

TEMA 1. Psiquiatría del niño y del adolescente. ¿Cómo realizar el diagnóstico?

P.J. Rodríguez Hernández, L. Lermo Vidal

RESUMEN

Uno de los motivos más frecuentes de consulta en pediatría son los trastornos mentales de niños y adolescentes. Aproximadamente uno de cada cinco niños cumple criterios para padecer un trastorno psiquiátrico, y muchas de las enfermedades psiquiátricas debutan en la infancia. La detección precoz ayuda a mejorar el pronóstico y disminuye la comorbilidad; de ahí la necesidad de contar con herramientas de cribado y de evaluación útiles y de fácil utilización que permitan resolver ciertas dudas diagnósticas en la práctica clínica diaria de las consultas pediátricas. En este tema se analizan las características fundamentales que intervienen en el diagnóstico de las enfermedades psiquiátricas en la infancia, y se exponen las bases teóricas y prácticas para la correcta utilización de los principales instrumentos de evaluación, así como un análisis de las ventajas e inconvenientes de su empleo.

Introducción

Los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia tienen una alta prevalencia: ocupan el tercer lugar entre todas las enfermedades¹. En los últimos años se ha observado una tendencia al incremento de las tasas de incidencia y prevalencia. Los datos que aporta la bibliografía médica indican que entre el 10 y el 22% de los niños y adolescentes han padecido, padecen o están en riesgo de padecer alguna enfermedad mental². El trastorno diagnosticado con mayor frecuencia en esta población son los problemas de conducta, seguidos por los trastornos de ansiedad, los específicos del desarrollo y los de eliminación³.

Al tratarse de una etapa en la vida en la que existe mayor plasticidad y se dan más cambios evolutivos, es esencial hacer una detección precoz de la enfermedad mental, especialmente desde atención primaria, para su posterior derivación a unidades especializadas y para llegar a un diagnóstico y un tratamiento tempranos que permi-

tan mejorar el pronóstico, disminuir el riesgo de comorbilidad, evitar la cronificación del cuadro clínico y optimizar el uso de los recursos socioeconómicos⁴.

El pediatra desempeña un papel esencial en la detección precoz de los trastornos mentales que se desarrollan en las primeras etapas de la vida. Para ello necesita conocer los indicadores de riesgo y los signos de alerta psicopatológicos que indican la existencia de un problema, tanto de los que comienzan habitualmente en la infancia como de los que se desarrollan en la infancia y sufren cambios en la sintomatología al sobrepasar la pubertad. Por ello, el pediatra debe disponer de técnicas de evaluación, útiles y de fácil utilización, que le permitan responder las preguntas que surgen a diario sobre los pacientes que pueden presentar problemas psiquiátricos en su consulta de pediatría.

En cuanto al diagnóstico, hay que tener en cuenta las particularidades de la atención de la salud mental en los niños y adolescentes, ya que existen características diferenciadoras respecto a la salud mental en adultos. Las más importantes tienen que ver con las manifestaciones clínicas y con la entrevista clínica, ya que además de la sintomatología nuclear es preciso evaluar el grado de disfunción asociada en todas las áreas de desarrollo: académica, familiar, social y personal.

Por último, para poder establecer el diagnóstico de un trastorno mental ha de tenerse en cuenta también la estabilidad o temporalidad de los síntomas, ya que en la infancia no es infrecuente la expresión de conductas que pueden ser consideradas patológicas en momentos puntuales, generalmente como reacción a un proceso de adaptación.

Historia clínica

La elaboración de la entrevista o historia clínica constituye el primer paso de la actividad clínica, y no difiere demasiado de la realizada para investigar otro tipo de problema de salud en el niño.

La entrevista clínica tiene varios objetivos: conocer los síntomas o problemas del niño o adolescente, valorar su organización psicopatológica, determinar su interacción con el grupo familiar, y explorar la importancia y significación de todo ello en la vida del niño y de sus padres; en última instancia, el objetivo final es establecer un diagnóstico adecuado para ofrecer un tratamiento correcto. Además de la entrevista, pueden realizarse cuestionarios o test que complementen los datos aportados por los padres y profesores⁵.

El esquema general se puede adaptar a tres tipos de formatos: las entrevistas estructuradas (con preguntas cerradas), las entrevistas abiertas (se van elaborando sin

un esquema previo) y las entrevistas semiestructuradas (a medio camino entre las dos anteriores). El formato semiestructurado es el más recomendado por muchos autores, debido a que permite cierta flexibilidad en la elaboración de la historia clínica, a la vez que proporciona una base para desarrollar la entrevista.

Una de las entrevistas semiestructuradas más importantes es la K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children), que está basada en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Contiene secciones destinadas a obtener información de los padres sobre su hijo y otras para entrevistar al niño. Permite evaluar a niños de edades comprendidas entre los 6 y los 18 años. Existen diversas versiones. Se tardan unos 60-90 minutos en completarla. Para utilizarla, 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 Ulloa et al.⁶. La mayor limitación de la K-SADS es que requiere mucho tiempo para su ejecución, por lo que puede ser poco útil en las consultas pediátricas.

Una alternativa de entrevista semiestructurada menos extensa es la elaborada por un grupo de expertos pertenecientes a la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente⁷. Comprende 11 apartados:

- 1. Datos de filiación.** Incluye los datos personales, la institución o profesional que remite al niño, la actitud inicial ante la consulta y el motivo principal de ésta.
- 2. Historia evolutiva de los trastornos o problemas principales.** Incluye quién acompaña al niño, qué le ocurre y desde cuándo, a qué lo atribuye, gravedad subjetiva, evolución, consultas, tratamientos previos y resultados obtenidos, expectativas actuales, y antecedentes de otros trastornos psicopatológicos, junto con su tratamiento y sus resultados.
- 3. El niño y su entorno.** Se hace hincapié en el carácter, el comportamiento, el estado de ánimo, la autoimagen y los mecanismos de defensa del niño, así como en sus relaciones con el entorno (grupo principal de apoyo/convivencia, amigos, profesores, etc.). También deberían reflejarse los juegos y las actividades recreativas, las características del sueño y la alimentación, y las diferentes actividades realizadas (cotidianas, durante el fin de semana y en las vacaciones). Asimismo, es muy útil conocer los hábitos en el tiempo libre (*hobbies*, entretenimiento, televisivos, videojuegos, etc.) y el total de horas dedicadas a cada actividad lúdica.
- 4. Antecedentes personales.** Comprende la época entre la concepción y el parto. También se recogen datos sobre el embarazo (complicaciones maternas o fetales, consumo de tóxicos/fármacos, etc.), así como parámetros (peso, talla, Apgar) y temperamento neonatales, tipo de lactancia y características de la alimentación preescolar.

- 5. Desarrollo evolutivo.** En este apartado se recoge información sobre el desarrollo psicomotor y del lenguaje, evolución afectiva, control esfinteriano, hábitos y evolución de autonomía personal, lateralización progresiva, escolaridad, sexualidad, convivencia y evolución de las separaciones de las figuras de vínculo, enfermedades somáticas e intervenciones quirúrgicas, y actitud de ambos progenitores ante el desarrollo del hijo.
- 6. Antecedentes familiares.** Incluye antecedentes maternos y paternos, fratría del niño, abuelos, fratría materna y paterna, y otros antecedentes familiares de interés psiquiátrico en la salud del niño. En este apartado también convendría recoger información sobre la dinámica familiar, la existencia de otras personas de convivencia familiar y las características sociales de la familia.
- 7. Exploraciones.** Por un lado, se incluyen las características físicas y el examen somático habitual (incluida la exploración neurológica), con descripción de posibles alergias, intolerancias y reacciones medicamentosas adversas. Además, deberá realizarse una exploración psicopatológica o del estado mental del niño o adolescente, que consiste en una exploración estructurada en la que se examinan diferentes áreas del estado mental del niño en el momento de la evaluación (afectividad y estado emocional, motricidad, lenguaje y comunicación, nivel cognitivo, atención, concentración, orientación, percepción, memoria, pensamiento, etc.). También se recogen el comportamiento y la actitud de los padres y del niño. En un último apartado se especifican las exploraciones complementarias que precisa el niño.
- 8. Diagnóstico.** Incluye los trastornos clínicos y de personalidad, las enfermedades médicas concomitantes, los problemas psicosociales y ambientales, y la evaluación de la actividad global, con un apartado final de juicio clínico.
- 9. Tratamiento.** Se indica el tratamiento que se propone hacer, en caso de estar indicado. Se puede especificar el tipo de tratamiento: higiénico-dietético, psicoterapéutico, psicofarmacológico, rehabilitador y/o psicopedagógico, etc.
- 10. Observaciones.** Permite realizar las observaciones pertinentes.
- 11. Epicrisis.** Resumen final de la entrevista.

Clínica

El diagnóstico de un problema conductual o emocional es una tarea compleja, pues el clínico debe examinar la situación psicopatológica del niño o adolescente en el contexto de su desarrollo individual, de su familia y del sistema social que lo rodea. Por tanto, ese análisis debe contemplar todos los niveles: biológicos, psicológicos, familiares y sociales. Existe una interacción permanente y dinámica entre ellos que, más tarde, puede traducirse en una formulación diagnóstica comprensiva y, sólo finalmente, en una categoría nosológica. Por este motivo, resulta lógico pensar que

las aproximaciones biológicas, psicológicas, familiares, sociales y del desarrollo del niño son necesarias para entender los problemas y trastornos mentales de una forma complementaria, y no mutuamente excluyentes.

A continuación se repasan las entidades nosológicas más relevantes en la infancia y la adolescencia, así como sus características principales y/o sus manifestaciones diferenciales en el niño.

Trastornos de ansiedad

Son los más prevalentes en la población infantil, después de los trastornos de conducta. Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían en función de la edad y del desarrollo cognoscitivo y emocional de cada niño, y además pueden afectar a todos los sistemas y órganos corporales. La inquietud motriz, los trastornos del sueño, la pérdida del apetito y el llanto inmotivado son síntomas típicos en los niños pequeños. A medida que se desarrollan el lenguaje y la capacidad para expresar las emociones y los sentimientos, se añade la expresión verbal de la angustia, miedos y temores. La dificultad para prestar atención y para concentrarse, los problemas de memoria y la lentitud del pensamiento son síntomas típicos de la etapa escolar, mientras que los sentimientos de despersonalización y desrealización son propios de la adolescencia⁸.

Hay que tener en cuenta que en ocasiones la ansiedad puede ser un fenómeno adaptativo de carácter transitorio ante determinadas circunstancias del entorno. Cuando se convierte en patológico la expresión de los síntomas es la siguiente:

Trastorno de ansiedad generalizada

Se define por un patrón de ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se prolonga durante más de 6 meses, y que cursa con incapacidad por parte del individuo para controlar el grado de preocupación, generando deterioro social o académico.

Trastorno de angustia, con o sin agorafobia

Este trastorno se caracteriza por crisis de angustia repetidas e inesperadas, seguidas de temores y preocupaciones persistentes respecto a futuras crisis y sus consecuencias. Una crisis de angustia se define como un periodo definido en el tiempo de temor intenso, malestar o terror que se acompaña de ideas de desastre inminente o de pérdida de control de la realidad. Puede presentarse con sintomatología vegetativa (taquicardia, sudoración o temblor). Este trastorno afecta especialmente a adolescentes, aunque también se ha descrito en niños. En adultos corresponde al trastorno de pánico. Puede acompañarse de agorafobia, que es un temor irracional a permanecer solo sin ayuda entre multitudes o en lugares públicos, o en situaciones en que no es posible escapar fácilmente.

Fobia social

Se caracteriza por un temor acusado y persistente a una o más situaciones que implican contacto social con otras personas, sobre todo si se trata de desconocidos, ante la posible evaluación por parte de los demás. Puede llevar a la evitación de la situación temida o a soportarla con un gran malestar. Se asocia generalmente a desarrollo de personalidad en la línea inhibida-ansiosa-dependiente, con timidez previa, y es frecuente que la exposición a la situación temida se acompañe de algún tipo de respuesta de ansiedad, gran angustia o inhibición aguda. El inicio es insidioso y el niño o adolescente puede reconocer que el temor es excesivo y poco razonable, y que afecta a su socialización.

Trastorno obsesivo-compulsivo

La prevalencia del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en la población general de niños y adolescentes es de alrededor del 1%; sin embargo, la prevalencia de síntomas obsesivo-compulsivos, que no alcanzan a constituir propiamente un TOC, se estima en un 19%. En las presentaciones más precoces se da más en los hombres que en las mujeres, mientras que en la adolescencia tardía la prevalencia es la misma en ambos sexos.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones con carácter recurrente y que ocupan una cantidad significativa de tiempo al sujeto. Si no es tratado a tiempo, puede generar un sufrimiento intenso y diferentes grados de discapacidad, e interferir en la estructuración de la personalidad del niño. En la adolescencia, las ideas obsesivas más frecuentes son de daño, contaminación o suciedad y simetría. Las compulsiones se definen como comportamientos repetitivos y constantes (lavado continuo de manos, limpieza excesiva, etc.), y a menudo su finalidad es la reducción de la ansiedad. En algunas ocasiones, las compulsiones pueden ocurrir en ausencia de ideas obsesivas, sin manifestación de angustia, pero son percibidas como algo perturbador por los adultos que rodean al menor. En el caso de los niños, la medición y cuantificación de los procesos mentales de egodistonia, resistencia e interferencia plantea dificultades, dadas las limitaciones en su desarrollo cognitivo y en sus habilidades para referir sus propias cogniciones y conductas; de ahí que no sea un requisito para establecer el diagnóstico. Los síntomas tienden a mostrar un curso variable a lo largo del tiempo y según los lugares (lo más frecuente es que los presenten en casa), y se intensifican en circunstancias que les generan estrés (entrada a clases, periodo de exámenes, problemas familiares, etc.).

Por otro lado, no hay que olvidar que durante el desarrollo normal de un niño pueden aparecer conductas repetitivas, siendo necesario distinguir cuándo estos pensamientos y conductas tienen un carácter patológico y constituyen verdaderamente un trastorno. En general, hablamos de TOC cuando el ritual interfiere en la organización de la vida cotidiana y en el funcionamiento corriente del niño, e incluso en su desarrollo general.

Trastorno por estrés postraumático

Se trata de una respuesta tardía o diferida a un acontecimiento traumático, amenazante o catastrófico, con una sintomatología ansiosa importante, que impide al paciente realizar con normalidad sus actividades habituales, pues conlleva recuerdos intrusivos y recurrentes del acontecimiento traumático y causa un malestar psicológico intenso. Hay que estar alerta durante los 6 meses siguientes al acontecimiento, ante la aparición de *flashbacks* (revivir el trauma, a veces como pesadillas), síntomas de ansiedad y depresión, alteraciones en el sueño, sentimiento de insensibilidad, quejas somáticas sin causa orgánica, hipervigilancia, evitación de los estímulos que recuerden el hecho traumático y estado de alerta fisiológica. Con frecuencia, expresan de forma compulsiva temas y aspectos del trauma en juegos repetitivos, muchas veces no gratificantes.

Trastorno de ansiedad por separación

Es característico de la edad media escolar, entre los 7 y 9 años, y es uno de los trastornos infantiles más comunes, sobre todo en niñas.

Consiste en una experiencia de angustia excesiva desencadenada por la separación especialmente del cuidador principal o de otra persona significativa, de al menos 4 semanas de duración, y que produce un deterioro significativo en el funcionamiento escolar y social del menor. Su curso es oscilante y es habitual observar además rechazo o falta de asistencia escolar, miedo a estar solo, negativa a dormir solo, temor y preocupación por que los seres queridos sufran daños durante la separación y quejas somáticas sin causa orgánica demostrable. Son factores de mal pronóstico la aparición del trastorno a edades más avanzadas, la existencia de otros problemas psiquiátricos y la presencia de trastornos psicopatológicos en la familia.

Depresión y suicidio

La depresión mayor consiste en un trastorno grave del ánimo depresivo o irritabilidad diaria o a lo largo de la mayor parte del día durante al menos 2 semanas. Su curso es episódico, con una recuperación total o parcial entre episodios. Altera el desarrollo normal del niño a adolescente, generando una discapacidad de sus funciones sociales, escolares y emocionales.

La expresión de un cuadro depresivo en adolescentes puede ser muy diversa, y dependerá de factores como la capacidad intelectual del sujeto, la madurez emocional y la capacidad verbal para analizar la vida emocional. Entre los síntomas más frecuentes figuran: humor disfórico, tristeza, llanto, visión negativa de la vida, autoimagen deficiente, sensación de impotencia, dificultades de atención y concentración, imposibilidad de tomar decisiones, irritabilidad, pérdida o aumento indiscriminados del apetito y trastornos del sueño⁹.

Algunos autores han propuesto un sistema evolutivo del diagnóstico de la depresión en niños basado en cinco etapas del desarrollo, siendo la presencia del humor disfórico un requisito fundamental para el diagnóstico en cualquier edad; además, debe haber cuatro conductas disfuncionales, cuya presentación variará dependiendo del desarrollo del niño.

Cuando se asocian síntomas ansiosos a los depresivos, éstos suelen tener una mayor duración, con un incremento de las conductas de riesgo (drogas, suicidio), un aumento de los problemas psicosociales y una escasa respuesta a la psicoterapia.

Con respecto al suicidio, debe señalarse que se trata de un problema no siempre asociado a la depresión. La impulsividad del adolescente desempeña un papel importante. Hay que estar atentos a la pérdida de iniciativa, la baja autoestima, las alteraciones del sueño y la disminución en la actividad motora. También ante el retraimiento, con urgencia por estar solo, el aislamiento, el malhumor, los cambios bruscos en la personalidad, la entrega de las pertenencias más preciadas a otros y la amenaza misma de suicidarse. Lo más importante es prevenir las tentativas mediante una actuación que incluya a todos los profesionales implicados en la salud integral del adolescente.

Además, un 20-40% de los niños o adolescentes que han sufrido un trastorno depresivo puede desarrollar un trastorno bipolar en los 5 años posteriores, un factor que es necesario tener en cuenta en la educación del paciente y sus familias.

Trastornos externalizantes

Los trastornos externalizantes engloban aquellos problemas de la conducta del niño o adolescente que muestran un patrón específico de elevada agresividad en respuesta a acontecimientos adversos (como la advertencia de un adulto) o comportamientos tales como agresión, impulsividad, negativismo desafiante, hiperactividad y problemas de conducta disocial.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo que puede ocasionar sintomatología conductual en la infancia o la adolescencia.

Las características clínicas fundamentales de este cuadro son la falta de atención, la hiperactividad y la impulsividad antes de los 7 años de edad. Estos síntomas deben estar presentes en al menos dos contextos de la vida del niño (la casa y el colegio, sobre todo).

El diagnóstico del TDAH es principalmente clínico. La información que proporcionan los padres, profesores o cuidadores del niño es esencial, por lo que es imprescindible

ble hacer una anamnesis detallada, junto con un examen mental exhaustivo. Se requiere asimismo tener en cuenta otros aspectos de la vida psíquica para hacer el diagnóstico diferencial¹⁰.

La asociación de TDAH y alteraciones de conducta se sitúa entre el 47 y el 54%, según los diferentes estudios, y puede tener diversos grados de intensidad. Los que muestran más agresividad se correlacionan más tarde con conductas y rasgos antisociales, pero también otros pueden ir conformando el desarrollo de personalidad pasiva-agresiva.

Trastorno oposicionista desafiante

En su proceso de desarrollo normal, el niño puede pasar por una fase de negativismo y oposición, que correspondería al periodo de autonomía *versus* dependencia que va de los 18 a los 36 meses aproximadamente, y que tiene una resolución propia del desarrollo. Sin embargo, en algunos niños este patrón conductual se prolonga y es causa de consulta habitual en los servicios especializados (un tercio de las consultas). Se estima que alrededor del 5,7% de los niños presentan este trastorno. Es más frecuente en los niños que en las niñas (2:1), situación que se invierte en la adolescencia.

Este trastorno se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. No se produce una transgresión manifiesta de leyes ni una vulneración de los derechos de los demás, pero el niño tiene con frecuencia pataletas o rabietas y mantiene discusiones con adultos a los que desafía y desobedece, y molesta deliberadamente a otras personas, que a su vez responden molestas por su actitud. El niño acusa a otros de sus errores y de su comportamiento, y puede mostrarse rencoroso y vengativo¹¹.

Para poder establecer el diagnóstico de trastorno oposicionista desafiante, debe haberse mantenido esta conducta durante al menos 6 meses. Existe una continuidad entre este trastorno y el trastorno de conducta disocial.

Trastorno de conducta o conducta disocial

Se caracteriza por un modelo persistente y repetitivo de comportamiento antisocial que transgrede las normas sociales y da lugar a actos agresivos que molestan o perjudican a otras personas, lo que conlleva dificultades en el funcionamiento social, familiar, académico y ocupacional de quien presenta este trastorno.

Tiene una elevada prevalencia en la población adolescente y se está convirtiendo en un fenómeno cada vez más común en el mundo occidental, hasta el punto de que es ya uno de los principales motivos de derivación a los servicios de salud mental. Por otro lado, los niños y adolescentes con este tipo de trastorno raramente recla-

man ayuda especializada de forma espontánea, siendo generalmente los padres o el colegio los que los llevan a una consulta; dada la escasa motivación del adolescente para el cambio, el compromiso de seguir un tratamiento en un centro especializado debe venir principalmente de los adultos que son responsables de él.

Hay que prestar especial atención a las agresiones a personas y animales (violencia, uso de armas, tortura...), la destrucción de la propiedad, la provocación de incendios, el robo o la conducta fraudulenta (sin comportamientos agresivos) y las violaciones graves de las normas. Estos signos de alerta deben considerarse junto con los factores de riesgo. Como criterio diagnóstico se ha establecido que deben estar presentes tres o más conductas patológicas durante un periodo de 12 meses, y al menos una de las conductas debe haber estado presente en los últimos 6 meses.

El trastorno de conducta disocial se puede estructurar en la etapa infantil, antes de los 10 años, o bien en la etapa de adolescencia. En la etapa infantil se asocia a menudo al trastorno negativista desafiante y al síndrome por déficit de atención (50-75%), se presenta preferentemente en hombres y el pronóstico es más sombrío. La aparición en la etapa de la adolescencia tiene mejor pronóstico y suele haber menos antecedentes de trastornos del desarrollo u orgánicos; afecta más a las niñas, se relaciona con un nivel sociocultural más bajo y suele acompañarse de problemas emocionales (50%). El riesgo de suicidio entre estos adolescentes si también sufren una depresión es superior al de los adolescentes que sólo tienen depresión. Otra conducta habitual es la de las lesiones autoinfligidas sin intención suicida.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

Se trata de enfermedades graves y estigmatizantes que causan un acusado deterioro cognitivo y funcional, tanto mayor cuanto más precoz es la aparición de la enfermedad.

La característica distintiva de la esquizofrenia son los síntomas psicóticos de como mínimo 1 mes de duración (alucinaciones, ideas delirantes, lenguaje incoherente, excitación o estupor catatónico y conducta desorganizada), a pesar de que estos síntomas no son exclusivos de la esquizofrenia.

La presencia de síntomas psicóticos en un niño o adolescente no debe hacer pensar en la esquizofrenia como primera opción. Antes hay que descartar cualquier otra posible causa médica, metabólica, endocrina o neurológica, tóxicos/abuso de sustancias u otras patologías psiquiátricas como trastornos del humor o trastornos de ansiedad¹².

Para realizar el diagnóstico de esquizofrenia en un niño o un adolescente se siguen los mismos criterios clínicos que en un adulto, aunque con algunas características diferenciales. Resultan de gran interés el estudio de la etapa prodrómica, el periodo

evolutivo previo a la instauración del tratamiento antipsicótico, y la influencia que estas circunstancias pueden tener sobre la evolución a largo plazo.

Síntomas prodrómicos

Son aquellos síntomas y signos precoces, de duración variable (días, semanas, meses o años), que son ajenos al estado habitual del paciente, y que preceden a la instauración aguda y completa de las manifestaciones características de la enfermedad. La fase prodrómica se caracteriza por la existencia de un deterioro del funcionamiento, una disminución del rendimiento y cambios en el comportamiento, sin que se manifiesten aún los síntomas psicóticos típicos.

Los pródromos de la esquizofrenia están constituidos por un grupo heterogéneo de síntomas que aparecen de forma gradual en el tiempo y que incluyen modificaciones en la conducta externa como consecuencia de cambios en la experiencia interna y el pensamiento del sujeto. La mayoría de los individuos con esquizofrenia han experimentado estos cambios, que incluyen disminución de la atención y la concentración, falta de motivación, humor depresivo, trastornos del sueño, ansiedad, aislamiento y/o retraimiento social, suspicacia, problemas motores, del habla y/o del lenguaje, preocupaciones extrañas o inusuales e irritabilidad. Se trata de manifestaciones sumamente inespecíficas y variables, por lo que hay que analizarlas en función de la evolución.

Esquizofrenia

La esquizofrenia de inicio en la infancia y la adolescencia muchas veces es difícil de diagnosticar, debido al predominio de las formas de inicio insidioso.

Existen algunas peculiaridades en su presentación que permiten diferenciarla de la psicosis en el niño: menor frecuencia de delirios, y si se presentan son menos complejos y no sistematizados, de manera que su aparición obliga a una adecuada valoración neurológica y a descartar el consumo de tóxicos. Lo más característico de la esquizofrenia en la adolescencia es la presencia de alteraciones de la percepción en forma de alucinaciones, especialmente auditivas. Las alucinaciones visuales terroríficas son más habituales que en el adulto y el afecto inapropiado o aplanado es más constante.

El inicio temprano se ha relacionado con una mayor vulnerabilidad familiar (factores genéticos, psicosociales y ambientales), anomalías del desarrollo más graves, una menor respuesta al tratamiento y un peor pronóstico.

En un número importante de casos, al adolescente le da vergüenza verbalizar que oye voces; no lo dice por miedo a que los demás crean que «está loco», o simplemente no lo dice porque nadie se lo ha preguntado y porque piensa que es algo normal y que a todo el mundo le ocurre. De la misma forma, algunos niños pequeños no viven sus síntomas psicóticos como algo anormal, por lo que pueden no comentar nada a sus familiares.

Trastorno bipolar

Los trastornos del ánimo bipolar son trastornos generalmente fásicos. Estudios retrospectivos realizados en adultos han observado que el 35% de los trastornos bipolares van precedidos por periodos variables de inestabilidad del ánimo durante la adolescencia.

La presentación en la adolescencia suele ser en forma de episodio maniaco, que se caracteriza por la exaltación del ánimo, y que en niños puede manifestarse de manera expansiva o irritable, y acompañarse de otros síntomas como elevada autoestima, taquialia o verborrea, distractibilidad, incremento de la actividad o agitación psicomotora, involucración excesiva en actividades placenteras que tienen cierto riesgo de daño físico, arrebatos de ira, conducta desorganizada (que en ocasiones se acompaña de cambios en la conducta sexual o de gastos desmesurados de dinero) o disminución de la necesidad de dormir. Generalmente esta situación lleva al niño o adolescente a un deterioro de sus funciones sociales en relación con la familia, los iguales y la escolaridad. Los episodios maniacos pueden alternar con episodios depresivos, de diferentes grados de severidad.

Según la intensidad y la relación con los episodios depresivos, se han establecido tres formas de presentación: trastorno bipolar I, con un único episodio maniaco; trastorno bipolar II, con uno o más episodios de depresión mayor, sin episodios de manía y con al menos uno de hipomanía, y trastorno bipolar mixto, con presencia de síntomas maniacos y depresivos durante al menos 1 semana.

El diagnóstico simultáneo más frecuente en los niños o los adolescentes con trastorno bipolar es el trastorno por déficit de atención; para detectarlo, es necesario realizar un análisis psicopatológico cuidadoso, fijándose especialmente en la exaltación del ánimo o la irritabilidad. También en los trastornos de conducta disocial puede existir un trastorno bipolar comórbido o que explique el trastorno conductual. Es necesario, además, descartar posibles causas médicas de la manía en niños y adolescentes, como el uso de psicoestimulantes, el consumo de cocaína, el tratamiento con corticoides o isoniazida, el hipertiroidismo, el traumatismo craneal, la esclerosis múltiple, los accidentes cerebrovasculares (en especial las lesiones del hemisferio derecho y el tálamo), las crisis comiciales (sobre todo con un foco temporal izquierdo) y los tumores del tálamo.

Consumo de tóxicos

Aunque cada tipo de droga puede presentar signos propios, las señales de alerta más importantes por las que preguntar son las siguientes: disminución del rendimiento escolar (con ausencias no autorizadas del centro escolar), cambio en la manera de vestir y hablar, cambios de conducta (irritabilidad, rechazo a compartir actividades familiares...), necesidad imperiosa de dinero (incluso con pequeños robos en ca-

sa), cambio en los horarios o las rutinas (actividades, sueño o alimentación) y señales de quemaduras en la ropa o restos de hierba en los bolsillos. El enrojecimiento ocular es significativo en el caso del cannabis¹³.

Trastornos del espectro autista

Se trata de un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por una alteración primaria del desarrollo de la comunicación y de las habilidades sociales. En su génesis existe una distorsión del desarrollo en varias funciones psicológicas básicas, como la atención, la percepción, la cognición social, la afectividad y el lenguaje. El diagnóstico se basa en la detección de alteraciones cualitativas en la interacción y comunicación social, así como en la identificación de conductas o patrones repetitivos o de intereses restringidos.

Algunas formas de trastornos del espectro autista, como el autismo que se acompaña de alto rendimiento, pueden permanecer sin diagnóstico hasta la adolescencia, en especial si existe un buen desempeño académico; también puede suceder que se etiqueten erróneamente como trastornos de ansiedad en la edad adulta. Ante la sospecha de un trastorno del espectro autista, deben valorarse las dificultades en el área de la socialización: dificultades para relacionarse con los demás, para hacer nuevos amigos y para mantener las relaciones sociales, y tendencia al aislamiento. También hay que preguntar sobre la existencia de dificultades en el procesamiento de la información que proporcionan los demás: preguntar si el niño comprende la ironía, las metáforas o las frases con doble sentido, si se enfada porque no entiende las bromas de los compañeros y si tiene dificultades en las distintas áreas del lenguaje (expresivo, comprensivo, etc.).

El pronóstico de un niño con trastorno autista dependerá fundamentalmente de su nivel intelectual y de la adquisición de un lenguaje funcional. Dados sus antecedentes orgánicos, pueden desarrollar epilepsia en la etapa adolescente. Alrededor del 15-20% de los niños que han padecido un trastorno autista logran una integración gradual en la sociedad, con procesos de adaptación limitados. La mayoría de estos niños requerirán una canalización de sus intereses en cauces educacionales y laborales bajo supervisión. Los comportamientos estereotipados y excéntricos pueden persistir en la vida adulta.

Diagnóstico

Un inconveniente en la clasificación de las enfermedades mentales es que no existe un único sistema de clasificación diagnóstica universal.

Las dos clasificaciones principales son la del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM)¹⁴, elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría, y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)¹⁵ de la Organización Mundial de la Salud, en su quinta y décima revisión, respectivamente. Ambos sistemas diag-

nósticos permiten la categorización de los síndromes psiquiátricos según una serie de criterios determinados, aunque su utilidad clínica, sobre todo en la etapa infantil, es cuestionable, ya que son clasificaciones descriptivas y no tienen en cuenta las diferencias interindividuales (diferentes formas de presentación, nivel de inteligencia, habilidades compensatorias, rasgos caracteriales, etc.).

Para realizar el diagnóstico de una enfermedad mental, es importante que los profesionales tengan una formación clínica en psicología y psicopatología de niños y adolescentes, pero también deben mostrar una comprensión de los ámbitos familiares y sociales, en lugar de basarse únicamente en entidades nosológicas o diagnósticos categoriales. Asimismo, el clínico debería poder identificar en lo posible causas potenciales y factores predisponentes, así como posibles determinantes puntuales de la clínica expresada, cuestiones todas ellas imprescindibles para una adecuada formulación terapéutica.

Instrumentos de valoración

Las técnicas o instrumentos de evaluación son todos aquellos procedimientos que permiten aproximarse 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 pruebas (test, cuestionarios, escalas de evaluación psicopatológica, etc.) se utilizan como exámenes complementarios para cuantificar o precisar el problema ya definido, o bien como instrumentos de detección de una patología psiquiátrica infantil en una población determinada. Algunas de estas herramientas son específicas, es decir, sirven para valorar algún tipo de patología en concreto (por ejemplo, la ADHD Rating Scale o el SNAP-IV en el TDAH, o la escala STAIC en la ansiedad), mientras que otras son generales, y resultan útiles para el *screening* o cribado de determinadas patologías psiquiátricas o para la valoración inicial del paciente.

Los instrumentos generales más importantes y utilizados son las escalas de Conners¹⁶, la Child Behavior Checklist (CBCL)¹⁷ y el cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ)¹⁸.

Escalas de Conners

Evalúan trastornos de comportamiento y TDAH, y existen varias versiones.

Una de las más utilizadas para las edades comprendidas entre los 3 y 17 años es la Conners' Rating Scale-Revised (CRS-R), que cuenta con dos versiones, una larga y otra corta (de 27 y 87 ítems, respectivamente), e incluye escalas de valoración de problemas de conducta en función de la información aportada por padres y profesores y un cuestionario autoaplicado. Las escalas para los padres y profesores valoran siete factores: problemas cognitivos, inatención-hiperactividad, oposicionismo, ansiedad, perfeccionismo, problemas sociales y problemas psicósomáticos.

Child Behavior Checklist de Achenbach

La CBCL evalúa una gran cantidad de problemas psicológicos infantiles, pero su extensión (hasta 120 ítems) hace que se use poco en la práctica clínica diaria. Consta de una serie de listas autoaplicadas con distintas versiones para padres (CBCL/6-18, 2001), profesores (TRF) y adolescentes (YSR) con rangos de edad variables. Evalúan ocho aspectos: ansiedad/depresión, aislamiento/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, problemas de conducta y conducta agresiva. A su vez, estos síndromes se agrupan en dos escalas (internalizantes y externalizantes).

Cuestionario de cualidades y dificultades

Es el cuestionario más útil para el pediatra, ya que es breve y de fácil administración y permite evaluar los aspectos psicopatológicos más importantes y detectar probables casos de trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes de entre 4 y 16 años. Consta de 25 ítems agrupados en cinco escalas de cinco ítems cada una. Las escalas valoran los síntomas emocionales, los problemas de conducta, la hiperactividad, los problemas con los compañeros y la conducta prosocial.

El SDQ presenta varias ventajas respecto a otros instrumentos de cribado: está disponible de forma gratuita en formato *online* y ha sido traducido y validado en varios idiomas, incluido el castellano (<http://www.sdqinfo.com>); es breve y fácil de cumplimentar, lo que incrementa las tasas de respuesta, y por último, evalúa las áreas psicopatológicas más relevantes de la infancia y la adolescencia.

En las tablas 1 y 2 se señalan los puntos de corte para docentes y padres.

Tabla 1. Puntos de corte del cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ). Puntuación para docentes

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

Tabla 2. Puntos de corte del cuestionario de cualidades y dificultades (SDQ). Puntuación para padres

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

Las escalas o instrumentos específicos para cada enfermedad o trastorno se desarrollarán en los capítulos correspondientes.

El dibujo en el niño

Distintos autores han criticado la utilización de los dibujos infantiles como instrumento de evaluación psíquica, debido a la falta de evidencia científica y subjetividad de su valoración. Sin embargo, es un recurso que se emplea desde hace décadas y de manera generalizada en psicología y psiquiatría infantil.

El dibujo pertenece a la categoría de test denominada «test proyectivo», ya que la persona proyecta su personalidad y sus problemas psíquicos en la representación que realiza. Además, la observación del niño durante el proceso de dibujar puede ofrecer información adicional y permitir una aproximación a los aspectos psíquicos generales.

Existen varias pruebas para analizar el dibujo en el niño. La principal es el análisis del dibujo libre. El mayor valor del dibujo libre es que el niño muestra su interés por algún contenido especial y, por consiguiente, tiene una significación proyectiva¹⁹.

Algunos parámetros a tener en cuenta en la valoración del dibujo libre son los siguientes:

- **Situación del dibujo.** Si está situado en la parte izquierda de la hoja, indica pasado, introversión o timidez; si está en posición central, remite al presente, y si se sitúa en la zona derecha, indica futuro, buen grado de socialización e independencia. Los di-

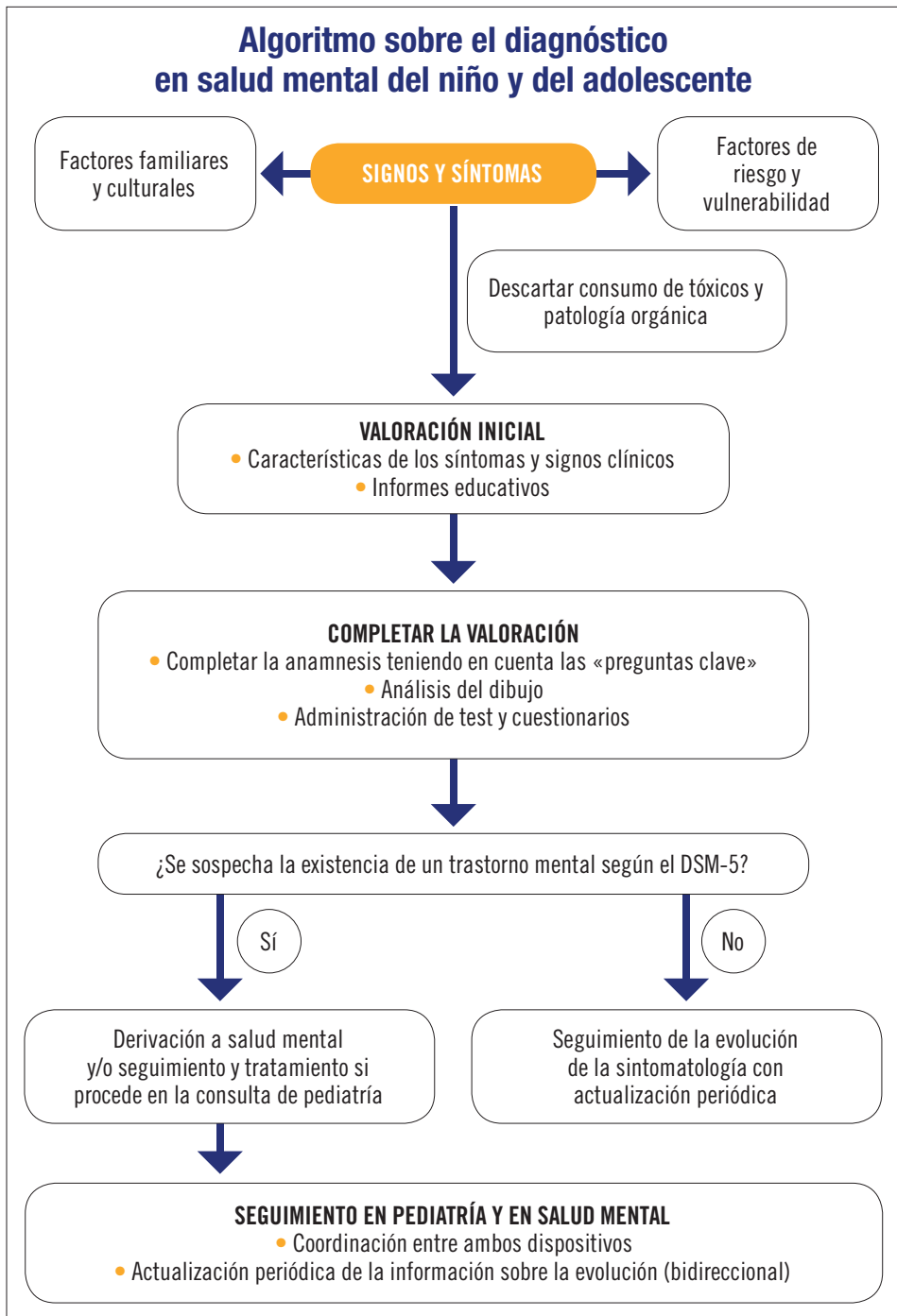
bujos en la base de la hoja corresponden a un estado de ánimo disminuido y los situados en la parte alta expresan un mundo de fantasía y espiritualidad.

- **Características del dibujo.** Si presenta muchas borraduras, revela inseguridad y ansiedad. Si el dibujo es muy pequeño o si, en el caso de una figura humana, omite las extremidades, indica un estado de ánimo disminuido. Los dientes, las cejas pobladas o los puños cerrados son signos de agresividad. Los ojos grandes significan vigilancia y desconfianza. Los dibujos con un exceso de perfeccionismo y simétricos revelan una personalidad obsesiva.
- **Tamaño del dibujo.** El dibujo grande, expansivo, que ocupa toda la hoja, expresa extroversión y expansividad ansiosa; un dibujo pequeño, introversión, depresión y sentimientos de inferioridad, y un dibujo intermedio indica equilibrio entre extroversión e introversión.
- **Fuerza del trazo.** El trazo débil revela depresión o timidez, y el fuerte vitalidad o agresividad.
- **Símbolos.** El símbolo paterno es el sol, y las nubes, la luna o las montañas son símbolos maternos. La lluvia o la nieve son símbolos de la frialdad afectiva o la depresión.

Los dibujos temáticos son útiles para explorar algunos problemas en particular. Entre los más utilizados figuran el test de la familia, el test de la figura humana y el test del árbol. Una vez que el paciente ha terminado el dibujo, el psiquiatra va formulando preguntas que permiten conocer aspectos importantes a través de las asociaciones con los temas dibujados, los personales, sus actividades, así como quiénes son los más felices, quiénes los más tristes, a quiénes prefieren, con quién se identifican, etc. Esto está relacionado con la familia, el colegio, los amigos u otras personas y circunstancias. Cuando el niño ya es capaz de escribir, responder a las preguntas por escrito permite estudiar su vocabulario, la expresividad de su lenguaje y las posibles alteraciones de la escritura. En el caso de los adolescentes también es muy útil; sin embargo, algunos lo rechazan por considerarlo regresivo²⁰.

En cuanto al test de la familia, no hay que pedir al niño que dibuje a su familia, sino a una familia cualquiera. Aunque la interpretación de esta prueba presenta múltiples posibilidades y es extensa, conviene tener siempre en cuenta algunos aspectos:

- La omisión de personajes indica su desvalorización.
- El orden en que dibuja a los personajes y el tamaño y los detalles de las figuras revelan su valorización. El niño considera más importante a quien admira, envidia o teme, y también a aquel con quien se identifica. El personaje más valorado se dibuja en primer lugar, tiene mayor tamaño que los demás o se representa con más detalle y esmero.
- La identificación de símbolos según el contexto familiar puede detectar posibles fuentes de estrés (por ejemplo, el dibujo de los padres cogidos de la mano en un contexto de divorcio).



Bibliografía

1. Álvarez JC, Guillén F, Portella E, Torres N. Los problemas de salud infantil. Tendencias en los países desarrollados (informe FAROS). Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu, 2008.
2. Flora M. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: estudios de prevalencia. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2009; 47(4): 303-314.
3. Navarro-Pardo E, Meléndez JC, Sales A, Sancerni MD. Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema.* 2012; 24(3): 377-383.
4. Bor W, Dean AJ, Najman J, Hayatbakhsh R. Are child and adolescent mental health problems increasing in the 21st century? A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014; 48(7): 606-616.
5. Mojarro D, Benjumea P, Ballesteros C, Soutullo C. Historia clínica y evaluación psiquiátrica. En: Soutullo C, Mardomingo MJ, coords. *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente.* Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2010.
6. Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, Nogales I, Fresan A, Apiguian R, et al. Estudio de la fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime version (K-SADS-PL). *Actas Esp Psiquiatr.* 2006; 34(1): 36-40.
7. Ballesteros MC, Alcázar JL, Pedreira JL, Santos A. *Práctica clínica paidopsiquiátrica.* Madrid: Smith-kline-Beecham, 1988.
8. Essau CA, Lewinsohn PM, Olaya B, Secley JR. Anxiety disorders in adolescents psychosocial outcomes at age 30. *J Affect Disord.* 2014; 163: 125-132.
9. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011; 39(4): 217-225.
10. Rodríguez PJ, González I, Gutiérrez AM. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatr Integral.* 2015; 19(8): 540-547.
11. Rodríguez Hernández PJ. Trastornos del comportamiento. *Pediatr Integral.* 2017; 21(2): 73-81.
12. McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Psychiatry.* 1997; 36(10 Suppl): 177s-193s.
13. Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency. Key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatr.* 2010; 55(10): 633-642.
14. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.* Arlington, 2013.
15. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* 1992.
16. Conners CK, Barkley RA. Rating scales and checklists for child psychopharmacology. *Psychopharmacol Bull.* 1985; 21(4): 812-834.
17. Achenbach TM. *Manual for the Child Behavior Checklist.* Vermont: Department of Psychiatry, University of Vermont, 1991.
18. Rodríguez PJ, Betancort M, Ramírez GM, García R, Sanz EJ, De las Cuevas C. Psychometric properties of the parent and teacher versions of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) in a Spanish sample. *Int J Clin Health Psychol.* 2012; 12(2): 265-279.
19. Farokhi M, Hashemi M. The analysis of children's drawings: social, emotional, physical, and psychological aspects. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011; 30: 2.219-2.224.
20. Mathews MH. Young children's representations of the environment: a comparison of techniques. *Env Psych.* 1985; 5: 261-278.

