

# Orientación de los trastornos mentales en la edad infantojuvenil

L.S. Eddy Ives

Pediatra especializada en Psiquiatría infanto-juvenil. Centre Mèdic Sant Ramon. Santa Coloma de Gramenet. Barcelona. HM Hospitales Sant Jordi y Nens, Barcelona



## Resumen

Los trastornos psicológicos y psiquiátricos van en aumento y se considera que son el gran desafío del siglo XXI. Los profesionales sanitarios de Atención Primaria tienen una importante labor a realizar en el campo de la prevención, como es la educación sanitaria y la detección precoz de problemas psicológicos y trastornos psiquiátricos. Es necesario tener presentes los factores de riesgo; pues, cuando hay varios, será preciso hacer un seguimiento más de cerca y de forma más continuada. La intervención temprana mejora el pronóstico. Los cuestionarios de cribado de los trastornos más prevalentes en la infancia y adolescencia son una buena herramienta para ayudar a realizar una detección e intervención temprana desde Atención Primaria.

## Abstract

*Psychological and psychiatric disorders are on the rise and are considered to be the great challenge of the 21st century. Primary care health professionals face an important duty in the field of prevention, such as health education and early detection of psychological problems and psychiatric disorders. It is necessary to bear in mind the risk factors, because if several of them are present, a closer and more continuous monitoring of the child should be implemented. Early intervention improves the prognosis. Screening questionnaires for the most prevalent disorders in childhood and adolescence are an optimal tool, aiding to carry out an early detection and intervention from the primary care setting.*

**Palabras clave:** Salud mental infanto-juvenil; Prevención; Cribado; Atención Primaria; Factores de riesgo.

**Key words:** Child and adolescent mental health; Prevention; Screening; Primary care; Risk factors.

## OBJETIVOS

- Perfeccionar la entrevista clínica psiquiátrica.
- Tener presente los factores de riesgo de patología psiquiátrica para una mejor prevención.
- Conocer los cuestionarios de cribado de los trastornos psiquiátricos más prevalentes para facilitar el diagnóstico precoz.

## Introducción

Los problemas psicológicos y psiquiátricos van en aumento y se considera que son el gran desafío del siglo XXI.

Desde el equipo de Pediatría de Atención Primaria (PAP) hay un contacto continuado a lo

largo de los años con los niños y adolescentes, y con sus familias, por lo que es primordial que dicho equipo tenga una amplia formación en neurodesarrollo y sobre los problemas psicológicos y psiquiátricos más frecuentes, que puedan presentarse a lo largo de la infancia y adolescencia. Es necesario atender a los niños desde una vertiente holística. Los problemas psicológicos y psiquiátricos van en aumento y se considera que son el gran desafío del siglo XXI, hecho evidenciado con la pandemia del COVID-19, pues ha ocasionado un claro incremento de muchos procesos psiquiátricos, sobre todo: ansiedad, depresión y trastorno de la conducta alimentaria<sup>(1)</sup>. Los estudios muestran que, alrededor del 20% de los niños y adolescentes, en algún momento de su

desarrollo, van a padecer un trastorno psiquiátrico<sup>(2)</sup>.

Los profesionales de AP deben saber distinguir si el niño/adolescente presenta una pequeña variación dentro de la normalidad, si están ante una señal de alarma de posible patología o si presenta un trastorno ya consolidado<sup>(3)</sup>. Muchos de los trastornos psiquiátricos que se observan en el adulto, debutaron en la adolescencia, por lo que es importante la detección temprana para evitar una evolución negativa<sup>(4)</sup>; o sea, desde PAP se debe abordar la prevención primaria (educación sanitaria), prevención secundaria (detección precoz) y prevención terciaria (intervención y/o derivación a salud mental). Los dos primeros se harán en los controles de salud, citando con mayor frecuencia si

el niño presenta algo que preocupa o cuando tiene varios factores de riesgo para sufrir problemas de salud mental (SM). A veces, será suficiente dar a los padres unos adecuados consejos sobre la crianza o el manejo conductual y afectivo del niño, pero otras veces será preciso derivar a salud mental infantojuvenil (SMIJ) para realizar un abordaje multidisciplinar. Como en cualquier tipo de patología, es importante el diagnóstico precoz. Será beneficioso, por no decir imprescindible, que haya una buena colaboración y coordinación entre PAP y SM. Lo ideal es que haya atención psicológica en los propios centros de Atención Primaria, facilitando así las consultas y coordinación entre ambos servicios.

La labor del pediatra no acaba con la derivación a SMIJ. Conviene que desde PAP se dé el oportuno apoyo a las decisiones tomadas desde SM, reforzando así el cumplimiento por parte de la familia de las indicaciones realizadas desde los centros de SMIJ. También, el pediatra con su apoyo cercano y natural, con la misma actitud que tiene ante cualquier otro tipo de patología que pudiera padecer un paciente, puede ayudar a desestigmatizar los problemas psicológicos y psiquiátricos, un reto importante a conseguir.

## Entrevista clínica

**La entrevista psiquiátrica debe explorar tres áreas fundamentales: el pensamiento del niño/adolescente, sus emociones y su comportamiento.**

Para ejercer con eficiencia, tanto en la Pediatría como en la Medicina de la adolescencia, se requiere de unas buenas capacidades comunicativas, de la observación del lenguaje no verbal y de escucha activa, aún más cuando es para abordar temas de SM. También hay que prestar atención a la prosodia o tinte emocional que acompaña al lenguaje<sup>(5)</sup>. El profesional no solo debe recoger información concreta para hacer una orientación diagnóstica, sino además conviene que sea capaz de captar las preocupaciones, los miedos y dudas, tanto del paciente como de los padres o cuidadores, y saber mostrar empatía y comprensión hacia dichas preocupaciones. El pediatra, que cuida de sus

pacientes desde el nacimiento hasta llegar a la edad adulta, debe saber compaginar la ciencia tecnológica del siglo XXI con el arte y carácter humano que siempre debe estar presente en el ejercicio de la medicina.

Existen entrevistas psiquiátricas estructuradas y semiestructuradas que son de utilidad, sobre todo para la investigación clínica, y también para no olvidarse de algunos aspectos clínicos. Ahora bien, la entrevista abierta facilita que el paciente y/o padres se sientan escuchados y comprendidos, ayudando a establecer una buena alianza terapéutica. Lo más habitual es que los padres sean los que solicitan la consulta, aunque puede, en ocasiones, solicitarlo el adolescente, sobre todo cuando el problema es de tipo emocional. Conviene tenerlo en cuenta, pues es importante crear una relación de confianza desde la primera visita, teniendo en cuenta que si uno de los padres o el propio paciente no quería acudir, este propósito será más difícil de lograr.

A veces, el motivo de consulta no coincide con el verdadero problema del niño. Es importante tener presente cuál es el motivo de la visita pues, a veces, la angustia de los padres/cuidadores es tal que impide tener claro qué es lo que realmente ha motivado la consulta. Es necesario recoger información sobre la historia evolutiva, ya que ayudará a entender el presente. A parte de recoger información sobre embarazo y parto por las repercusiones biológicas que podría tener, también hay que preguntar sobre: neurodesarrollo, hitos más importantes del desarrollo psicomotor, lenguaje, comunicación afectiva, control de esfínteres, sueño, alimentación, temperamento, dificultades en el ámbito de la escolaridad, sexualidad, etc., todos estos datos muchas veces ya recogidos a lo largo del tiempo en la historia clínica pediátrica.

Una buena historia clínica es básica y, a veces, se dispone de poco tiempo, pero la ventaja en PAP es que se dispone de muchos "5 minutos" para ir ampliando datos, y para conocer mejor a la familia y su situación social. Finalmente, hay que tomar nota de los antecedentes personales y familiares de trastornos psiquiátricos. Interesa valorar los rasgos de personalidad de los padres que, sin duda, influirán en la dinámica

familiar, en el estilo de crianza y en algunos rasgos del carácter del niño. También: la valoración del modelo de familia (nuclear clásica, monoparental, homoparental, reconstituida, etc.)<sup>(6)</sup> y su situación actual; antecedentes de patología somática y psíquica de los padres biológicos, y de los que ejercen de padres por su influencia en el entorno; y conocer la fratria y la presencia de otras personas de convivencia estable.

Lo ideal es poder hacer una entrevista solo con los padres, otra solo con el paciente y otra con padres y paciente, para poder observar la dinámica entre todos ellos. Las tres preguntas clásicas: ¿qué te pasa?, ¿desde cuándo? y ¿a qué lo atribuyes?, siguen siendo válidas. Es importante la observación directa del niño, que no siempre va a coincidir con lo que expresan los padres. Conviene obtener información de otras fuentes, principalmente la escolar, ya que pasan diariamente muchas horas en dicho entorno interactuando con los iguales y con otros adultos. De la misma forma, puede ser útil la información aportada desde actividades extraescolares. Debido a que los progenitores pueden tener visiones discrepantes sobre los problemas del hijo, es importante que ambos vayan a la visita, sobre todo, si están separados o divorciados. El paciente suele ser mejor informante sobre sus problemas emocionales; en cambio, de los conductuales, suele ser más realista la información aportada por padres y profesores. Para completar la entrevista, los cuestionarios son útiles, sobre todo para recopilar información del entorno escolar.

En toda entrevista psiquiátrica, hay que explorar la normalidad o patología en tres áreas básicas: el pensamiento del niño/adolescente, sus emociones y su comportamiento<sup>(7)</sup>. Habrá que identificar los posibles factores causales. Puede haber algún factor ambiental estresante en el origen del malestar o problemática del niño; otras veces, el factor estresante actuará haciendo aflorar algo ya existente y favoreciendo que tenga una peor evolución, pero no habrá sido la causa en sí de la patología o trastorno. Hay que tener presente que cualquier alteración en la dinámica de la familia, la escuela o con los iguales puede influir negativamente en el bienestar emocional del niño.

Es necesario abordar el tema de la confidencialidad, que sepan que solo será compartida la información del niño/adolescente con los padres si hay un riesgo de peligro serio para él u otras personas. En ocasiones, será útil ayudar al propio paciente a comunicar a sus padres su malestar, en lugar de hacerlo el profesional.

## Factores de riesgo

**El riesgo de padecer un trastorno mental es multifactorial, influyendo tanto factores genéticos como ambientales.**

En los controles de salud conviene tener presente los factores de riesgo (FR) de sufrir patología psiquiátrica para dedicar más tiempo cuantos más factores de riesgo haya. Es necesario conocer y tener presente los signos de alarma de los trastornos psiquiátricos más frecuentes en la infancia (a abordar en otros apartados de esta revista) y saber distinguir entre los que requieran un seguimiento más estrecho por parte de Pediatría de los que requieran derivación a SMIJ. El pediatra es quien mejor conoce el desarrollo normal de los niños, pero también debe conocer posibles variantes de la normalidad según el momento evolutivo o la edad cronológica. Puede haber conductas normales a una edad, pero a otra edad ya no ser normales; por ejemplo, las rabietas a los 2-3 años son normales, pero no a los 10. También su intensidad puede ser lo que nos alerte de la necesidad de interconsulta o derivación, pues unas rabietas intensas y diarias, aunque sea a la edad de 2-3 años, también requieren atención para indagar en la causa y ayudar a los padres a gestionar mejor dicha conducta.

El riesgo de padecer un trastorno mental (TM) es multifactorial, influyendo tanto factores genéticos como ambientales<sup>(8,9)</sup>. Los FR tienden a presentarse de forma agrupada e interactuando entre ellos, aumentando la vulnerabilidad del niño. Aumenta el riesgo cuando los factores actúan de forma temprana, en periodos críticos del desarrollo y cuando actúan de forma continuada. Cabe mencionar (Tabla I):

- **Factores relacionados con el embarazo:** madre adolescente, hijo no deseado al final del embarazo, hijo

Tabla I. Factores de riesgo en salud mental
<p><b>Factores relacionados con el embarazo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Madre adolescente, hijo no deseado, adoptado, embarazo de riesgo, consumo de tóxicos y estrés durante embarazo</li> </ul>
<p><b>Factores perinatales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Prematuridad, sufrimiento fetal, malformaciones o defectos importantes, separación prolongada entre madre y bebé</li> </ul>
<p><b>Características temperamentales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Temperamento difícil y temperamento inhibido</li> </ul>
<p><b>Enfermedad médica crónica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Asma, obesidad, diabetes juvenil, enfermedades metabólicas y daño cognitivo</li> </ul>
<p><b>Características de los padres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Padres muy jóvenes, muy mayores, con problemas de salud mental, con patologías médicas importantes, estilo educativo autoritario sin afecto, negligente, maltrato físico, psicológico o sexual</li> </ul>
<p><b>Factores relacionados con la familia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Monoparental, separación conflictiva, fallecimiento, hospitalización larga, aislamiento social, falta de escolarización y solo en casa sin supervisión</li> </ul>
<p><b>Factores socioeconómicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Situación económica desfavorable, paro sin subsidio y migración</li> </ul>
<p><b>Otros factores sociales de relevancia en la adolescencia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Aislamiento social, ambientes urbanos estresantes (violencia y drogas), acoso escolar y acontecimientos traumáticos</li> </ul>

adoptado, embarazo de riesgo, nutrición materna deficiente, consumo de tóxicos o fármacos y estrés parental durante el embarazo.

- **Factores perinatales:** prematuridad, sufrimiento fetal, recién nacido con malformaciones o defectos importantes, separación prolongada entre madre y bebé por alguna causa médica, dificultando el establecimiento del vínculo.
- **Características temperamentales:** temperamento difícil con mayor riesgo de presentar trastornos externalizantes (trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta) y temperamento inhibido con mayor riesgo de presentar trastornos internalizantes (ansiedad, depresión).
- **Enfermedad médica crónica:** asma, obesidad, diabetes juvenil, enfermedades metabólicas, etc., todas ellas requiriendo elevada capacidad de adaptación por parte del niño y de la familia; y enfermedades con afectación de la capacidad cognitiva del niño.
- **Características de los padres:** padres muy jóvenes o mayores, con problemas de SM, con patologías médicas importantes, no implicados en la crianza de su hijo o con un estilo

educativo autoritario sin afecto, o con maltrato físico, psicológico o sexual.

- **Factores relacionados con la familia:** monoparental con poco apoyo psicosocial; separación/divorcio con conflicto o desacuerdos importantes; fallecimiento de algún miembro; hospitalización larga o con enfermedad compleja; familia aislada socialmente; niño no escolarizado de forma prolongada; o sujeto que está muchas horas solo en casa sin supervisión, con riesgo de excesiva conexión a las redes sociales en internet.
- **Factores socioeconómicos:** situación económica muy desfavorable; paro sin subsidio; o migración con riesgo de marginación.
- **Otros factores sociales de relevancia en la adolescencia:** aislamiento social; ambientes urbanos estresantes; exposición a violencia y drogas; acoso escolar; o acontecimientos traumáticos dentro y fuera del contexto familiar.

Ha habido una larga historia de debate sobre la influencia de la genética (*nature*, en inglés) y de las experiencias ambientales vividas a través de la familia, escuela, grupo de iguales, comunidad y cultura (*nurture*, en inglés). Hoy día nadie sostiene que el desarrollo humano

**Tabla II. Factores protectores de la salud mental**

- Cohesión y apoyo familiar
- Apoyo comunitario
- Habilidades sociales
- Temperamento fácil
- Buen autoconcepto
- Pautas de vida saludable

se explica exclusivamente por la acción de *nature* o de *nurture*, sino lo que el debate cuestiona es hasta qué punto influye cada uno. Estas interacciones gen-ambiente son complejas, pues no solo el ambiente actúa sobre la expresión de los genes, sino que a su vez los genes pueden influir sobre el ambiente. Cada vez se da más importancia a la epigenética (del griego *epi*, en o sobre, y *-genética*). La epigenética estudia todos aquellos factores no genéticos que intervienen en la determinación de la ontogenia o desarrollo de un organismo. Interviene en la regulación heredable de la expresión génica sin que haya cambios en la secuencia de nucleótidos. Se puede decir que la epigenética es el conjunto de reacciones químicas y demás procesos que modifican la actividad del ADN, pero sin alterar su secuencia, dando forma a nuestro "epigenoma". O sea, la epigenética estudia cómo determinados factores medioambientales, condicionados por nuestros hábitos, son capaces de interactuar con nuestros genes y modificar su función sin alterar su composición (secuencia de nucleótidos), interviniendo en la regulación heredable de la expresión génica. Las experiencias tempranas pueden activar y desactivar genes, es decir, determinar cómo se expresan los genes<sup>(10)</sup>. Se considera que nuestras propias experiencias pueden marcar nuestro material genético y transmitirlo a generaciones futuras, por lo que nuestro estilo de vida no solo nos afecta a nosotros, sino también a nuestros hijos y a los hijos de nuestros hijos. Es lo que se denomina herencia epigenética transgeneracional. El estudio de la epigenética nos dice que no es cuestión de valorar *nature* (ADN) *versus nurture* (crianza), sino *nature* más *nurture*.

No hay que olvidar los factores de protección (FP) y la capacidad de resiliencia del individuo para afrontar y adaptarse a las situaciones adversas.

Entre los FP (Tabla II) estarían: la cohesión y apoyo familiar y comunitario, las habilidades sociales, temperamento fácil, buen autoconcepto y autoeficacia del individuo. También, las pautas de vida saludable con buena alimentación, ejercicio físico y adecuadas horas de sueño, factores que siempre se debe tener en mente para promocionarlos.

La detección temprana es importante para evitar la progresión hacia un TM grave, como puede ser una esquizofrenia o una depresión mayor recurrente. Con la prevención, se busca reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales, y la discapacidad asociada a los mismos. Hay que promover el bienestar psicológico, fomentar la adquisición de hábitos de higiene mental, aumentar la capacidad para lograr hitos del desarrollo, fortalecer las habilidades para adaptarse a la adversidad y desarrollar resiliencia y competencia<sup>(11)</sup>. Si se tienen presentes los factores de riesgo y los factores protectores, se podrá mejorar la capacidad del sujeto y de su familia, para afrontar posibles eventos adversos.

Cuando un sujeto ya cumple criterios diagnósticos de un TM específico, es importante brindar un tratamiento adecuado para evitar la progresión de la enfermedad, además de la aparición de comorbilidades, como puede ser el consumo de sustancias, ocasionando la denominada patología dual (un TM específico más un trastorno por abuso de sustancia o sin sustancia, cuando la adicción es a los videojuegos).

### Orientación diagnóstica

**Los cuestionarios de cribado son útiles para valorar si es necesario derivar a salud mental.**

Desde AP es de utilidad disponer de cuestionarios para realizar *screening* de los diferentes procesos frecuentes en la infancia y adolescencia, para así poder hacer una mejor orientación diagnóstica. Nos permite valorar y tomar la decisión de si conviene derivar a SM o seguir controlando desde AP. Cabe mencionar entre los más utilizados (se citan preferentemente los de acceso libre) (Tabla III):

- *Cuestionario M-CHAT Revisado* de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F)<sup>(12)</sup>. Es una herramienta de detección en 2 etapas, que responden los padres para evaluar el riesgo de trastorno del espectro autista (TEA) en niños de 16-30 meses. Según la puntuación obtenida, serán clasificados de riesgo bajo, medio y alto, siendo recomendable derivar a atención temprana si el riesgo es medio o alto. Al ser un instrumento de *screening*, puede haber falsos positivos, o sea, casos en los que luego no se confirma la presencia de TEA, pero probablemente tendrán algún tipo de retraso en el neurodesarrollo que requerirá atención especializada. La entrevista de seguimiento (M-CHAT-R/F) suele pasarse en los centros de atención temprana pues requiere tiempo y experiencia en su empleo.
- *Cuestionario de Cualidades y Dificultades* de Goodman (SDQ, sus siglas en inglés, *Strengths and Difficulties Questionnaire*)<sup>(13)</sup>. Está traducido a múltiples idiomas y hay varios formatos: franja de edad 2-4 años para padres, 4-17 años para padres y otro para maestros, y para adolescentes de 11-17 años para ser autocumplimentado. Consta de

**Tabla III. Cuestionarios útiles para la orientación de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia**

- M-CHAT revisado, para cribado del autismo (16-30 meses)
- SDQ para evaluar problemas emocionales y de comportamiento (2-17 años)
- Vanderbilt versión padres y versión maestros para cribado de TDAH y comorbilidad conductual y emocional (5-17 años)
- CAST para cribado del autismo (4-11 años)
- PRODISLEX y PRODISCAT para la detección de dislexia (P5-bachillerato)
- STAIC para cribado de ansiedad (9-15 años)
- ASQ para evaluar riesgo de suicidio



25 ítems que evalúan problemas emocionales, de comportamiento, de conducta hiperactiva e inatención, de relación con iguales, y de conducta prosocial.

- *Vanderbilt para padres*<sup>(14)</sup> y *Vanderbilt para maestros*<sup>(15)</sup>, que evalúa: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta y malestar emocional.
- *Child Asperger Syndrome Test (CAST)*<sup>(16)</sup> para el cribado del síndrome de Asperger en niños de 4 a 11 años. Una puntuación de 15 o más requiere derivación para una evaluación diagnóstica. Hay un gran abanico de test para el cribado de autismo en la web EspectroAutista.info (<http://espectroautista.info/>), además de proporcionar bibliografía, criterios diagnósticos y test interactivos.
- *Protocolos de detección y actuación en dislexia: PRODISLEX*<sup>(17)</sup> para su detección en español en los diferentes ciclos educativos, desde P5 (final de párvulos) hasta bachillerato, y *PRODISCAT*<sup>(18)</sup> para su detección en catalán.
- *State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*<sup>(19,20)</sup> para valoración de sintomatología ansiosa en niños de 9-15 años. Consta de 20 ítems que evalúan cómo se siente en general (ansiedad rasgo), y otros 20 ítems que evalúan cómo se siente en un momento determinado (ansiedad estado). En adolescentes mayores de 15 años se utiliza la versión de adultos, STAI.
- *Cuestionario de depresión infantil (CDI)* de Kovacs<sup>(21,22)</sup> para edades entre 7-17 años. Es para ser autoadministrado y consta de 27 preguntas.
- *Ask Suicide-Screening Questions (ASQ)*<sup>(23)</sup> de NIMH (*National Institute of Mental Health*) que consta de 5 preguntas para evaluar el riesgo de suicidio.

## Evaluación psicológica

La evaluación psicológica aporta información valiosa para conocer mejor al niño/adolescente y se realiza desde los servicios de salud mental.

En muchas ocasiones será conveniente, aunque no imprescindible, una evaluación psicológica que aporte información valiosa para conocer mejor al niño/adolescente, y que se suele hacer desde los servicios de SM. Lo que se evalúa más frecuentemente, es: capacidad cognitiva (WISC y WPPSI en menores de 6 años), clínica emocional de depresión y ansiedad, conducta adaptativa (BASC, TAMAI), valoración de la personalidad (16PF, MMPI) y valoración neuropsicológica, que incluye pruebas atencionales, de funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, etc.

## Función del pediatra de atención primaria

Entre las funciones del pediatra de AP está la labor de educación sanitaria y de prevención de enfermedades. Educando a las familias en el mejor tipo de crianza y cuidados de los hijos, ayuda a prevenir muchos problemas de SM. Una vez que haya aparecido alguna alteración o trastorno, con los adecuados consejos pueden ayudar a que no progrese o minimizarlo. Con la realización de diferentes cribados en los controles de salud pueden hacer una detección temprana de diferentes trastornos del neurodesarrollo, lo que ayuda a que la evolución sea más favorable o como mínimo pueden ayudar a la familia a entender mejor lo que le pasa a su hijo.

Finalmente, es decisión del pediatra derivar a SM. Con un mayor interés, sensibilidad y conocimiento por los problemas psicológicos y psiquiátricos, es evidente que la derivación por parte del PAP estará mejor orientado, y realizado en el momento más adecuado, mejorando así la atención dispensada a los niños, adolescentes y a sus padres o cuidadores.

## Conclusiones

Desde AP hay una gran labor a hacer de prevención y detección precoz de problemas y trastornos de SM, siendo importante que se haga de forma temprana, para así mejorar el pronóstico. Debido al incremento de la incidencia de los trastornos psicológicos y psiquiátricos, es necesario que el personal sanitario disponga de formación y tiempo para atender mejor a su población de referencia.

## Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito. Declaración de intereses: ninguno.

## Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de la autora.

1. UNICEF. Salud mental e infancia en el contexto del Covid-19. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/salud-mental-e-infancia-en-el-escenario-de-la-covid-19-propuestas-de-unicef-espana>.
- 2.\*\* Rodríguez Hernández PJ, Hernández González ER. Patología psiquiátrica prevalente en la adolescencia. *Pediatr Integral*. 2017; XXI: 334-42. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-07/patologia-psiquiatica-prevalente-en-la-adolescencia-2/>.
- 3.\*\*\* Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). Protocolos del niño sano. En: Protocolos clínicos. Madrid: Ed. Siglo SL; 2010. p. 8-41. Disponible en: [https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos\\_2010.pdf](https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos_2010.pdf).
- 4.\*\* Rodríguez Hernández PJ, Lago García BM, Santamaría Ramiro MT. Detección precoz de las enfermedades mentales. En: Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Molinero L, Muñoz Calvo MT, eds. Medicina de la adolescencia, Atención integral, 3ª ed. Ergon; 2021. p. 989-94.
- 5.\*\* Gutiérrez Casares JR, Pino Calderón JP, Lozano Gómez VN. Evaluación clínica. Entrevista psiquiátrica e historia clínica. En: Lázaro L, Moreno D, Rubio B, eds. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Elsevier España SLU; 2021. p. 86-97.
- 6.\*\* Eddy Ives LS, Ochando Perales G. Cambios sociales en la familia, la escuela y la sociedad. Su influencia en el desarrollo. Papel del pediatra. En: I Curso de psiquiatría del niño y adolescente para pediatras. Directores: Hidalgo Vicario MI y Rodríguez Hernández P. Ed. Mayo. 2017; 15: 1-12. Disponible en: <https://www.cursopsiquiatriasema.com/tema-15-cambios-sociales-en-la-familia-la-escuela-y-la-sociedad-su-influencia-en-el-desarrollo-papel-del-pediatra/>.
- 7.\*\*\* Mardomingo Sanz MJ. Trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes en la consulta de Pediatría. Guía práctica y digital para pediatras. Ed. Mayo. 2021. ISBN electrónico 978-84-9905-290-8. Disponible en: <https://www.mardomingopsiquiatria infantil.es/profesionales/guia-practica-y-digital-para-pediatras/>.
8. Martínez Díaz-Caneja C, Pina Camacho L, Fraguas Herráez D. Promoción y prevención en salud mental del niño y adolescente. En: Lázaro L, Moreno D,

- Rubio B, eds. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Elsevier España SLU; 2021. p. 28-41.
9. Tizón J, Eddy LS, Ibáñez M, Parra B. Salud Mental Infantojuvenil. En: Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: infància amb salut. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2008. p. 127-148.
  10. Center of the Developing Child Harvard University. Epigenetics and Child Development: How Children's Experiences Affect Their Genes (2019). Disponible en: [https://developingchild.harvard.edu/resources/what-is-epigenetics-and-how-does-it-relate-to-child-development/?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=december\\_2019](https://developingchild.harvard.edu/resources/what-is-epigenetics-and-how-does-it-relate-to-child-development/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=december_2019).
  - 11.\*\* Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. The Lancet Psychiatry. 2018; 5: 591-604. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9).
  - 12.\*\*\* Robins Fein D, Barton M. (Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España) Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F)<sup>TM</sup>. Disponible en: [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R\\_F\\_Spanish\\_Spain.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Spanish_Spain.pdf).
  - 13.\*\* SDQ. Youth in Mind. Information for researchers and professionals about Strengths and Difficulties Questionnaires. Disponible en: <https://www.sdqinfo.org/>.
  - 14.\*\* Academia Americana de Pediatría, 2005. Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Cuestionario para PADRES. NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant. Disponible en: [https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Parent\\_Assessment\\_Spanish.pdf](https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/Parent_Assessment_Spanish.pdf).
  - 15.\*\* Academia Americana de Pediatría, 2005. Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Cuestionario para MAESTRO. NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—TEACHER Informant. Disponible en: [https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/spanish\\_teacher\\_Vanderbilt\\_ADHD.pdf](https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/spanish_teacher_Vanderbilt_ADHD.pdf).
  16. Scott FJ, Baron-Cohen S, Bolton P, Brayne C. The CAST (Childhood Asperger Syndrome Test): Preliminary Development of a UK Screen for Mainstream Primary-School-Age Children. Autism. 2002; 6: 9-31. Disponible en: <http://espectroautista.info/CAST-es.html>.
  - 17.\*\* Salas Vallespir A, Gómez E, Alvarado H, Damians MA, Martorell N, Sancho S. PRODISLEX. Protocolos de detección y actuación en dislexia. 2010. Disponible en: <https://www.disfam.org/prodislex/>.
  - 18.\*\* Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya. Col·legi de Logopedes de Catalunya (CLC). Protocol de Detecció i Actuació en la Dislexia. Àmbit educatiu. Disponible en: [https://www.clc.cat/pdf/module\\_34/10/prodiscat\\_3er\\_4art\\_----ILfFkblctg6VoqdA8C7\\_ca.pdf](https://www.clc.cat/pdf/module_34/10/prodiscat_3er_4art_----ILfFkblctg6VoqdA8C7_ca.pdf).
  19. Spielberger CD. STAIC. Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado en Niños. Disponible en: <http://web.teaediciones.com/staic-cuestionario-de-ansiedad-estadorasgo-en-ni%C3%B1os.aspx>.
  20. Castrillón Moreno AD, Borrero Copete PE. Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC, Spielberger CD) en niños escolarizados de 8 y 15 años. Acta Colombiana de Psicología. 2005; 13: 79-90.
  21. Kovacs. Cuestionario de Depresión Infantil. Disponible en: <http://www.agapap.org/druagapap/content/cuestionario-depresi%C3%B3n-infantil>.
  22. Timbremont B, Braet C, Dressen L. Assessing depression in youth: relation between the Children's Inventory and a structured interview. J Clin Child Adolesc Psychol. 2004; 33: 149-57. Disponible en: [https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301\\_14](https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_14).
  - 23.\*\* National Institute of Mental Health (NIMH). Suicide Risk Screening Tool. Ask Suicide-screening Questions. Disponible en: [https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/asq-tool/screening\\_tool\\_asq\\_nimh\\_toolkit.pdf](https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/research/research-conducted-at-nimh/asq-toolkit-materials/asq-tool/screening_tool_asq_nimh_toolkit.pdf).

### Bibliografía recomendada

– Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA). Protocolos del niño sano. En: Protocolos clínicos. Madrid: Ed. Siglo SL; 2010. p. 8-41. Disponible en: [https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos\\_2010.pdf](https://aepnya.es/wp-content/uploads/2017/07/protocolos_2010.pdf).

Aunque los protocolos ya tienen más de 10 años son muy completos y la mayoría vigentes.

– Mardomingo Sanz MJ. Trastornos psiquiátricos de los niños y adolescentes en la consulta de Pediatría. Guía práctica y digital para pediatras. Ed. Mayo. 2021. ISBN electrónico 978-84-9905-290-8. Disponible en: <https://www.mardomingopsiquiatriainfantil.es/profesionales/guia-practica-y-digital-para-pediatras/>.

Es una guía útil y práctica para Atención Primaria, de reciente edición.

– Robins D, Fein D, Barton M. (Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España) Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F)<sup>TM</sup>. Disponible en: [https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R\\_F\\_Spanish\\_Spain.pdf](https://mchatscreen.com/wp-content/uploads/2015/05/M-CHAT-R_F_Spanish_Spain.pdf).

Explica en detalle la utilización del M-CHAT, instrumento útil para el cribado del TEA.

– Lázaro L, Moreno D, Rubio B, eds. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Elsevier España SLU. 2021. Es el manual de psiquiatría de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, recientemente editado, que va bien tener a mano para cualquier consulta en este campo.



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

## Caso clínico

Niño de 20 meses de edad que preocupa a los padres, porque el ritmo de adquisición de los hitos del neurodesarrollo es más lento que lo que fue en el caso de su hermana de 4 años.

**Antecedentes personales:** parto eutócico a las 38 semanas de gestación. Lactancia materna hasta los 11 meses.

**Antecedentes familiares:** padre asma bronquial; hermana intolerancia transitoria a la proteína de leche de vaca.

**Plan de actuación:** se pasa el M-CHAT-R con los siguientes resultados que se muestran a continuación:

Por favor responda a estas preguntas sobre su hijo/a. Tenga en cuenta **cómo su hijo/a se comporta habitualmente**. Si usted ha visto a su hijo/a comportarse de una de estas maneras algunas veces, pero no es un comportamiento habitual, por favor responda **no**. Marcar con un X la respuesta correcta, Muchas gracias.

1. Si usted señala algo al otro lado de la habitación, ¿su hijo/a lo mira? (POR EJEMPLO, Si usted señala a un juguete, un peluche o un animal, ¿su hijo/a lo mira?)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo/a es sordo/a?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. ¿Su hijo/a juega juegos de fantasía o imaginación? (POR EJEMPLO, "hace como que" bebe de una taza vacía, habla por teléfono o da de comer a una muñeca o peluche,...)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. ¿A su hijo le gusta subirse a cosas? (POR EJEMPLO, a una silla, escaleras, o tobogán,...)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. ¿Hace su hijo/a movimientos inusuales con sus dedos cerca de sus ojos? (POR EJEMPLO, mueve sus dedos cerca de sus ojos de manera inusual)	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
6. ¿Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere pedir algo o pedir ayuda? (POR EJEMPLO, señala un juguete o algo de comer que está fuera de su alcance)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
7. Su hijo/a señala con un dedo cuando quiere mostrarle algo que le llama la atención? (POR EJEMPLO, señala un avión en el cielo o un camión muy grande en la calle)	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
8. ¿Su hijo/a se interesa en otros niños? (POR EJEMPLO, mira con atención a otros niños, les sonrío o se les acerca)	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
9. ¿Su hijo/a le muestra cosas acercándolas o levantándolas para que usted las vea – no para pedir ayuda sino solamente para compartirlas con usted? (POR EJEMPLO, le muestra una flor o un peluche o un coche de juguete)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
10. ¿Su hijo/a responde cuando usted le llama por su nombre? (POR EJEMPLO, se vuelve, habla o balbucea, o deja de hacer lo que estaba haciendo para mirarle)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
11. ¿Cuándo usted sonrío a su hijo/a, él o ella también le sonrío?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
12. ¿Le molestan a su hijo/a ruidos cotidianos? (POR EJEMPLO, la aspiradora o la música, incluso cuando está no está excesivamente alta)	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
13. ¿Su hijo/a camina solo?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
14. ¿Su hijo/a le mira a los ojos cuando usted le habla, juega con él o ella, o lo viste?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
15. ¿Su hijo/a imita sus movimientos? (POR EJEMPLO, decir adiós con la mano, aplaudir o algún ruido gracioso que usted haga)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
16. Si usted se gira a ver algo, ¿su hijo/a trata de mirar hacia lo que usted está mirando?	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
17. ¿Su hijo/a intenta que usted le mire/preste atención? (POR EJEMPLO, busca que usted le haga un cumplido, o le dice "mira" ó "mírame")	<input type="checkbox"/> Sí	<input checked="" type="checkbox"/> No
18. ¿Su hijo/a le entiende cuando usted le dice que haga algo? (POR EJEMPLO, si usted no hace gestos, ¿su hijo/a entiende "pon el libro encima de la silla" o "tráeme la manta"?)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
19. Si algo nuevo pasa, ¿su hijo/a le mira para ver cómo usted reacciona al respecto? (POR EJEMPLO, si oye un ruido extraño o ve un juguete nuevo, ¿se gira a ver su cara?)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
20. Le gustan a su hijo/a los juegos de movimiento? (POR EJEMPLO, le gusta que le balancee, o que le haga "el caballito" sentándole en sus rodillas)	<input checked="" type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

©2009 Diana Robins, Deborah Fein, & Marianne Barton. Traducción y adaptación en España: Grupo Estudio MCHAT España.



# Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

## Orientación de los trastornos mentales en la edad infantojuvenil

- En relación con los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, señale la respuesta CORRECTA:**
  - Son poco frecuentes en la práctica diaria.
  - No deben ser explorados desde la Atención Primaria, sino derivados directamente a Salud Mental.
  - El pediatra, a través de su labor asistencial, puede ayudar a desestigmatizarlos.
  - Habitualmente, requieren pruebas complementarias de laboratorio.
  - Ninguno es verdad.
- ¿Cuál de los siguientes ES un factor de riesgo (FR) de padecer problemas de salud mental?**
  - Separación conflictiva de los padres.
  - Niño con temperamento inhibido.
  - Prematuridad con ingreso hospitalario.
  - Acoso escolar.
  - Todos son factores de riesgo.
- Para llevar a cabo la entrevista psiquiátrica conviene, señale la respuesta FALSA:**
  - Tener buenas capacidades comunicativas.
  - Es imprescindible utilizar una entrevista estructurada o semiestructurada.
  - Conviene obtener información de otras fuentes, a parte de los padres.
  - El paciente suele ser mejor informante que los padres sobre los problemas emocionales.
  - Ninguno es falso.
- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**
  - Los problemas de salud mental han aumentado tras la pandemia por el COVID-19.
  - Son útiles los consejos realizados desde atención primaria (AP) sobre crianza y manejo de la conducta.
  - Lo ideal es que haya atención psicológica en los centros de AP.
  - La entrevista psiquiátrica debe explorar las emociones, los pensamientos y la conducta.
  - La labor del pediatra acaba con la derivación a salud mental (SM).
- Entre los factores protectores cabe mencionar todos, MENOS:**
  - Padres muy jóvenes.
  - Apoyo comunitario.
  - Temperamento fácil.
  - Correcto número de horas de sueño.
  - Buen autoconcepto.
- De las siguientes afirmaciones, ¿cuál es CORRECTA?**
  - Positivo, con riesgo elevado de presentar un trastorno del espectro autista (TEA).
  - Positivo, con riesgo medio de presentar un TEA.
  - No había indicación de pasar el M-CHAT-R.
- De las siguientes afirmaciones, ¿cuál es CORRECTA?**
  - Si a los padres les preocupa el neurodesarrollo de su hijo/a, es indicación de pasar el cuestionario M-CHAT-R.
  - El M-CHAT-R está pensado para niños mayores de 30 meses.
  - Todos los ítems respondidos “No”, indican riesgo de TEA.
  - Nunca proporciona falsos positivos.
  - Ninguna es correcta.
- Referente a la entrevista de seguimiento M-CHAT-R/F, ¿cuál es CORRECTO?**
  - La única diferencia entre ambos cuestionarios es que en el M-CHAT-R/F los padres deben de marcar pasa/no pasa, en vez de sí/no.
  - En el caso expuesto no está indicado pasar el M-CHAT-R/F.
  - Hay que incidir, sobre todo, en las preguntas que dieron positivo en el M-CHAT-R para trastorno del espectro autista (TEA).
  - En todos los casos, es conveniente pasar ambos, tanto el M-CHAT-R como el M-CHAT-R/F.
  - El M-CHAT-R/F es sencillo de pasar y no requiere experiencia.