

# LA EVALUACIÓN CLÍNICA EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y SUS FAMILIAS

**Thomas Lempp, Daleen de Lange, Daniel Radeloff & Christian Bachmann**

Edición: **Matías Irrázaval & Andres Martin**

Traductores: **Fernanda Prieto-Tagle & Carlos Llanes**



Estatua de Sherlock Holmes en Meiringen, Suiza (Wikipedia commons)

**Thomas Lempp MD**

Departamento de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Universidad Goethe de Frankfurt, Alemania

Conflictos de interés: no se declaran

**Daleen de Lange MD**

Centro Psicoterapéutico Okonguarri, Namibia

Conflictos de interés: no se declaran

**Daniel Radeloff MD**

Departamento de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Universidad Goethe de Frankfurt, Alemania

Conflictos de interés: no se declaran

**Christian Bachmann MD**

Departamento de Psiquiatría del Niño y el Adolescente, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Alemania

Esta publicación está dirigida a profesionales en formación o con práctica en salud mental y no para el público general. Las opiniones vertidas son de responsabilidad de sus autores y no representan necesariamente el punto de vista del Editor o de [IACAPAP](#). Esta publicación busca describir los mejores tratamientos y las prácticas basadas en la evidencia científica disponible en el tiempo en que se escribió, tal como fueron evaluadas por los autores, y éstas pueden cambiar como resultado de nueva investigación. Los lectores deberán aplicar este conocimiento a los pacientes de acuerdo con las directrices y leyes de cada país en el que ejercen profesionalmente. Algunos medicamentos pueden que no estén disponibles en algunos países, por lo que los lectores deberán consultar la información específica del fármaco debido a que ni se mencionan todas las dosis, ni todos los efectos no deseados. Las citas de organizaciones, publicaciones y enlaces de sitios de Internet tienen la finalidad de ilustrar situaciones, o se enlazan como una fuente adicional de información; lo que no significa que los autores, el Editor o IACAPAP avalen su contenido o recomendaciones, que deberán ser analizadas de manera crítica por el lector. Los sitios de Internet, a su vez, también pueden cambiar o dejar de existir.

©IACAPAP 2018. Esta es una publicación de acceso libre bajo criterios de [Licencia Creative Commons Atribución No Comercial](#). El uso, distribución y reproducción a través de cualquier medio están permitidos sin previa autorización siempre que la obra original esté debidamente citada y su uso no sea comercial. Envíe sus comentarios acerca de este libro digital o algún capítulo a [jmrey@bigpond.net](mailto:jmrey@bigpond.net).

Cita sugerida: Lempp T, de Lange D, Radeloff D, Bachmann C. La evaluación clínica de niños, adolescentes y sus familias (Irrázaval M, Martín A, Prieto-Tagle F, Llanes C. trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesiones Afines 2018.

## FORMAS DE LEER ESTE CAPÍTULO

- Si usted es un *principiante en el campo* de la salud mental pediátrica: ¡Bienvenido a esta emocionante subespecialidad! Lo invitamos a sentarse cómodamente y leer todo el capítulo.
- Si usted ya tiene *experiencia y quiere mejorar* sus habilidades de evaluación, le sugerimos que lea las “perlas clínicas” en la columna a la derecha, y las ponga en práctica en su lugar de trabajo. Si lo desea, puede recopilar más de estas y compartirlas con profesionales de todo el mundo, enviándolas a los autores para que sean incorporadas en la siguiente versión de este capítulo.
- Si usted está *experimentando dificultades* con la evaluación diagnóstica de un paciente en específico le sugerimos que lea el cuadro de resolución de problemas al final de este capítulo (páginas 23-24). Si esto no le ayuda, revise nuestras recomendaciones bibliográficas en la sección de referencias (páginas 24-25).

### ¿Por qué debería leer este capítulo?

En muchos aspectos, merece la pena prestar especial atención al proceso de evaluación clínica en psiquiatría infantil (excepto que se especifique lo contrario, el término “niño” se refiere a “niño” y “adolescente”):

- Es obvio que tiene que haber una *evaluación diagnóstica completa y profunda antes de considerar* tratamiento. Si el diagnóstico es incorrecto, incompleto, o no es comprendido o aceptado por todas las partes involucradas, la probabilidad de que el tratamiento fracase es bastante alta. La planificación y el inicio del régimen de tratamiento en psiquiatría infantil y adolescente a menudo requiere mucho tiempo y es costoso. Por lo tanto, el tiempo empleado en el proceso de diagnóstico, para crear una base sólida y válida para una planificación eficaz del tratamiento, es una inversión razonable.
- Existen *aspectos característicos del desarrollo* en la evaluación de salud mental de niños y adolescentes que merecen especial atención. Los niños y adolescentes no son adultos pequeños. No pueden ser evaluados en forma aislada, hablan al profesional en un “idioma distinto” y rara vez buscan ayuda por sí mismos.
- Especialmente para los principiantes en el campo, es fácil confundirse por la gran cantidad de información y por informes inconsistentes. Para minimizar esto, es útil ser *claro sobre los objetivos* del proceso de evaluación. El arte de la práctica diaria consiste en encontrar el equilibrio entre la estandarización y la individualización, cuando se utilizan diferentes métodos para alcanzar estos objetivos.

### Aspectos distintivos de la evaluación de salud mental en niños y adolescentes

- Los niños raramente solicitan una evaluación psiquiátrica, y *normalmente la derivación es realizada por otra persona*, y no por el paciente (p.ej., padres, educadores, pediatras, juzgados). Puede ser de suma importancia en la interpretación del caso. Tal vez las expectativas del adulto sobre el niño exceden sus habilidades, o el estilo de parentalidad puede resultar

Conflictos de interés: no se declaran

Agradecimientos: nuestra gratitud a Friderike Fornoff (Universidad de Frankfurt) y Joseph Rey (Universidad de Sydney) por su ayuda en la preparación de este capítulo.

¿Le gustaría compartir sus “perlas clínicas”?

Si tiene comentarios respecto a este capítulo, especialmente “perlas clínicas” de su propio trabajo, está cordialmente invitado a enviarnos sus sugerencias a [lempp@em.uni-frankfurt.de](mailto:lempp@em.uni-frankfurt.de)

Las ilustraciones de Sherlock Holmes son de Sidney Paget (1860-1908), quien ilustró las historias de Conan Doyle en la revista *The Strand*.

“Me gusta pensar en mí mismo como Sherlock Holmes durante este tiempo. Utilizo las pistas más obvias (generalmente, el motivo de la consulta) para iniciar la investigación, así como para “cavar más profundamente”, para comprender la naturaleza de los síntomas y el comportamiento; y los factores biológicos, psicológicos y sociales, que precipitan y mantienen los síntomas.” (Stubbe, 2007).

“Independientemente de la edad del niño y del problema clínico, es importante que la entrevista combine un nivel adecuado de estructura y estandarización (que son esenciales para comparar entre niños), así como también sensibilidad a lo inesperado y al problema particular.” (Rutter & Taylor, 2008).

Se debe ser claro sobre los objetivos, y flexible en los métodos.

en un mal ajuste entre los padres y este niño en particular, y los padres buscan cambiar al niño para remediar este bajo ajuste. En otros casos, los padres o educadores tienen sus propios problemas de salud mental, que alteran de manera negativa su percepción del niño. En resumen:

- Es necesario considerar tanto la contribución del niño como la de los adultos a la conducta problemática para la cual se está realizando la evaluación
  - Necesitamos prestar atención explícita a la percepción que tiene el niño de sus problemas, y lo que el niño desea cambiar.
- Los niños deben ser *evaluados en el contexto* familiar, escolar, comunitario y cultural, es decir, ningún niño debe ser evaluado aisladamente. Además, la mayoría de los niños se comportan de manera diferente en los diversos ambientes, y es útil saber qué entornos mejoran o empeoran la conducta problemática – también para identificar las fortalezas del niño. Por lo tanto, es crucial realizar una evaluación simultánea del funcionamiento parental y familiar, así como también es necesario disponer de múltiples informantes. Es esencial construir un buen vínculo con todas las partes relevantes en el caso, que pueden aportar información o pueden fomentar el progreso del niño. También debe obtenerse la autorización de los padres. Por ejemplo:
    - Padres que viven separados del niño (a menudo es útil involucrar a ambos padres en la mayor medida lo antes posible)
    - Educadores (telefónicamente o vía correo electrónico, acceder a los informes y registros escolares, y obtener escalas de evaluación de los educadores). El educador habrá visto cientos de niños de la misma edad o nivel escolar, que le servirán como base comparativa, en contraste con el padre de un hijo único
    - Médicos generales y pediatras
    - Cualquier profesional de salud mental pasado o actual
    - Cuando sea adecuado: hermanos, abuelos, cuidadores del niño, padrastros
    - En niños hospitalizados: personal de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas físicos y ocupacionales.
  - Los problemas deben ser considerados en el *contexto del desarrollo*. Los factores del desarrollo influyen a menudo en la presentación de los síntomas psiquiátricos (p.ej., la depresión se presenta de forma distinta según la edad). Mientras que algunos trastornos son bastante similares en niños y adultos (p.ej., trastorno obsesivo compulsivo), otros trastornos son notablemente diferentes en los niños más pequeños, si se los compara a los adolescentes y adultos (p.ej., TEPT). En los niños, los problemas de conducta pueden deberse a un retraso en el desarrollo de una habilidad (p.ej., enuresis o mojar la cama), a una pérdida de una habilidad ya lograda (p.ej., consecuencia de un trastorno grave, pérdida o trauma), o a la incapacidad de seleccionar una habilidad apropiada de un repertorio existente (p.ej., trastorno de conducta). En resumen, es necesario tener un buen conocimiento del desarrollo infantil normal y anormal, incluyendo el rango de conductas que pueden observarse según la edad, los contextos, y los diversos tipos de alteraciones que pueden presentarse en cada etapa del desarrollo (ver Capítulo A.2).
  - La habilidad del niño para reflexionar y analizar sus sentimientos o

¡Ningún niño debe ser evaluado aisladamente!



“No existe una combinación de sucesos que la inteligencia de un hombre no sea capaz de explicar.” (Sherlock Holmes, “El Valle del Terror”)

experiencias se ve influenciada por factores madurativos. Esto significa que *el niño y el profesional están en diferentes niveles de desarrollo* y hablan “diferentes idiomas”. Además, las características específicas a la etapa del desarrollo pueden impedir la comunicación. Por ejemplo, los niños pequeños pueden no confiar en adultos desconocidos, y los adolescentes a menudo perciben a los profesionales de salud como otros adultos más que les imponen expectativas o los juzgan. Por esto, la recopilación de información del niño a menudo requiere formas de comunicación distintas al discurso verbal de preguntas y respuestas. Dependiendo de la edad, los niños necesitan métodos diferentes de recopilación de información y entrevista (p.ej., observar a los bebés, jugar con los niños preescolares, hablar directamente sobre los síntomas con niños en edad escolar o los adolescentes, dibujar con los niños ansiosos o que no se comunican)

- La evaluación clínica de los niños normalmente *requiere más tiempo que en el caso de los adultos* (alrededor de 2 a 5 horas), por lo tanto, es importante utilizar eficientemente el tiempo. Las escalas y cuestionarios de evaluación son una forma de incrementar la eficiencia (ver abajo), pero nunca pueden reemplazar a la evaluación cara a cara.

## OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Antes de comenzar con la evaluación, es indispensable tener claros sus objetivos. Si bien los métodos para alcanzar esta meta pueden diferir en pacientes y familias particulares, los objetivos son bastante consistentes, a saber:

- Crear una *buena alianza terapéutica*. Es necesario desarrollar una buena alianza entre las múltiples partes involucradas, especialmente entre el profesional y el niño, pero también entre el profesional y los padres, otros miembros de la familia (con potencial de ser de ayuda) y las instituciones externas. Fracaso en desarrollar estas relaciones puede interferir dramáticamente con el tratamiento
- Comprender la *razón exacta de la derivación* (“¿De quién es el problema?” “¿Por qué ahora?”)
- Identificar las *expectativas y preocupaciones* implícitas y explícitas del niño y los padres respecto a la evaluación
- Identificar el *motivo de consulta principal* del niño y de la familia
- *Evaluar al niño en el contexto* de su *funcionamiento actual* en la familia, la escuela, y con sus pares, teniendo en cuenta las influencias culturales o comunitarias, y la medida en que éste ha sido influido por el(los) problema(s) actual(es)
- Obtener una imagen precisa del *funcionamiento evolutivo del niño, desde el nacimiento hasta la actualidad*, y obtener una *imagen del funcionamiento de los padres y de la familia*, y los antecedentes familiares respecto a los trastornos médicos y psiquiátricos
- Identificar los factores individuales, familiares o ambientales que pueden estar causando, acelerando o disminuyendo las dificultades actuales
- Condensar toda la información obtenida en una *formulación clínica*. Esto



“Es un error capital el teorizar antes de poseer datos. Insensiblemente, uno comienza a deformar los hechos para hacerlos encajar en las teorías, en lugar de encajar las teorías en los hechos”  
(Sherlock Holmes, “Escándalo en Bohemia”)

En resumen, los objetivos de la evaluación son integrar de la información complicada (y a veces dispar) recopilada en el proceso de evaluación, encuadrarla en un cierto contexto para comprender el comportamiento del niño, y clarificar el foco de tratamiento y las intervenciones adecuadas para ese caso particular.

Los primeros pasos diagnósticos son la observación y la recopilación de hechos. Es un error ir rápido, basándose sólo en un síntoma aislado.

es, la elaboración de los datos realizada por el profesional, organizada coherentemente, que permita comprender los múltiples factores que contribuyen a la presentación del problema. Esta comprensión guiará el diagnóstico, pronóstico y sugerencias de tratamiento

- *Comunicar esta formulación clínica* y sugerencias a los padres y al niño, de manera comprensible y constructiva
- Establecer las prioridades de los síntomas y *esclarecer el foco de tratamiento*
- Analizar con el paciente y su familia las *ventajas y riesgos relativos de los tratamientos propuestos*, e identificar y analizar todos los factores ambientales relevantes que pueden influir en la adherencia al tratamiento
- Lograr todo esto de forma *eficiente*.

## AGRUPANDO LOS BLOQUES DE CONSTRUCCIÓN

No existen (todavía) marcadores biológicos o radiológicos específicos en el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos. En su ausencia, el *proceso diagnóstico multimodal* es el modelo de referencia para la evaluación de los problemas de salud mental. Esto significa que no podemos confiar en un método específico único para realizar un diagnóstico válido (p.ej., dar a la familia un diagnóstico definitivo tras una sola entrevista, o después de completar un par de cuestionarios). En cambio, es necesario recopilar diferentes *bloques de construcción* diagnósticos (p.ej., entrevistas separadas con los padres y el niño, escalas de evaluación rellenas por el educador, evaluación psicométrica). Si estos bloques coinciden entre sí (p.ej., apuntan en la misma dirección), podemos construir una *pared diagnóstica* a partir de ellos (p.ej., el diagnóstico). Poniéndonos de pie sobre esta pared más o menos sólida, podemos ver una imagen del problema completo. Sólo entonces, los profesionales están en una posición de hacer sugerencias adecuadas. El diagnóstico final, las sugerencias de tratamiento y el pronóstico sólo deben ser realizados a la luz de todas estas circunstancias.

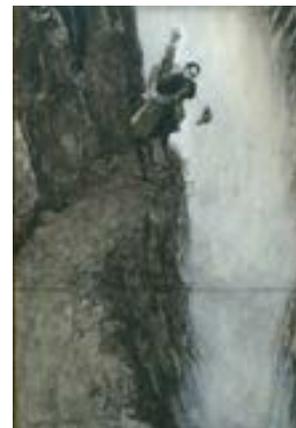
Antes de comenzar a construir la pared diagnóstica (ver abajo: Estableciendo el encuadre), le sugerimos recopilar al menos cuatro bloques básicos:

1. La entrevista a los padres y al niño
2. El examen del estado mental
3. Antecedentes médicos y el examen físico
4. Escalas de evaluación y evaluación psicométrica.

Combinar estos bloques generalmente ayuda a encontrar el diagnóstico más adecuado de acuerdo con uno de los dos principales sistemas de clasificación: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; Asociación Americana de Psiquiatría, 2000), y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; Organización Mundial de la Salud, 1996).

### Problemas comórbidos

Generalmente, los padres y los educadores describen los síntomas más prominentes en los niños, o aquellos que les causan mayor preocupación, lo que lleva a que algunos problemas se puedan pasar de alto. Los síntomas *internalizantes*, como la ansiedad o la depresión, pueden ser difíciles de describir para los niños, y tienden a ser menos problemáticos o aparentes para los adultos, que los síntomas



“Balanceamos las posibilidades y elegimos la más probable. Es el uso científico de la imaginación.”  
(Sherlock Holmes, “El Sabueso de los Baskervilles”)

Sea tan transparente como le sea posible con el paciente y su familia, especialmente al inicio de la evaluación.

*disruptivos* o *externalizantes* (p.ej., aquellos presentes en el TDAH o el trastorno de la conducta). La comorbilidad (la presencia de más de un trastorno concurrente) es extremadamente frecuente en salud mental infantil, y la presencia de varios trastornos al mismo tiempo tiene implicaciones en el tratamiento y el pronóstico.

### **Diagnóstico diferencial**

El diagnóstico diferencial es un método utilizado para identificar sistemáticamente la presencia de un trastorno, cuando son posibles varias alternativas. Los síntomas psicológicos a menudo son diagnósticamente equívocos, dado que se presentan en diversos trastornos (p.ej., irritabilidad puede verse en la depresión, el trastorno bipolar, el TDAH, el trastorno de ansiedad, etc.). Por lo tanto, deben considerarse todos los trastornos que comparten síntomas similares, y después deben excluirse algunos de ellos.

### **Establecer el encuadre**

El objetivo de esta parte de la evaluación es construir una buena relación terapéutica con el niño y los padres — desde el comienzo — y esclarecer todos los *aspectos administrativos* relevantes, el *motivo de la consulta* y las *expectativas* de todas las partes involucradas.

### ***El lugar adecuado***

Para reducir los posibles temores de los pacientes, es de gran utilidad realizar la evaluación en una sala con suficiente espacio, iluminación agradable, cuadros coloridos en las paredes, y tener a mano juguetes, lápices y papel.

### ***Una buena alianza terapéutica desde el inicio***

Construir una buena alianza terapéutica es una consideración clave desde el inicio de la evaluación. La mayoría de las familias y los niños se sienten intimidados frente a la posibilidad de ver a un profesional en un contexto de salud mental. Generalmente, aumentar el grado de transparencia ayuda a disminuir esta dificultad inicial. A menudo, es eficaz explicar por adelantado cada paso del proceso, especialmente al inicio — qué es lo que se va a hacer, por qué, y cuánto tiempo tomará.

A los niños pequeños se les debe explicar dónde irán, y qué tipo de profesional van a conocer (p.ej., “un doctor de los sentimientos”, “un doctor que habla”, “un hospital para los problemas emocionales”), y asegurarles que no habrá agujas o procedimientos físicos dolorosos. Generalmente los niños no saben, o tienen una idea errónea de lo que ocurre en una evaluación de salud mental, y pueden temer ser hospitalizados, separados permanentemente de sus familias, o castigados, especialmente si sus dificultades han sido una fuente de recriminación dentro de la familia. A menudo los padres y familiares están desinformados, y pueden compartir estas creencias; es útil explicarles también a ellos qué tipo de profesional es usted.

### ***Aspectos administrativos***

Deje claro qué es lo que significa la evaluación psiquiátrica, cuánto tiempo tardará, y qué es lo que puede esperar la familia al término de la evaluación (p.ej., una sugerencia verbal, un informe escrito). Los costes (si corresponde) deben ser establecidos al principio. Es importante determinar si existen limitaciones económicas o de cobertura del seguro médico, que pueden influir en el proceso

Ejemplos de cómo explicar su profesión:

“Yo soy un psiquiatra del niño y el adolescente — un médico que se especializa en comprender y tratar los problemas emocionales en niños y adolescentes. Mi trabajo mas importante es tratar de entender los problemas que tú tienes...”

Se deben revisar los informes escolares rutinariamente respecto a:

- Un declive abrupto o gradual en los resultados o el desempeño académico
- Grandes diferencias en las calificaciones escolares en diferentes asignaturas
- Comentarios sobre los problemas sociales y emocionales.

diagnóstico o las opciones de tratamiento. También es importante hablar sobre el horario, la confidencialidad y solicitar la autorización para contactar otras personas para obtener información. Solicitar a los padres que traigan copias de todos los informes escolares que les sea posible.

### ***Clarificar el motivo de la consulta***

Antes de comenzar, tenga en consideración el objetivo de la evaluación, para estructurar la evaluación de acuerdo con ese motivo. Por ejemplo, la evaluación será diferente si el objetivo es preparar un informe judicial para un juicio de custodia, si la evaluación es solicitada por los servicios sociales, o si consultan los padres porque están preocupados de que su hijo tenga ideas suicidas. Esto minimiza la posibilidad de frustrar y decepcionar al paciente, su familia u otras personas.

Los niños a menudo no entienden por qué están viendo a un profesional de salud mental si no se sienten enfermos — pueden estar asistiendo porque les prometieron un helado u otras golosinas después de la cita. Los maestros de la escuela pueden querer que el niño muestre mayor autocontrol, y presionan a los padres a manejar de otra manera al niño, o a considerar un tratamiento con fármacos. La madre puede querer realizar la evaluación para validar sus esfuerzos de crianza; el padre puede querer obtener un diagnóstico que le permita acceder a recursos adicionales en la escuela o para mejorar el desempeño escolar del niño, mientras que la abuela puede querer un enfoque de parentalidad completamente diferente (“de la vieja escuela”).

Algunas preguntas importantes en esta parte de la evaluación son:

- ¿Quién inició la consulta y por qué? (p.ej., padres, pediatra, escuela, juzgado, el paciente, el departamento de emergencias médicas)
- ¿Quién está preocupado también por el niño y por qué razón?
- ¿Por qué ahora?
- ¿Cuáles son las principales preocupaciones o preguntas a las cuales las personas quieren una respuesta?

Si las razones para la consulta son conflictivas y esto lo confunde, recuérdese a sí mismo que, en caso de duda, usted es el profesional del niño, no de los padres o la escuela. Trate de mantener su evaluación centrada en lo que usted cree que conducirá eventualmente a los mejores resultados para el niño.

### ***Manejando las expectativas***

Las expectativas equivocadas o excesivas son una fuente frecuente de frustración. Por esto, es útil revisar las expectativas de la familia al inicio de la entrevista. Esto ayuda a construir un buen vínculo y entendimiento. Preparar a las familias respecto a qué esperar reduce la ansiedad de los padres y del niño. Manejar las expectativas puede requerir esclarecer qué es lo que puede y no puede satisfacer el proceso de evaluación.

## **ENTREVISTA CON LOS PADRES Y EL NIÑO**

### **¿Con quién debo hablar y en qué orden?**

Es informativo y razonable ver al niño junto con los padres al inicio del proceso de evaluación. Después, es útil entrevistar al paciente y a los padres separadamente. Si bien no hay una regla única respecto a cómo hacer esto, es

“¿De quién fue la idea de que su hijo podría necesitar esta evaluación?”

Dos preguntas cruciales que deben ser determinadas al inicio de la evaluación:

- ¿De quién es el problema?
- ¿Por qué ahora?

“¿Qué es lo que espera que se logre en esta evaluación?”

Generalmente el niño es la mejor fuente de información respecto a los síntomas internalizantes, mientras que los padres pueden proporcionar información fiable sobre los externalizantes.

indispensable entrevistar individualmente al paciente en algún momento del proceso, particularmente para esclarecer temas sobre los que pacientes no se sienten cómodos hablando frente a los padres, como pensamientos suicidas, abuso, o temas relacionados con la sexualidad.

En la mayoría de los casos, los padres tienen un conocimiento limitado sobre los sentimientos internos, las experiencias fuera de casa, y el funcionamiento en la escuela del niño. Son frecuentes los desacuerdos entre los padres, el niño y los educadores. Los estudios han mostrado que el acuerdo entre los padres y el niño es bajo o moderado (p.ej., Achenbach et al, 1987; Salbach-Andrae et al, 2009). Niños en edad escolar y adolescentes son los mejores informantes de sus sentimientos depresivos o ansiosos, su ideación suicida, y conductas como actividad sexual, temas de identidad sexual, abuso sexual, uso de drogas, pensamientos obsesivos y alucinaciones. A menudo estas no son conocidas por los padres. Por otro lado, los padres son una buena fuente de información de conductas de engaño, hiperactividad, inatención, impulsividad, desobediencia y agresividad.

### ¿Cómo debo formular mis preguntas?

En la mayoría de los casos, es adecuado comenzar con una a tres *preguntas abiertas*. Esto ayuda a establecer un buen vínculo, y evita estrechar prematuramente el foco. Además, es útil permitir a los padres contar su propia versión del problema, por al menos varios minutos. Esto ayuda a esclarecer qué es lo que de verdad les preocupa, y les permite sentirse escuchados y comprendidos por el profesional. Utilizar posteriormente las mismas palabras de los padres, mejora la comunicación (p.ej., “Usted habló sobre las *horas especiales* de su *pequeño león* en la noche. ¿Cuándo ocurrieron por primera vez?”).

A medida que transcurre la entrevista, usted puede utilizar cada vez más *preguntas de seguimiento*, para clarificar detalles, y *preguntas de cribado*, para evaluar áreas que no hayan sido nombradas. Si éstas no revelan información significativa, pase a otro tema.

### ¿Quién es de fiar?

Como se mencionó anteriormente, son frecuentes los desacuerdos entre las observaciones de los diversos observantes del comportamiento del niño. El desacuerdo se puede deber a varias razones:

- Refleja diferencias en el comportamiento del niño en diferentes contextos, o con los diferentes observadores
- Criterios diferentes al juzgar el comportamiento del niño
- Ignorancia sobre cómo se comportan los demás niños de edad similar
- Sesgos del observador.

Para manejar informes discrepantes, es útil recopilar información de tantas fuentes como sea posible, dando más peso a aquellas que parezcan más fiables a juicio del profesional. En la mayoría de los casos, los desacuerdos son producto de ver al niño desde diversas perspectivas o en diferentes contextos. Mientras más perspectivas se tenga de las cuales obtener información, más completa será la comprensión y más precisa la evaluación.

### Temas importantes a indagar

Existen cinco áreas clave de interés en la evaluación clínica; puede utilizar el

Utilizando las mismas palabras que los padres en la entrevista puede ayudar a que los padres se sientan escuchados.

Muchos padres se angustian cuando tienen que describir los problemas que presenta su hijo. En estos casos puede ser útil darles la oportunidad de narrar su historia en sus propias palabras, incluso si al principio es un poco confuso.

acrónimo **SIFFE** para recordarlas:

- Síntomas
- Impacto
- Factores de riesgo
- Fortalezas
- Explicaciones.

### **Síntomas**

El foco inicial debe estar en los síntomas que llevaron a la derivación, y en aquellos que causan mayor malestar al paciente y su familia (motivo de consulta principal). Algunas características importantes del comportamiento problemático que deben ser elucidadas son:

- Frecuencia (¿Cambios en el tiempo?)
- Intensidad (¿Cambios en el tiempo?)
- Duración
- Contexto en el que surgió el problema
- Evolución del problema.

El siguiente paso es obtener una *historia detallada del (los) problema(s)*. Para establecer el diagnóstico correcto, es necesario tener un buen entendimiento de la evolución de los problemas. Para esto, es importante esclarecer si el problema:

- Ha estado presente desde la infancia temprana (p.ej., síntomas del espectro autista)
- Es intermitente o recurrente (p.ej., síntomas depresivos o maníacos, tics), o
- Representa un deterioro respecto al nivel de funcionamiento previo (p.ej., esquizofrenia).

En esta parte de la evaluación, también se recopila información sobre todos los tratamientos previos que se han realizado, incluyendo la terapia farmacológica, la terapia psicológica, hospitalizaciones, o el uso de medicina tradicional, complementaria o alternativa (ver Capítulo J.2).

### **Impacto**

El paso siguiente es indagar el impacto de estos síntomas en la vida diaria del niño y los demás miembros de la familia: el efecto en la calidad de vida del paciente, en los hermanos, en la relación de los padres, la familia extensa, el aula de clases, el rendimiento académico, el contacto con pares, y el desarrollo. Esto también incluye establecer en qué contexto(s) se observan los problemas, y en cuáles no se presentan, o lo hacen en menor medida (por ejemplo, en las fobias específicas se pueden ver síntomas marcados sin un impacto negativo en el funcionamiento). Se debe recordar que el comportamiento problemático puede reflejar:

- Un trastorno subyacente en el niño
- Una incompatibilidad entre el niño y el ambiente
- Un problema dentro del ambiente en que el niño vive o
- Generalmente, todo lo anterior.

Revisar el impacto de los síntomas en el paciente, su familia, escuela y pares.

### **Factor de riesgo**

Un factor de riesgo es algo que aumenta la probabilidad de desarrollar un problema. Puede ser algo que uno hace (p.ej., el uso de cannabis incrementa el riesgo de síntomas psicóticos). Otras veces no se puede hacer nada respecto al riesgo. Solamente existe. Por ejemplo, las adolescentes mujeres tienen mayor probabilidad de sufrir depresión que los varones. Por lo tanto, el género es un factor de riesgo para la depresión.

Antes de comenzar a hacer preguntas sobre la historia del desarrollo, es útil explicar a los padres por qué esto es necesario. De otra forma, pueden sentirse confusos.

**Factores de riesgo**

El siguiente paso es el cribado de los factores de riesgo relevantes: actuales, previos, y en la familia extensa (antecedentes familiares). Los factores de riesgo más importantes son los genéticos, los relacionados con el desarrollo, los familiares y sociales. La mayoría de las presuntas *causas* de los trastornos de salud mental en niños se entienden mejor cuando se conceptúan como *factores de riesgo*. Existen tres tipos de factores de riesgo siendo útil dividirlos en “*las 3 P's*”:

- Factores *Predisponentes*, que hacen que el niño sea vulnerable a un trastorno (p.ej., genes, peso al nacer, género)
- Factores *Precipitantes*, que están asociados a la aparición o empeoramiento de los síntomas (p.ej., inicio en la pubertad de la anorexia nerviosa)
- Factores *Perpetuantes (mantenedores)*, que contribuyen a mantener los síntomas (p.ej., estilo de parentalidad inadecuado, falta de intervención profesional, ausencia de acceso a servicios de salud).

Una buena analogía es el viento, que sopla a través de un agujero en una ventana. Antes de que existiera el agujero, el vidrio puede haber sido más frágil en un lugar específico (*predisponente*). Después, el vidrio fue golpeado por una piedra (*precipitante*) y no había nadie disponible para reparar el agujero (*perpetuante*). Como resultado, el viento sigue pasando a través de la ventana (*síntoma del trastorno*) (Goodman & Scott, 2005).

*Historia del desarrollo.* Un informe detallado del desarrollo del niño, desde el inicio del embarazo, al parto y el desarrollo temprano. Para esto, es útil y eficiente utilizar un enfoque estructurado, con preguntas de cribado respecto a hitos importantes del desarrollo (ver Tabla A.5.3) y, si es necesario, preguntas de seguimiento. A menudo los padres discrepan en sus recuerdos de las fechas de los hitos del desarrollo. Revisar si hay problemas en:

- Funciones básicas (sueño, alimentación, control de esfínteres)
- Hitos del desarrollo psicomotor: andar, sentarse, motricidad fina y gruesa, escritura
- Desarrollo cognitivo y funcionamiento escolar: desarrollo del lenguaje, lectura, escritura y aritmética. El desempeño académico requiere capacidades cognitivas, pero también refleja la motivación, capacidad de concentración, actitud hacia la autoridad, capacidad de establecer relaciones con pares, tolerancia a la frustración y capacidad de postergar gratificación, y el grado de apoyo parental al aprendizaje
- Desarrollo interpersonal: reacción a la separación temprana, capacidad de jugar con otros niños, estabilidad de las relaciones, cantidad de amigos, tipos de actividades compartidas
- Desarrollo emocional y temperamento
- Antecedentes de trauma: físico, sexual, emocional, negligencia, agudo o crónico, intra- o extra-familiar, violencia, desastre natural
- Conductas dañinas: golpearse la cabeza o conductas autolesivas, pensamientos o comentarios sobre la muerte, automutilación, cortes, y hacer daño a otras personas o animales.

Possible pregunta a los padres para el cribado de trauma: “¿Ha sido testigo su hijo de algo realmente malo o aterrador?”

Possible pregunta al niño para el cribado de trauma: “¿Ha tratado alguien de hacerte daño alguna vez?”

Debe prestarse particular atención a los cambios o discontinuidades en la evolución del desarrollo.

Indagar sobre los trastornos neuropsiquiátricos en ambos lados de la familia debe ser rutinario.

Durante toda la entrevista, el profesional debe estar atento a la psicopatología de los padres (p.ej., una madre deprimida a menudo describirá más negativamente el comportamiento del niño, que un padre que no está deprimido.)

“Es importante dar la impresión de que el niño no es visto solamente como paciente o como un grupo de síntomas” (King, 1997)

*Antecedentes familiares.* Estos incluyen preguntas de cribado respecto al funcionamiento familiar previo y actual, y a la presencia de trastornos neuropsiquiátricos en otros miembros de la familia (p.ej., dependencia de alcohol, abuso de sustancias, suicidio, y comportamiento inusual o extraño en los familiares). Conocimiento de los trastornos de salud mental en la familia puede ayudar a hacer el diagnóstico correcto (p.ej., una madre con dependencia al alcohol podría hacer sospechar un síndrome de alcoholismo fetal).

Debe evaluarse la posible contribución genética de los padres al trastorno del niño (p.ej., la presencia de un trastorno bipolar en el padre podría iluminar los síntomas depresivos del niño), pero pocos trastornos psiquiátricos aparece sólo como consecuencia de una transmisión genética, aunque puede incrementar la vulnerabilidad (Luthar & Prince, 2008). Aun cuando no lo expresen durante la evaluación psiquiátrica, muchos padres temen que, cuando uno de los hijos tiene un trastorno, sus otros hijos están destinados a sufrirlo también, por lo que es útil clarificar el papel de la contribución genética en la expresión de los trastornos, para reducir la culpa, temor y malestar en padres y hermanos.

### **Fortalezas**

Es un gran error centrarse solamente en las dificultades del paciente y su familia, y negar las fortalezas, que casi siempre existen, y que pueden dar pistas clave para el tratamiento. Este enfoque fortalece la autoestima tanto del niño como de los padres, y proporciona información sobre factores que pueden ayudar a atenuar o compensar las áreas de vulnerabilidad.

### **Explicaciones**

Preguntar sobre las ideas que tienen los padres sobre la naturaleza y causas del comportamiento de su hijo puede proporcionar mucha información para saber qué intervenciones psicoeducativas pueden ser necesarias. Comprender cómo los padres y el niño entienden la evolución de sus síntomas también proporciona referencias importantes del contexto cultural de esta familia en particular (Sholevar, 2007).

### **Cerrando la entrevista**

Haciendo que la entrevista termine de forma colaborativa, incrementa la probabilidad de que el niño y su familia tengan una buena impresión de ésta y una actitud positiva hacia futuros encuentros clínicos. En esta etapa, algunas preguntas útiles pueden ser:

- “¿Hay algo importante de lo que no hayamos hablado?”
- “Le he hecho muchas preguntas. ¿Tienen alguna pregunta para mí?”

## **ENTREVISTA CON LOS PADRES**

### **Objetivos**

La entrevista con los padres busca esclarecer:

- Qué aspectos del comportamiento del niño generan más preocupación
- Qué han intentado para solucionar el problema
- El impacto del problema del niño en el resto de la familia
- Si la conducta problemática ocurre específicamente en una situación o

“Cuando conozco a los padres de un niño afectado con un trastorno mental, la primera cosa que les pido es que me digan qué es lo más especial de su hijo/a, que capacidades, recursos, sentimientos, y talentos reconocen el él/ella.”  
(Giovanni Bollea, psiquiatra infantil italiano)

Los padres a veces temen que ellos son los únicos que tienen un problema con el niño. Puede ser un alivio para ellos que el profesional les diga que ese problema no es infrecuente, y que ha ayudado a muchas familias con este tipo de problema.



“En el arte de la detección, tiene mayor importancia saber reconocer, entre un cierto número de hechos, aquellos que son incidentales y aquellos que son centrales. De lo contrario, su energía y atención se disipan en vez de concentrarse.” (Sherlock Holmes, “El Hidalgo de Reigate”)

es generalizada (p.ej., inquietud y falta de atención en la escuela, pero no en otras situaciones, podría poner en duda el presunto diagnóstico de TDAH)

- Si hay presencia de trastornos neuropsiquiátricos en la familia.

### Entrevistas estandarizadas

Las entrevistas estandarizadas (herramientas diagnósticas con preguntas específicas en una secuencia dada) son utilizadas a menudo en investigación, pero también pueden ser de gran ayuda en la práctica clínica diaria. Por un lado, especialmente para principiantes, las entrevistas estandarizadas pueden ayudar a abordar dominios clave de psicopatología (especialmente los antecedentes familiares y el desarrollo). Además, garantizan que los profesionales pregunten sistemáticamente sobre una amplia gama de síntomas, particularmente aquellos que pueden ser clínicamente significativos, pero que no son motivo de la consulta actual. El uso de estos instrumentos disminuye la probabilidad de pasar por alto trastornos comórbidos. Por otro lado, estas herramientas nunca pueden reemplazar a la entrevista psiquiátrica individual; y no pueden ser utilizadas como base única para establecer el diagnóstico o planificar el tratamiento. Además, muchas de ellas sólo son inventarios de síntomas, y no examinan información importante relativa a los síntomas, como el contexto, respuesta del paciente, sentimientos, etc. (Le Couteur & Gardner, 2008).

## LA ENTREVISTA CON EL NIÑO

Los objetivos de la entrevista con el niño son:

- Ganar su confianza. En general, mientras más pequeño es el niño, más tiempo se necesita para lograr esto
- Saber que piensa el niño del problema
- Comprender la etapa actual de desarrollo del niño
- Obtener información sobre los síntomas emocionales, eventos traumáticos, actos delictivos, uso de drogas, problemas sexuales
- Recopilar información para el examen del estado mental (ver abajo).

A menudo los niños indican cuando es aceptable que los padres dejen la consulta, generalmente después de algunos minutos. Los objetos transicionales (mantas, ositos) pueden facilitar esta transición, aunque separación puede ser imposible en casos de ansiedad por separación. Cuanto mayor sea el niño, más pronto podrá terminar la sesión conjunta. A menudo, niños encuentran embarazoso oír hablar de sus problemas en su presencia.

### ¿Cómo comenzar?

Una vez que los padres han salido de la consulta, es una buena idea comenzar la entrevista hablando de temas neutros que pueden ser de interés para el niño, como por ejemplo, hablar de sus pasatiempos, animales mascota, vacaciones, o regalos de Navidad y cumpleaños favoritos. El siguiente paso es indagar que es lo que los padres le dijeron al niño, o lo que el niño sabe sobre la entrevista; a menudo esto proporciona información sobre la relación y la transparencia de la comunicación entre los padres y el niño, así como también del desarrollo cognitivo del niño. Algunos niños necesitan que se les ayude a expresar *sus propias* preocupaciones, en vez de repetir simplemente las preocupaciones de los padres o educadores. Uno

“El profesional debe ser consciente del impacto de las similitudes o diferencias entre el profesional y el niño (o los padres), en el proceso de evaluación, en términos de género, y características étnicas o sociales.” (King, 1997)

Sin establecer confianza y un vínculo, es menos probable obtener información válida.

La descripción del niño de sus sentimientos, estado de ánimo, nivel de malestar, y eventos significativos, contribuye a una mejor comprensión de la perspectiva del niño.

Es preferible tener juguetes genéricos, que es más probable que evoquen las preocupaciones específicas del niño, que juguetes con guiones prefabricados, asociados o basados en programas de TV o películas (Bostic & King, 2007)

El objetivo, la duración, la confidencialidad y el papel del profesional, deben ser descritos al comienzo de la entrevista con el niño, utilizando términos apropiados a su nivel de desarrollo. Por ejemplo:

- “¿Qué te dijeron tus padres sobre venir aquí hoy?”
- “¿Cómo te sientes de estar aquí?”

necesita estar alerta a cómo se enuncian las preguntas: los niños más pequeños son especialmente propensos a ser sugestionados.

### Técnicas de entrevista apropiadas al nivel de desarrollo

No se puede esperar que niños preescolares se sienten quietos durante toda la entrevista, por lo que el entrevistador necesita decidir qué materiales debe tener para ocupar al niño. Las técnicas incluyen el dibujo, el juego, y las preguntas directas. El método apropiado para cada caso va a depender de la edad del niño (la edad evolutiva más que la edad cronológica) y el motivo de la consulta (p.ej., mutismo selectivo). La mayoría de las veces, invitar al niño a dibujar es un buen comienzo. Las preguntas directas deben ser cortas, con un vocabulario simple y preciso, y sobre un tema concreto cada vez (Jones, 2003). Por ejemplo, no decir “¿Te metes en problemas en la escuela, te llevas bien con otros estudiantes y te gustan los deportes?” sino “¿Te metes en problemas en la escuela?”

Participar en el juego del niño puede ayudar a:

- Aumentar la empatía
- Evaluar su estado afectivo
- Determinar sus habilidades motoras y de coordinación
- Evaluar el habla y el desarrollo del lenguaje
- Evaluar el rango de atención
- Evaluar su capacidad de pensamiento abstracto
- Evaluar su capacidad para jugar con otros, y de juego simbólico (especialmente importante cuando se sospecha un trastorno generalizado del desarrollo)
- Recoger información para el examen del estado mental (ver abajo).

Preguntas para explorar los sentimientos internos del niño incluyen:

- “¿Qué animal es el que más/menos te gustaría ser?”
- “¿Qué llevarías contigo si fueras a una isla desierta?”
- “¿Qué pedirías si pudieras elegir tres deseos mágicos?”

### Entrevistando pacientes adolescentes

La secuencia general es similar a la que se utiliza cuando se entrevista a niños. Sin embargo, uno debe pasar considerablemente más tiempo en la entrevista individual con el adolescente. Es crucial evitar la percepción de que los padres y el profesional están aliados contra el joven. Una forma de comenzar la entrevista es revisar y clarificar lo que cree el adolescente, y lo que le han dicho sobre el objetivo de la entrevista. Los adolescentes se preocupan más de ser percibidos como débiles, raros o diferentes, de ser incluidos o excluidos, o sobre igualdad y justicia. En esta línea, algunas preguntas útiles son:

- “¿Qué crees que es justo e injusto en tu vida?”
- “¿Qué es lo que más te gustaría cambiar en tu escuela/ familia/ el mundo?”
- “¿Cuáles son tus planes para los próximos 10 años?”

### Confidencialidad: “¿Le dirás a mis padres?”

Una de las preocupaciones clave entre los adolescentes en relación con la

Al contrario de lo que se cree popularmente, indagar sobre el suicidio no lo induce. Un profesional preocupado puede ser el único adulto capaz de hablar de estos pensamientos con el adolescente.



"Nunca confíes en las impresiones generales, concéntrate en los detalles." (Sherlock Holmes, "Un Caso de Identidad")

"Llegará el día en que habrá fármacos específicos para diagnósticos particulares, pero todavía falta mucho tiempo para llegar a eso. Tanto los tratamientos psicológicos como farmacológicos deben centrarse en los patrones particulares de sintomatología más que en el diagnóstico como tal" (Rutter & Taylor, 2008)

**Tabla A.5.1 Examen del estado mental (EEM)**

Componente del EEM	Evaluar:	Ejemplo
Apariencia física	<ul style="list-style-type: none"> <li>Edad (actual y aparente)</li> <li>Ropa adecuada para la edad</li> <li>Cuidado e higiene personal</li> <li>Características dismórficas, moretones, cicatrices</li> </ul>	"Stephanie es una niña limpia y apropiadamente vestida para sus 9 años, que parece mayor que la edad que tiene (como de 12 años)"
Manera de relacionarse con el evaluador y los padres, incluyendo la facilidad para separarse de ellos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contacto visual</li> <li>Capacidad de colaborar y participar en la evaluación</li> <li>Conducta hacia los padres y hermanos</li> </ul>	"Evita el contacto visual, pero colabora con el proceso de evaluación."
Estado de ánimo y afectos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tipo, rango y adecuación de los afectos (p.ej., depresivo, exaltado, irritable)</li> </ul>	"Stephanie parece deprimida (p.ej., llora a menudo, no disfruta de sus actividades y pasatiempos, se siente desesperanzada), muestra poca variabilidad en sus afectos (p.ej., un rango limitado) y describe un estado de ánimo depresivo"
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Miedos</li> <li>Fobias</li> <li>Obsesiones</li> <li>Compulsiones o rituales</li> <li>Dificultades para separarse</li> </ul>	"No muestra evidencia de miedos injustificados o síntomas de ansiedad"
Conducta psicomotora (incluyendo nivel de actividad y patrones motores inusuales)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tics, manierismos</li> <li>Nivel de actividad</li> <li>Coordinación</li> </ul>	"Nivel de actividad parece reducido"
Forma y contenido del pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alucinaciones</li> <li>Delirios</li> <li>Alteración del pensamiento</li> </ul>	"El pensamiento está enlentecido, pero es coherente. No hay evidencia de alucinaciones o delirios."
Habla y lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fluidez</li> <li>Volumen</li> <li>Ritmo</li> <li>Habilidades verbales</li> </ul>	"Su discurso es adecuado para la edad. No hay presión del habla."
Funcionamiento cognitivo general	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vocabulario adecuado para la edad</li> <li>Conocimientos generales</li> <li>Gráficos (dibujos) apropiadas</li> </ul>	"Su capacidad cognitiva parece afectada, y su vocabulario es menor de lo esperado para su edad."
Atención y concentración	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atención</li> <li>Concentración</li> </ul>	"Se cansa fácilmente y parece tener dificultades para seguir conversaciones durante un largo período de tiempo."
Memoria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corto plazo</li> <li>Largo plazo</li> </ul>	"No muestra dificultades para recordar cosas."
Orientación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientación en tiempo, espacio, persona</li> </ul>	"Orientada en tiempo y espacio."
Juicio y discernimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reconocimiento de los problemas</li> <li>Capacidad para juzgar situaciones hipotéticas</li> <li>Actitud frente a recibir ayuda</li> <li>Conformidad con el tratamiento</li> </ul>	"La paciente es consciente del hecho que tiene un problema, quiere recibir ayuda y colaborar con el tratamiento"
Evaluación del riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pensamientos o conductas suicidas</li> <li>Conductas autolesivas</li> <li>Pensamientos o planes de dañar a otros</li> <li>Conductas de riesgo</li> </ul>	"No hay evidencia que sugiera suicidalidad o amenazas a los demás."

Fuente: Adaptación de King (2007).

búsqueda de ayuda profesional, es la confidencialidad. Siempre se debe informar a los adolescentes sobre la naturaleza confidencial de la relación entre el profesional y el paciente, y de sus limitaciones: generalmente el único caso en que la confidencialidad puede ser quebrada sin el consentimiento del paciente, es cuando está en riesgo la seguridad del paciente o de los demás. Muchos países imponen obligaciones legales a los profesionales de la salud mental, respecto a denunciar casos de abuso. Las leyes a este respecto varían y se necesita estar al día con los requisitos locales. La mejor opción para explicar la confidencialidad es al comienzo de la entrevista, cuando los padres y el adolescente están presentes, informando así a los padres que lo que revela su hijo será confidencial.

### Describir antes de interpretar

Dado que un síntoma cualquiera puede tener múltiples significados, funciones e implicaciones clínicas en niños diferentes, es importante no saltar inmediatamente de los síntomas al diagnóstico.

**Tabla A.5.2 Síntomas psiquiátricos y ejemplos de sus correspondientes diagnósticos diferenciales**

Síntoma	Diagnóstico diferencial
Depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trastornos neurológicos (p.ej., tumores, epilepsia, trauma, atrofia cerebral)</li> <li>Trastornos endocrinos (p.ej., hipo/hipertiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing)</li> <li>Enfermedades renales (p.ej., nefritis crónica)</li> <li>Enfermedades metabólicas (p.ej., hipoglicemia)</li> <li>Enfermedades infecciosas (p.ej., SIDA, borreliosis de Lyme)</li> <li>Intoxicación (p.ej., alcoholismo)</li> <li>Enfermedades malignas (p.ej., leucemia crónica)</li> <li>Fármacos: antihipertensivos (p.ej., beta bloqueadores), fármacos antiepilépticos, fármacos psicotrópicos (p.ej., neurolepticos, barbitúricos), esteroides (p.ej., glucocorticoides), analgésicos</li> <li>Otros: tuberculostáticos, antibióticos, citostáticos, antimicóticos</li> </ul>
Psicosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trastornos neurológicos (p.ej., tumor cerebral, epilepsia, encefalitis, infecciones, esclerosis múltiple)</li> <li>Drogas ilícitas (p.ej., marihuana, cocaína, LSD)</li> <li>Intoxicación (p.ej., alcohol)</li> <li>Fármacos: fármacos psicotrópicos, anticonvulsivos, anticolinérgicos, esteroides, antibióticos</li> </ul>
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> <li>Trastorno por consumo de sustancias: drogas, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, alcohol, nicotina, cafeína, éxtasis, opioides</li> <li>Trastornos neurológicos: convulsiones orgánicas, migraña, esclerosis múltiple, aumento de la presión intracraneal, perfusión cerebral reducida</li> <li>Otros trastornos médicos: hipoglicemia, hipoxia, hipertiroidismo, carcinoma, disritmia, feocromocitoma</li> </ul>
Anorexia nerviosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cáncer</li> <li>Trastornos endocrinos (p.ej., hipertiroidismo, diabetes mellitus)</li> <li>Trastornos gastrointestinales (p.ej. Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, gastritis, úlcera gástrica)</li> <li>Malabsorción (p.ej. enfermedad celíaca)</li> </ul>
Enuresis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alteraciones urológicas y genitales (p.ej., válvula uretral, fusión labial)</li> <li>Infección del tracto urinario</li> <li>Trastornos neurológicos (p.ej., mielomeningocele, espina bífida, cordón enrollado)</li> <li>Otras enfermedades médicas (p.ej., diabetes mellitus)</li> </ul>

Fuente: Adaptación de Herpertz-Dahlmann & Bachmann (2007).

### Áreas especiales de interés en la entrevista con adolescentes

- Conducta antisocial o delictiva (p.ej., “¿Has hecho alguna vez algo que ahora, al mirar atrás, piensas que fue bastante peligroso?”)
- Identidad y actividad sexual (p.ej., “¿Has tenido alguna vez sentimientos románticos hacia alguien?” Evitar preguntas de tipo “¿Hay algún niño/a que te gusta?” a los adolescentes, que pueden ser interpretadas como que se asume su heterosexualidad cuando pueden estar lidiando con sentimientos homosexuales)
- Consumo de alcohol y sustancias (comenzar con la exposición más reciente, contexto de uso, padres, amigos, efectos de sustancias, si creen que las sustancias alivian sus síntomas, p.ej., automedicación)
- Ideación o conducta suicida, incluyendo autolesiones no suicidas (p.ej., “¿Sientes a veces la necesidad de hacerte daño?”, “¿Has pensado alguna vez que tu vida no vale la pena?”)

## EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El objetivo del examen del estado mental (EEM) es una descripción objetiva, no una interpretación, de la apariencia, síntomas, comportamiento y funcionamiento del niño, como se manifiestan *durante el examen*. Un EEM bien escrito permite que otro profesional, o el mismo profesional semanas, meses o años más tarde, se haga una imagen clara del estado mental del paciente en el momento de la evaluación. El EEM es una parte esencial de cualquier evaluación psiquiátrica (ver Tabla A.5.1). Estrictamente hablando, el EEM es netamente descriptivo, y no incluye juicios sobre si la apariencia y comportamiento es normal o anormal, o si es clínicamente significativo o no.

La mayoría de los trastornos no muestran sentimientos o comportamientos anormales, que no sean observados en niños o adolescentes normales en algunas circunstancias. La gravedad (cantidad), generalización y naturaleza (cualidad) de los síntomas, determina su significación clínica.

Aunque es presentado como un componente separado y distinto de la recopilación de antecedentes médicos, en realidad gran parte del EEM tiene lugar de manera implícita, mientras el profesional se relaciona con y observa al niño durante las entrevistas individuales y familiares. Mientras que algunos componentes del examen requieren preguntas o exámenes específicos (p.ej., orientación, memoria, síntomas específicos como alucinaciones u obsesiones), la mayoría de ellos son observados a medida que transcurre la entrevista.

Los profesionales deben hacer uso de cada oportunidad que se les presente para observar al paciente y su interacción con otros, particularmente con su familia. Por ejemplo, su comportamiento:

- En la sala de espera (p.ej., ¿Cómo eligen dónde sentarse? ¿Están hablando unos con otros? ¿Discuten?)
- Durante el saludo inicial y la introducción
- En la consulta
- Al separarse (p.ej., cuando los padres salen de la habitación)
- Durante la evaluación psicológica
- Durante el examen físico.

No hay que olvidar la parte somática del proceso diagnóstico, pero es importante saber cuándo aceptar que un niño ha sido adecuadamente examinado y estudiado.

Ocasionalmente, los padres describirán una pérdida de habilidades adquiridas previamente; esto siempre debe ser considerado seriamente, y debe conducir a la sospecha de un trastorno neurodegenerativo y derivación a un especialista.

## ANTECEDENTES MÉDICOS Y EXAMEN FÍSICO

El objetivo de recopilar los antecedentes médicos y del examen físico, es identificar los problemas médicos que causan, se asocian o exacerban los problemas que presenta el niño, y puede revelar una enfermedad somática tratable. Las enfermedades médicas pueden:

- Aumentar el riesgo del niño de presentar psicopatología
- Ser relevantes para el tratamiento
- Explicar la psicopatología actual.

Aun cuando en la práctica clínica, enfermedades físicas que imitan un trastorno psiquiátrico son relativamente raras, es importante conocer estas posibles “trampas diagnósticas” (Tabla A.5.2.). Si en los antecedentes médicos hay sugerencias de que enfermedades físicas o tratamientos juegan un papel en este paciente, es necesario realizar más estudios.

Sugerimos un *enfoque paso a paso* en esta parte de la evaluación (tiempo y coste eficaz):

- Paso 1: breve recopilación de los antecedentes médicos
- Paso 2: examen físico básico.

Si el paso 1 y el paso 2 no son significativos, es razonable no continuar con más exámenes y estudios. Si es necesario realizar una evaluación más profunda:



“Las cosas pequeñas son infinitamente las más importantes.” (Sherlock Holmes, “Un caso de identidad”)

**Tabla A.5.3 Vista general de los hitos del desarrollo**

Edad	Habilidades motoras	Lenguaje
3 meses	Sostiene la cabeza	Imita sonidos
6 meses	Gira su cuerpo	
9 meses	Se sienta sin apoyo	Combina sílabas en sonidos que simulan palabras
12 meses	Esta de pie sin ayuda	Usa 20 palabras
15 meses	Camina sin ayuda Juega con una pelota	
18 meses	Transporta objetos mientras camina	Puede hacer frases de dos palabras
2 años	Puede correr Puede patear una pelota	Usa su propio nombre Pregunta “¿Por qué?” Puede nombrar al menos seis partes del cuerpo
3 años	Salta, mantiene el equilibrio en un pie	Hace frases de cuatro a cinco palabras Usa singular y plural
4 años	Rebota	Usa tiempo verbal pasado, es capaz de describir experiencias
5 años		
6 años	Rebota en pies alternados	Desarrollo completo del lenguaje

\*Utilizar sólo como referencia general.

Accidentes o enfermedades que tienen efectos potenciales en el sistema nervioso central y requieren una evaluación específica.

- Exposición al plomo
- Convulsiones
- Trauma craneoencefálico
- Pérdida de conciencia.

- Paso 3 (si indicado por los pasos 1 o 2): realizar más estudios y una derivación a un especialista.

**Antecedentes médicos previos**

Debe utilizarse un enfoque sistemático en la recopilación de antecedentes, como guía de que problemas somáticos puedan ser relevantes a los síntomas actuales. Esto incluye una historia clínica de las enfermedades médicas del paciente y su familia. Varios estudios han mostrado que la información obtenida de los antecedentes médicos a menudo influye en el manejo del caso, mientras que el examen físico raramente lo hace (Dooley et al, 2003).

Las *señales de alerta* que sugieren la necesidad de un examen físico más detallado (paso 3) incluyen:

- Presentación atípica de síntomas o edad de inicio atípica (p.ej., alucinaciones en una niña de 7 años de edad)
- Antecedentes de convulsiones
- Antecedentes de trauma de cráneo o infección del sistema nervioso central
- Retraso en el desarrollo

<b>Síntomas dermatológicos</b>	<b>Sugiere posible:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marcas de agujas, abscesos o hiperpigmentación de los brazos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno por consumo de sustancias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moretones, hematomas en diferentes etapas de evolución</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negligencia</li> <li>• Abuso físico</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Signos de autolesiones no suicidas (p.ej., cicatrices)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno límite de la personalidad<sup>a</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manchas “café con leche” después del primer año de edad, &gt;1.5cm</li> <li>• Pecas en las axilas después de los 3 años de edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neurofibromatosis tipo 1<sup>b</sup> (rara)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Máculas inicialmente pálidas en forma de hoja de fresno</li> <li>• Adenoma sebáceo</li> <li>• Fibromas subungueales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esclerosis tuberosa<sup>c,d</sup> (rara)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manchas color vino de oporto, generalmente en la región trigeminal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síndrome Sturge Weber<sup>b</sup> (raro)</li> </ul>

<sup>a</sup>El lugar más frecuente de las autolesiones no suicidas es la parte interna del antebrazo.  
<sup>b</sup>La neurofibromatosis Tipo 1, la esclerosis tuberosa, y el Síndrome Sturge Weber son síndromes neurocutáneos (facomatosis). Estos trastornos afectan el sistema nervioso central, la piel y los ojos. Todos estos tejidos tienen el mismo origen ectodérmico.  
<sup>c</sup>Un 0.4% a un 3% de los niños con un trastorno del espectro del autismo también presentan esclerosis tuberosa (Smalley et al, 1991).  
<sup>d</sup>El mejor examen diagnóstico es una resonancia magnética cerebral (MRI).



Haga clic en la imagen para acceder a un curso intensivo de 8 minutos de duración sobre los trastornos neurocutáneos.

- Encontrarse por encima del percentil 97 o por debajo del percentil 3 en cualquiera de las curvas de crecimiento
- Sospecha de abuso infantil o enfermedad facticia (p.ej., Münchhausen por delegación)
- Inicio abrupto de una conducta nueva o extraña (p.ej., aleteo de manos en el Síndrome de Rett)
- Nivel de conciencia alterado, fatiga grave, cambios cognitivos, y síntomas físicos, como dolor de garganta, fiebre, dolor de cabeza, náuseas y cambios del peso
- Inicio agudo de obsesiones y compulsiones o tics motores o vocales, particularmente después de una faringitis (PANDAS, ver Capítulos F.4 y H.5).

La siguiente lista enumera todas las partes relevantes de una historia médica en salud mental infantil:

### ***Desarrollo prenatal y perinatal***

- ¿Consanguinidad de los padres?
- ¿Uso de técnicas de reproducción asistida?
- Embarazo (todo el rango de teratógenos: alcohol, tabaco, sustancias ilícitas, medicamentos; antecedentes de erupciones cutáneas y fiebre durante el embarazo que puedan indicar exposición a una infección viral congénita)
- Muertes neonatales anteriores o episodios agudos que pusieron en peligro la vida de los hermanos (pueden ser un indicador de anomalías congénitas del metabolismo)
- Abortos espontáneos previos (dos o más) ya que uno de cada 20 de estos padres son portadores de una translocación o inversión cromosómica (Gardner & Sutherland 1996)
- Antecedentes del parto y neonatales: edad gestacional al nacer; peso; puntuación APGAR, si es posible (un parto complicado es un factor de riesgo para los problemas del desarrollo).

### ***Desarrollo postnatal***

Es importante recopilar la historia del desarrollo temprano (hasta los 5 años). Solicite a los padres que traigan si es posible el registro de las vacunas y otra información pertinente a la primera sesión de evaluación. Un resumen de los hitos del desarrollo se muestra en la Tabla A.5.3.

### ***Enfermedades anteriores***

Los trastornos más frecuentes en la infancia (p.ej., asma) deben llevar a preguntar sobre los medicamentos que toma el niño, tanto prescritos como autoadministrados. Debe preguntarse sobre hospitalizaciones largas después del nacimiento; procedimientos quirúrgicos; vacunas; pérdidas de conciencia y convulsiones; dificultades visuales o auditivas; alergias (particularmente a medicamentos); y respuesta o efectos secundarios a medicamentos utilizados previamente.



Si usted sospecha una enfermedad metabólica o genética rara, y no tiene la opción de derivar a un especialista, haga clic en la imagen para acceder a “orpha.net”, y revise la función “buscar por signos”. Este portal (para enfermedades raras y medicamentos huérfanos) está disponible en inglés, español, alemán, italiano, francés y portugués.

Aproveche cualquier oportunidad que se le presente para observar niños con trastornos raros. El saber qué fenotipos existen es una condición necesaria para reconocerlos. [Phenomizer](#) es una página web con información útil que permite a los profesionales introducir las características clínicas de un paciente, y obtener los probables diagnósticos diferenciales. Para ver un tutorial sobre cómo usar Phenomizer [haga clic aquí](#).

Las escalas de evaluación son herramientas para complementar la evaluación, no para reemplazarla.

El profesional debe estar especialmente atento a la mención de enfermedades que pueden afectar el sistema nervioso central, como el VIH/SIDA, tuberculosis, lupus eritematoso, epilepsia, migraña, lesiones traumáticas cerebrales, trastornos tiroideos y diabetes.

**Examen físico básico**

**¿Quién debe realizar el examen médico?**

El examen físico da una oportunidad adicional para saber más sobre las preocupaciones del niño (especialmente sobre temas relacionados con el cuerpo) y sobre su estado mental, a los médicos que mantienen sus habilidades para realizar un examen físico (para lo que trabajaron duramente en la facultad de medicina). En el caso de los psicólogos y otros profesionales de salud sin formación médica, es de gran utilidad saber si se el niño ha tenido un examen físico recientemente, si este no es el caso, derivar al paciente a un médico (preferentemente a un pediatra).

Un examen de cribado del neurodesarrollo es suficiente, y no requiere que el niño se desvista completamente. Se deben evaluar los siguientes parámetros:

- Talla y peso (percentil)
- Circunferencia craneal (percentil). La causa más frecuente de un cráneo grande o pequeño es simplemente el antecedente familiar, por lo tanto, antes de interpretar una medida aislada, debe compararse a las medias (percentiles) de las circunferencias craneales de los padres.
- Presión arterial (utilizar un instrumento adecuado para el tamaño del niño – p.ej., uno que cubra dos tercios de la distancia entre el codo y el hombro; interpretarla respecto a valores adecuados a la edad)

Se deben llevar a cabo lo siguiente:

- Revisión de la piel (ver Tabla A.5.4)
- Examen neurológico básico:
  - Postura y marcha
  - Pruebas de función cerebelosa (p.ej., presencia de disdiadococinesia)



"No hay nada más engañoso que un hecho evidente."  
(Sherlock Holmes, "El misterio del valle Boscombe")

<b>Tabla A.5.6 El Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ)</b>		
<b>Objetivo</b>	<b>Idiomas</b>	<b>Comentarios</b>
Cribado de trastornos de salud mental en niños y adolescentes (Goodman et al, 2000)	Disponible en 73 idiomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gratuito para uso no comercial</li> <li>• Puntuaciones altas en el SDQ – el 10% con un puntaje más alto en una muestra comunitaria tiene un mayor riesgo de problemas psiquiátricos</li> <li>• Utilizado mundialmente</li> <li>• Muy breve</li> <li>• Alta especificidad pero baja sensibilidad (se debe utilizar sólo como instrumento de cribado)</li> <li>• Puede ser completado en línea por el paciente, y recibir retroalimentación inmediata.</li> </ul>

Fuente: Carandang y Martin (2009).

- Tono, fuerza, reflejos
- Movimientos anormales (fasciculaciones, tics, mioclonía, distonía, atetosis, hemibalismo, tremor).

De todos los aspectos del examen neurológico, el más valioso es observar la marcha del niño. Una marcha normal depende de la conservación y balance delicado de los sistemas motores, sensoriales y de coordinación. Es poco probable que si un niño camina normalmente, tenga una alteración neurológica grave (Wolf et al, 2008).

### **Estudios, exámenes y derivación a especialistas**

La disponibilidad de estudios, exámenes y posibilidades de derivación a especialistas varía considerablemente entre países. Lo que se describe a continuación es la situación ideal, pero muchas de estas pruebas no obtienen resultados positivos en la inmensa mayoría de los casos:

- Exámenes de sangre
- Exámenes de orina (cribado toxicológico, prueba de embarazo)
- Imágenes cerebrales (primera elección: MRI; segunda elección: TAC)
- Estudios genéticos (indicadores clave en el examen físico: dismorfia notoria de la cara, manos y pies; estar por encima del percentil 97 o por debajo del percentil 3 en cualquiera de las curvas de crecimiento).
- Estudios metabólicos (indicadores clave en los antecedentes: consanguinidad, fracaso en el crecimiento, descompensaciones episódicas, a menudo durante enfermedades menores; hepatoesplenomegalia, características faciales toscas). Es más útil realizar un cribado metabólico que un estudio genético, un EEG o una imagen cerebral, y pueden merecer más el esfuerzo.
- Electroencefalograma (EEG)
- Electrocardiograma (EKG)
- Examen auditivo
- Examen visual.

## **ESCALAS Y EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA**

El objetivo de esta sección es informar a los lectores de las herramientas que pueden ayudarles a encontrar el diagnóstico correcto, y a individualizar el tratamiento.

### **Escalas de evaluación**

Las escalas de evaluación son instrumentos (de lápiz y papel o usando un ordenador) utilizados para recopilar información sobre la presencia (medida cualitativa) y gravedad (medida cuantitativa) de síntomas. Las escalas de evaluación pueden ser utilizadas como una fuente adicional de información diagnóstica, para monitorizar y medir la eficacia de un tratamiento (resultados), y como herramientas de investigación. También pueden ser utilizadas como herramientas de cribado, para determinar si un niño debe ser evaluado en profundidad por algún trastorno de salud mental (Verhulst & Van der Ende, 2008).

### Evaluando la teoría de la mente: la prueba de Sally/Anne

La prueba de Sally/Anne es una evaluación psicológica con muñecas utilizada en salud mental infantil para medir la habilidad cognitiva y social para atribuir falsas creencias a otros (p.ej., la teoría de la mente, para más detalles ver el Capítulo C.2). El profesional utiliza dos muñecas, "Sally" y "Anne". Sally tiene una canasta; Anne tiene una caja. El profesional muestra al niño una historia breve en la que Sally pone una pelota en su canasta y abandona la escena. Cuando Sally está lejos y no puede ver lo que pasa, Anne saca la pelota de la canasta de Sally y la pone dentro de su caja. Después, Sally vuelve, y se le pregunta al niño dónde cree él que Sally buscará su pelota. Se dice que los niños "pasan" la prueba si entienden que Sally busca la pelota en su canasta, antes de darse cuenta que la pelota no está allí. Los niños menores de cuatro años y la mayoría de los niños con un trastorno del espectro del autismo (de mayor edad), responden "en la caja de Anne," al parecer no se dan cuenta de que Sally no sabe que su pelota fue movida.



Haga clic en la imagen para acceder a un vídeo breve que explica la prueba de Sally/Anne.



“No hay nada más estimulante que un caso en el que todo va en contra de ti.”  
(Sherlock Holmes, “El sabueso de los Baskervilles”)

### Ventajas y desventajas de las escalas de evaluación

#### *Ventajas:*

- Ayudan a detectar problemas clínicamente significativos pero que no son parte del problema que se está evaluando
- Ayudan a llevar a cabo una evaluación comprensiva
- Algunos padres y adolescentes pueden referir preocupaciones por escrito, que no harían verbalmente
- Las escalas de evaluación pueden ser completadas por los padres, educadores, y pacientes fuera de la entrevista, lo que hace que ésta sea más eficaz y eficiente
- Las escalas que evalúan la gravedad de los síntomas pueden ser de utilidad para cuantificar una línea base, para después evaluar la respuesta al tratamiento (p.ej., escala de síntomas de TDAH antes y después del tratamiento con metilfenidato).

#### *Desventajas:*

- Requieren tiempo y conocimientos
- Pueden no ser del gusto de los padres o el niño
- Requieren tiempo para ser corregidas y analizadas
- Los profesionales pueden apoyarse en exceso en ellas.

Existen escalas de evaluación que son completadas por el paciente, el profesional, los padres, los educadores y otros informadores (p.ej., personas que trabajan con los jóvenes). En la práctica clínica diaria, se utiliza una combinación de estas herramientas. Un ejemplo de una escala de evaluación utilizada en todo el mundo y disponible de forma gratuita en muchos idiomas para su uso no comercial es el Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ, por sus siglas en inglés; Tabla A.5.6). Puede ser completado por los padres, los educadores, el niño, o todos los anteriores; y sus 25 elementos fueron diseñados para incluir tanto fortalezas como dificultades. El SDQ es una escala general para evaluar una amplia

La evaluación no está completa hasta que se han comunicado los resultados de ésta a los padres, al niño, y al profesional o servicio de salud que realizó la derivación.

Principios que deben guiar la retroalimentación:

- Lenguaje simple, no técnico
- No juzgar
- Centrado en las fortalezas y capacidades
- Sensible
- Práctica.

gama de problemas. Sin embargo, en muchos casos, especialmente si se sospecha de un trastorno específico (p.ej., depresión, TDAH) es útil utilizar una escala más específica y detallada que una general (ver la sección de diagnóstico en el capítulo correspondiente en este manual).

### Evaluación psicométrica

El arte de una evaluación psicométrica óptima es la utilización precisa y la interpretación válida de las pruebas psicométricas. Los resultados de las pruebas pueden ayudar a:

- Hacer el diagnóstico correcto o comorbilidades
- Identificar el perfil de fortalezas y debilidades del niño
- Planificar el tratamiento (p.ej., el nivel de comunicación en una futura psicoterapia).

Existe una gran cantidad de pruebas psicológicas para niños y adolescentes, y la elección va a depender del paciente, del diagnóstico que se sospecha, y del conocimiento y experiencia del evaluador. La evaluación del funcionamiento cognitivo a menudo es útil para el diagnóstico y la planificación del tratamiento (ver Capítulos C.1 y C.3).

### **Inteligencia: “la suma de todos los procesos mentales superiores”**

Hay desacuerdo entre los expertos sobre qué es exactamente la *inteligencia*, pero hay una fuerte evidencia empírica de que las pruebas de inteligencia miden elementos importantes del desarrollo, habilidades cognitivas y el comportamiento adaptativo (Charman et al, 2008). El *coeficiente intelectual (CI)* tiene una estabilidad de moderada a alta en el tiempo, y tiene una alta correlación con el éxito en la vida, con el logro académico, empleo e ingresos.

Las pruebas de evaluación del CI tienen normas de acuerdo a la edad y han sido estandarizadas (ver Capítulo C.1). Es relevante saber *cuándo* fue estandarizada y normalizada una prueba, ya que en algunos países se ha observado un aumento modesto de las puntuaciones a través del tiempo, posiblemente debido a mejoras en la dieta y la educación. Las pruebas estandarizadas de inteligencia producen puntuaciones con una media de 100 y una desviación estándar de 15. Las puntuaciones estandarizadas son utilizadas para definir rangos de capacidad cognitiva (promedio, bajo el promedio y sobre el promedio); dependiendo de la cantidad de desviaciones estándar, sobre o bajo la media de la población general, donde se encuentra el rendimiento del niño. Un CI menor a 70 es un fuerte indicador de la presencia de una *discapacidad intelectual* (ver Capítulo C.1).

Observar al niño en la situación de evaluación es una parte importante de la evaluación. Los siguientes aspectos deben ser registrados y considerados al interpretar los resultados de la evaluación:

- Grado de colaboración con el evaluador
- Nivel de actividad y concentración
- Habilidades sociales y de comunicación
- Áreas específicas de dificultades

Los resultados de las pruebas pueden estar influenciados por:

- Problemas de lenguaje

Nunca deje ir a la familia solamente con la información diagnóstica. Siempre muéstreles opciones de tratamiento y esperanza.

“Curar a veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre.” (Edward Livingston Trudeau, 1848-1915)



“Nada aclara tanto un caso, como describirlo a otra persona.” (Sherlock Holmes, “Estrella de Plata”)

Existe una coincidencia imperfecta entre las descripciones diagnósticas puras que se dan en los libros de texto y las presentaciones clínicas que se ven en la práctica. Los profesionales deben estar siempre alertas a los patrones inusuales, que no se ajustan a las convenciones diagnósticas existentes. (Rutter & Taylor, 2008).

- Problemas de coordinación motora
- Fármacos
- La psicopatología actual (p.ej., depresión)
- Problemas visuales y auditivos.

“Cuando escuchas cascos tras de ti, no esperas ver una cebra” (Theodore E Woodward MD)

Si hay discrepancias mayores entre los resultados de las pruebas y el rendimiento del niño descrito por los padres y educadores, o el observado en la evaluación clínica, será necesario realizar un estudio en profundidad.

## COMUNICANDO LOS RESULTADOS Y RECOMENDACIONES

El objetivo de esta última pero esencial parte del proceso de evaluación es resumir los hallazgos en una formulación clínica, un diagnóstico clínico y comunicarlos de manera clara y útil a todas las partes pertinentes. Esto puede requerir una o más sesiones donde se analizan y deciden las recomendaciones y opciones de tratamiento.

En la mayoría de los casos, es de gran utilidad tomarse el tiempo necesario para analizar toda la información recopilada, puntuar las escalas de evaluación y considerar los diagnósticos diferenciales y recomendaciones. Los padres pueden estar ansiosos de escuchar lo que está mal con su hijo (y su familia). Por lo tanto, se requiere mucha sensibilidad. Desilusión, tristeza, duelo, negación y otras emociones son frecuentes, especialmente cuando el diagnóstico destruye las expectativas sobre el futuro del niño.

Debe tenerse en cuenta que, de la información que se da, *muy poca será retenida* por los padres, especialmente si la sesión es muy emotiva. Por lo tanto, en algunos casos se puede dar a los padres un informe o un breve resumen escrito. Si es apropiado y factible, ofrezca sesiones adicionales para analizar y profundizar en algunos temas, una vez que la familia haya tenido la oportunidad de procesar la información.

Un énfasis explícito en las *fortalezas y capacidades* del niño y su familia, facilita el proceso de retroalimentación, y da una imagen más realista del paciente como persona, en lugar de un mero diagnóstico de la enfermedad. Evite términos técnicos y la jerga psiquiátrica (en lugar de: “*La teoría de la mente de su hija es insuficiente*”, es mejor decir: “*Sally tiene algunos problemas para entender que otros tienen creencias, deseos e intenciones diferentes a los suyos*”). Nunca es suficiente nombrar sólo el diagnóstico, es necesario explicar las razones para ese diagnóstico y los factores que influyen. La formulación del problema es más útil que un simple diagnóstico clínico para comprender y ayudar al niño y a su familia. Explique si aún hay *áreas de incertidumbre diagnóstica*, incluyendo si el diagnóstico puede cambiar con el tiempo y cuál podría ser el resultado probable, con y sin un tratamiento. Si el diagnóstico es provisional, deje claro que no está seguro de éste.

### ¿Con o sin el niño?

- Dependiendo de la naturaleza del problema y de la etapa de desarrollo del niño, puede ser adecuado que el niño esté presente. En caso afirmativo, tome unos minutos y explique sus hallazgos directamente al niño. Una buena estrategia es empezar describiendo las capacidades del

paciente, luego hablar de las dificultades y las opciones para reducir las, y terminar de nuevo hablando de las capacidades e inculcando la esperanza de que la situación actual mejorará.

- Proporcione un objetivo claro de intervención terapéutica.

Los profesionales deben asegurarse de que los resultados y las recomendaciones son:

- Escuchadas
- Comprendidas y
- Consideradas de utilidad.

Para mejorar la adherencia al futuro tratamiento, en el proceso de toma de decisiones, los profesionales deben convertirse en socios del paciente y su familia, más que en expertos. En la mayoría de los casos es posible esbozar varios tratamientos, con sus riesgos y efectos secundarios, y ayudar a los padres a decidir cuál de ellos desean seguir. Si los padres desean seguir tratamientos que son insalubres, no han sido probados o son peligrosos, el profesional debe subrayar los riesgos de tal decisión.

Al discutir el pronóstico, es necesario inculcar la esperanza, al mismo tiempo que se da una imagen realista del resultado del trastorno a largo plazo. En muchos casos, el objetivo terapéutico a largo plazo será encontrar maneras de vivir con la enfermedad (incluido el riesgo de recidivas), más que una cura.

## RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Las siguientes recomendaciones son para cuando se sienta perdido en el proceso de evaluación, y no tenga claridad respecto al diagnóstico de un niño en particular. Esta secuencia debe ser aplicada de manera flexible:

- Ignore por un momento los conceptos del DSM y de la CIE, y revise nuevamente la descripción de los problemas. Sólo trate de describir tan bien como pueda qué es lo inusual en este paciente. Después de esto, piense nuevamente sobre qué diagnóstico(s) coinciden con este patrón de síntomas
- Hable con un colega sobre este caso, especialmente con uno con más experiencia
- Si es posible, haga una videograbación de la evaluación (con la autorización del paciente y sus padres), muéstrela a sus colegas y pida su opinión
- Quizás este niño no está mal. Por alguna razón, se presenta como que el niño necesita ayuda cuando es otro miembro de la familia el que tiene problemas de salud mental
- A menudo no es posible llevar a cabo todo el proceso diagnóstico en una sola sesión de evaluación
- Si uno se queda atascado en el diagnóstico diferencial, recuerde que los problemas frecuentes son frecuentes, y los trastornos raros son raros
- Los síntomas se pueden presentar de forma atípica en casos con múltiples comorbilidades (p.ej., depresión en un niño con un trastorno del espectro del autismo)
- Si sospecha un diagnóstico pero aún está inseguro al respecto, revise

la sección de diagnóstico diferencial del capítulo respectivo en este manual o en otro libro de texto de buena calidad (vea las Referencias Bibliográficas)

- No ignore los posibles diagnósticos somáticos, los efectos secundarios de los fármacos o los efectos de drogas ilícitas
- Considere la posibilidad de trastornos facticios o compartidos (p.ej., una madre con esquizofrenia hace creer a su hijo que ambos están siendo perseguidos por el servicio secreto)
- Siempre habrá casos en los que los síntomas no coinciden con ningún diagnóstico específico, debido a que los sistemas de clasificación no son perfectos, y probablemente nunca lo serán. Como Leo Kanner, un pionero psiquiatra infantil, planteó en el título de su artículo sobre el diagnóstico diferencial: “Los niños no han leído estos libros” (Kanner, 1969).
- Habrá casos en los que no existe un diagnóstico adecuado, debido a que la enfermedad no ha sido descrita aún, o, lo más probable, debido a que el paciente no tiene una enfermedad médica o psiquiátrica, sino un problema relacionado con su vida, y necesita consejo más que terapia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlation for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101:213-232.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Text revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- \* Baird G, Gringras P (2008). *Physical Examination and Medical Investigation*. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp317-335.
- Bostic JQ, King RA (2007). Clinical assessment of children and adolescents: content and structure. In Martin A, Volkmar FR (eds) *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp323-344.
- Carandang CG, Martin A (2009). Clinical assessment of children and adolescents with depression. In Rey JM, Birmaher B (eds) *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp23-37.
- Charman T, Hood J, Howlin R (2008). Psychological examination in the clinical context. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp299-316.
- Dooley JM, Gordon KE, Wood EP et al (2003). The utility of the physical examination and investigations in the pediatric neurology consultation. *Pediatric Neurology*, 28:96-99.
- Gardner RJM, Sutherland GR (1996). Pregnancy loss and infertility. In *Chromosome Abnormalities and Genetic Counseling*. Oxford Monographs on Medical Genetics, No. 29. New York: Oxford University Press, pp311-321.
- Goodman R, Ford T, Simmons H et al (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 177:534-539.
- \* Goodman R, Scott S (2005). *Child Psychiatry*, 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Blackwell.
- Herpertz-Dahlmann B, Bachmann C (2007). [Körperliche Untersuchung]. In Remschmidt H, Matthejat F, Warnke A (eds), *Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart Thieme, pp17-20.
- Jones DPH (2003). *Communicating with Vulnerable Children: A Guide for Practitioners*. London: Gaskell.
- Kanner L (1969). The children haven't read those books, reflections on differential diagnosis. *Acta Paedopsychiatrica*, 36:2-11.
- \* King RA (1997). Practice Parameters for the psychiatric examination of children and adolescents. *Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36:4S-20S.
- Le Couteur A, Gardner F (2008). Use of structured interviews and observational methods in clinical settings. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp271-288.
- Luthar SS, Prince RP (2007). Developmental psychopathology. In Martin A, Volkmar FR (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp291-301.
- Organización Mundial de la Salud (1996). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders in Children and Adolescents*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- \* Rutter M, Taylor E (2008). Clinical assessment and diagnostic formulation. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp42-57.
- Salbach-Andrae H, Klinkowski N, Lenz K et al (2009). Agreement between youth- reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18:136-143.
- Sholevar GP (2007). Cultural child & adolescent psychiatry. In Martin A, Volkmar FR (eds), *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th Edition. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, pp57-65.
- Smalley S, Smith M, Tanguay P (1991). Autism and psychiatric disorders in tuberous sclerosis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 615:382-3.
- \* Stubbe D (2007). *Practical Guides in Psychiatry: Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Verhulst FC, Van der Ende J (2008). Using rating scales in a clinical context. In Rutter M, Bishop D, Pine D et al (eds), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 5<sup>th</sup> Edition. Oxford: Blackwell, pp289-298.
- Wolf SM, McGoldrick PE, Cohen L (2008). Pediatric neurological examination for the psychiatrist. In Walker AM, Kaufman DM, Pfeffer CR et al (eds), *Child and Adolescent Neurology for Psychiatrists*, 2<sup>nd</sup> edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

\*Lectura recomendada.