normalidad y en su psicopatología. La etapa escolar constituye el período privilegiado del dibujo espontáneo y éste informa sobre el lenguaje, la comunicación y la proyección de su vida psíquica. El dibujo tiene, pues, valor expresivo (el gesto gráfico, la elección de formas, colores, situación, etc.), narrativo (informa sobre la imaginación, los deseos, intereses etc.) y proyectivo (de emociones, sentimientos y conflictos) (Mazet y Houzel, 1981).

En psiquiatría infantil utiliza también el dibujo con una finalidad psicométrica, siguiendo la técnica de Goode-nough con el dibujo de la figura humana y, más frecuentemente, buscando los aspectos proyectivos (Machover, Minkowska, Corman, Koch et al.). Generalmente, en la entrevista se propone que los pacientes realicen dibujos libres y temáticos. El principal valor del dibujo libre es que el niño muestra su interés por algún contenido especial y, por consiguiente, tiene una significación proyectiva. Los dibujos temáticos son útiles para explorar algunos problemas en particular. El dibujo de una familia es el que más se solicita, aunque también se piden sobre el colegio, el miedo, la enfermedad, un sueño, etcétera.

Una vez que el paciente ha terminado el dibujo, el psiquiatra le hace preguntas sobre el mismo, que permiten conocer aspectos importantes a través de las asociaciones con los temas dibujados, los personajes y sus actividades, así como quienes son los más felices, los más tristes, los que ellos prefieren, con quién se identificarían, etc. Esto está relacionado con la familia, con el colegio, los amigos u otras personas y circunstancias. El hecho de que estas cuestiones no se afronten directamente, sino a través del dibujo, facilita un cierto distanciamiento en sus respuestas.

Cuando el niño es ya capaz de escribir, realizar estas preguntas por escrito permite explorar su vocabulario, la forma expresiva del lenguaje y las posibles alteraciones de la escritura.

Normalmente, el dibujo es una herramienta que forma parte de la entrevista del niño. En el caso de los adolescentes también es muy útil; sin embargo, algunos de ellos la rechazan por considerarla regresiva. También puede utilizarse como forma de terapia (incluso en los adultos), del mismo modo que el juego en los más pequeños.

## **HISTORIA EVOLUTIVA DE TRASTORNOS Y PROBLEMAS**

La entrevista clínica tiene varios objetivos: conocer los síntomas o problemas, valorar la organización psicopatológica del niño o adolescente, su interacción con el grupo familiar y explorar la importancia y significación de todo lo anterior en la vida de éste y sus padres. Otro de los objetivos es crear una relación de confianza entre el paciente y el psiquiatra con la finalidad, ya desde la primera entrevista, de que se convierta en una actividad terapéutica (Ballesteros, 2008). La historia clínica debe ser el documento en el que se articule el conjunto de datos útiles del proceso diagnóstico. Ha de seguir unos pasos que se integren de una manera secuencial en lo que se ha denominado **modelo de toma de decisión**, (Rodríguez-Sacristán, 1995). La historia clínica se inicia, generalmente, con los datos de **identificación del paciente** (nombre, edad, etc.) y los que se consideren necesarios administrativamente. Resulta interesante conocer quién solicitó la entrevista y si fue por decisión propia o por consejo de otros, ya que esto influye en la actitud ante la misma, así como su implicación en la información y en el tratamiento. Antes de la entrevista, pueden realizarse cuestionarios que complementen los datos aportados por los padres (CBCL, SDQ o el CCBI). Normalmente, se realiza en una consulta programada con el propósito de establecer un diagnóstico y un tratamiento para el paciente. Pero puede que la misma tenga lugar en el servicio de Urgen-

cias, o como interconsulta en niños o adolescentes ingresados en otros servicios o unidades, lo que modifica la manera y el tiempo de llevarlas a cabo.

Asimismo, y con frecuencia, son peticiones de jueces o fiscales con un fin más de peritación que clínico. Muy cercanas a esta forma son las solicitadas por la familia o alguno de los progenitores para la utilización posterior en procesos de separación o custodia. Estas condiciones modifican tanto aspectos de los datos de los informantes, como del juicio diagnóstico y del tratamiento que se propone.

Para el clínico el inicio lo constituye el **motivo de consulta**. Este puede no coincidir con el verdadero problema del niño, sino con el que causa mayor malestar en el entorno familiar o escolar (como, por ejemplo, los problemas de comportamiento en el trastorno depresivo). En las historias médicas los datos clínicos siguen al epígrafe: **enfermedad actual**. En psiquiatría del niño y del adolescente a veces es más útil elaborar una historia evolutiva de los problemas o trastornos, teniendo en cuenta las peculiaridades de los síntomas a lo largo del desarrollo. Los trastornos son específicos y propios de los diferentes estadios por los que atraviesa el paciente en su clínica y etiopatogenia, y sus consecuencias y especificidades pueden alcanzar otras etapas posteriores (juventud y madurez) de la vida (Conde y Ballesteros, 1995). En algunos casos, según el motivo de consulta, el interés puede centrarse en los síntomas que configuran el cuadro clínico sospechado y si éste se ajusta o no a los criterios de una categoría diagnóstica. Se debe evitar, no obstante, recoger datos de forma selectiva para apoyar la sospecha inicial. Es más adecuado mantener abierta la posibilidad de otros trastornos, y más teniendo en cuenta que algunos síntomas pueden encuadrarse en varios trastornos, y que, con frecuencia, en estas etapas aparecen varios de ellos comórbidamente.

Las preguntas hipocráticas **¿qué sufre?**, **¿desde cuándo?** y **¿a qué lo atribuye?** permanecen vigentes, aunque modificadas y complejizadas por los conocimientos actuales sobre psicopatología. Para responder a la primera pregunta (**¿qué sufre?**), el psiquiatra tratará de realizar la anamnesis más amplia posible para conocer todos los **síntomas** que presenta el paciente, y así poder adscribirle uno o varios diagnósticos. Por otra parte, es necesario valorar si los síntomas referidos se consideran anómalos o son variaciones de la normalidad sin significación clínica. Para poder realizar esta distinción, se deben tener en cuenta los aspectos evolutivos y del desarrollo de la infancia y adolescencia normal. Determinados síntomas son cualitativamente diferentes, como las alucinaciones o delirios, pero la mayoría pueden observarse en la vida cotidiana, en mayor o menor grado. Uno de los parámetros que ayudan a diferenciar los síntomas anómalos de los que no lo son, es la **intensidad** y la **frecuencia** con la que se manifiestan. No obstante, en ocasiones aparecen fronteras imprecisas en los llamados cuadros **subclínicos** o **subumbral** (no son ni muy frecuentes ni muy intensos), que ponen a prueba la decisión sobre el diagnóstico y la necesidad o no del tratamiento. Otro parámetro que se evalúa a la hora de valorar los síntomas es la **interferencia** que estos causan en la vida cotidiana del paciente. Este impacto de la enfermedad es un criterio obligatorio en las clasificaciones diagnósticas. A menudo se

producen discrepancias entre las diferentes versiones (la del niño o adolescente, padres, profesores, etc.). Por ello, deben ser cuidadosamente exploradas y es preciso que el clínico recurra a toda su pericia. La interferencia de los síntomas en el funcionamiento sobre diversos ámbitos de la vida no depende únicamente de la intensidad o frecuencia con la que aparecen, sino también de la capacidad que tenga el paciente de afrontar sus problemas. Si ésta es alta, el sufrimiento del niño y las repercusiones en la vida de éste serán menores. Para determinar los síntomas y las circunstancias que los originan también interviene la interpretación del informante (hay que tener en cuenta que puede aumentarlos o disminuirlos). En dicha interpretación influyen sus propias experiencias vitales. A veces la dotan de tal convicción que conlleva el peligro, si son erróneas, de actuaciones inadecuadas con su hijo, por lo que deben ser analizadas y corregidas por el psiquiatra.

Para responder a la pregunta **¿desde cuándo?**, se debe situar cronológicamente el inicio de los síntomas. Esto conlleva una dificultad para el clínico por diversos motivos: en ocasiones, los informantes no recuerdan aquel período, o puede que los recuerdos se encuentren alterados por factores catatímicos. Otras veces atribuyen el comienzo a ciertos hechos biográficos significativos que resaltaron el problema, pero en modo alguno fueron causales. También puede ser debido a que los síntomas son de instauración lenta y progresiva, sin un comienzo bien definido y, por lo tanto, difíciles de precisar. Asimismo, para explorar la **evolución**, el psiquiatra debe ser muy cuidadoso. El trastorno tiene, a veces, un curso característico, que el clínico debe conocer para aceptar o rechazar si se ajusta al mismo. En otras ocasiones está influido por factores psicosociales que atenúan o empeoran los síntomas. En cuanto a la **duración** del cuadro clínico, en la mayoría de los criterios de las clasificaciones de los trastornos psiquiátricos se exige un tiempo de persistencia de los síntomas, que debe cumplirse para poder realizar el diagnóstico. Uno de los criterios que más se han discutido es la duración de los síntomas para realizar el diagnóstico. A veces es más adecuado fijarse en la intensidad, frecuencia y en la repercusión funcional de los síntomas que no sólo en la duración.

En cuanto a **¿a qué lo atribuye?**, la causa de algunos trastornos no puede ser referida por el paciente o los padres, ya que intervienen **factores genéticos** o **neurobiológicos** que ellos desconocen. También hay que explorar **factores ambientales**, cuyo conocimiento es de gran interés para el diagnóstico y el tratamiento. Puede suceder que padres y paciente no atribuyan los síntomas a la misma causa, pero este hecho es importante para determinar lo que cada uno considera patógeno. La tarea del clínico es deslindarlos para favorecer, así, el tratamiento.

Previamente a dar por finalizada la recopilación de datos clínicos (mediante un interrogatorio por aparatos y sistemas), el psiquiatra debe revisar los problemas o síntomas de otro rango, que frecuentemente sufren los niños y adolescentes, y no centrarse exclusivamente en el motivo de consulta. De lo contrario, se perderá información sobre aspectos que tienen un valor clínico y a los que los informantes no han atribuido importancia.

Por otra parte, además de conocer **qué** es lo que se sufre, es muy importante saber **quién** lo sufre. Es decir, se debe indagar en el carácter, comportamiento, relaciones,

estado de ánimo habitual, habilidades sociales, autoimagen, percepción y significación de las figuras familiares y extrafamiliares importantes de la persona para realizar un buen juicio clínico y un planteamiento terapéutico.

Al final se informará a los padres y pacientes de cuantas cuestiones sean relevantes, procurando ser inteligible para todos y estimulando las preguntas que les sugiera esta información. Se comunicará el planteamiento terapéutico, admitiendo, cuando sea posible, sus preferencias sobre las diferentes terapias, o explicando las ventajas de las que se proponen. En esta actividad final se juega a veces la adecuada alianza terapéutica y el cumplimiento del tratamiento.

### **HISTORIA PSIQUIÁTRICA ANTERIOR**

Una vez recogida toda la historia de la enfermedad actual, se debe preguntar sobre la historia psiquiátrica anterior del paciente, sobre todo, los tratamientos que se le subministraron, las evaluaciones y exploraciones previas que se le realizaron y los posibles trastornos que haya padecido previamente. Asimismo, recoger consultas psiquiátricas anteriores del problema actual, sus tratamientos y resultados (positivo o negativo) ayuda a conocer los aspectos evolutivos, la actitud de los padres ante la enfermedad y sus expectativas de ayuda.

### **HISTORIA MÉDICA ANTERIOR, ALERGIAS MEDICAMENTOSAS Y MEDICACIÓN ACTUAL**

En este apartado se recoge la historia médica del niño, las posibles alergias a medicaciones o los agentes ambientales y el tratamiento actual. Es fundamental conocer esto para poder tener en cuenta los aspectos biológicos del niño antes de entrar en la formulación bio psicosocial.

Tienen un especial interés las **enfermedades** que el paciente haya sufrido a lo largo de su vida, es decir, si fueron importantes, banales, agudas o crónicas; si hubo necesidad de **hospitalización**; el tiempo que duraron y la edad que tenía el niño en el momento de padecerla. La enfermedad somática tiene valor por sí misma por su trascendencia en el paciente y su familia, ya que puede originar problemas psicopatológicos importantes.

### **HISTORIA SOCIAL Y DEL DESARROLLO/ ANTECEDENTES PERSONALES**

La información que el psiquiatra debe conocer de la vida del niño antes de que éste llegara a la consulta debe tener en cuenta la influencia de situaciones anteriores en el cuadro clínico que presenta, en la formación de la personalidad del paciente y, sin duda, en las relaciones que va creando en su entorno. Esta influencia se ejerce, en ocasiones, a través de hechos biológicos y, en otras, mediada por condiciones psicológicas y ambientales. Todo ello aporta datos sobre su psicopatología, sobre cómo pudo iniciarse, quién es el que la sufre y cómo da forma a los síntomas.

El conocimiento de los antecedentes personales se puede retrotraer hasta el momento de la **concepción**. El deseo o no de tener ese hijo y las circunstancias que lo determinaron constituyen el inicio de las circunstancias biográficas del paciente. Saber, pues, si fue deseado,

simplemente aceptado o rechazado revela el mundo afectivo en el que nació el niño. A esta información se le debe añadir si fue adoptado y los motivos de su adopción. La situación de la pareja que concibe o adopta el hijo, la estabilidad o no de la misma y la edad de los padres (sobre todo de la madre) son condiciones que influirán definitivamente en la vida del niño. Asimismo, la preferencia de estos por uno u otro sexo, con las expectativas que ello crea y aunque esto pueda ser superado, en ocasiones conlleva actitudes y sentimientos que afectarán al niño. También se deben explorar determinadas circunstancias del **embarazo**, debido a las repercusiones que éste tiene sobre los aspectos biológicos. Como por ejemplo, la duración del mismo, por los problemas de prematuridad, el curso y las posibles enfermedades (infecciones víricas, metabólicas, tóxicos [alcohol y tabaco] y traumatismos, etc.), ya que afectan a la etiología de diversos cuadros psicopatológicos y enfermedades somáticas. Conocer la situación emocional de los padres, especialmente de la madre, completará el conocimiento de este período. Es importante conocer si hubo abortos previos y si éstos fueron espontáneos, ya que además de hacer sospechar de posibles alteraciones cromosómicas, pueden generar gran ansiedad a los padres ante el temor de que vuelva a repetirse.

Las condiciones del **parto** (si fue normal o distócico) también pueden generar alteraciones, en ocasiones, permanentes. Los datos relevantes que deben conocerse con respecto al nacimiento son: el peso, la talla, el índice de Apgar y todo cuanto exprese la indemnididad del niño recién nacido. Algunas alteraciones producidas durante el **período neonatal** pueden crear patologías somáticas, que serán la causa de psicopatología posterior. Cuando la patología precisa de ingresos hospitalarios, significa que existe una mayor gravedad. Esto tiene repercusiones afectivas en los padres, en sus expectativas, temores y en la proyección ante la vida que se inicia.

Ya en los primeros meses de vida posnatal se pueden observar rasgos del **temperamento** del niño (definido como la tendencia o disposición constitucional individual a reaccionar en un determinado ambiente, y que tiene su base en las características genéticas y neurobiológicas del sujeto). Diversos autores han propuesto clasificaciones que tienen un gran interés para la clínica, algunas de ellas han sido elaboradas a partir de observaciones de niños muy pequeños.

El **desarrollo del niño** en sus aspectos psicomotores, entre ellos los cognoscitivos, y afectivos puede seguirse en orden cronológico o dividiéndolos en funciones. No obstante, esto debe hacerse de forma extensa y cuidadosa, debido a su repercusión en el futuro del niño.

Los hitos más importantes del **desarrollo psicomotor** (cabeza erecta, sedestación, bipedestación y deambulación) se suelen recordar bien. La posibilidad de caminar supone para el niño el comienzo de su autonomía, lo que pone a prueba el proceso de vinculación del niño con su madre y el grado de tolerancia a una inicial separación de ambos, que puede ser normal o patológica por parte de uno de ellos o de ambos.

El **desarrollo del lenguaje** también conlleva una parte biológica en su inicio y evolución, con las posibles alteraciones receptivo-expresivas o fonológicas, y otra más relacional y comunicativa en la que se refleja la apeten-

cia del niño por esta comunicación verbal y la receptividad y estímulo de los padres a la misma. Genealmente, siempre se ha prestado más atención a sus aspectos formales que a su desarrollo y a su utilización y, teniendo en cuenta que es una de las funciones más específicamente humanas, se deberían tener más en cuenta estos aspectos.

El **control de esfínteres** expresa en su consecución normal la madurez biológica adquirida y la asimilación de las normas para conseguirlo, y en su defecto, problemas psicológicos que se deben investigar. Asimismo, ciertas actividades integradas en su autonomía, como vestirse, comer y dormir solos dependen de una adecuada motricidad, a la que influyen condiciones psicológicas, personales y familiares.

El **sueño** y la alimentación en la infancia son funciones en las que puede expresarse una variada psicopatología. Características del sueño como los horarios, la independencia de los padres (edad de separación de su habitación), el objeto transicional si lo hubo, y otras circunstancias como la calidad del sueño y los posibles miedos evolutivos y parasomnias aportan datos importantes sobre normalidad o psicopatología. Por otra parte, los **sueños** (frecuencia y contenido) también añaden información sobre el nivel de desarrollo y psicopatología.

La **alimentación** estructura en la infancia la interacción más precoz del niño con su madre. Posteriormente, en la adolescencia, recibe importantes influencias sociales. Su patología puede iniciarse en la lactancia o durante la infancia y adolescencia, con trastornos de la alimentación cuantitativos y cualitativos, que no deben descuidarse al recoger los antecedentes personales.

A lo largo de los primeros años de vida deben explorarse peculiaridades de la **afectividad**: la primera sonrisa, la ansiedad ante el extraño, el inicio de la socialización en la familia y las posteriores conductas de socialización extrafamiliares. Estas son herederas de aquéllas y van poniendo de manifiesto rasgos del carácter y la personalidad del niño. El inicio de la asistencia al colegio permite observar las reacciones ante la separación de la madre, la relación con personas fuera del entorno familiar y su adaptación a unas nuevas normas. La **escolaridad** supone para el niño la posibilidad de adquirir conocimientos y relacionarse. Gran parte de su autoestima se fundamentará (una vez que haya conseguido la confianza básica con la madre en etapas anteriores) en los logros escolares. El rendimiento, el comportamiento y la socialización son manifestaciones de la evolución y del desarrollo del niño y permiten, asimismo, la aparición de una variada psicopatología, ya que abarcan numerosas funciones durante un largo período de tiempo.

Por otro lado, debe procurarse información acerca de la **sexualidad** o **desarrollo psicosexual**. El inicio de la curiosidad sexual, la aparición de conductas sexuales, los sentimientos que ellas originan y la percepción de su identidad sexual tienen relevancia en la vida del niño y en la forma en que sus padres perciben su desarrollo y maduración. El inicio de la pubertad, la evolución de la misma y la posibilidad de iniciar relaciones sexuales constituyen el paso de la niñez a la adolescencia y a la adultez; por lo tanto, éstas tienen una gran repercusión en la vida del adolescente. En ocasiones, es difícil tratar estos temas debido al rechazo, la ocultación o la deformación del relato

del adolescente. Si el clínico posee empatía y habilidad deberá explorar este ámbito e incluirlo entre la información que se ha de valorar, y organizar ayuda si el paciente la precisara.

La posibilidad de que el adolescente consuma **tóxicos** no constituye por sí misma una causa de consulta, pero se debe investigar en los antecedentes personales la cantidad y las diversas formas de consumo, así como la repercusión en la vida del paciente y su entorno; la percepción de su peligrosidad y el cese del consumo y sus causas, si ya se hubiera manifestado.

Con respecto al **entorno social** y **familiar del niño**, es importante conocer aspectos como los siguientes:

- Los **rasgos de personalidad de los padres** influyen no sólo en la dinámica familiar, sino también en algunos de los rasgos del carácter de los hijos. También influye cómo hayan expresado su afectividad (de manera suficiente o escasa), su estado de ánimo habitual, su deseo y habilidad en las relaciones sociales, sus reacciones ante las frustraciones, etc. Todas estas circunstancias dan forma al ambiente familiar en el que vive el niño. Por consiguiente, los padres se convierten en un buen apoyo para los hijos o, por el contrario, pueden contribuir en parte a la génesis y al mantenimiento de la psicopatología.
- La **situación de la pareja** como matrimonio o no, la monoparentalidad, el divorcio, la muerte de algún progenitor, entre otras circunstancias, influyen en la cotidianidad del niño y en su psicopatología. Frecuentemente, se observan problemas emocionales o de comportamiento en la clínica como reacción ante algunas circunstancias familiares.
- Si el niño es adoptado, los **antecedentes de sus padres biológicos** interesan por los factores hereditarios y de convivencia, si ésta hubiera existido. Actualmente, se está estudiando la influencia de la separación y de la futura adopción en el proceso de vinculación, ya que proporciona observaciones muy valiosas para la psicología y psicopatología evolutiva.
- Algunos datos como la **edad, la dedicación laboral, los estudios y el nivel socioeconómico y laboral de los padres** no son sólo descriptivos. Aportan información sobre el ambiente del niño, explican las expectativas y exigencias que se transmiten a los hijos o, por el contrario, la posible negligencia y desinterés en su cuidado.
- Es importante investigar las **enfermedades somáticas de los padres**, actuales o pasadas, ya que pueden posibilitar su transmisión y generar preocupaciones centradas sobre ellos mismos y su enfermedad. Además, los trastornos psiquiátricos incrementan la conflictividad familiar y provocan en el niño vivencias de difícil elaboración porque, generalmente, originan una carencia de referencias, lo que entorpece la ayuda en el afrontamiento a las perturbaciones de la familia.
- La **enfermedad familiar y sus circunstancias** o la muerte de alguna persona cercana al niño (más si son figuras de vínculo) suponen uno de los factores patógenos más devastadores para el niño.

- **Conocer la fratria** (el número, sexo, orden de los hermanos, características personales, preferencia o rechazo del paciente por alguno de ellos, etc.) añade más información sobre la vida del niño o adolescente y sus relaciones familiares. Las posibles enfermedades psiquiátricas o somáticas tienen valor similar a lo ya descrito en los padres.
- En el caso de que existan, deben tenerse en cuenta a **otras personas de convivencia estable** con relevancia en la vida del niño o adolescente (abuelos, etc.) por la influencia que tienen en ellos.
- Los **datos sobre la familia primaria** de los padres contribuyen a conocer las enfermedades somáticas y psiquiátricas, así como los rasgos familiares de personalidad, el tono afectivo y las relaciones entre sus miembros y extrafamiliares. Reflejan también cómo aprendieron los progenitores del niño a ser padres, ya sea por identificación o por rechazo a sus figuras parentales.
- De las **vivencias familiares**, como se ha dicho, surge con frecuencia la posibilidad de identificar a su hijo total o parcialmente con uno o varios miembros de la familia. Cuando la identificación es negativa el perjuicio que sufre el niño por atribuciones que no son propias exige que el clínico haga ver a los padres que esto es perjudicial para su hijo.
- Por último, tienen un gran interés las referencias a la dinámica familiar, incluyendo la historia familiar (**ciclo de vida familiar**), desde la formación de la pareja, la paternidad, la adaptación y la preferencia por las diferentes etapas de la familia y sus componentes, los cambios en la misma, las separaciones, los fallecimientos y otras vicisitudes. Que tengan que ver más con la cotidianidad: los modos de comunicarse y las interacciones, los métodos educativos, las normas de convivencia, la participación en responsabilidades, los cuidados físicos y toda la información que ayude a revelar el medio en el que vive el niño diariamente.

### **HISTORIA PSIQUIÁTRICA FAMILIAR/ ANTECEDENTES FAMILIARES**

En la génesis de la psicopatología del niño y del adolescente los antecedentes familiares que intervienen son factores biológicos, psicológicos y psicopatológicos. No obstante, también influyen los dinamismos que subyacen en las relaciones y en la comunicación familiar. Primar unos u otros depende del cuadro clínico del paciente. Recabar, con la mayor precisión posible, la información biopsicosocial acerca de los miembros de la familia y sus relaciones y conflictos permite elaborar un diagnóstico, un juicio clínico y un tratamiento más acertado. La información prioritaria se refiere a la familia primaria (padres y hermanos), pero debe extenderse a otros miembros de la familia, ascendentes y colaterales de los padres. Esto es necesario no solamente para conocer datos sobre los factores hereditarios, sino también para comprender más adecuadamente la dinámica que subyace en los procesos psicopatológicos. En estas edades, varios de

los trastornos psiquiátricos que se producen se heredan; como, por ejemplo, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el trastorno disocial, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Por tanto, conocer los antecedentes familiares de estos cuadros clínicos (si los hubiera) constituye un apoyo en el diagnóstico, pronóstico y planteamiento terapéutico. Cuando el componente del trastorno es hereditario se aconseja hacer genogramas o árboles genealógicos de cuantas generaciones se conozcan. Aspectos como la historia familiar de suicidio u hospitalizaciones psiquiátricas crónicas pueden ser muy importantes.

## **EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA**

### **Exploración del estado mental**

La exploración del estado mental o exploración psicopatológica del niño o adolescente es en psiquiatría el equivalente a la exploración física en medicina interna. Se trata de una exploración estructurada (Anexo 1-1) en la que se exploran diferentes áreas del estado mental del niño en el momento de la evaluación. La diferencia entre la evaluación psiquiátrica y la anamnesis es que en la primera el médico que efectúa la evaluación recopila los datos objetivamente, mientras que en la anamnesis la información se obtiene directamente de lo que exponen el niño y sus padres. Para no olvidar ningún aspecto relevante, es fundamental que la exploración sea estructurada y rutinaria. Del mismo modo que el internista examina la cabeza, el cuello, el corazón, los pulmones, el abdomen, las extremidades y hace una exploración neurológica de todos los pacientes, el psiquiatra debe explorar:

- **La sensorio y cognición:** si el paciente está alerta, letárgico o en coma; orientación en tiempo, lugar, persona, y circunstancia; atención y concentración; memoria a corto y largo plazo; capacidad de abstracción.
- **La apariencia y comportamiento:** si el paciente presenta alguna alteración física evidente (micro o macrocefalia, facies peculiar, cicatrices); si colabora con la entrevista, si parece de su edad, más joven o más mayor; su contacto ocular evitativo, nulo, o intenso; si presenta actividad psicomotriz elevada o baja para su edad; si hay tics o manierismos, estereotipias, o movimientos anormales, rigidez, temblor, etc., y la evaluación de la higiene y vestido: si es adecuado para su edad, limpio y arreglado, desarreglado; si presenta algún tipo de adorno como tatuajes, *piercings*, maquillaje excesivo, ropa o *look* de un tipo concreto (todo negro, pantalones grandes y bajos, falda excesivamente corta, pelo rapado, cresta en el pelo...).
- **El humor y el afecto:** el humor (expresión interna del estado de ánimo del paciente) es un síntoma. El afecto (expresión externa del humor) es un signo y puede ser congruente o no con el humor. En cuanto a éste, existe un amplio o estrecho rango, que va desde aplanado a normal o excesivamente dramático y teatral. Durante la entrevista se puede mostrar estable, fluctuar ligeramente o de forma muy rápida en un afecto lábil, de manera que el pa-

- ciente pasaría rápidamente de la tristeza a la alegría o a la irritabilidad extrema.
- **El proceso o la forma del pensamiento:** se explora principalmente con el lenguaje. El paciente puede presentar un bloqueo del pensamiento, puede ser, perseverativo, normal, orientado al tema de la conversación, circunstancial, tangencial, llegar a la desorganización total, con vuelo de ideas o hacer una mezcla de palabras sin hilo conductor, generalmente, aunque no siempre, con aceleración del habla.
  - **El contenido del pensamiento:** aquí se investiga si existen ideas de suicidio; homicidio o violencia; obsesiones o rumiaciones; percepciones, como alucinaciones (percepciones sin objeto) auditivas, visuales, olfativas, táctiles o gustativas, o ilusiones (percepciones con objeto, pero que se perciben como otra cosa, por ejemplo creer que una sombra es una persona escondida, etc). En este apartado también se explora la presencia de diferentes tipos de delirios o creencias sobrevaloradas.
  - **El lenguaje, el habla, la lectura, etc.:** en el primero se evalúa la articulación, la prosodia, el flujo, la capacidad de repetir palabras y la comprensión. En el habla se examina si ésta es lenta, monótona, con un ritmo regular, acelerada, rápida o presionada. La lectura se explora empleando un texto adecuado para la edad del niño. Preguntándole al niño por **tres deseos**, se exploran, de una forma abierta y no directiva, sus deseos y temores, la capacidad de planificación y la evitación del esfuerzo mental. En esta línea de preguntas abiertas se le puede pedir al niño que dibuje una familia y una casa y hablar de ello con él. Asimismo, es conveniente tener una idea de su **capacidad de juicio** (anticipar las consecuencias de sus actos) y su **insight** o **conciencia de enfermedad**. Es bueno que al acabar la entrevista el psiquiatra le resuma sus hallazgos al paciente y le explique que muchas de estas preguntas que a él le pueden parecer extrañas se las hace rutinariamente a todos los niños.

### Uso de cuestionarios y escalas generales y específicas

Las técnicas de evaluación son todos aquellos procedimientos que aproximan a la realidad psíquica del niño, unas veces para describirla y otras para cuantificarla. La técnica de evaluación esencial e insustituible es la historia clínica; el resto de test, cuestionarios, escalas de evaluación psicopatológica, entrevistas clínicas, etc. se utilizan a modo de examen complementario para cuantificar o precisar el problema ya definido, o bien como instrumento de detección de una patología psiquiátrica infantil en una población determinada.

### Cuestionarios y escalas generales

Los instrumentos que más se utilizan para evaluar psicopatologías son:

- Las escalas de Conners.
- El CBCL (*Child Behaviour Check List*) de Achenbach.
- El cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ) de Goodman.

### Escalas de Conners

Desde 1970 existen varias versiones. Una de las más utilizadas en edades entre 3 y 17 años es la CRS-R (*Conners Rating Scale-Revised*). El CRS-R tiene 27-87 ítems, dependiendo de si es una versión larga o corta, e incluye escalas de valoración de problemas de conducta del niño, relleno por padres, profesores (de 3 a 17 años) y la versión autoaplicada en adolescencia (de 12 a 17 años). Las versiones de padres y profesores recogen siete factores: problemas cognitivos/inatención-hiperactividad, oposicionismo, ansiedad, perfeccionismo, problemas sociales y psicósomáticos (sólo en padres), tiene también un índice global, índice TDAH (trastorno por déficit atención e hiperactividad) y síntomas DSM-IV (incluye la inatención, hiperactividad-impulsividad). La versión de adolescentes contiene las siguientes subescalas: conducta, cognitiva, familiar, control de ira, problemas emocionales e hiperactividad, índice TDAH y síntomas DSM-IV. La consistencia interna de la versión larga para padres es de 0,73 a 0,94 y la corta de 0,85 a 0,94; la de profesores corta es de 0,88 a 0,95; la de adolescentes larga de 0,74 a 0,92 y la corta de 0,73 a 0,85. Dependiendo de la versión que se utilice, la fiabilidad test-retest oscila entre 0,47 y 0,92 (la más fiable es la de profesores corta y la menos la de padres larga). Esta versión y las distintas de Conners se han empleado para valorar problemas de conducta general y para valorar el efecto de la medicación en el TDAH. También se han utilizado en estudios genéticos y para establecer la validez de otras escalas.

### Cuestionario de comportamiento infantil (CBCL, *Child Behavior Checklist*)

Achenbach (Achenbach y Edelcrook, 1983) creó los cuestionarios de comportamiento infantil. Estos son una serie de listas autoaplicadas con distintas versiones para padres, profesores y adolescentes con rangos de edad variables. Desde su creación inicial han pasado por distintas versiones hasta las actuales. En la versión de 2001, el cuestionario de padres (CBCL/6-18, 2001; CBCL/4-18, 1991), el de profesores (TRF) y el autoaplicado (YSR) recogen en sus distintos ítems (de 105 a 120, dependiendo de la versión) ocho síndromes que designan como: ansioso/depresivo, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, problemas de conducta, conducta agresiva. Estos síndromes se agrupan en dos escalas (internalizantes y externalizantes). En 2007 se adaptaron para poder aplicarlas a inmigrantes e igualmente se incluyen escalas en la versión autoaplicada como: problemas obsesivos-compulsivos o problemas de estrés postraumático.

En sus distintas versiones, las propiedades psicométricas de estos cuestionarios son de moderadas a buenas. En las de 1991 la consistencia interna en áreas del cuestionario que valoran la adaptación y competencia eran de 0,32 a 0,64, en cambio en los síndromes era más alta, de 0,59 a 0,97 (en la versión de 2001 oscila entre 0,55 y 0,97). La fiabilidad test-retest era de 0,67 a 0,93 para conductas de adaptación y competencias, y para problemas/síndromes de 0,47 a 0,96 (0,60 y 0,95 en la versión de 2001). En cuanto al valor predictivo, discriminaba entre niños referidos y no referidos.

### Cuestionario de habilidades y dificultades (SDQ, *Strengths and Difficulties Questionnaire*)

A partir de un cuestionario desarrollado por Rutter en 1970, Goodman creó el cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ, *The Strengths and Difficulties Questionnaire*). Este detecta posibles casos de trastorno mental y del comportamiento en niños de 4 a 16 años. Consta de 25 ítems, divididos en cinco escalas de cinco ítems cada una. Cuatro de ellas miden conductas problemáticas (síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad y problemas con compañeros); éstas conforman otra escala total de dificultades. La quinta escala (escala de conducta prosocial) hace referencia a los comportamientos positivos. Cada ítem presenta tres posibilidades de puntuación «no es cierto», «un tanto cierto» y «absolutamente cierto»; se puntúan como 0, 1 ó 2.

### Ventajas e inconvenientes de los cuestionarios y escalas

Ventajas:

- Se pueden utilizar como método de detección en una población extensa o en estudios comunitarios.
- Se pueden utilizar como instrumento de valoración global de trastornos mentales en una determinada población, como en pediatría de atención primaria.
- Como en la psiquiatría de la infancia y adolescencia la comorbilidad es la regla, son instrumentos interesantes para detectar cuadros secundarios o comórbidos.
- Valoran la eficacia y los efectos secundarios en estudios psicofarmacológicos.

Inconvenientes:

- En los estudios epidemiológicos la designación de los puntos de corte debe ser meticulosamente analizada para evitar falsos positivos y negativos.
- Estos instrumentos son orientativos, no diagnósticos.
- Existe variabilidad entre las propiedades psicométricas de las diferentes escalas.

### Entrevistas psiquiátricas estructuradas y semiestructuradas generales

Las entrevistas estructuradas no permiten recoger adecuadamente la cronología de los síntomas, la interacción entre las distintas variables ambientales estresógenas, las reacciones emocionales, los aspectos del desarrollo, etc. Por ello, no pueden reemplazar a la entrevista clínica. No obstante, son capaces de registrar aspectos que podrían ser olvidados. Son imprescindibles en la investigación clínica, epidemiológica, etcétera.

### Entrevista diagnóstica para niños y adolescentes (DICA, *Diagnostic Interview for Children and Adolescents*)

Fue el primer protocolo diseñado para niños y el primero que se adaptó a los criterios de clasificación DSM. Los trabajos de adaptación de la entrevista se iniciaron con la versión revidada (DICA-R, Reich, Shayka y Taibleson, 1991). Actualmente, existen distintas versiones: DICA-C (de 6 a 12 años); DICA-A (13 a 17 años); DICA-P, que

contiene las mismas preguntas que las anteriores, pero adaptadas para padres.

La entrevista recoge información para obtener diagnósticos de síntomas y síndromes siguiendo un sistema de clasificación categorial. Tiene una estructura ramificada que permite pasar a otro bloque de preguntas cuando el síntoma no está presente. La duración de la misma oscila entre 60 y 90 min. Discrimina entre muestras pediátricas y psiquiátricas y se relaciona moderadamente con otras medidas de psicopatología de niños. Tiene una alta fiabilidad entre investigadores y el acuerdo padres-niños es moderado.

La versión española de la entrevista se llama Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes (EDNA-IV). La EDNA-IV es la adaptación de la DICA-R y de la *Missouri Assessment of Genetics Interview for Children* (Todd, Yonar, Heath, Neuman y Reich, 2003). Se basa en criterios del DSM-IV; tiene tres versiones: EDNA-C (8 a 12 años), EDNA-A (13-17 años) y EDNA-P (para padres). Las propiedades psicométricas de la adaptación española se han estudiado extensamente; este instrumento tiene una alta fiabilidad y validez (Ezpeleta, Osa, Doménech, 1995, 1997).

### DISC o NIMH-DISC (*The National Institute of Health Diagnostic Interview Schedule for Children*)

La primera versión del instrumento DISC-1 se presentó en 1983, desde entonces han ido apareciendo distintas versiones (DISC-R y DISC 2, 1, 2, 3, etc.). (Costello et al., 1982, 1984; Shaffer, 2000). Los resultados del estudio MECA llevan al desarrollo de la NIMH-DISC-IV. Éste difiere de las versiones anteriores en que utiliza criterios DSM-IV y CIE-10. Igualmente, sustituye el apartado de «un mes o un año» por «durante los últimos seis meses», siguiendo un modelo de diagnóstico a lo largo de la vida. Existe una versión para padres DISC-P y otra para niños DISC-C (todas evalúan a niños y adolescentes entre de 9 y 17 años). Además, cuenta con un algoritmo de puntuación computarizado. Al tratarse de una entrevista altamente estructurada, las instrucciones sirven de guía completa para efectuar las preguntas. Por lo tanto, el examinador no necesita tener conocimientos de psiquiatría infantil para pasar el protocolo correctamente, tan sólo un mínimo período de entrenamiento. Valora más de 30 trastornos psiquiátricos en la infancia y adolescencia, tiene unas propiedades psicométricas aceptables y existen versiones en inglés y español.

### Protocolo para los trastornos emocionales y la esquizofrenia en niños

#### (K-SADS, *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age children*)

Es una entrevista semiestructurada está basada en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) (Ambrosini, 2000). Contiene secciones para obtener información de los padres sobre su hijo y otro para entrevistar al niño. Evalúa niños de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años. Existen diversas versiones: K-SADS-E (epidemiológica), K-SADS-PL (síntomas en el momento actual y anteriores), K-SADS-P (estado actual) y K-SADS de la Universidad de Washington. Se tarda entre 60 y 90 minutos en completar. Para utilizarlo,

el entrevistador debe estar formado en el campo de la psiquiatría infantil, pero no es necesario que sea psiquiatra.

Existe una versión española (K-SADS-PL), validada por De la Peña (2006). Ésta se ha empleado en diversos trabajos, en los que se han evidenciado sus aceptables propiedades psicométricas. César Soutullo (Clínica Universidad de Navarra) la ha adaptado al idioma español de España; está disponible en internet para su investigación en: <http://www.cun.es/la-clinica/servicios-medicos/psiquiatria/mas-sobre-el-departamento/unidades/psiquiatria-infantil-y-adolescente/>

#### Entrevista telefónica breve del niño y la familia (BCFPI, *The Brief Child and Family Phone interview*)

Es una entrevista telefónica, adaptada del OCHS-R (*Revised Ontario Child Health Study's*, Boyle et al., 1993), para padres, profesores y jóvenes. Se utiliza como instrumento de detección y valoración de tratamientos en servicios de salud mental infantil. Consta de distintas escalas para valorar síntomas de trastornos como: el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Opositor Desafiante, Trastorno de Conducta, Trastorno de Ansiedad de Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Depresión Mayor.

En cuanto a su efectividad como instrumento de detección en niños con diagnóstico según DISC-IV, tiene una sensibilidad y un valor predictivo más alto en los trastornos externalizantes, mientras que para trastornos internalizantes, son más altos la especificidad y el valor predictivo negativo. Por otra parte, como *screening* ofrece resultados similares a los del CBCL.

### Evaluación de los trastornos externalizantes

#### Escalas y cuestionarios

##### Escala de TDAH (ADHD-RS-IV)

Creada por DuPaul (1998), se aplica a niños y adolescentes de 5 a 18 años. Consta de 18 ítems que se centran en dos factores: la inatención y la hiperactividad/impulsividad. Sigue criterios del DSM-IV. Existe una versión de padres y profesores. Presenta una consistencia interna de 0,92 (total de padres) a 0,94 (total de profesores). Presenta una fiabilidad test-retest de 0,85 (total de padres en cuatro semanas) a 0,90 (total de profesores en cuatro semanas). Se ha utilizado en múltiples estudios farmacológicos, clínicos, etcétera.

##### IOWA Conners

Se emplea para valorar las conductas externalizantes de los niños de 6 a 12 años (Money, Milich, 1982; Pelma, 1989). Consta de 10 ítems con dos factores: hiperactividad y agresividad. La subescala de hiperactividad recoge los ítems del DSM IV. Esta escala ha sido muy utilizada en estudios farmacológicos que requieren múltiples aplicaciones en cortos períodos de tiempo. Entre sus propiedades psicométricas hay que destacar que su fiabilidad test-retest es alto, pero la concordancia de padres y profesores es baja.

##### SNAP-IV

#### (Swanson, Nolan y Pelam-IV Questionnaire)

Es similar al ADHD-RS pero con ítems de TND (trastorno negativista). Se utiliza en niños de 5 a 11 años. Tiene una versión íntegra de 90 ítems con dos factores y una versión TDAH + TND de 31 ítems. Además de en el MTA, se ha empleado en múltiples estudios para valorar la eficacia de algunos fármacos.

##### SKAMP

Se aplica a niños de 7 a 12 años. Consta de 10 ítems con dos factores: inatención y problemas de conducta en clase. Está incluido en la versión total de SNAP-IV. La fiabilidad est-retest en un día es de moderada a buena. Tiene buena sensibilidad al efecto del tratamiento (Swanson, 1992; Wigal, 1998).

#### Escala de habilidades y debilidades de síntomas de TDAH y comportamiento normal (SWAN, *The Strengths and Weaknesses of ADHD Symptoms and normal behavior*)

Aplicable a niños de 5 a 11 años. Tiene 26 ítems con tres factores: inatención, hiperactividad/impulsividad y oposicionismo. Swanson, 2001.

#### Entrevistas semiestructuradas

##### Descripción de los padres de los síntomas del niño (PACS, *Parental Account of Children's Symptoms*)

Entrevista semiestructurada cuyo propósito es ofrecer una información más detallada de la conducta del niño en casa y en cualquier tipo de situación en la que los padres puedan ser los informadores directos, ya que la realizan los padres. Tiene tres apartados:

- Historia médica personal y familiar: ingresos hospitalarios, accidentes, antecedentes pre y perinatales, etcétera.
- Historia social.
- Cuestionario psicopatológico: tiene tres subescalas:
  - Déficit atencional/hipercinesia: Consta de ítems que valoran:
    - La atención mantenida: se evalúa el tiempo que el niño es capaz de invertir a una sola actividad en cuatro situaciones diferentes (viendo la televisión, leyendo, jugando solo y en compañía).
    - La distractibilidad: se conceptualiza como la inquietud y la intranquilidad. Mide la frecuencia con la que el paciente se levanta mientras está realizando cualquiera de las situaciones descritas anteriormente.
    - El nerviosismo o la inquietud: tiene en cuenta las veces en las que el niño mueve el cuerpo o parte de él mientras el niño está realizando dichas situaciones.
    - Nivel de actividad: se refiere al tiempo de quietud en situaciones que la requieren como viajar en coche, comer, etcétera.
  - Trastornos de conducta.
  - Trastornos emocionales.

## Evaluación de los trastornos internalizantes

### Evaluación de los trastornos de ansiedad

#### Cuestionarios y escalas

**La escala multidimensional de ansiedad para niños (MASC, *Multidimensional Anxiety Scale for Children*) (March, 1997)**

Mide cuatro factores principales de ansiedad: síntomas físicos (tensión/inquietud, somática/autonómica), ansiedad social (humillación/rechazo, miedo al comportamiento en público), evitación del daño (perfeccionismo y afrontamiento con ansiedad) y ansiedad por separación. La puntuación total indica trastornos de ansiedad generalizada. Es una de las escalas que se suelen escoger para evaluar los trastornos de ansiedad. Entre sus propiedades psicométricas hay que señalar que su consistencia interna es de 0,87 a 0,93 (total) y de 0,48 a 0,90 (factores). Presenta una buena fiabilidad test-retest.

**Escala de ansiedad estado y ansiedad rasgo para niños (STAI-C, *The State-Trait Anxiety Inventory for Children*)**

Se desarrolló sobre la base del inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger et al. La versión para niños consta de 2 subescalas (cada una tiene 20 ítems) de autorreferencia, una para valorar la ansiedad estado y otra para la ansiedad rasgo. La versión de ansiedad estado tiene una consistencia interna de 0,65 a 0,89 y la de ansiedad rasgo de 0,44 a 0,94. Su fiabilidad test-retest oscila entre 0,31 a 0,71. TEA la ha traducido al español y se ha encargado de su baremación en España (Seisdedos, 1990).

**Escala de ansiedad manifiesta en niños (CMAS, *The Children's Manifest Anxiety Scale*)**

Esta escala se utilizó primero en adultos; Castañeda et al. (1956) la adaptaron a niños y adolescentes. Mide la tendencia a experimentar ansiedad no transitoria; por lo tanto, se puede considerar como una medida de ansiedad rasgo. Consta de 53 ítems, que se valoran como «sí» o «no».

**Escala general de ansiedad infantil (GASC, *General Anxiety Scale for Children*)**

Sarason (1960) creó esta escuela compuesta por 45 ítems, repartidos en dos subescalas (la escala de mentira y la escala de ansiedad generalizada).

#### Entrevistas semiestructuradas

**Cuestionario de evaluación de la ansiedad infantil (CAEF, *Children's Anxiety Evaluation Form*)**

Recoge signos y síntomas, obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas. Se desarrolló para medir niveles de ansiedad en niños.

### Evaluación de los trastornos afectivos

#### Cuestionarios y escalas

Las más conocidas y empleadas son las derivadas de la propuesta de Beck.

**Inventario de depresión de Beck (BDI, *Beck Depression Inventory*)**

Es la escala que más se utiliza para evaluar la depresión de adolescentes (Beck, 1993). Valora aspectos cognitivos, conductuales, emocionales y somáticos. Es más eficaz en muestras clínicas que comunitarias y distingue a nivel ambulatorio los sujetos depresivos de los ansiosos y disociales.

**Inventario de depresión infantil (CDI, *Children's Depression Inventory*)**

Este inventario creado por Kovacs (1992) procede del BDI de Beck y tiene su misma estructura. De hecho, es una ampliación del BDI de preadolescentes, aunque a menudo se utiliza en adolescentes. Lo componen 27 ítems; cada uno con tres frases de distinta intensidad sobre un síntoma. Se valora de cero a 2. Los niños deben escoger aquella frase que se encuentra más próxima a su situación afectiva actual. Las escalas más frecuentes son: ánimo disfórico, paso al acto, pérdida de interés personal y social, autocrítica y síntomas vegetativos. Es una escala muy útil; es la más estudiada en la depresión infantil. Presenta una consistencia interna de 0,71 a 0,89 (total) y de 0,59 a 0,68 (factores); tiene validez predictiva y detecta la eficacia del tratamiento. Existen numerosos trabajos de adaptación del CDI a la población española (Frías; 1991, Ezpeleta et al., 1988; Doménech, 1988; Del Barrio, 2000). Uno de ellos es el que realizó Rodríguez Sacristán y Cardoze en 1977, 1982 (CEDI). Tiene dos versiones, una para niños de 5 a 10 años (con 19 ítems y tres posibles respuestas) y otra para niños de 11 a 16 años (con 16 ítems y cuatro respuestas posibles).

**Inventario de depresión infantil, versión corta (CDI-S, *Children's Depression Inventory-Short*)**

Es una versión abreviada de 10 ítems del CDI de 27 ítems. La selección la realizó Kovacs (1992). Escogió los ítems más representativos para cubrir los criterios diagnósticos de la sintomatología depresiva de niños entre 7 y 17 años. Los ítems se presentan en tres frases que enuncian tres niveles de intensidad de sintomatología depresiva. En los distintos estudios de baremación se indica que las propiedades psicométricas de la prueba abreviada (CDI-S) son buenas y paralelas al CDI de 27 ítems. La adaptación española es de Del Barrio et al. (1997).

**Escala de depresión infantil-revisada (CDRS-R, *Children's Depression Rating Scale-Revised*)**

En 1999, Poznanski y Mokros crearon esta escala. Es una escala valorada por el clínico y desarrollada sobre el modelo de la escala de depresión de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale*).

**Escala de valoración de la manía para niños (P-YMRS, *Young Mania Rating Scale*)**

Fue desarrollada en 1978 por Young para valorar la severidad de los síntomas en adultos hospitalizados con manía. Gracious la presentó en el *Firs Annual Internacional*

*Conference on Bipolar Disorders* (Pittsburgh), en junio de 1996.

Esta versión consta de 11 ítems en los que se le pregunta a los padres si observan algunos síntomas de manía en sus hijos (como euforia, sueño, irritabilidad, contenido del pensamiento, etc.). Se ha utilizado en la investigación clínica pediátrica en niños con trastorno bipolar. Su rango de puntuación va de 0 a 60. La puntuación media es de 25 y 20 para hipomanía. Una puntuación de 13 indica un caso potencial de manía y de más de 21, un caso probable.

### **Cuestionario bipolar del niño (CBQ, Child Bipolar Questionnaire)**

Este cuestionario (Pappolos, et al., 2002) evalúa la manía. Consta de 65 ítems, cada uno con una escala de uno a cuatro y, además de los maníacos e hipomaníacos, también indica trastornos afectivos, de conducta, etcétera.

Dado que la información sobre la sintomatología afectiva no es concordante entre padres e hijos, se aconseja la administración de escalas autoaplicadas y heteroaplicadas contestadas por adultos (padres y profesores) que conocen bien al niño.

### **Otros trastornos**

#### **Evaluación de los trastornos obsesivo-compulsivos**

##### **CY-BOCS (Children's Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale)**

El CY-BOCS (Scahill et al., 1997) es una versión modificada del Y-BOCS, de adultos (Goodman et al., 1989). La escala cuenta con 10 ítems (del 1 al 5 para obsesiones y del 6 al 10 para compulsiones), que se puntúan de 0 (no hay síntomas) a 4 (síntomas extremadamente intensos). El rango de gravedad oscila entre 0 y 40. Las obsesiones y compulsiones se evalúan de la misma forma, según el tiempo (diario) que ocupan al paciente, su grado de interferencia en actividades, el sufrimiento que conllevan, la resistencia. Está diseñada para aplicarse a niños y adolescentes de 6 a 17 años.

##### **Cuestionario de obsesión de Leyton**

Recoge 20 síntomas de la esfera obsesivo-compulsiva. Valora la presencia y la intensidad de las repercusiones de los mismos. Berg, Rapoport y Whitaker (1989) publican la versión en forma de escala a partir de una primitiva forma de enunciados en tarjetas, que se proporcionaban a niños y adolescentes. Es útil para estudios epidemiológicos como el de Candil (2001).

#### **Evaluación de los trastornos del espectro autista**

##### **Protocolo de signos de alarma para la detección precoz del autismo infantil**

Creado por Barthelemy (1987), permite detectar síntomas, signos y conductas de niños autistas desde que nacen hasta los 2 años de edad.

##### **Escala de valoración del autismo, ERCA**

La ERCA (Bretonneau, 1985) consta de 20 ítems. Permite evaluar los siguientes aspectos de 0 a 4 puntos: búsqueda de aislamiento, ignorar a los demás, interacciones sociales insuficientes, alteración en la mirada, etc. Los tras-

tornos se reagrupan en siete áreas: retraimiento autístico, trastorno de la comunicación verbal y no verbal, reacciones bizarras en el entorno, perturbación motriz, reacciones afectivas inadecuadas, trastorno de las grandes funciones instintivas, trastorno de la atención, de las percepciones y de las funciones intelectuales.

#### **Inventario de evaluación del autismo, IDEA**

Evalúa doce dimensiones que se agrupan en cuatro grandes subescalas: escala de trastorno del desarrollo social, escala de trastorno de la comunicación y el lenguaje, escala de anticipación y flexibilidad y escala de trastorno de la simbolización.

Actualmente, también se emplean otros instrumentos más recientes para evaluar el autismo (se estudiarán más detenidamente en el capítulo 12:

- ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised*) (Lord, 1994).
- DISCO (*Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder*) (Wing, 2002).
- ADOS-G (*Autism diagnostic Observation Schedule- Generic-ADOS*) (Lord, 2000).
- CARS (*Childhood Autism Rating Scale*) (DiLalla y Rogers, 1994).
- GARS (*Gilliam Autism Rating Scale*) (Gilliam y Janes, 1995).

#### **Exploraciones complementarias**

##### **Exploración neurológica de los signos neurológicos menores**

Los signos neurológicos menores (SNm) suaves reflejan irregularidades neurológicas poco importantes y algo equívocas, que siguen un curso progresivo y no tienen un origen localizado, claro y preciso. Los SNm que se encuentran más frecuentemente son: impersistencia motora, incoordinación al alternar movimientos del antebrazo, ataxia, movimientos sincinéticos, movimientos involuntarios y grafestesia. No son indicativos de trastornos neurológicos focales, pero se asocian a una amplia variedad de trastornos psiquiátricos, como el TDAH, trastorno disocial, trastorno psicótico, trastornos del aprendizaje, retraso mental, etc. Sin embargo, el valor diagnóstico y predictivo de estos signos es cuestionable, ya que aparecen en una proporción bastante grande de niños en la población general y están relacionados con la edad, sexo y cociente intelectual. Una de las escalas más utilizadas de SNm es la de PANESS (*Physical and Neurological Examination for Soft Signs*), consta de 43 ítems y distintas subescalas que miden la sinergia, grafestesia, esterognosis, topognosis, equilibrio, persistencia y movimientos rápidos o repetitivos. Una de las mayores ventajas de esta escala es que los distintos signos están definidos operativamente y, en consecuencia, reducen al mínimo la interpretación del investigador debido a su estandarización. Ha sido demostrada su alta fiabilidad y estabilidad en estudios de población tanto psiquiátrica como con sujetos normales.

##### **Exploración de anomalías físicas menores o rasgos dismórficos**

Se denominan anomalías físicas menores (AFm) a los órganos o estructuras anatómicas que presentan una forma

y posición anómalas. Las AFm se desarrollan durante el primer trimestre de embarazo, probablemente como consecuencia del efecto de un agente externo sobre el feto o por transmisión genética. Se han identificado aproximadamente 35 AFm (paladar ojival, más de un remolino en el cabello, orejas malformadas, asimétricas y de implantación baja, gran espacio entre los ojos –hipertelorismo–, quinto dedo de la mano curvado, hueso entre el primer y el segundo dedo del pie, etc.). El número total de anomalías se asocia a diversos cuadros como síndrome de Down, trastornos del aprendizaje, síndrome alcohólico fetal, TDAH, etc. La detección de estas anomalías es parte de la evaluación neuropsicológica, pero rara vez es útil en el proceso diagnóstico y tampoco implica un mejor o peor pronóstico.

### Pruebas de neuroimagen

La Resonancia Magnética Estructural (RM), Resonancia Magnética Funcional (RMf), Tomografía por Emisión de Positrones (PET) y Tomografía computarizada por Emisión de Fotón Simple (SPECT) son técnicas de neuroimagen, que generalmente se utilizan en diversas líneas de investigación en psiquiatría infantil (autismo, TDAH, etc.). No tienen utilidad diagnóstica pero su utilización es interesante cuando los síntomas se acompañan de anomalías neurológicas, si hay una presentación atípica, para clasificar el tipo de trastorno o ayudar al tratamiento.

### Electroencefalograma (EEG)

Está indicado principalmente cuando se sospecha que el paciente padece un trastorno epiléptico.

### Electrocardiograma basal (ECG)

Se debe analizar el ECG basal cuando existen antecedentes familiares de enfermedad cardíaca, de muerte súbita, arritmias cardíacas, hipertensión, cardiopatía o cuando se va a iniciar un tratamiento con psicofármacos con efectos secundarios a nivel cardíaco.

### Pruebas basales de laboratorio

Algunos expertos aconsejan las siguientes pruebas como parte de una exploración completa y/o del estudio previo antes de iniciar tratamiento con psicofármacos: hemograma completo con fórmula y hematocrito; análisis de orina; niveles de nitrógeno uréico plasmático, electrolitos séricos como sodio, potasio, cloro, calcio, fosfato y dióxido de carbono, estudio de la función hepática mediante la aspartatoaminotransferasa (AST), alaninoaminotransferasa (ALT), fosfatasa alcalina y bilirrubina. Sin embargo, la utilización de las pruebas de laboratorio no está claro que deban estar en los protocolos de forma rutinaria, sino sólo si existe una sospecha clínica.

### Hemograma

El hemograma completo siempre debería formar parte de la exploración rutinaria. Son muchos los cuadros médicos que pueden causar psicopatologías o complicar el cuadro psiquiátrico.

### Bioquímica y función renal

Electrolitos séricos: las alteraciones en diferentes electrolitos como el potasio, el sodio, etc. pueden causar com-

plificaciones neuropsiquiátricas. En ocasiones, unos niveles anómalos de BUN se relacionan con diversos cambios en el estado mental. Por ello, debe ser controlado antes y durante la administración de determinados tratamientos, como por ejemplo el litio.

### Función hepática

La función hepática basal debería evaluarse antes de iniciar un tratamiento antiepiléptico, especialmente en tratamientos con valproato y carbamacepina. A veces, el hecho de que se encuentren alteradas distintas enzimas hepáticas puede estar relacionado con diferentes trastornos psiquiátricos (especialmente con la conducta alimentaria).

### Pruebas neuroendocrinas

Las alteraciones en las concentraciones de hormonas tiroideas pueden desencadenar síntomas psiquiátricos como ansiedad, depresión, pánico, inquietud, retraso mental y psicosis. Por tanto, en niños con una historia familiar de signos o clínica de enfermedad tiroidea, bajo peso al nacimiento, retraso del crecimiento y alteraciones del habla y la audición, deben realizarse determinaciones de TSH, T3 y T4. Medicaciones como el litio pueden alterar la TSH, T3 y T4.

Otras pruebas neuroendocrinas como la determinación de catecolaminas y cortisol plasmático, amilasa y lipasa, hormona antidiurética (ADH), hormona del crecimiento, prolactina y testosterona y estrógeno se utilizan para la evaluación de diversos trastornos endocrinos que pueden manifestarse con síntomas psiquiátricos, o para controlar efectos adversos, como la hiperprolactinemia por antipsicóticos.

### Cribado basal de sustancias tóxicas

La determinación de sustancias tóxicas en suero y orina se utiliza habitualmente en adolescentes cuando existe la sospecha de uso de drogas psicoactivas, como cannabis, cocaína, opiáceos, etcétera.

## FORMULACIÓN BIOPSIICOSOCIAL, DIAGNÓSTICO Y JUICIO CLÍNICO

### Formulación biopsicosocial

La formulación es un relato breve, de unas tres o cuatro líneas, que incluye los aspectos más importantes desde un punto de vista biológico, psicológico y social y que hacen que un paciente sea diferente a otro, aunque tengan el mismo diagnóstico.

A continuación se expone un ejemplo:

«Niño de 9 años, adoptado de Rusia al mes de nacer, con antecedentes de posible exposición *in utero* a alcohol. Acude a consulta con síntomas de probable TDAH desde hace 6 meses. Vive en una ciudad con sus padres adoptivos y otra hermana mayor (hija biológica de éstos). Su madre ha sido recientemente diagnosticada de cáncer de mama, aunque se está recuperando. Los padres no viven en su ciudad de origen y ven poco a las familias extensas, por lo que no tienen mucho apoyo. El padre acaba de quedarse en paro.»

Como se ve, se relatan los puntos más importantes a la hora de planificar un plan de tratamiento desde el punto de vista biológico, psicológico y social. En este caso ha-

bría que ver si el niño ha sido ya visto por un neuropediatra, si los síntomas del posible TDAH son por el problema de exposición al alcohol *in utero*, porque la madre ha estado enferma y no puede estar tan pendiente del niño como antes, por no tener más apoyo familiar, o porque el padre está en el paro (ya que el niño lleva sólo 6 meses con los síntomas). Otra opción es que el niño tenga realmente TDAH. Por lo tanto, a la hora de planear el tratamiento y las visitas se deben tener en cuenta estos factores estresantes adicionales. La finalidad de la formulación nos debe traer al recuerdo todos los aspectos importantes del caso, y es diferente para cada caso.

### Diagnóstico

Como hemos dicho ya, el objetivo fundamental de la historia clínica es realizar un diagnóstico adecuado que permita un tratamiento oportuno.

Pasadas las épocas de los diagnósticos de autor, algunos de ellos siguen vigentes (el trastorno autista, identificado por Kanner, los cuadros clínicos descritos por Rett, Asperger y Gilles de la Tourette, y los propuestos por diversas escuelas, atendiendo a postulados teóricos; se inician los diagnósticos elaborados por la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud (CIE) de la OMS y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) de la *American Psychiatric Association* (APA). Inicialmente, surgieron por la necesidad de recoger información para estadísticas, aunque más tarde se añadió la atención a su uso clínico, por lo que se elaboró un glosario con descripciones de categorías diagnósticas. Los diagnósticos DSM-IV y CIE-10 incluyen varias diferencias. En el primero, las categorías diagnósticas son las mismas para investigadores y clínicos. La CIE-10 presenta dos versiones interrelacionadas, una para cada uno de ellos. Ciertos cuadros clínicos, como el TDAH y algunos trastornos emocionales (el trastorno por ansiedad de separación y trastorno por estrés postraumático), presentan importantes diferencias en DSM-IV y CIE-10.

Las categorías diagnósticas, se han ido modificando a lo largo del tiempo y lo seguirán haciendo. Se ha pasado de que hubiera un único diagnóstico infantil (CIE-8, 1969), a 3 del DSM-II (1969) y a 48 en el DSM-III (1980). En esta última se produce un cambio radical respecto a las anteriores, ya que aquéllas consideran las alteraciones psiquiátricas como «reacciones» de la personalidad a factores biológicos psicológicos y ambientales. En el DSM-III el diagnóstico se realiza por primera vez proponiendo criterios descriptivos y ateóricos. Se introduce también un sistema multiaxial, propuesto inicialmente por Rutter, que permite enriquecer el conocimiento del trastorno y del paciente.

La utilización de criterios específicos para los diferentes diagnósticos favoreció la posibilidad de describir cuadros clínicos más homogéneos entre los autores, y así se facilitó la comunicación entre psiquiatras, la investigación de los trastornos y las propuestas terapéuticas. Asimismo, se pretendió mejorar la validación de categorías diagnósticas, estimular el desarrollo de entrevistas estructuradas y promover (valor heurístico) el descubrimiento de nuevos conocimientos. No obstante, algunos de ellos todavía no se consideran trastornos bien validados en psiquiatría infantil. El amplio número de pacientes diagnosticados con tras-

tornos no especificados muestra también la necesidad de mejorar estas clasificaciones. El diagnóstico se sigue apoyando en una agrupación de síntomas o patrones reconocidos. La dificultad reside en conocer la naturaleza y la etiología exacta de los trastornos psiquiátricos. Debido a los nuevos avances y hallazgos, es necesario revisarlas periódicamente. Los nuevos problemas se extienden a la posibilidad de incluir algunos diagnósticos dimensionales (esquizofrenia y trastornos de la personalidad), considerando que mejorarían la diferenciación de ciertos cuadros clínicos, y a la modificación de criterios sintomatológicos y de duración de varios trastornos, entre otros retos (Shapiro, 2004). La clasificación multiaxial para la infancia y adolescencia de la CIE-10 propone seis ejes al añadir los trastornos específicos del desarrollo psicológico a los incluidos en el DSM-IV.

- En el DSM-IV se codifican los cuadros clínicos en el **Eje I**, tanto los que cumplen criterios de alguna categoría diagnóstica, como los pertenecientes a otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica descritos en los códigos Z. Se han criticado algunos criterios diagnósticos por considerarlos formulados para edades específicas (por ejemplo, TDAH, para escolares) o aplicables sobre todo a uno de los sexos (depresión para mujeres y trastorno disocial para varones).
- En el **Eje II** se incluyen los **trastornos de personalidad** y el **retraso mental**. Los trastornos de personalidad no deben diagnosticarse hasta los 18 años, pero una lectura cuidadosa del DSM-IV permite conocer que todos ellos presentan ya en las primeras edades rasgos característicos.
- Las **enfermedades médicas** que sean relevantes para la comprensión del cuadro clínico del paciente, bien por intervenir en su causa o por las implicaciones en el pronóstico o tratamiento constituyen el **Eje III**.
- En psiquiatría infantil tienen un gran interés los **problemas psicosociales y ambientales**. Se codifican en el **Eje IV**. Los sucesos estresantes desempeñan un papel relevante en la psicopatología, ya como causa del trastorno (en cuadros bien identificados, emocionales y de conducta), ya como contribuyentes a la exacerbación de los síntomas en estas edades. Constituyen importantes factores de riesgo para los trastornos psiquiátricos y no sólo los familiares, sino también los escolares y sociales. Los hechos clasificables en este Eje, tienen en las primeras edades de la vida un elevado valor patógeno. Deben ser cuidadosamente explorados y valorados para favorecer un tratamiento adecuado. El clínico decidirá si únicamente constarán los que hayan estado presentes en el año previo a la evaluación o también otros que se hayan producido antes. Debe valorar más su valor etiológico o evolutivo que lo aconsejado en las clasificaciones.
- La actividad y **funcionamiento del paciente** se recoge en el **Eje V**, e incluye la disminución del funcionamiento psicológico, social y ocupacional en la vida cotidiana. Es útil para conocer la repercusión y el afrontamiento del paciente a sus problemas o trastornos. Se han elaborado diversas escalas para la evaluación de los problemas que aquí se contienen.

- En ejes propuestos para nuevas clasificaciones, se incluyen los **mecanismos de defensa** (sin relación con los descritos por A. Freud), llamados también estrategias de afrontamiento. Se agrupan en siete **niveles de defensa** que se recogen en una hoja de registro. Posiblemente, sean también empíricos y ateóricos; una concesión ecléctica a la psicopatología dinámica y del aprendizaje.

### Juicio clínico

La necesidad (sobre todo en psiquiatría y más aún en la que se refiere a estas edades) de no ceñirse a un diagnóstico formal, aunque sea multiaxial, ha ido creando términos para denominar la tarea del médico de lograr una integración global de los datos de la historia clínica y la interpretación de los mismos para organizar el plan terapéutico: formulación diagnóstica, juicio diagnóstico, en algunos ámbitos formulación dinámica, etc. (Achenbach, 2001).

Se prefiere aquí el término **juicio clínico**, acuñado por Feinstein. Gracias a éste se realizan de forma razonada las consideraciones psicopatológicas adecuadas, integrando todas las dimensiones del diagnóstico, junto a los factores etiológicos (biológicos, psicológicos y sociales) que se conozcan, así como los dinamos que actúan en cada caso. Asimismo, debe abarcar la propuesta de un **juicio pronóstico**, valorando el posible curso natural y la influencia de factores de riesgo o protección, para finalizar fundamentando el **juicio terapéutico**.

### PLAN TERAPÉUTICO

Como el objetivo de toda historia clínica es llegar a un diagnóstico que conduzca a un tratamiento, toda evaluación debe terminar con un plan concreto de acción según los problemas que presente el niño. Para cada problema (ordenado por orden de importancia) deberá proponerse una acción, aunque ésta sea observar el problema hasta que esté más claro el diagnóstico. Es inaceptable toda historia clínica que concluya simplemente con un listado de problemas o diagnósticos sin proponer tratamientos o acciones terapéuticas. En ocasiones, la acción terapéutica puede ser referir el paciente u otro especialista o a otra unidad más especializada o profundizar en las pruebas diagnósticas. No obstante, debe haber siempre una acción asociada a un problema abierto hasta que se consiga zanjar ese problema.

### RESUMEN

En la evaluación psiquiátrica del niño o adolescente deben entrevistarse a los padres y al niño y además obtener información de otras áreas de la vida del niño (colegio, etc.). Además de esta información subjetiva se obtiene información objetiva en la exploración, cuestionarios, test y exploraciones complementarias. Así se genera una impresión clínica y se diseña un plan terapéutico multidisciplinar.

### PALABRAS CLAVE

Entrevista; exploración del estado mental; exploraciones complementarias; formulación bio-psico-social; impresión clínica; plan terapéutico.

**ANEXO 1-1. Ejemplos de evaluación en psiquiatría infantil y adolescente**

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

Historia del  Consultor/Colaborador  Fellow/Residente

Fecha: Nombre  
Fecha nacim.:

Identificación: Edad Hombre-Mujer Vive con: Padre-Madre Hermanos  
Colegio en:  
Curso

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  
Distráido  
↑ Actividad  
Placer/Dolor
- TDAH (6)**  
Errores de descuido  
↓ Atención  
No escucha  
No termina tareas  
Desorganizado  
Evita esfuerzo mental  
Pierde cosas  
Distráido  
Olvidadizo
- Enreda (Fidgets)**  
Se levanta  
Corre-trepa  
No juega en silencio  
Siempre moviéndose  
Habla excesivam.  
Contesta sin pensar/Responde impulsiv.  
No espera turno  
Interrumpe

Hx Psiquiátrica anterior:

**ANEXO 1-1. Ejemplos de evaluación en psiquiatría infantil y adolescente (continuación)**

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

ETOH

THC

Cocaína

Otras drogas

Historia médica anterior:

Problemas visión/audición, TCE, problemas médicos serios

Medicación

Historia psiquiátrica familiar:

Alergias medicamentos

Historia social/Desarrollo:

Embarazo-parto-perinatal

Lactancia y primera infancia (1 hasta 3 años)

Preescolar/Ed. inf. (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...

**ANEXO 1-1. Ejemplos de evaluación en psiquiatría infantil y adolescente (continuación)**

**EXPLORACIÓN**

Constantes vitales    Peso: — kg                      Talla: — cm                      Tensión art.: — / —  
                                    Vestido     Desnudo                                       Sentado     De pie

**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)-símbolos/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
- Obsesiones
- Rumiaciones

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

- Delirios/Ideas delirantes
  - Paranoide
  - Grandios

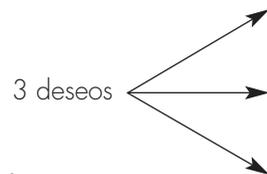
**Habla** lento-monótono-regular en ritmo y tiempo-acelerado-rápido-presionado articulación

**Lenguaje**

- Prosodia/flujo
- Repetición/nombra
- Comprensión

**Lectura/escritura (usar plantilla según edad)**

**Dibujo de persona o familia**



**Memoria a largo plazo (repetir 3 palabras) !!**

*Insight/conciencia de enfermedad*

Capacidad de juicio

**ANEXO 1-1. Ejemplos de evaluación en psiquiatría infantil y adolescente (continuación)**

DIAGNÓSTICO

Formulación BIOPSIICOSOCIAL:

Impresión inicial-Juicio clínico (DSM-IV-TR):

Eje I

Eje II

Eje III

Eje IV (probl. psicosociales y ambientales)

Eje V

PLAN:

(Medicación,  
 psicoterapia [individual, grupal],  
 intervención enfermería [relación, psieducación],  
 seguimiento [ingreso, consulta])

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

Dr./Dra.....  
 Especialista en psiquiatría infantil y adolescente  
 Consultor clínico/Jefe de sección

Dr./Dra.....  
 Especialista en psiquiatría infantil y adolescente  
 Colaborador clínico/Adjunto

Firma obligatoria

**BIBLIOGRAFÍA**

- Achenbach TM, Baccetti A, Dopfner M, Heiervang E, Roessner V, Steinhausen HC et al. Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instrument: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2008; 49 (3): 251-275.
- Achenbach TM. Challenges and benefits of assessment diagnosis, and taxonomy for clinical practice and research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2001; 35: 263-271.
- Angold A, Erkanli A, Costello EJ, Rutter M. Precision reliability and accuracy in the dating of symptom onsets in child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1996; 37: 657-644.
- Ballesteros MC, coordinador. *Práctica Clínica Psiquiátrica, Historia Clínica. Guías Clínicas*, 2.ª ed. Madrid: Adalia, 2008; 42-76.
- Boyle MH, Cunningham CE, Georgiades K, Cullen J, Racine Y, Pettingill P. The brief child and family phone interview (BCFPI): 2. usefulness in screening for child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2009; 50 (4): 424-431.
- Conde JMV, Ballesteros MC. (1995) La Psicopatología y la Psiquiatría infanto-juveniles desde la perspectiva de la Psiquiatría del adulto. En: Rodríguez-Sacristán J, editor. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo II. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1995; 1017-1068.
- Cunningham CE, Boyle MH, Hong S, Pettingill P, Bohaychuk D. The Brief Child and Family Phone Interview (BCFPI): 1. Rationale, development, and description of a computerized children's mental health intake and outcome assessment tool. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2009; 50 (4): 416-423.
- Ezpeleta L, Osa N, Domenech JM. Fiabilidad test-retest de la adaptación española de la Diagnostic Interview for Children and Adolescent. *DICAR. Psicothema*, 1997; 9: 529-539.
- Feinstein MD. *Clinical Judgement*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1967.
- Gracious BL, Youngstrom EA, Findling RL. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2002; 41 (11): 1350-1359.
- Holmbeck G, Welborn A, Bachanas P, Garber J, Miller KB, Abad M et al. Evidence-based assessment in pediatric psychology: measures of psychosocial adjustment and psychopathology. *Journal of Pediatric Psychology*, 2008; 33 (9): 958-980.
- Laín P. *El diagnóstico médico*. Barcelona: Salvat, 11-24.
- Mazet Ph, Houzel D. La consulta psiquiátrica. En: Mazet Ph, Houzel D. *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Vol. I. Barcelona: Editorial Médica y Técnica S.A, 1981.
- Marcelli D, Ajuaguerra J. *Psicopatología del juego*. En: Marcelli D, Ajuaguerra J. *Psicopatología del niño*. 3ª ed. Barcelona: Masson, 1996; 205-216.
- Mesa PJ, Rodríguez-Sacristán A, Pedreira JL, Rodríguez-Sacristán J. Documentos útiles para el diagnóstico y la evolución en psicopatología infantil. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo I. J. Rodríguez Sacristán. Universidad de Sevilla, 1995; 343-403.
- Myers K, Collen B. Escalas de evaluación. En: Wiener JM, Dulcan MK, editores. *Psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson, 2006; 145-158.
- Rodríguez-Sacristán J. El proceso diagnóstico en psicopatología del niño y del adolescente En: Rodríguez-Sacristán J, editor. *Psicopatología del niño y del adolescente*. Tomo I. Sevilla: Universidad de Sevilla, 1995; 173-189.
- Rutter M, Taylor E. *Clinical Assessment and Diagnostic Formulation*. En: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A, Rutter's *Child and Adolescent Psychiatry*. 5ª ed. Blackwell Publishing, 2008; 42-57.
- Shapiro T. Diagnóstico y formulación diagnóstica. En: Wiener JM, Dulcan MK. *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Masson, 2004; 201-210.
- Ulloa RE, Ortiz F, Higuera I. Estudio de fiabilidad interevaluadores de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and lifetime versión (K-SADS-PL). *Actas Española de Psiquiatría*, 2006; 34 (1): 36-40.