

Evaluación psiquiátrica en niños. Entrevista clínica y escalas psicométricas

Marta Manjon

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS

Motivo de Consulta y Evaluación

Los motivos de consulta más frecuente en niños pequeños son problemas con las funciones fisiológicas, como el comer, el dormir o el control de esfínteres. Es especialmente frecuente la consulta por problemas conductuales, que pueden incluir agresión, impulsividad o una actividad exagerada. En ocasiones el motivo de consulta con un niño pequeño podría ser explorar la posibilidad de que el niño haya sido agredido física o sexualmente.

Entrevistas clínicas

Es muy importante realizar la evaluación del niño teniendo en cuenta los distintos contextos en el que éste participa. El niño tiene que ser entendido dentro de su propio contexto. Esto va desde la familia nuclear hasta el colegio, pasando por familia no tan cercana, amigos, etc. Hay que tener muy en cuenta el entorno cultural al que el niño pertenece.

Los distintos informantes tienen distintos modos de comunicar la información. Este es otro motivo importante por lo que las entrevistas deben realizarse con todas las personas que tratan con el niño. Por ejemplo, los padres acostumbran a enfatizar las conductas disruptivas, la impulsividad, la agresión; mientras que los niños comunican mejor sus síntomas ansiosos o depresivos.

Es importante obtener información de distintas fuentes ya que en ocasiones el problema se presenta delimitado a un contexto específico. Así pues, un problema que ocurre sólo en la escuela, no podrá ser descrito por los padres.

Existen diagnósticos que aumentan en su gravedad si los síntomas se presentan en más de un contexto (Hiperactividad).

Si se obtienen informaciones contradictorias del niño, de la familia, de los profesores... probablemente será indicativo de que el niño se comporta de distintas formas en los distintos contextos.

Para hacer una evaluación correcta del niño es importante utilizar una aproximación multidisciplinar. De esta forma, se hace necesaria la evaluación por parte de pediatras, psicólogos evolutivos, pedagogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas. En niños muy pequeños esta multidisciplinariedad es especialmente necesaria ya que en esas edades los niños no pueden proveer mucha información.

Historia evolutiva del niño

Es de vital importancia establecer la historia evolutiva del niño, utilizando todas las fuentes de información posibles. Se debe recoger información sobre el desarrollo físico, cognitivo y emocional del niño. Ello debe incluir las circunstancias prenatales, perinatales y postnatales. Deben recogerse posibles eventos estresores que puedan haber acontecido en la vida del niño, como enfermedades médicas, periodos de hospitalización, ausencia de alguno de los padres, nacimiento de hermanos, cambio de casa, divorcio de los padres, etc.

Una forma de evaluación muy útil es la observación directa de la interacción de la familia. Una sala habilitada a tal efecto contendría cierto número de juguetes, así como alfombras o moqueta para invitar a estar en el suelo y jugar con el niño. El clínico debería proponer a la familia que interaccionen como harían normalmente en casa utilizando la mencionada sala. Unos 15 – 20 minutos sería suficiente. Una sesión con toda la familia al completo sería un buen inicio. Posteriormente, deberían realizarse sesiones adicionales del niño interaccionado con cada uno de los miembros de la familia. De esta forma, podrían potencialmente identificarse problemas de relación específicos dentro del grupo familiar, lo que es especialmente útil a la hora de plantear una estrategia de intervención sobre el niño. El evaluador debería permanecer fuera de estos juegos de interacción, observando la sesión a través de un espejo unidireccional. En ocasiones el clínico puede estar dentro de la sala como observador, pero esto limitaría de cierta forma la espontaneidad de la familia. Otra opción sería grabar la sesión, aunque la captura de datos puede no ser tan buena como una observación real.

En estas sesiones interactivas hay que observar cómo el niño se involucra en las tareas con cada uno de los componentes de la familia, cómo es el contacto físico, el contacto visual. Debe observarse cuál es el nivel de juego del niño, si meramente sensoriomotor o bien con una carga imaginativa más importante.

La estrategia terapéutica se desarrollará en función de los recursos disponibles en la familia, así como de las capacidades del niño.

Evaluación al niño

Para los niños muy pequeños (de 0 a 36 meses) la evaluación psiquiátrica es distinta de la de los niños de más de 36 meses. La evaluación en niños tan pequeños va dirigida más bien a la prevención. Se quieren identificar factores de riesgo en el entorno del niño que puedan causarle problemas en un futuro. Existen estudios que demuestran cómo al abordar ciertas alteraciones antes de los 3 años ha supuesto para el niño evitar que éste las internalice. De todos modos, se ha de ser cauto a la hora de interpretar síntomas en niños tan pequeños como indicadores de un problema. A estas edades tan tempranas un trastorno de los patrones del sueño podría ser indicativo de un proceso madurativo que está en marcha, o bien de un problema emocional. Incluso podría ser una combinación de ambos. Entre 0 y 36 meses los niños cambian muy rápidamente, con lo que a veces es difícil interpretar estos cambios. Esto hace también necesario que las evaluaciones sean repetidas con cierta frecuencia.

Particularidades de la evaluación en niños

La evaluación psiquiátrica en los niños es distinta que en los adultos. En algunas entidades diagnósticas psiquiátricas la fenomenología clínica es paralela a la que se presenta en los adultos, En esos casos no hay problema en utilizar los mismos criterios diagnósticos (DSM, ICD). Sin embargo, en otras entidades psiquiátricas los factores evolutivos del niño pueden influenciar en la presentación de los síntomas psiquiátricos, como sería el caso de la ansiedad y la depresión.

En muchos casos los síntomas a evaluar consisten en deficiencias en las conductas adaptativas, así como fracaso en la consecución de ciertos hitos evolutivos en una o más área de desarrollo. A veces esto es más frecuente que los propios síntomas patognomónicos de la enfermedad.

A veces los síntomas consisten en un elevado grado de gravedad en conductas que acostumbran a aparecer ya en niños normales, como por ejemplo miedos, rabietas, etc. En el caso de estos niños los síntomas tienen un impacto en su funcionalidad, y causan malestar al niño y a su entorno.

Los niños pequeños acostumbran a tener problemas para ordenar cronológicamente los eventos que le han acontecido, así como suelen negarse a explicar acontecimientos que les hayan resultado problemáticos.

Los niños muy pequeños no pueden explicar verbalmente lo que les ha pasado, con lo que otras técnicas como el juego son útiles para obtener información de ellos.

Entrevista clínica con el niño

El objetivo de las evaluaciones del niño es entender el potencial de desarrollo del niño, así como los problemas que éste esté teniendo. Se deberían utilizar sistemas categoriales para definir los problemas del niño (DSM, ICD). El diagnóstico se debe compartir con los padres de forma que éstos lo entiendan y que puedan implicarse en la estrategia terapéutica

La forma en la que el niño reporta sus problemas es muy distinta dependiendo del estado evolutivo del mismo. Debemos adaptar la entrevista con el niño a su nivel de entendimiento, y utilizar el canal comunicativo más adecuado. Además de la comunicación oral, se pueden utilizar técnicas de juego, dibujo, etc. En ocasiones será necesaria más de una entrevista para que el niño venza su timidez y se decida a comunicar su problema. A continuación se listan algunas técnicas que pueden ser útiles en la entrevista clínica al niño:

- Técnicas de juego interactivo
- Técnicas proyectivas

- Preguntas directas

La estructura de la entrevista con el niño debería ser como sigue:

- Preparación y orientación
- Inicio de a entrevista
- Presentación del problema por el que niño está siendo entrevistado.
- Evaluación de las grandes áreas funcionales
- Preguntas sobre los síntomas psicopatológicos

Para ganar confianza con el niño durante la entrevista, se le ha de asegurar que se respetará la confidencialidad de lo que diga, siempre ésta siendo proporcional a la edad del niño. Esto es especialmente importante en adolescentes.

El reporte del niño aumenta en fiabilidad a medida que el niño es mayor. Hasta los 10 años la información obtenida del niño debe contrastarse con la reportada por los padres.

Evaluación a la familia

Alianza con la familia. Entrevista clínica.

La alianza del clínico con la familia es crítica. Los padres, o cuidadores principales, no deben sentirse evaluados en sus funciones parentales. A menudo los padres pueden sentirse ansiosos y culpables ante la evaluación. El clínico debe hacerles entender que ellos son una de las fuentes de información más importante en relación al niño. Además, cuando se perfilen las estrategias terapéuticas el rol de los padres será muy importante, ya que éstos son los que tienen más influencia en la vida del niño.

La evaluación de los padres y del contexto familiar es especialmente importante. Se deben explorar las preocupaciones de los padres respecto al niño, cuáles son las dificultades que el niño está teniendo y el impacto de las mismas en su vida. Se debe evaluar la vivencia del problema del niño para cada uno de los padres por separado. Asimismo, se tiene que explorar cuál es la dinámica familiar, así como la relación de pareja de los padres. Todo ello debe enmarcarse dentro del contexto social y cultural de la familia.

A los padres se les debe preguntar sobre los síntomas del niño. Esto incluye una descripción de las conductas problemáticas, su intensidad y su frecuencia. Es importante describir las circunstancias en las que las conductas se producen. Se deben conocer los antecedentes y las consecuencias de las conductas, ya que podrían ser patrones que el niño modifica para modificar su entorno. De esta forma, las conductas problemáticas tendrían en realidad una funcionalidad para el niño.

Las preguntas específicas son más útiles para obtener datos cronológicos, mientras que la información acerca de sentimientos se recogería mejor con preguntas abiertas o indirectas. Para crear un buen clima en la entrevista, se debería dejar a los padres que describieran el problema utilizando sus propios términos.

Historia evolutiva del niño

La Historia evolutiva de un niño debe obtenerse a través de los padres, y debe contener los siguientes aspectos:

- Funcionamiento cognitivo y escolar
- Relaciones especiales
- Relaciones familiares
- Desarrollo emocional, temperamento y estado mental – Especial atención a:
 - Ideación Suicida

- Insight
 - Desarrollo de consciencia y valores
 - Intereses, obvios
 - Historia previa de tratamiento psiquiátrico

ESCALAS DE EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA EN NIÑOS

Las escalas psicométricas se plantean como una exploración complementaria a la entrevista clínica. La entrevista clínica es esencial para conocer el contexto del problema del niño, así como para llegar a un diagnóstico.

Sin embargo, a través de las escalas psicométricas se obtendrán unas medidas objetivas que serán de gran utilidad para determinar la gravedad del cuadro psicopatológico, así como su evolución a lo largo del tiempo. Servirán para establecer niveles basales y comprobar si la intervención terapéutica está teniendo un efecto o no. Esto es especialmente útil a la hora de estudiar la eficacia de los fármacos en desarrollo.

A pesar de la especificidad infantil en muchos trastornos psiquiátricos, muchas escalas de evaluación para niños se han derivado de escalas iniciales dirigidas a población adulta.

Se abordarán a continuación algunas de las áreas terapéuticas de mayor interés.

DEPRESIÓN

Los niños expresan más los sentimientos depresivos de lo que sus padres reportan. Por ello en esta área terapéutica se ha hecho especial énfasis en los cuestionarios autoaplicados

Children's Depression Inventory (CDI)

Fue elaborado a partir del cuestionario de Beck. Es el más utilizado actualmente en niños para evaluar síntomas depresivos. Es autoaplicado y dirigido a niños de entre 8 y 13 años. Consta de 27 preguntas con 3 posibles respuestas que el niño ha de responder teniendo en cuenta sus experiencias durante las últimas dos semanas.

Una de las limitaciones de este cuestionario es que está demasiado centrado en los síntomas cognitivos y deja de lado los síntomas físicos que se presentan en los estados depresivos. Sin embargo es un buen discriminador entre presencia o no de depresión en los niños.

Children Depression Scale (CDS)

Se utilizaba bastante hasta que apareció el CDI. Es autoaplicada, aunque también puede ser cumplimentada por los padres. Está dirigida a niños de entre 8 y 16 años y consta de 66 ítems. Con esta escala se recoge más información que con el CDI, pero también resulta más costosa (mayor tiempo invertido en su administración)

Children Depression Rating Scale (CDRS)

Está basada en la escala de Hamilton para adultos, y tiene formato de entrevista semiestructurada. Al igual que la versión adulta, consta de 17 ítems que se puntúan en base a la información verbal que da el niño, así como la información observacional que se obtiene de él. Va dirigida a niños de 6 a 12 años y el tiempo de administración oscila entre 20 y 30 minutos.

Beck Depression Inventory (BDI)

Puede utilizarse en adolescentes, donde ha demostrado tener una buena capacidad de cribado.

John Hopkins Depression Scale for Children (HDCL-C)

Esta escala debe ser cumplimentada por los padres, consta de 38 ítems y cada uno de ellos tiene 4 posibles respuestas.

Peer Nomination Inventory (PNID)

Esta escala debe ser cumplimentada por los compañeros de clase. Cada niño debe valorar a sus compañeros de clase utilizando 23 ítems que cubren los factores Depresión, Felicidad y Popularidad.

Escala de Depresión Infantil para Maestros (ESDM)

Los maestros deben cumplimentar esta escala que consta de 16 ítems y 3 alternativas de respuesta. La escala incluye observaciones sobre estado de ánimo y aspectos sociales, cognitivos y conductuales del niño.

ANSIEDAD

Así como en la depresión se encuentran variadas opciones a la hora de escoger un instrumento de evaluación, no así ocurre con la Ansiedad. Las escalas para evaluar Ansiedad en niños y adolescentes son escasas y rudimentarias. Existe confusión e identificación entre ansiedad y miedos en la infancia; recientemente se han introducido nuevas categorizaciones en los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia; la similitud de estos trastornos con los que se expresan en la población adulta... Todo esto ha

hecho que existan pocos progresos en cuanto a las herramientas psicométricas para evaluar ansiedad.

Children's Manifest Anxiety Scale Revised (CMAS-R)

Consta de 37 ítems de cumplimentación autoaplicada, que configuran 4 subescalas: Sinceridad, Fisiología, Preocupación/Hipersensibilidad y Concentración. Aunque sus propiedades psicométricas son buenas, esta escala parece insensible a los efectos de un estrés agudo, así como de una intervención terapéutica.

State-Trait Anxiety Inventory (STAIC)

Consiste en dos escalas de autoevaluación que incluyen la ansiedad-Rasgo y la ansiedad-Estado. Aunque la escala se diseñó para niños de 9 a 12 años, también se puede administrar a adolescentes en general. Los datos acerca de su validez no son muy concluyentes.

Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC—R)

Consiste en 80 ítems con tres posibilidades de respuesta que diferencia bien entre niños fóbicos escolares cuyos temores se deben a ansiedad por separación y fóbicos escolares en función de aspectos intrínsecos a la situación escolar.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El reconocimiento de este trastorno en niños es relativamente reciente, por lo que no se han desarrollado muchas escalas de medición para niños. La mayoría de las que existen han sido desarrolladas a partir de sus homólogos para adultos.

Leyton Obsessional Inventory-Child Version

Se trata de una adaptación del LOI para adultos, que mide el número de síntomas obsesivos con respuestas de sí / no, así como el grado de interferencia en la vida del niño y la

resistencia que éste ofrece. Los ítems se distribuyen en tarjetas que el niño debe clasificar en dos grupos (sí Vs no)

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

Son 19 ítems planteados en forma de entrevista semiestructurada. No existen datos publicados en cuanto a su calidad psicométrica.

TICS Y SÍNDROME DE LA TOURETTE

Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS)

Evalúa tics, número frecuencia, intensidad e interferencia.

La Tourette's Syndrome Severity Scale (TSSS)

Evalúa cinco aspectos: grado en que los tics son percibidos por otros, si los tics suscitan comentarios, si otras personas valoran que el paciente es raro y cómo los tics interfieren el funcionamiento del individuo.

Clinical Global Impresión Scale for TS (TS-CGI)

Evalúa tics, sintomatología obsesivo compulsiva y de inatención, impulsividad-hiperactividad.

Hopkins Motor and Vocal Tic Severity Scale

El clínico y los padres clasifican los tics que se han dado en la semana anterior tanto en el tipo de tic, frecuencia, intensidad, interferencia y deterioro que producen.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Debido a la alta prevalencia del trastorno, así como del interés que despierta, han aparecido muchas escalas que intentan cuantificar la información dad por padres y maestros. Son

útiles sobretudo si las dos versiones correlacionan entre sí, pues a partir de ahí se facilita el diagnóstico, ya que sólo se puede establecer cuando la alteración se presenta en dos o más ambientes.

Evaluación escolar

Child Behaviour Checklist-Teacher Reports form (CBCL-TRF)

Consiste en 126 ítems que el profesor debe valorar de 0 a 2. Su cumplimentación lleva entre 15 y 20 minutos y es aplicable a niños de entre 6 y 16 años. Se evalúan los siguientes factores: ansiedad, introversión social, impopularidad, autodestructivo, obsesivo-compulsivo, inatento, nervioso-hiperactivo, agresivo y ejecución escolar. Dispone de una versión para ser cumplimentada por los padres.

School Situations Questionnaire-Revised (SSQ-R)

Esta escala avalúa los problemas específicos referentes a la atención concentración en una variedad de situaciones escolares. Consiste en la descripción de 8 situaciones escolares, el profesor debe señalar si la situación en sí es una situación problema para el alumno. En las respuestas afirmativas debe señalar el grado de severidad entre 1 (leve) y 9 (severo). Se obtienen dos tipos de puntuaciones: el número total de situaciones problema y la media del grado de intensidad. Se administra desde los 6 hasta los 12 años, y se tarda aproximadamente 5 minutos en cumplimentarla.

Evaluación de padres

Escala de Conners para padres revisada (CPRS-R)

Se aplica a padres con hijos de 3 a 18 años y responden a los ítems de 0 a 3 según la frecuencia en que se presenta el comportamiento. Se obtienen los siguientes factores: Conducta problema, problemas de aprendizaje, psicósomática, impulsividad-hiperactividad, y ansiedad. También se obtiene un índice de hiperactividad que se ha mostrado sensible a la intervención farmacológica.

Home Situations Questionnaire-Revised (HSQ-R)

El objetivo de esta escala es detectar los problemas específicos que pueden conllevar las dificultades de atención-concentración en casas y en lugares públicos.

BIBLIOGRAFÍA

- *Practice parameters for the Psychiatric Assessment of Infants and Toddlers (0 - 36 months)* Jean M Thomas et al. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Volume 36 (10S). Supplement October 1997, pp 21S – 36S
- *Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Children and Adolescents* Robert A. King et al. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1997, 36 (10 Supplement): 4S – 20S.
- *Psiquiatria de la infancia y la adolescencia: evaluación psicopatológica. CAPÍTULO 29* en *Medición Clínica en Psiquiatria y Psicología*. Antonio Bulbena Vilarrasa, Germán E. Berrios, Pedro Fernández de Larrinoa Palacios.
- *Psiquiatria infantil: evaluación, examen y pruebas psicológicas* – Lectures doctorat UAB psiquiatria i psicologia clínica – curs 2007