

Jiménez-Hernández, José Luis\*  
López-Sánchez López, Jimena\*\*  
Moreno-Arias, Cristina\*\*  
Santamaria-Rubio, Elvira\*\*\*  
Juárez-Calvo, Victoria\*\*\*  
Crespo-Hervás, Dolores\*  
Muñoz-Villa, Arturo\*  
López-Rico, Mercedes\*\*

# Historia clínica en psiquiatría infanto-juvenil

\* Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, CSM Arganzuela; Hospital Doce de Octubre. Madrid.

\*\* Dpto. Fisiología y Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Salamanca.

\*\*\* Servicio de Psiquiatría, Hospital Gómez Ulla, Madrid.

## RESUMEN

**Introducción:** La formación de los futuros especialistas en psiquiatría infanto-juvenil necesita el aprendizaje de técnicas específicas de interacción con el paciente, sus padres y profesores que ayuden a focalizar la anamnesis dentro de un marco homogéneo encaminado a conseguir, cuanto antes, un diagnóstico y un tratamiento adecuados.

**Objetivos:** 1º Mostrar el modelo de anamnesis que hemos usado habitualmente en primeras consultas de niños y adolescentes, a lo largo de nuestra práctica clínica, para colaborar en un diseño curricular común de la especialidad. 2º Analizar los resultados diagnósticos y terapéuticos obtenidos al revisar, retrospectivamente, historias clínicas realizadas con el mismo modelo de anamnesis que se presenta.

**Material y método:** En relación al material utilizado, se describe, pormenorizadamente, nuestro modelo de anamnesis y de coordinación escolar. En relación a la metodología, hemos revisado 147 historias clínicas de pacientes atendidos, previamente, con el mismo modelo de anamnesis, durante el periodo de noviembre del 2007 a abril del 2008, por el equipo de salud mental infanto-juvenil del CSM Arganzuela de Madrid. Para valorar el modelo sistemático de preguntas y respuestas que presentamos, hemos comparado, con la bibliografía reciente, los resultados de las variables de diagnóstico psiquiátrico, tratamiento y coordinación escolar de la muestra.

**Resultados:** Respecto al diagnóstico, en 80 historias clínicas (54,4 %) se observaban dificultades de adaptación a situaciones estresantes del entorno, coincidiendo 66 casos con trastorno adaptativo (44,8 %) y otros 14 con trastorno por estrés posttraumático (9,5 %). El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se daba en 36 pacientes (24,4 %) y el trastorno de comportamiento (TC) en 14 (9,5 %). El trastorno depresivo se confirmaba en 31 casos (21 %) y el trastorno de ansiedad en 23 (15,6 %).

Respecto al tratamiento, la intervención había sido psicoterapéutica en 144 casos (97,9 %), farmacológica en 68 (46,2 %), social en 25 (17 %) y educativa en 144 niños y adolescentes (97,9 %). Respecto a la coordinación escolar se realizaron entrevistas en el centro académico, con los tutores de los pacientes, en 113 casos (76,8 % del total).

**Conclusiones:** 1ª Los modelos de anamnesis referidos en este artículo muestran su utilidad para precisar el diagnóstico, el tratamiento y la prevención en salud mental infanto-juvenil. 2ª Nuestras actividades de coordinación escolar enseñan habilidades imprescindibles para el trabajo psiquiátrico comunitario.

**PALABRAS CLAVE:** Psiquiatría infanto-juvenil; anamnesis; historia clínica; coordinación escolar; salud mental comunitaria.

*Actas Esp Psiquiatr 2020;48(6):234-55 | ISSN: 1578-2735*

## THE MEDICAL HISTORY IN CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY

### ABSTRACT

**Introduction:** The training of future specialists in child and adolescent psychiatry involves the acquisition of the skills required for interacting with the patient, their parents and teachers. These techniques help to direct the anamnesis within in structured manner which focuses on achieving, as early as possible, a proper diagnosis and treatment.

**Objectives:** 1) To describe the medical history model we have used in our clinical practice during initial consultations with children and adolescents, and to contribute to the design of a common framework to be used by specialists of child and adolescent psychiatry. 2) To analyze the diagnostic and therapeutic results obtained by retrospectively reviewing clinical histories taken using the same medical history model presented.

**Materials And Methods:** In relation to the materials used, our medical history model and a school report form are described in detail. With regards to the methodology,

Enviar correspondencia a:  
López-Rico, Mercedes  
mlr@usal.es

we reviewed the medical histories of 147 patients who were attended to over a period of time spanning from November 2007 and April 2008 by the child and adolescent mental health team at the Arganzuela Mental Health Center in Madrid. To evaluate the systematic model of questions and answers that we present, we have compared the results obtained for variables related to the psychiatric diagnosis, treatment and coordination with the patients' schools with those reported in recent literature.

**Results:** In 80 patients (54.4%) we observed difficulties in adapting to stressful situations, where 66 individuals (44.8%) were diagnosed with Adjustment disorder and the other 14 with Post-traumatic stress disorder (9.5%). Attention deficit disorder with hyperactivity (ADDH) was diagnosed in 36 patients (24.4%) and Conduct disorder in another 14 (9.5%). Depression was recognized in 31 cases (21%) and Anxiety disorder in 23 (15.6%). Treatment was psychological in 144 cases (97.9%), pharmacological in 68 (46.2%), social in 25 (17%) and educative in 144 children and adolescents (97.9%). A request for a school report was made for all of the patients included in the sample. As each school report was sent back, a coordination meeting was set up with the teachers associated with 113 cases (76.8%).

**Conclusions:** 1) The protocols referred to in this work have proven to be effective at facilitating diagnose, treatment and prevention in childhood and adolescent mental health. Coordination with schools helps to teach the essential skills needed for child psychiatric work within a community.

**KEY WORDS:** Child and adolescent psychiatry; anamnesis; medical history; school health programs; Social and Community Psychiatry.

*Aspectos ético-legales:* Se actuó según la legislación vigente garantizando la confidencialidad de la información como se refiere en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

## INTRODUCCIÓN:

La transición por la infancia y la adolescencia es un periodo crítico para el desarrollo posterior de entramados psicopatológicos, que abarcan para su estudio la vertiente *internalizante* (trastornos con sintomatología de ansiedad, depresiva y psicósomática prevalente) y la *externalizante* (trastornos con síntomas impulsivos, disruptivos y comportamentales prevalentes) (McElroy *et al.*, 2018<sup>1</sup>). Las asociaciones de síntomas psiquiátricos, que se observan en este periodo, son el substrato que podría constituir en el futuro un diagnóstico en el adulto, y el especialista en psiquiatría infanto-juvenil debe evitar que esto ocurra, focalizando en la salud mental de los pacientes y de su entorno (Schaefer

*et al.*, 2017<sup>2</sup>). La clasificación de enfermedades mentales del *Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders - 5ª edición o DSM-5* (2013), para mejorar su utilidad clínica, se ha organizado según la edad de inicio de cada enfermedad, en un primer grupo diagnóstico que tiene su debut en la infancia, un segundo grupo que se manifiesta, preferentemente, en la adolescencia y un tercero que tiene su desarrollo a partir de la edad adulta (American Psychiatric Association [APA], 2013. p. 13<sup>3</sup>). Para prevenir la psicopatología en el adulto es importante que todos los niños y adolescentes, con problemas de salud mental, reciban una atención sistematizada con los mejores recursos asistenciales posibles, incluidas las intervenciones procedentes del ámbito escolar (O'Connor *et al.*, 2018<sup>4</sup>; Mulraney *et al.*, 2019<sup>5</sup>).

El incremento del acceso a los tratamientos psiquiátricos que se ha producido durante las últimas tres décadas no se ha traducido en un descenso significativo en la prevalencia de las enfermedades mentales, lo que ha planteado la revisión actual de los métodos diagnósticos y terapéuticos (Jorm *et al.*, 2017<sup>6</sup>). Los estudios epidemiológicos revelan que alrededor de un 20 % de la población infanto-juvenil, tanto fuera como dentro de nuestro país, padece psicopatología (Franco & Arango, 2004<sup>8</sup>; Arango *et al.*, 2013<sup>9</sup>; Schaefer *et al.*, 2017<sup>2</sup>; Carballal Mariño *et al.*, 2018<sup>7</sup>; Mulraney *et al.*, 2019<sup>5</sup>). Sin embargo, medir con precisión la prevalencia de los trastornos mentales resulta un objetivo complejo por la necesaria formación, entrenamiento y recursos que requieren los diagnósticos psiquiátricos y el rechazo que puntualmente pueden producir (Carballal Mariño *et al.*, 2018<sup>7</sup>). La actual orientación más dimensional, que se propone en el DSM-5 (APA, 2013. p. 12-13<sup>3</sup>), concuerda con nuestra propuesta de dotar al especialista de instrumentos que permitan medir la presencia, o ausencia, y la intensidad de los síntomas psiquiátricos, para situar el diagnóstico en el punto preciso del gradiente de desarrollo de una posible enfermedad mental. La elevada existencia de comorbilidad en la infancia y adolescencia ha forzado la inclusión de nuevas variables o factores de riesgo, como la presencia de traumas, la enfermedad mental en los padres o la familia disfuncional, en la valoración cualitativa y cuantitativa de la psicopatología (Doyle, Murphy & Shevlin, 2016<sup>10</sup>).

Desde un punto de vista práctico, la comparación entre diversas especialidades pediátricas nos permite constatar que la mayoría son muy objetivas en la descripción de los síntomas, mientras que en el caso de la psiquiatría infanto-juvenil aún es necesario mejorarla (Arango *et al.*, 2013<sup>9</sup>). Por ejemplo, si consultamos un dolor abdominal en digestivo, se nos preguntará si se irradia a la izquierda o a la derecha; pero, si en psiquiatría, consultamos un síntoma de comportamiento diferente a la normalidad, la cuestión puede no ser tan clara y hacer necesario un sistema estructurado de exploración que nos ayude a precisar la búsqueda de un diagnóstico correcto.

La medicina basada en la evidencia ha demostrado que la salud mental, en edades pediátricas, se apoya en los tres pilares básicos de sanidad, educación y familia que, obligatoriamente, han de estar coordinados para su adecuada función (Murray-Swank AB & Dixon, 2004<sup>12</sup>; Arango et al., 2013<sup>9</sup>; Doyle, Murphy & Shevlin, 2016<sup>10</sup>; O'Connor et al., 2018<sup>4</sup>; Mulraney et al., 2019<sup>5</sup>; Nguyen et al., 2019<sup>11</sup>).

La influencia que tienen los padres en el desarrollo cerebral de sus hijos se hace evidente en los estudios que, hasta la fecha, han demostrado cómo variaciones en el comportamiento parental producen cambios neurobiológicos, que se traducen en efectos sobre la salud o la enfermedad infanto-juvenil (Simmons et al., 2017<sup>13</sup>). Una forma de implementar la conexión entre los padres y los profesores se realiza a través de los programas de psicoeducación, que mejoran el intercambio entre todos los actores implicados, incluido el paciente (Murray-Swank & Dixon, 2004<sup>12</sup>). La participación de los departamentos de orientación escolar en el cuidado y seguimiento de los trastornos mentales en las dos primeras décadas de la vida resulta siempre fundamental y tiene peculiaridades específicas para cada patología (Arango et al., 2013<sup>9</sup>).

Los profesores colaboran en la detección del trastorno, participando en la identificación de los síntomas en el ámbito escolar; por ejemplo, en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), que afecta como enfermedad al menos al 5 % de la población pediátrica a nivel mundial (Franco & Arango, 2004<sup>8</sup>; Wolf, Simkowitz & Carlson, 2009<sup>14</sup>; Nguyen et al., 2019<sup>11</sup>). La existencia de comportamientos disruptivos al margen del TDAH, como son el trastorno oposicional (TO), el trastorno de comportamiento (TC) y la pérdida del control de los impulsos, viene a completar la vertiente *externalizante* del estudio psicopatológico (McElroy et al., 2018<sup>1</sup>; Kendler et al., 2018<sup>16</sup>; Andrade et al., 2019<sup>15</sup>). Por parte de la vertiente *internalizante*, los trastornos de ansiedad y la depresión también constituyen una patología psiquiátrica independiente o comórbida, que en la infancia y adolescencia son una diana para la prevención (McElroy et al., 2018<sup>1</sup>; Rouquette et al., 2018<sup>17</sup>). Los trastornos de adaptación y los trastornos por estrés postraumático forman parte de la vertiente *internalizante* a la que completan (O'Donnell et al., 2016<sup>18</sup>; Lewis et al., 2019<sup>19</sup>). En el DSM 5 (APA, 2013<sup>3</sup>) se agrupan en el mismo capítulo los trastornos por trauma y los trastornos secundarios a un acontecimiento estresante potencialmente doloroso, para mejorar la investigación del trastorno adaptativo que representa uno de los menos estudiados en psiquiatría (O'Donnell et al., 2016<sup>18</sup>). Desde el punto de vista de la comprensión de estos trastornos debemos tener en cuenta que el trauma se encuentra bien definido como la amenaza vital a la propia persona o a sus seres queridos, mientras que el dolor o la angustia que produce el acontecimiento estresante depende de la respuesta particular de cada paciente y se encuentra vinculada a su propia

capacidad para afrontar las adversidades (Deighton et al., 2019<sup>20</sup>). La exposición a graves psicotraumas, como son los abusos sexuales en la infancia, se ha traducido en un aumento de las experiencias psicóticas en la población adulta que los ha sufrido (2019<sup>21</sup>; Bell et al., 2019<sup>22</sup>).

En este artículo, se hace la propuesta de utilizar entrevistas estructuradas en forma de modelo de anamnesis, que deben ayudar a los profesionales en el proceso diagnóstico y también en la comunicación con el ámbito familiar y escolar. El interés por hacer una intervención multidisciplinar, desde todos los campos que participan en el tratamiento de la enfermedad mental, es evidente en nuestro entorno (Salagre et al., 2019<sup>23</sup>). Para obtener y cuantificar información en psiquiatría infanto-juvenil, las entrevistas estructuradas están proporcionando medios eficaces y válidos desde hace más de 25 años (Hodges, 1993<sup>24</sup>; Cerel & Fristad, 2001<sup>25</sup>; Renou et al., 2004<sup>26</sup>; Kopsosov et al., 2017<sup>27</sup>). La existencia de diversas opciones para recoger los datos clínicos pasa por diferentes estilos de entrevistar que se adapten lo mejor posible a las necesidades del paciente (Boyle et al., 1997<sup>28</sup>; Costello, Egger & Angold, 2005<sup>29</sup>). Nuestra propuesta se basa en utilizar la historia clínica protocolizada para reunir la información de una manera sistemática que ayude al entrevistador a concretar, desde la primera consulta, una aproximación al diagnóstico en psiquiatría infanto-juvenil. La sistematización de la anamnesis es un proceso que ha tenido lugar a lo largo de los últimos 40 años de trabajo en la especialidad de psiquiatría del niño y adolescente y puede constituirse en una herramienta ideal para unificar sus criterios curriculares (Arango et al., 2013<sup>9</sup>). Un segundo aspecto a tener en cuenta es la obtención de datos clínicos que puede suministrar el colegio, lo que se propone a través del protocolo de informe escolar que será recogido en todos los casos en el propio centro académico por los padres y que se constituirá en el primer escalón del trabajo psicoeducativo de coordinación para la prevención en salud mental infanto-juvenil comunitaria (Bains et al., 2017<sup>30</sup>).

## MATERIAL Y MÉTODO:

A) Respecto al material utilizado, se describe nuestro modelo de historia clínica (Anexo 1) y se adjunta nuestro protocolo de informe escolar (Anexo 2).

El modelo de historia clínica se inicia con los datos personales del paciente que incluyen no solo los del ámbito familiar sino también los de su centro escolar. Continúa con su procedencia: *externa* o ambulatoria (E), *interconsulta externa*, desde otra especialidad con el paciente ambulatorio (ICE), *interconsulta interna*, desde otra especialidad con el paciente ingresado (ICI), e *interna* o ingresado en psiquiatría (I). Tras la descripción de los diferentes tipos de paciente, pasamos a explicar la situación extra o intrahospitalaria de la consulta. El origen de la

derivación extrahospitalaria a la consulta puede ser de 6 tipos: 1º.- Por recomendación del pediatra de zona; 2º.- Por iniciativa propia de los padres o del mismo paciente; 3º.- Le pueden haber derivado desde los colegios a través de los equipos de orientación pedagógica: A) Equipos de atención temprana (EAT); B) Equipos de orientación pedagógica de primaria (EOEP) o C) Departamentos de orientación de secundaria e instituto (DO); 4º.- Puede haber sido remitido por los Servicios Sociales; 5º.- Puede ser un paciente judicial o 6º.- Por consulta directa desde otra procedencia. El origen de la derivación intrahospitalaria a la consulta puede venir del departamento de pediatría o de otras especialidades. Respecto al *tiempo de espera*, se mide el tiempo transcurrido entre la fecha del volante extendido por el pediatra y la fecha de la consulta psiquiátrica. Respecto al *tiempo de evolución* se mide el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas que se consultan.

El *motivo de consulta* (MC) se describe desde tres perspectivas: a) Lo expuesto en el parte de interconsulta por el especialista que remite al paciente; b) Los argumentos que dan los padres para consultar; c) La interpretación del profesional que atiende al paciente, respecto a la información recibida, en esta primera consulta o *reformulación de la demanda*. Se debe especificar si el MC ha sido tratado previamente o no.

Mientras se entrevista a los padres o tutores acerca de la *enfermedad actual* (EA), al paciente se le pide que realice el test del *dibujo sobre la familia*, real o imaginada, que luego exploraremos individualmente siguiendo las indicaciones de su autor Louis Corman (1982)<sup>31</sup>.

La EA comienza con una descripción literal de los acontecimientos que han conducido a la consulta y continúa con una relación de los síntomas, expuesta por los padres, siguiendo la propuesta del modelo de anamnesis y matizada por una relación de preguntas orientadas a precisar el diagnóstico (Tabla 1).

El primer grupo de preguntas en la EA se refiere a descartar un TDAH siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013<sup>3</sup>). Si los padres responden que el niño es inquieto, matizamos si esa inquietud o actividad motora es muy exagerada; es decir, si le calificarían de "niño terremoto" porque ha tenido accidentes con frecuencia o intenta cruzar la calle sin mirar. La 2ª pregunta en cuanto a los síntomas de un posible TDAH es sobre "si es despistado o se distrae en exceso". Esto se puede formular en términos de si "parece que no escucha cuando le hablas", le ven "desmotivado para casi todo"; y, cuando llega a casa, hay que hacer los deberes con él, porque si no, "nunca los terminaría". Además, "no trae apuntadas las tareas escolares", con olvidos muy frecuentes y se distrae con facilidad. En tercer lugar, dentro de la posibilidad de padecer un TDAH, la impulsividad se puede medir en cuanto a "cómo habla, contesta o interviene habitualmente" en sus conversaciones con los padres.

Tabla 1	Sugerencia de preguntas a realizar a los padres para orientar la anamnesis
1. Síntomas de TDAH	¿El niño es inquieto, como un terremoto? ¿Tiene o ha tenido accidentes con frecuencia? ¿Cruza la calle sin mirar? ¿Piensa antes de hablar o habla impulsivamente? ¿Parece que no escucha cuando le hablas? ¿No recuerda sus tareas escolares? ¿Se olvida de su cartera, y otras cosas? ¿Hay que estudiar con él? ¿Se distrae con facilidad? ¿Atiende en clase?
2. Síntomas de oposicionismo	¿Es desobediente? ¿Es de los de decir que "no" a todo y luego hablamos? ¿Hay que decirle las cosas varias veces para que las haga? ¿Está enfrentado con todo el mundo? ¿Se comporta mal? ¿Reflexiona sobre las consecuencias de sus acciones?
3. Síntomas de depresión	¿Es alegre o triste? ¿No le apetece realizar actividades habituales de diversión? ¿Se queja de estar cansado o sin fuerzas? ¿Se pone de mal humor por cualquier cosa? ¿Dice cosas negativas de sí mismo? ¿Dice cosas negativas sobre la vida? ¿Llora con frecuencia?
4. Síntomas de ansiedad	¿Se preocupa por todo? ¿Tiene miedo? ¿Se ha llevado grandes sustos en la vida? ¿Tiene alguna preocupación frecuente? ¿Le cuesta mucho ir al colegio? ¿Enfrenta o evita la situación temida? ¿Tiene "manías" u obsesiones?
5. Problemas de socialización	¿Tiene amigos? ¿Queda con ellos? ¿Tiene problemas en la expresión del lenguaje? ¿Tiene problemas con los compañeros de clase? ¿Sufre o ha sufrido acoso? ¿Tiene dificultades de interacción con los demás?
6. Problemas con la comida/sueño	¿Come mal? ¿Come poco? ¿Sigue dietas? ¿Come en exceso? ¿Come muy deprisa? ¿Come sin control? ¿Vomita? ¿Duerme mal? ¿Tiene pesadillas? ¿Duerme poco? ¿Se duerme en clase?
7. Comportamiento problemático con videojuegos/internet	¿Pasa mucho tiempo con los videojuegos o con Internet? ¿No encuentra el momento de dejarlo? ¿Se enfada mucho si se lo quitan? ¿Tiene otras conductas de riesgo?
8. Dificultades en el ámbito escolar	¿Qué opinan los profesores de él? ¿Atiende en clase? ¿Es inquieto? ¿Es tímido? ¿Cómo se relaciona? ¿Le han atendido en orientación escolar? ¿Qué notas saca?

El 2º grupo de síntomas de la Tabla 1 que marca una posible tendencia al oposicionismo, se desarrolla con la pregunta: ¿Es desobediente o no? Pero formulada de la forma siguiente: "¿Casi constantemente, el paciente hace lo contrario de lo que le pides?". Si la respuesta es positiva, se seguiría de las preguntas siguientes: ¿Es de los de decir que "no" a todo y luego hablamos? ¿Hay que decirle las cosas muchas veces para que las haga? ¿Está enfrentado con todo el mundo? ¿Se comporta

mal y no tolera ningún nivel, por mínimo que sea, de frustración? ¿Tiene dificultades para posponer las recompensas? y ¿No reflexiona sobre las consecuencias reales de sus acciones? Cuando se detectan problemas graves de oposicionismo, resulta obligatorio precisar si existen problemas de comportamiento. Desde hace tiempo, sabemos que los problemas comportamentales se dan en niños con ausencia de un buen control emocional y se refuerza en el aprendizaje con unos padres de comportamientos violentos (Darella et al., 2019<sup>32</sup>).

El grupo de síntomas depresivos de la Tabla 1 está encauzado por la pregunta "¿Está triste?" y por observaciones de los padres respecto a si llora con frecuencia y si realiza "comentarios negativos sobre sí mismo, sobre la vida o sobre su propio cuerpo", explorando, en general, los conceptos de autoestima y especificando posibles expresiones verbales negativas como que "la vida no merece la pena". Se debe añadir si hay ideas, amenazas o intentos de suicidio. Se puede completar la anamnesis de la sintomatología depresiva con respuestas parentales del tipo: "No le apetece realizar actividades que requieran un mínimo de motivación", "se queja de estar habitualmente cansado y sin fuerzas" o "se pone de malhumor por cualquier motivo que no lo merezca".

Para exponer los síntomas de ansiedad, los padres pueden seguir dos líneas de exploración que en la EA se concretan en "¿Tiene miedos?" o "¿Tiene preocupaciones excesivas?" Hay que valorar la intensidad del miedo, su falta de justificación y las conductas de evitación de la situación temida para determinar la existencia de fobias como puede ser la escolar. Si los padres confirman la existencia de preocupaciones excesivas, debemos aclarar si se producen con todo tipo de actividades o se centran, por ejemplo, en la preocupación causada por el temor a la pérdida de contacto visual con ellos, que podría orientar a un diagnóstico de ansiedad de separación en la infancia (Silove et al., 2015<sup>33</sup>). Un aspecto interesante a tener en cuenta es si la preocupación excesiva se orienta hacia la génesis de obsesiones o "manías". Los padres deberán plantear cuál es su sospecha de un posible origen psicotraumático para los miedos y preocupaciones consultadas.

Los problemas en la socialización enunciados en la EA se evalúan con preguntas del tipo: ¿Tiene amigos? ¿Se divierte con ellos? ¿Se relaciona bien con los compañeros de clase? ¿Sufre o ha sufrido acoso? Aspectos referidos a la comunicación y a la interacción serán evaluados de forma precisa si la relación social está alterada, con cuestiones como: ¿Tiene problemas en el lenguaje? o ¿No interacciona con los demás? La presencia de síntomas psicóticos se explora cuando el paciente "ve y oye cosas que los demás no ven ni oyen" y se suele dar en un contexto de dificultades en la interacción social.

Las siguientes preguntas de la EA se refieren a temas relacionados con los propios autocuidados que se expresan a

través de los comportamientos con la comida y con el sueño. Si la respuesta inicial indica un problema, las sucesivas preguntas se abrirán en un abanico que es muy diverso y debe incluir todas las posibilidades. Por ejemplo, si los padres responden que el paciente come mal, se indicará si es restrictivo o con ingesta excesiva y sin control. Respecto al sueño se debe de aclarar si duerme mal, si duerme poco y si los problemas en el sueño repercuten en su calidad de vida.

El apartado 7 de la Tabla 1 se centra en la detección de comportamientos problemáticos de riesgo con el uso de videojuegos o internet. Las preguntas a responder son: ¿Pasa mucho tiempo jugando? ¿No encuentra el momento de dejarlo? ¿Se enfada mucho si se lo quitan? ¿Se pone siempre irritable si no puede jugar? Se debe anotar el número de horas dedicadas a jugar para intentar hacer un seguimiento del grado de afectación del paciente y también su proceso evolutivo. Saber si tiene otros comportamientos problemáticos de riesgo adictivo será útil para prevenirlos.

Las últimas preguntas que se hacen a los padres en la EA exploran la opinión que los profesores les han transmitido sobre su hijo: ¿Atiende y está motivado en clase? ¿Es inquieto? ¿Es tímido? ¿Cómo se relaciona con los compañeros y profesores? ¿Le han valorado en orientación escolar? ¿Qué notas saca? ¿Le ven feliz en los recreos?

Los *antecedentes personales* (AP) y los *antecedentes familiares* (AF) se recogen en los apartados correspondientes de la historia clínica de forma sistemática y esquematizada (Anexo 1).

En nuestro modelo de anamnesis, la *exploración clínica* (EC) es un proceso que se realiza siempre en presencia de los padres, excepto cuando el propio paciente, sobre todo en el caso de adolescentes, solicita ser entrevistado de forma individual. La alta prevalencia del TDAH (Martínez-Martin et al., 2015<sup>34</sup>) nos hace recomendar a los padres que, mientras entrevistamos al paciente, rellenen las Escalas Magallanes en el ámbito familiar (EMTDAH-af) como cuestionario de "screening" (García Et Magaz, 2000<sup>35</sup>). Inicialmente, para evaluar su concepto de autoestima, se le solicita al paciente que se posicione en la escala ofrecida respecto a cómo se considera de "listo", de "alegre" o de "deportista" (Anexo 1). Se anota el MC en opinión del paciente y sus gustos y aficiones especificando si restringen su calidad de vida o si son estereotipados y se repiten demasiado intensamente, sin variación alguna, y de manera paroxística. Es muy importante explorar su red social de iguales, si tiene amigos y quiénes son, si hay algún compañero que le trata mal, especificando si esta situación llega a vivirse como acoso; o, si en general, se lleva bien con todos sus compañeros.

Seguidamente, hablamos con el paciente sobre el dibujo que ha realizado a propósito de "*una familia real o ima-*

*ginada*" mientras los padres respondían a las preguntas de la EA. El procedimiento de evaluación consta de dos partes, primero se transcribe literalmente la descripción, oral o escrita, que hace el niño o adolescente sobre su dibujo y, a continuación, se completa una encuesta asociativa basada en las cuestiones propuestas por Louis Corman en su test de la familia (Corman, 1981<sup>31</sup>). Se indaga respecto a los personajes representados: ¿Son felices? ¿Todos por igual? ¿Hay alguno que esté más o menos feliz que los demás? ¿Todos son buenos o alguno es más o menos bueno que los demás? ¿Se hacen "trastadas" en casa? ¿Quién las ha hecho y que reacción han tenido los padres? Y, por último, ¿si fueran de viaje, irían todos juntos o alguien se quedaría?

Un aspecto muy importante que se debe señalar es si el paciente llora durante la entrevista y cómo responde a las técnicas que se utilizan para consolarle. También se explora la autoestima del paciente comprobando si tiene pensamientos negativos sobre sí mismo, sobre la vida o sobre su propio cuerpo. Es interesante conocer su ideal de vida y sus expectativas de futuro, preguntándole: ¿Qué quiere ser de mayor? y ¿Cuáles son sus tres deseos más destacados?

La evaluación de la escritura se realiza analizando el texto escrito por el paciente tanto de sus *tres deseos* como de su *dibujo de la familia*. La capacidad de atención a corto plazo se mide a través de una serie numérica inversa, adecuada a su edad, de 3, 4, 5 y 6 cifras o más. Así mismo, se hace una valoración de la lectura en voz alta de un texto elegido de forma exclusiva para todos los pacientes, centrándonos en la fluidez, decodificación y comprensión lectora.

Los resultados del cuestionario de "screening" EMT-DAH-af con puntuación diferenciada en impulsividad, inatención e hiperactividad (García Et Magaz, 2000<sup>35</sup>), solicitado a los padres al inicio de la EC se incorporan en el apartado correspondiente del modelo (Anexo 1).

Las observaciones particulares del profesional que realiza la entrevista son recogidas respecto a cómo valora la afectación funcional del paciente, si le ve preocupado por la situación, si ha detectado que está nervioso o inquieto durante la entrevista y, finalmente, si se ha conseguido aumentar su motivación para mejorar.

Por último, cuando sea necesario, se recomienda añadir los cuestionarios que puedan ser útiles para orientar el diagnóstico. Por ejemplo, en nuestro modelo (Anexo 1) se incluyen las escalas de autoevaluación de ansiedad estado-rasgo o STAIC (Spielberger, 2019<sup>36</sup>) para medir los niveles de ansiedad y de adaptación al estrés y el Leyton Obsessional Inventory-Child Version o LOI-CV (Canals et al., 2011<sup>37</sup>) para identificar trastornos obsesivo compulsivos o TOC a partir de conductas obsesivas.

Después de anotar las observaciones que se consideren pertinentes, se recogerán todas las pruebas que se soliciten a otros servicios sean psicológicos o médicos (Anexo 1).

La propuesta diagnóstica es de sospecha y se realiza siguiendo los cinco ejes empleados habitualmente en psiquiatría infanto-juvenil:

- Eje I: Enfermedad psiquiátrica.
- Eje II: Problemas en el desarrollo y aprendizaje.
- Eje III: Enfermedad médica asociada.
- Eje IV: Acontecimientos estresantes previos.
- Eje V: Funcionamiento del paciente durante el año anterior a la consulta.

Los diagnósticos psiquiátricos se van a concretar a partir de los dos primeros ejes y se van a completar con la información recogida en los ejes restantes (APA, 2013<sup>3</sup>).

A continuación, en nuestro modelo de historia clínica (Anexo 1) se anota si se solicita o no el protocolo de informe escolar (Anexo 2), con el consentimiento informado de los padres, imprescindible para el intercambio de datos entre salud mental y educación. A la mayoría de los pacientes se les pide el informe escolar, a no ser que, desde la primera consulta, sean dados de alta o derivados a otro servicio clínico.

Las diferentes intervenciones terapéuticas se relacionan en el apartado correspondiente (Anexo 1): fármacos, psicoterapia, solicitud de apoyo a servicios sociales y a centros de atención a la familia o a la infancia (CAF o CAI), solicitud de ingreso en unidad de adolescentes o de admisión en urgencias y petición de interconsulta con neurología infantil u otras especialidades.

El apartado de coordinación escolar del Anexo 1 comienza con los resultados del informe escolar (Anexo 2) y, según sean estos, se valora la necesidad de solicitar al tutor el cuestionario de "screening" para TDAH en el ámbito escolar (EMTDAH-ae) (García Et Magaz, 2000<sup>35</sup>) y la gestión de una cita directa en el centro con el servicio de orientación psicopedagógica y los profesores del paciente.

**B) Respecto a la metodología empleada**, queremos señalar que a lo largo de los últimos 35 años hemos seguido una práctica clínica que ha aplicado un modelo implícito de anamnesis que en el presente trabajo se concreta en los Anexos 1 y 2. La revisión actual con enfoque retrospectivo de 147 historias clínicas de pacientes que fueron atendidos durante el periodo comprendido entre noviembre del 2007 y abril del

2008, por el equipo de salud mental infanto-juvenil del CSM Arganzuela de Madrid, nos ha permitido recuperar todas las preguntas que conforman el modelo de anamnesis que aplicamos a todos los pacientes en primera consulta (Anexo 1).

En el examen de las 147 historias, se estudiaron las variables socio-demográficas, el motivo de consulta comparando el contenido del parte de interconsulta y la reformulación de la demanda, el tiempo de espera, el tiempo de evolución de los síntomas consultados, el origen del parte de interconsulta y de la demanda de derivación, los antecedentes personales psiquiátricos y médicos, los antecedentes psiquiátricos familiares, los acontecimientos estresantes previamente vividos, los diagnósticos psiquiátricos de sospecha siguiendo el DSM-5 (APA, 2013<sup>3</sup>), los profesionales del CSM que habían atendido al paciente en su primera consulta, los métodos terapéuticos utilizados y las intervenciones de coordinación escolar realizadas. Los *resultados* pormenorizados de todas las *variables* estudiadas se muestran a continuación.

## RESULTADOS:

Los 147 pacientes atendidos por primera vez en la unidad de salud mental infanto-juvenil del CSM Arganzuela, durante un periodo de 6 meses, estaban distribuidos en 84 varones (57,2 %) y 63 mujeres (42,8 %) con edades, en el momento de consultar, comprendidas entre 18 meses y 17 años (edad media: 10 años y 3 meses).

Eran 95 consultas ordinarias y 52 preferentes con un tiempo medio de espera de 13,8 días (intervalo: 1-28 días). El tiempo medio de evolución de los síntomas era de 9 meses (intervalo: 5 días-3 años).

El origen del *parte de interconsulta* procedía de los equipos de atención primaria (EAP) en 134 casos (91,2 %), de urgencias en 5 ocasiones (3,4 %), de altas hospitalarias en otros 5 pacientes (3,4 %); y, por último, de 3 consultas directas sin cita previa (2 %).

La *demanda de derivación* se había producido por los pediatras y médicos de los EAP de zona en 116 casos (79,1 %). En 16 pacientes, la solicitud de atención era de sus padres (10,8 %) mientras que en 12 más (8,1 %) era de los colegios y equipos psicopedagógicos del área y 3 adolescentes (2 %) consultaban por iniciativa propia.

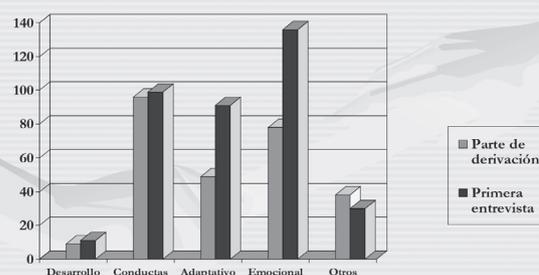
El *motivo de consulta* (Figura 1) que se veía con más frecuencia en la *reformulación de la demanda* estaba relacionado con problemas emocionales (136 casos: 92,5 %), seguido de los problemas en el comportamiento (99 ocasiones: 67,3 %), de las dificultades adaptativas (91 veces: 61,9 %) y de las dificultades en el desarrollo (11 pacientes: 7,4 %

Figura 1

Mecanismos farmacodinámicos complementarios implicados en el efecto antidepressivo de la agomelatina y la desvenlafaxina (modificada y elaborada a partir de datos de las referencias 23 y 49)

### PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS EN UN PERIODO DE 6 MESES POR EL EQUIPO INFANTIL DEL CSM ARGANZUELA (N=147)

#### MOTIVO DE LA CONSULTA



Lo emocional y lo adaptativo eran más frecuentes como MC en la *reformulación de la demanda* de la primera entrevista respecto al parte de derivación. Lo relativo al comportamiento y las dificultades en el desarrollo aparecían en proporción similar en los MC de la *reformulación de la demanda* y del parte de derivación.

del total). En los *partes de interconsulta* el motivo más frecuente que se consultaba era el relacionado con problemas en el comportamiento (96 ocasiones: 65,3 %) seguido de los problemas emocionales (78 casos: 53 %), de las dificultades adaptativas (49 pacientes: 33,3 %) y de las dificultades en el desarrollo (9 veces: 6,1 %).

Los *antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica* estaban presentes en 80 pacientes (54,5 %). Había consultas previas solo con psicología en 49 casos (33,3 %) y solo con psiquiatría en 8 (5,4 %). En 23 pacientes (15,6 %) se había consultado previamente con ambas especialidades.

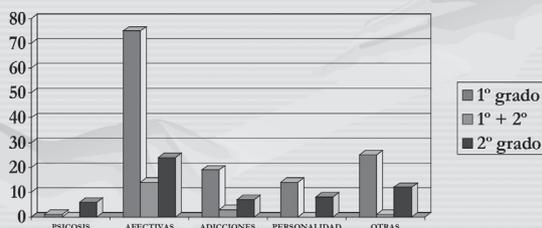
Los *antecedentes personales de enfermedad somática* aparecían en 35 ocasiones (23,8 %). Existían ingresos hospitalarios previos en 67 casos (45,5 %) y antecedentes quirúrgicos en 41 (27,8 %).

Los *antecedentes psiquiátricos familiares* se daban en 95 casos (64,7 %). En 58 de ellos, los parientes afectados eran solo de primer grado (39,4 %), en 14 eran solo de segundo grado (9,5 %) y los 23 casos restantes tenían afectación psiquiátrica en parientes de ambos grados (15,6 % del total). En la Figura 2 se muestra la distribución de antecedentes familiares por patologías. Respecto a los trastornos afectivos, había 75 pacientes con familiares de primer grado que los padecían (51 %), 24 con algún familiar de segundo

**Figura 2** Distribución de antecedentes familiares por patologías psiquiátricas

PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS EN UN PERIODO DE 6 MESES POR EL EQUIPO INFANTIL DEL CSM ARGANZUELA (N=147)

ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS FAMILIARES



Desde el punto de vista de los familiares de primer grado, los antecedentes más frecuentes eran los afectivos que se daban en 75 ocasiones (51 % del total) a los que seguían otras enfermedades psiquiátricas, como el TDAH, con 25 pacientes (17 %), trastornos adictivos con 19 (12,9 %) y trastornos de la personalidad con 14 (9,5 %). En los familiares de segundo grado, también predominaban los problemas afectivos con 24 casos (16,3 %), a los que seguía el TDAH con 12 (8,1 %), los trastornos de personalidad con 8 (5,4 %) y los de adicción con 7 casos (4,7 %). Los antecedentes psiquiátricos en familiares de ambos grados eran afectivos en 14 pacientes (9,5 %), de adicción en 3 (2 % de los 147 pacientes) y de TDAH en un caso (0,6 %).

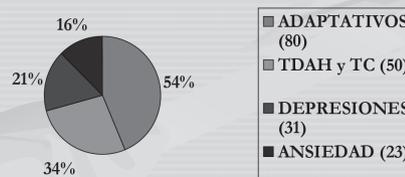
grado (16,3 %) y 14 pacientes con familiares deprimidos de ambos grados (9,5 %). Respecto a trastornos adictivos, estaban presentes en familiares de primer grado de 19 pacientes (12,9 %), en familiares de segundo grado de 7 (4,7 %) y en familiares de ambos grados de 3 (2 %). Respecto a los trastornos de personalidad, se observaban en 14 familiares de primer grado (9,5 %) y en 8 familiares de segundo grado (5,4 %). Respecto a las psicosis, había un familiar de primer grado con esquizofrenia (0,6 %) y 5 familiares de segundo grado con otros cuadros psicóticos: tres con trastorno bipolar (2 %), uno con psicosis paranoide (0,6 %) y uno con trastorno del espectro autista o TEA (0,6 %). Otros antecedentes psiquiátricos, en especial TDAH, se daban en los familiares de primer grado de 25 pacientes (17 %), en los familiares de segundo grado de 12 pacientes (8,1 %) y en familiares de ambos grados de un paciente (0,6 %).

Desde el punto de vista de la repercusión que tiene el estrés en la patología psiquiátrica, se habían vivido 106 *acontecimientos vitales estresantes* en 91 casos (61,9 % del total). Se constató un acontecimiento vital estresante en 77 pacientes (52,3 %), dos en 13 pacientes (8,8 %) y tres en un paciente (0,6 %). Se observaban problemas severos de relación entre padres e hijos en 34 ocasiones (23,1 %) y procesos de aculturación complicados en 26 (17,6 %). La

**Figura 3** Diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en los 147 pacientes

PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS EN UN PERIODO DE 6 MESES POR EL EQUIPO INFANTIL DEL CSM ARGANZUELA (N=147)

GRUPO DE DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES



Los trastornos más frecuentes eran los adaptativos en un 54,4 % de los pacientes (80 casos) y después iban los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y los trastornos de comportamiento (TC) con un 34 % (50 de los 147 pacientes), las depresiones con un 21 % (31 ocasiones) y los trastornos por ansiedad diagnosticados en el 15,6 % (23 casos)

celotipia entre hermanos se daba 11 veces (7,4 %). El acoso escolar o *bullying* se producía en 5 ocasiones (3,4 %). Se confirmaban 8 duelos por fallecimientos familiares (5,4 % del total) y la presencia de 9 pacientes con enfermedades somáticas causantes de estrés adaptativo (6,1 %). Dos niños sufrían negligencia y maltrato infantil (1,3 %) y 7 más habían soportado situaciones de violencia en el hogar (4,7 % del total). Por último, otros 4 pacientes (2,7 %) habían vivido acontecimientos tan graves como dos accidentes de tráfico, un atraco o el atentado del 11-M.

Los *diagnósticos psiquiátricos* de sospecha en los 147 casos eran 227 en total y se clasificaron en dos grupos: A) Los más frecuentes (Figura 3) y B) Los menos frecuentes (Figura 4).

El grupo A de diagnósticos más frecuentes (Figura 3) estaba formado por los relacionados con adaptación al estrés que eran 80 casos (54,4 %), los relacionados con TDAH y problemas en el comportamiento con 50 pacientes (34 %), los relativos a depresión con 31 casos (21 %) y los relacionados con ansiedad, diagnosticados en 23 ocasiones (15,6 %). Los 80 diagnósticos relacionados con adaptación al estrés, se dividían en 66 pacientes con trastorno adaptativo (44,8 %) y 14 con trastorno por estrés posttraumático (9,5 %). Los 50 diagnósticos relacionados con TDAH y problemas en el comportamiento, eran 36 pacientes con TDAH (24,4 %), 12 trastornos oposicionales (8,1%), un trastorno disocial de inicio en la infancia (0,6 %) y un adolescente que presentaba comportamientos antisociales (0,6 % del total). Los 31 diagnósticos relativos a depresión, eran 22 trastornos depresivos

persistentes o distimias (14,9 % del total), 8 trastornos depresivos postduelo por fallecimiento de seres queridos (5,5 %) y un cuadro de depresión mayor (0,6 % del total). Por último, los 23 diagnósticos relacionados con ansiedad se distribuían entre 8 trastornos fóbicos simples (5,4 %), un caso de fobia social (0,6 %), 5 trastornos por ansiedad excesiva en la infancia (3,4 %), 4 ansiedades de separación (2,7 %), 3 trastornos de angustia sin agorafobia (2 %) y 2 trastornos obsesivo compulsivos o TOC (1,3 % del total).

El grupo B estaba constituido por los diagnósticos que se presentaban con menor frecuencia (Figura 4). Se diagnosticaron 15 trastornos del comportamiento alimentario (TCA) (10,2 %) que se dividían en 10 bulimias nerviosas (6,8 %), 4 anorexias nerviosas (2,7 %) y un TCA no especificado en forma de obesidad (0,6 % del total). Se comprobaron 14 diagnósticos relacionados con el aprendizaje y la maduración (9,5 %) que se distribuían entre 5 enuresis (3,4 %), una encopresis (0,6 %), 3 trastornos del lenguaje (2 %), 2 trastornos ligeros del desarrollo intelectual (1,3 %), una dislexia (0,6 %), una disortografía (0,6 %) y un cuadro de disfemia (0,6 %). Se observaron 6 diagnósticos relacionados con el control de los impulsos (4 %) identificados como 2 tricotilomanías (1,3 %), 2 tics motores (1,3 %), un comportamiento problemático de riesgo adictivo a los videojuegos y un trastorno del control de impulsos no especificado en forma de cuadro compulsivo de rascado (0,6 %). Por último, se confirmó un trastorno reactivo del vínculo, un trastorno conversivo, un trastorno del espectro autista (TEA), un mutismo selectivo, un cuadro de exhibicionismo, un trastorno facticio por poderes, un paciente afecto de consumo de cannabis y otro con insomnio crónico (0,6 %, respectivamente).

Las *intervenciones terapéuticas* se distribuyeron para su estudio en tres grupos diferentes: psicológico, farmacológico y social. El tratamiento fue psicológico en 61 ocasiones (41,4 %), psicológico y farmacológico, en otras 58 (39,4 %), psicológico y social en 15 casos (10,2 %) y psicológico, farmacológico y social en 10 pacientes más (6,8 %). Los 3 pacientes restantes (2 %) fueron dados de alta en la primera consulta y derivados a su pediatra de zona sin tratamiento. En resumen, 144 pacientes recibieron tratamiento psicológico o psicoterapéutico (97,9 %), 68 recibieron tratamiento farmacológico (46,2 %) y en 25 se realizó intervención social (17 %).

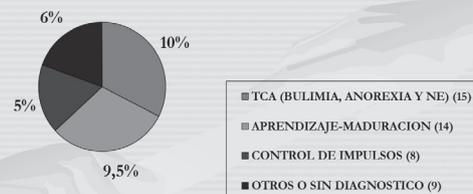
Los profesionales del equipo de salud mental infanto-juvenil que implementaron estos tratamientos se repartieron de la siguiente manera: psiquiatría infantil intervino en las 147 consultas, psicología infantil participó en el tratamiento de 105 pacientes (71,4 %) y la enfermera especializada en salud mental y la trabajadora social atendieron 33 casos conjuntamente (22,4 %).

Figura 4

Diagnósticos psiquiátricos menos frecuentes en los 147 pacientes

### PACIENTES NUEVOS ATENDIDOS EN UN PERIODO DE 6 MESES POR EL EQUIPO INFANTIL DEL CSM ARGANZUELA (N=147)

#### GRUPO DE DIAGNOSTICOS MENOS FRECUENTES



SOLO EN UNO DE LOS CASOS NO SE CONSTATÓ DIAGNÓSTICO

Entre los diagnósticos menos frecuentes estaban los trastornos del comportamiento alimentario o TCA en 15 ocasiones (10 %), los problemas del aprendizaje y de la maduración con 14 casos (9,5 %), los trastornos del control de los impulsos en 8 pacientes (6 %) y otros 8 diagnósticos que eran un trastorno reactivo del vínculo, un trastorno conversivo, un trastorno del espectro autista (TEA), un mutismo selectivo, un cuadro de exhibicionismo, un trastorno facticio por poderes, un paciente afecto de consumo de cannabis y otro con insomnio crónico. Un solo caso estaba sin diagnóstico.

Se solicitó informe escolar en 144 casos (97,9 %). En función de la información recibida, se planteó la necesidad de mantener reuniones de coordinación con profesores y equipos psicopedagógicos de orientación en 113 ocasiones (76,8 %), siempre en los centros escolares de los pacientes con objeto de promover una mayor colaboración entre salud mental y los servicios educativos.

## DISCUSIÓN

La parte sustancial del contenido del modelo de anamnesis propuesto (Anexo 1) resulta difícil de discutir por la escasez de protocolos similares de historia clínica psiquiátrica adaptada a niños y adolescentes con los que pudiera hacerse un análisis comparativo (Arango *et al.*, 2013<sup>9</sup>; Salagre *et al.*, 2019<sup>23</sup>).

Para contrastar la utilidad clínica del conjunto de preguntas realizadas a los pacientes y a sus padres que componen el Anexo 1 pasamos a discutir nuestros resultados con estudios que analizan las mismas variables (Carballal Mariño *et al.*, 2018<sup>7</sup>).

No existen diferencias significativas entre el porcentaje de varones y el de mujeres en nuestra muestra de historias clínicas. Hay un leve predominio de varones (57,1 %) igual que ocurre en la mayoría de los trastornos psiquiátricos (Kessler *et al.* 2005<sup>38</sup>). En un reciente estudio que analiza

la prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en la atención primaria de nuestro país, el 68,2 % son varones (Carballal Mariño et al., 2018<sup>7</sup>).

Este mismo estudio pediátrico (Carballal Mariño et al., 2018<sup>7</sup>) expone que la detección del problema motivo de consulta se da por parte de la familia, del pediatra, y del colegio, en más de un 90 % de los casos. En nuestro trabajo, la demanda de derivación se había producido mayoritariamente desde pediatría y médicos de familia, con un 78,9 % de los casos; y, en cuanto al origen, se comprobó que el parte de interconsulta procedía de la atención primaria hasta en un 91,1 % del total. Estos datos avalan la necesaria colaboración que debe existir desde la primera consulta entre pediatras, médicos de familia y los servicios de salud mental infanto-juvenil (Arango et al., 2013<sup>9</sup>; Salagre et al., 2019<sup>23</sup>; Duncan et al., 2019<sup>39</sup>; Miettunen et al., 2019<sup>40</sup>).

En nuestro estudio, los problemas de comportamiento o *externalizantes* aparecían como el motivo de consulta (MC) más frecuente en los partes de interconsulta o derivación, con un 65,3 % del total. Después de realizarse la reformulación psiquiátrica de la demanda, en busca de los motivos latentes de consulta, el MC más frecuente se consideraba emocional o *internalizante* en un 92,5 % de los casos (Figura 1). Desde hace tiempo, los resultados de solicitar ayuda psiquiátrica para niños y adolescentes en nuestro país se han relacionado con una amplia interacción entre la presencia de síntomas *internalizantes* o emocionales vs. *externalizantes* o del comportamiento, siendo más consultados habitualmente estos últimos (Gómez-Beneyto et al., 1994<sup>41</sup>; Carballal Mariño et al., 2018<sup>7</sup>). Aunque los problemas de comportamiento o *externalizantes* tenían una presencia similar a la pediátrica de referencia entre los MC de nuestro estudio, las dificultades emocionales o *internalizantes* tenían un predominio superior en la reformulación psiquiátrica de la demanda, siempre en forma comórbida con el resto de sintomatologías consultadas (McElroy et al., 2018<sup>1</sup>).

El 54,4 % de los pacientes de nuestra muestra tenía antecedentes personales de consultas psiquiátricas o psicológicas. En el estudio de atención primaria de Carballal Mariño y cols. (2018)<sup>7</sup>, el 42 % de los pacientes habían sido valorados por salud mental. Estas altas cifras de utilización de recursos nos señalan la necesidad colectiva de reforzar la red asistencial en salud mental infanto-juvenil (Duncan et al., 2019<sup>39</sup>; Miettunen et al., 2019<sup>40</sup>).

En la misma línea de investigación, que relaciona los antecedentes psiquiátricos familiares con la psicopatología de niños y adolescentes, se plantea considerar la importancia de conseguir, siempre que sea posible, un eficaz tratamiento para padres y familiares con la intención de impedir que los problemas de los progenitores repercutan en sus hijos (Fitzsi-

mons et al., 2017<sup>42</sup>). En el 64,6 % de los 147 casos estudiados eran evidentes las enfermedades mentales en familiares de primer y segundo grado, siendo los trastornos afectivos los más numerosos, con un 48,2 % del total.

Con la intención de discutir el efecto que tienen los acontecimientos vitales estresantes en la producción de una respuesta que puede ser adaptativa o psico-traumática, según la *resiliencia* del paciente y la intensidad del estrés (Davydov et al., 2010<sup>43</sup>; McKelvey et al., 2018<sup>44</sup>; Targum & Nemeroff, 2019<sup>45</sup>), hemos puesto en común todas las adversidades que aparecen en los antecedentes personales y familiares de nuestras historias clínicas (Anexo 1). Se identificaron, en el grupo estudiado, situaciones potencialmente estresantes, como eran padecer una enfermedad somática crónica, ser víctima de acoso escolar, sufrir problemas de relación entre padres e hijos, haber vivido procesos de aculturación complicada, celotipias entre hermanos, duelo por el fallecimiento de un ser querido, negligencia o maltrato infantil, situaciones de violencia intra o extrafamiliar, accidentes de tráfico o haber presenciado un atentado terrorista. En nuestro estudio, 91 pacientes (61,9 %) se observó que habían vivido uno, dos o tres de los acontecimientos estresantes descritos. Las enfermedades crónicas, los procesos de aculturación complicada y las situaciones de violencia se presentaban en 39 de los 91 pacientes. En el trabajo de atención primaria (Carballal Mariño et al., 2018<sup>7</sup>), 42 pacientes que suponen el 28,8 % de su muestra, presentan un estrés relevante, siendo el más frecuente el familiar que aparece en 35 de los 42 casos. Los acontecimientos estresantes referidos por Carballal Mariño y sus colaboradores (2018)<sup>7</sup> son los problemas económicos y sociales y la separación parental, asociados ambos a un estrés familiar excesivo, la presencia de enfermedad o muerte de un familiar, el acoso escolar, los abusos y la negligencia de cuidados. Identificar la mayor parte de los posibles acontecimientos estresantes en cada paciente va a ayudar a fortalecer la *resiliencia* personal y familiar y a prevenir mejor el sufrimiento y la enfermedad mental desde la infancia y la adolescencia (Soutullo & Mardomingo, 2010<sup>46</sup>; Fox et al., 2018<sup>47</sup>).

A continuación, pasamos a discutir el grupo A de diagnósticos psiquiátricos presentes en nuestra muestra con mayor frecuencia (Figura 3). En 80 pacientes de los 91 que habían vivido acontecimientos estresantes se observó psicopatología *internalizante* concretada en 66 con trastorno adaptativo propiamente dicho (44,8 %) y 14 con trastorno por estrés postraumático (9,5 %). Otros trastornos *internalizantes* se concretaban en forma de diagnósticos de depresión en 31 pacientes (21 %) y diagnósticos de ansiedad en 23 (15,6 %). En total, los diagnósticos *internalizantes*, asociados o no a otros diagnósticos, llegaban a suponer el 90,9 % de la muestra. Los diagnósticos *externalizantes* estaban presentes en 50 pacientes distribuidos en 36 con TDAH (24,4

%) y 14 con trastornos de comportamiento (9,5%). En el estudio de atención primaria, anteriormente referido (Carballal Mariño *et al.*, 2018<sup>7</sup>), el diagnóstico más frecuente es el TDAH, que se da en el 46,2 % de sus pacientes con patología psiquiátrica. Los trastornos de comportamiento se producen en un 16,2 %, por lo que ambos diagnósticos *externalizantes* constituyen el 62,4 % de su total, frente a nuestro 33,9 %. Sus diagnósticos *internalizantes* ansioso-depresivos alcanzan el 20,9 %, frente al 90,9 % que suponían los nuestros. Es infrecuente encontrar una prevalencia superior de diagnósticos *internalizantes* en la bibliografía, siendo habitualmente más frecuentes los *externalizantes*, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras (Gómez-Beneyto *et al.*, 1994<sup>41</sup>; Sawyer *et al.*, 2001<sup>48</sup>; Franco & Arango, 2004<sup>8</sup>; Gómez-Restrepo *et al.*, 2016<sup>49</sup>; Carballal Mariño *et al.*, 2018<sup>7</sup>; Georgiades *et al.*, 2019<sup>50</sup>). Es interesante añadir que la aparición de síntomas emocionales o *internalizantes* en la infancia se puede corresponder con el desarrollo de síntomas comportamentales o *externalizantes* en la adolescencia, dándose la coexistencia de ambos con mucha frecuencia (McElroy *et al.*, 2018<sup>1</sup>). La estructura de los modelos de historia clínica utilizados en nuestro estudio permite detectar a tiempo los problemas *internalizantes*, adaptativos y post-traumáticos, favoreciendo la atención sobre un porcentaje de pacientes pediátricos con dificultades emocionales que pueden complicar su comportamiento de adolescentes si no se interviene precozmente.

En el grupo B de diagnósticos presentes en nuestra muestra con menor frecuencia (Figura 4) y dentro del apartado de los 14 casos correspondientes a los problemas en el aprendizaje y la maduración, se comprobó que 4 pacientes tenían Trastornos del lenguaje (2,7 %) y 2 padecían dificultades selectivas en el aprendizaje de la lecto-escritura (1,3 %). En el estudio de atención primaria (Carballal Mariño *et al.*, 2018<sup>7</sup>), los diagnósticos relacionados con problemas del lenguaje llegan al 29,7 % y los trastornos del aprendizaje constituyen el 28,3 % del total de sus pacientes. A la vista de estos resultados, se objetiva la necesidad del trabajo preventivo para detectar y solucionar, cuanto antes, cualquier problema en el desarrollo madurativo, contando con las ventajas que ofrece el *setting* escolar para apoyar las intervenciones pediátricas, psicológicas y psiquiátricas en salud comunitaria (Bay *et al.*, 2017<sup>51</sup>). También queremos poner el foco sobre otro diagnóstico de baja frecuencia en nuestro estudio, el trastorno del comportamiento alimentario no especificado, que afectaba a uno de nuestros pacientes, en forma de obesidad (0,6 %). En el estudio de atención primaria (Carballal Mariño *et al.*, 2018<sup>7</sup>), la obesidad se presenta como patología crónica en 17 pacientes de su muestra (11,6 %). Es evidente la necesidad de señalar los problemas de sobrepeso infantil, que actualmente se encuentran en aumento, y no se consultan desde una perspectiva emocional que podría ayudar a mejorar su pronóstico (Kumar & Kelly, 2017<sup>52</sup>; Ajejas *et al.*,

2018<sup>53</sup>). Otro diagnóstico presente en baja proporción, pero de intensa gravedad, era el trastorno del espectro autista (TEA) que se daba en un paciente de nuestra muestra, mientras que en el trabajo de atención primaria es el diagnóstico actualizado de 11 casos (Carballal Mariño *et al.*, 2018<sup>7</sup>). Una explicación plausible para esta diferencia en las cifras podría ser la tendencia al alza que tiene esta patología en los últimos tiempos y que permite localizar los TEA desde la atención pediátrica primaria, para acelerar la consulta psiquiátrica y su derivación directa a la integración escolar y a un tratamiento eficaz de rehabilitación psicopedagógica individualizado (Atladottir *et al.*, 2015<sup>54</sup>; Baio *et al.*, 2018<sup>55</sup>).

Desde el punto de vista de las intervenciones terapéuticas, en nuestro estudio se hizo psicoterapia en el 97,9 % de los casos y se emplearon fármacos en un 46,2 %. La psicoterapia en forma individual y familiar se practicó, desde las primeras consultas, con todos los pacientes que presentaban algún problema emocional, adaptativo o comportamental. En el estudio de atención primaria, con el que venimos comparando nuestros datos, recibió psicoterapia un 41,8 % y fármacos un 32,9 % (Carballal Mariño *et al.*, 2018<sup>7</sup>). La particular estructura del modelo de anamnesis que presentamos (Anexo 1) permite plantear, desde su aplicación, un abordaje psicoterapéutico individualizado de cada paciente, que recibe durante la primera entrevista una sesión de terapia de apoyo fundamental para mejorar su evolución y pronóstico (Kim-Cohen *et al.*, 2003<sup>56</sup>; Kessler *et al.*, 2007<sup>57</sup>; Ramchandani *et al.*, 2017<sup>58</sup>).

Habitualmente, la relación de salud mental con los servicios de educación se suele describir como una colaboración con los equipos psicopedagógicos de orientación; primero, para precisar y concretar los diagnósticos psiquiátricos y, segundo, para apoyar escolarmente a los niños y adolescentes que lo necesitan (Anderson *et al.*, 2003<sup>59</sup>; Power, Tresco & Cassano, 2009<sup>60</sup>; Soutullo & Mardomingo, 2010<sup>46</sup>; Arango *et al.*, 2013<sup>9</sup>; Boyle *et al.*, 2019<sup>61</sup>). Un 57,5 % de los pacientes del estudio de atención primaria habían sido valorados por un equipo de orientación y un 33,6 % habían recibido apoyo escolar (Carballal Mariño *et al.*, 2018<sup>7</sup>). Sin embargo, nuestra propuesta pasa por plantear un nuevo tipo de intervención en la que el protocolo de informe escolar (Anexo 2) permite a los profesores participar en el proceso diagnóstico de forma más personalizada e inmediata. Se planteó la solicitud del informe escolar en los 144 pacientes que no fueron alta médica (97,9 %). En un 76,8 % de los casos, cuando se recibieron los informes cumplimentados, se determinó solicitar reuniones de coordinación con los profesores y los equipos psicopedagógicos de orientación. Se propuso hacer las reuniones en el mismo *setting* escolar para facilitar la implicación de escuelas infantiles, colegios e institutos en el proceso conjunto de tratamiento y prevención en salud mental (Dray *et al.*, 2017<sup>62</sup>).

## CONCLUSIONES:

- 1º La aplicación de nuestro modelo de historia clínica actúa como un guion que ayuda a desarrollar la colaboración entre los padres, el paciente y el psiquiatra con el objetivo de obtener un diagnóstico lo más preciso posible.
- 2º La realización de la entrevista debe actuar como refuerzo vincular médico-paciente que aumente la motivación para el tratamiento.
- 3º La relación sistematizada de preguntas y sus respuestas nos permite tener una visión homogénea de cada caso clínico, que servirá para la participación conjunta de pediatras y salud mental en el proceso.
- 4º El protocolo de informe escolar permite a los profesores participar en la detección de los niños y adolescentes que precisan ayudas y da paso a su colaboración en la continuidad de cuidados.
- 5º La coordinación escolar enseña habilidades imprescindibles para la prevención en psiquiatría infanto-juvenil comunitaria.

**AGRADECIMIENTOS:** El presente artículo está dedicado al profesor Juan José López-Ibor Aliño, fallecido el 12 de enero del 2015, por el apoyo que dio siempre a la psiquiatría infanto-juvenil de nuestro país y por ser nuestro profesor, colega y guía de toda la vida. Agradecemos también a los trabajadores sanitarios de la provincia de Ciudad Real, del Hospital Ramón y Cajal, del Hospital de Cruces de Vizcaya, del Hospital Gómez Ulla, del Hospital Doce de Octubre y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca porque sin ellos no habría sido posible la creación de estos protocolos de historia clínica en psiquiatría infanto-juvenil.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. McElroy E, Shevlin M, Murphy J & McBride O: "Co-occurring internalizing and externalizing psychopathology in childhood and adolescence: a network approach". *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018; Nov;27(11):1449-1457.
2. Schaefer JD, Caspi A, Belsky DW, Harrington H, Houts R et al.: "Enduring mental health: Prevalence and prediction". *J. Abnorm. Psychol.* 2017; Feb;126(2):212-224.
3. American Psychiatric Association: "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition". Arlington, VA, Am Psychiatry Ass, 2013.
4. O'Connor CA, Dyson J, Cowdell F & Watson R: "Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review". *J. Clin. Nurs.* 2018; Feb; 27(3-4): 412-426.
5. Mulraney M, Hiscock H, Sciberras E, Coghill D & Sawyer M: "Mental health difficulties across childhood and mental health service use: findings from a longitudinal population-based study". *Br J Psychiatry*. 2019. Feb 27: 1-6 [Epub ahead of print]
6. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS & Mojtabaj R: "Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries". *World Psychiatry*. 2017; Feb;16(1):90-99.
7. Carballal Mariño M, Gago Ageitos A, Ares Alvarez J, del Rio Garma M, García Cendón, Goicoechea Castaño A & Peña Nieto J: "Prevalencia de trastornos del neurodesarrollo, comportamiento y aprendizaje en Atención Primaria". *An Pediatr (Barc)*. 2018; 89(3): 153-161.
8. Franco C & Arango C: "Prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes". *Monografías de Psiquiatría*. 2004; 3: 19-27.
9. Arango C, Castro J, Imaz C, Fernández-Rivas A, Cantó T & Molina J. Libro blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente. Madrid: Fundación Alicia Koplowitz; 2013.
10. Doyle MM, Murphy J & Shevlin M: "Competing factor models of child and adolescent psychopathology". *J Abnorm Child Psychol*. 2016; Nov; 44(8): 1559-1571.
11. Nguyen MN, Watanabe-Galloway S, Hill JL, Siahpush M, Tibbits MK & Wichman C: "Ecological model of school engagement and attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children". *Eur. Child Adolesc Psychiatry*; 2019; 28(6): 795-805.
12. Murray-Swank AB & Dixon L: "Family psychoeducation as an evidence-based practice". *CNS Spectr*. 2004; 9(12): 905-912.
13. Simmons JG, Schwartz OS, Bray K, Deane C et al.: "Study protocol: families and childhood transitions study (FACTS) - a longitudinal investigation of the role of the family environment in brain development and risk for mental health disorders in community based children". *BMC Pediatr*. 2017; Jun 30;17(1):153.
14. Wolf LE; Simkowitz P & Carlson H.: "College students with attention-deficit/hyperactivity disorder". *Curr. Psychiatry Rep.* 2009; Oct; 11 (5): 415-421.
15. Andrade BF, Courtney D, Duda S, Aitken M, Craig SG, Szatmari P, Henderson J & Bennett K: "A Systematic Review and Evaluation of Clinical Practice Guidelines for Children and Youth with Disruptive Behavior: Rigor of Development and Recommendations for Use". *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2019; 22(4): 527-548.
16. Kendler KS, Ohlsson H, Fagan AA, Lichtenstein P, Sundquist J & Sundquist K: "Academic achievement and drug abuse risk assessed using instrumental variable analysis and co-relative designs". *JAMA Psychiatry*. 2018; 1; 75(11): 1182-1188.

17. Rouquette A, Pingault JB, Fried EI, Orri M, Falissard B, Kossakowski JJ, Vitaro F, Tremblay R, Cote SM & Borsboom D: "Emotional and behavioral symptom network structure in elementary school girls and association with anxiety disorders and depression in adolescence and early adulthood: A network analysis". *JAMA Psychiatry*. 2018; 1;75(11):1173-1181.
18. O'Donnell ML, Alkemade N, Creamer M, McFarlane AC, Sjolve D, Bryant RA, Felmingham K, Steel Z & Forbes D: "A Longitudinal Study of Adjustment Disorder After Trauma Exposure". *Am J Psychiatry*. 2016; 173(12):1231-1238.
19. Lewis SJ, Arseneault L, Caspi A, Fisher HL, Matthews T, Moffitt TE, Odgers CL, Stahl D, Teng JY & Danese A: "The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales". *Lancet Psychiatry*. 2019; Mar;6(3):247-256.
20. Deighton J, Lereya ST, Casey P, Patalay P, Humphrey N, Wolpert M: "Prevalence of mental health problems in schools: poverty and other risk factors among 28 000 adolescents in England". *Br J Psychiatry*. 2019 Jan 30:1-3. doi: 10.1192/bjp.2019.19. [Epub ahead of print]
21. Croft J, Heron J, Teufel C, Cannon M, Wolke D, Thompson A, Houtepen L, Zammit S: "Association of Trauma Type, Age of Exposure, and Frequency in Childhood and Adolescence With Psychotic Experiences in Early Adulthood". *JAMA Psychiatry*. 2019; 1; 76 (1): 79-86.
22. Bell CJ, Foulds JA, Horwood LJ, Mulder RT & Boden JM: "Childhood abuse and psychotic experiences in adulthood: findings from a 35-year longitudinal study". *Br J Psychiatry*. 2019; Mar;214(3):153-158.
23. Salagre E, Arango C., Artigas F, Ayuso-Mateos JL, Bernardo M, Castro-Fornieles J, Bobes J, Desco M, Fañanás L, González-Pinto A, Haro JM, Leza JC, McKenna PJ, Meana JJ, Menchón JM, Micó JA, Palomo T, Pazos A, Pérez V, Saiz-Ruiz J, SanJuan J, Tabarés-Seisdedos R, Crespo-Facorro B, Casas M, Vilella E, Palao D, Olivares JM, Rodríguez-Jiménez R & Vieta E: "Diez años de investigación traslacional colaborativa en enfermedades mentales: el CIBERSAM". *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2019; 12 (1): 1-8.
24. Hodges K: "Structured interviews for assessing children". *J Child Psychol Psychiatry*. 1993; Jan;34(1):49-68.
25. Cerel J & Fristad MA: "Scaling structured interview data: a comparison of two methods". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001; 40(3): 341-346.
26. Renou S, Hergueta T, Flament M, Mouren-Simeoni MC & Lecubrier Y: "Diagnostic structured interviews in child and adolescent's psychiatry". *Encephale*. 2004; 30(2): 122-134.
27. Kuposov R, Fossum S, Frodl T. et al.: "Clinical decision support systems in child and adolescent psychiatry: a systematic review". *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; Nov; 26(11):1309-1317.
28. Boyle MH, Offord DR, Racine YA, Szatmari P, Sanford M & Fleming JE: "Adequacy of interviews vs checklists for classifying childhood psychiatric disorder based on parent reports". *Arch. Gen. Psychiatry*. 1997; 54(9):793-799.
29. Costello J, Egger H & Angold A: "10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005; 44: 972-986.
30. Bains RM, Cusson R, White-Frese J & Walsh S: "Utilization of Mental Health Services in School-Based Health Centers" *J Sch Health*. 2017; 87(8):584-592.
31. Corman L: "Le test du dessin de famille". Presses Universitaires de France. 1982.
32. Darella OJ, Burke JD, Stepp SD & Hipwell AE: "Reciprocity in Undesirable Parent-Child Behavior? Verbal Aggression, Corporal Punishment, and Girls' Oppositional Defiant Symptoms". *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2019; 6: 1-14.
33. Silove D, Alonso J, Bromet E, Gruber M et al.: "Pediatric-Onset and Adult-Onset Separation Anxiety Disorder Across Countries in the World Mental Health Survey". *Am J Psychiatry*. 2015; 172(7): 647-656.
34. Martínez-Martin N, Albadalejo-Gutierrez EF, Espin-Jaime JC, Guerre-Lobera MJ & Jiménez-Hernández JL: "Etiología y patogenia del Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)". *Rev. Esp. Pediatr*. 2015; 71: 62-69.
35. García M. & Magaz A.: EMTDAH, Escalas Magallanes para el TDAH. Bilbao. Editorial Grupo Albor Cohs; 2000.
36. Spielberger CD: "Cuestionario de autoevaluación de ansiedad estado rasgo o STAIC para niños". Ediciones TEA. 2019.
37. Canals J, Hernández-Martínez C, Virgili R, Cosi S, Lázaro L & Toro J: "The Leyton Obsessional Inventory-Child Version: Validity and reliability in Spanish non-clinical population". *Int J Clin Health Psychol*, 2011; 12 (1): 81-96.
38. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR & Walters EE: "Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication". *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62(6): 593-602.
39. Duncan L, Georgiades K, Birch S, Comeau J, Wang L & Boyle MH: "Children's Mental Health Need and Expenditures in Ontario: Findings from the 2014 Ontario Child Health Study". *Can J Psychiatry*. 2019; 64(4): 275-284.
40. Miettunen J, Haapea M, Björnholm L, Huhtaniska S, Juola T, Kinninen L, Lehtiniemi H, Lieslehto J, Rautio N & Nordström T: "Psychiatric research in the Northern Finland Birth Cohort 1986 - a systematic review". *Int J Circumpolar Health*. 2019; 78(1): 1571382.
41. Gómez-Beneyto M, Bonet A, Catalá MA, Puche E & Vila V: "Prevalence of mental disorders among chil-

- dren in Valencia, Spain". *Acta Psychiatr Scand.* 1994; 89(5): 352-357.
42. Fitzsimons E, Goodman A, Kelly E & Smith JP: "Poverty dynamics and parental mental health: Determinants of childhood mental health in the UK". *Soc Sci Med.* 2017; 175: 43-51.
  43. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K & Chaudieu I: "Resilience and mental health". *Clin Psychol Rev.* 2010; 30(5): 479-495.
  44. McKelvey LM, Edge NC, Mesman GR, Whiteside-Manseil L & Bradley RH: "Adverse experiences in infancy and toddlerhood: Relations to adaptive behavior and academic status in middle childhood". *Child Abuse Negl.* 2018; 82: 168-177.
  45. Targum SD & Nemeroff CB: "The effect of early life stress on adult psychiatric disorders". *Innov Clin Neurosci.* 2019; 16(1-2): 35-37.
  46. Soutullo C & Mardomingo MJ. *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente.* Madrid: Médica Panamericana; 2010.
  47. Fox M, Thaver ZM, Ramos IF, Meskal SJ & Wadhwa PD: "Prenatal and Postnatal Mother-to-Child Transmission of Acculturation's Health Effects in Hispanic Americans". *J Womens Health.* 2018; 27(8): 1054-1063
  48. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, et al: "The mental health of young people in Australia: Key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being". *Aust N Z J Psychiatry.* 2001;35:806-814.
  49. Gómez-Restrepo C, Aulí J, Tamayo Martínez N, Gil F, Garzón D & Casas G: "Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015". *Rev. Colombiana de Psiquiatría.* 2016. Vol. 45 (Supl.1): 39-49.
  50. Georgiades K, Duncan L, Wang L, Comeau J & Boyle MH: "Six-Month Prevalence of Mental Disorders and Service Contacts among Children and Youth in Ontario: Evidence from the 2014 Ontario Child Health Study". *Can J Psychiatry.* 2019; 64(4): 246-255.
  51. Bay JL, Hipkins R, Siddigi K, Hugue R, Dixon R, Shirley D, Tairea K, Yagona D, Mason-Jones A & Vickers MH: "School-based primary NCD risk reduction: education and public health perspectives". *Health Promot Int.* 2017; 32(2): 369-379.
  52. Kumar S & Kelly AS: "Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment". *Mayo Clin Proc.* 2017; 92(2): 251-265
  53. Ajejas Bazán MJ, Jiménez-Trujillo MI, Wärnberg J, Domínguez Fernández S, López de Andrés A. & Pérez Farinós N: "Prevalence of childhood overweight/obesity in Spain 1993-2011 and associated risk factors in 2011". *Nutr. Hosp.* 2018; 35(1): 84-89.
  54. Atladottir HO, Gyllenberg D, Langridge A, Sandin S, Hansen SN, Leonard H, Gissler M, Reichenberg A, Schendel DE, Bourke J, Hultman CM, Grice DE, Buxbaum JD & Parner ET: "The increasing prevalence of reported diagnoses of childhood psychiatric disorders: a descriptive multinational comparison". *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2015; 24(2): 173-183
  55. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, Maenner MJ et al.: "Prevalence of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years - Autism and Developmental Disabilities monitoring network". *MMWR Surveill Summ.* 2018; 67(6): 1-23.
  56. Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Pulton R. "Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort". *Arch Gen Psychiatry.* 2003; 60: 709-717.
  57. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Ustün TB: "Age of onset of mental disorders: a review of recent literature". *Curr Opin Psychiatry.* 2007; 20(4):359-364.
  58. Ramchandani PG, O'Farrelly C, Babalis D. et al.: "Preventing enduring behavioural problems in young children through early psychological intervention (Healthy Start, Happy Strat). study protocol for a randomized controlled trial". *Trials.* 2017; 15; 18(1): 543.
  59. Anderson L, Shinn C, Fullilove MT, Scrimshaw SC, Fielding JE, Norman J. "The effectiveness of early childhood development programs: A systematic review". *Am J Prev Med.* 2003; 24: 32-46.
  60. Power TJ, Tresco KE & Cassano MC: "School-based interventions for students with attention-deficit/hyperactivity disorder". *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11(5): 407-414.
  61. Boyle MH, Georgiades K, Duncan L, Comeau J & Wang L: "The 2014 Ontario Child Health Study-Methodology". *Can J Psychiatry.* 2019; 64(4): 237-245.
  62. Dray J, Bowman J, Campbell E, Freund M, Wolfenden L, Hodder RK, McElwaine K, Tremain D, Bratlem K, Bailey J, Small T, Palazzi K, Oldmeadow C & Wiggers, J: "Systematic Review of Universal Resilience-Focused Interventions Targeting Child and Adolescent Mental Health in the School Setting". *J.Am.Acad.Child Adolesc Psychiatry,* 2017; 56(10): 813-824.

ANEXO 1: Modelo de Historia Clínica en psiquiatría infanto-juvenil.  
Número registral 16/2015/4962. Dr. José Luis Jiménez Hernández

**Anexo 1: Modelo de Historia Clínica en psiquiatría infanto-juvenil.  
Número registral 16/2015/4962. Dr. José Luis Jiménez Hernández.**

*HISTORIA CLÍNICA EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL*

**DATOS PERSONALES DEL PACIENTE**

Nombre:..... N° H<sup>a</sup>:.....  
 FECHA:..... Edad..... Sexo:  V  M  
 Fecha de Nacimiento..... Peso:..... (p- )  
 Talla:..... (p- )  
 N° de orden:.....  
 Lugar de nacimiento:..... Lugar de residencia:.....  
 Centro Escolar ..... Teléfono .....  
 Dirección ..... Tutor/a .....

### PROCEDENCIA

- Tipo de paciente:  E  ICE  ICJ  I
- Extrahospitalaria: Pediatra de zona:..... Dr/Dra.....  
     Iniciativa propia..... Colegio/ Equipos de Orientación Pedagógica.....  
     Servicios Sociales..... Judicial..... Consulta directa.....  
     Tiempo de espera:..... Tiempo de evolución:.....
- Intrahospitalaria: Pediatría..... Otras especialidades.....

### MOTIVO DE CONSULTA

- a/ Parte de interconsulta:.....
- b/ Padres:.....
- c/ Profesional (Reformulación de la demanda): .....
- Especificar:  No tratado  Tratado .....

### ENFERMEDAD ACTUAL

- Es inquieto:  No  Sí .....
- (Especificar si su actividad es muy exagerada  No  Sí .....
- Es despistado/se distrae:  No  Sí .....
- Es impulsivo:  No  Sí .....
- Es desobediente:  No  Sí .....
- Está triste:  No  Sí .....
- Lloro con frecuencia:  No  Sí .....
- Realiza comentarios negativos:
  - de sí mismo:  No  Sí .....
  - de la vida:  No  Sí .....
  - (Especificar si ideas, amenazas o intentos de suicidio:.....)
  - de su cuerpo:  No  Sí .....
- Tiene miedo/os:  No  Sí .....
- (Especificar si evita las situaciones temidas: .....
- Preocupación excesiva:  No  Sí .....
- (Especificar si obsesiones: .....
- Problemas en la socialización:  No  Sí .....
- (Especificar si dificultades en la comunicación/interacción:.....)

- Síntomas psicóticos:  No  Sí .....
- Come mal:  No  Sí .....
- Duerme mal:  No  Sí .....
- Conducta problemática en el uso de Video juegos/Ordenadores/TV:  No  Sí.....  
.....nº horas/día.....
- Si no puede jugar se pone irritable:  Siempre  A veces  Nunca  
(Especificar otras conductas problemáticas de riesgo.....)
- Opinión de los profesores según anamnesis familiar.....  
.....

### ANTECEDENTES PERSONALES

- Embarazo:  Normal  Patológico:..... E.G.:.....semanas
- Parto:  Normal  Patológico:..... P.N.:.....grs.
- Periodo Neonatal:  Normal  Patológico:.....
- DPM:
  - Motriz:  Normal  Patológico:.....
  - Lenguaje:  Normal  Patológico:.....
  - Lecto-escritura:  Bien  Regular  Mal.....
  - Control Esfinteriano:  Normal  Patológico  ¿Enuresis?:.....  
 ¿Encopresis?:.....
- ¿Ha asistido a algún especialista por estas razones?:  No  Sí .....
- Lateralidad contrariada:  No  Sí .....
- Ambidextro:  No  Sí - Zurdería:  No  Sí
- Escolarización:
  - Curso actual: ..... Cursos repetidos:  No  Sí  Actual  Anterior  Otros .....
  - Ansiedad al separarse de sus padres al inicio de la escolarización  No  Sí .....
  - Cambios Escolares  No  Sí  Normales  Extraordinarios.....
  - Es una escolarización  Normal  Integrada  Especial  Otras: .....
  - Rendimiento Escolar  Bueno  Regular  Malo .....
  - Problemas académicos  No  Sí  Comportamentales .....
  - De rendimiento.....
- Enfermedades previas:  No  Sí
  - Físicas:  No  Sí .....
  - Psíquicas:  Mismo MC  Otro:.....  No Tratado  Tratado.....
- Ingresos:  No  Sí .....
- Operaciones:  No  Sí .....
- ¿Estudio neurológico previo?:  No  Sí .....
- Visión:  Normal  Anómala:.....
- Audición:  Normal  Anómala:.....
- Menarquia:  No  Sí Edad:..... Irregular  No  Sí .....

### ANTECEDENTES FAMILIARES.

- Estado civil de los padres:  Casados Su relación es:  Buena  Regular .....  Mala .....  
 Separados Su relación es:  Buena  Regular .....  Mala .....  
 Custodia y visitas:.....  
 Reacción del niño/a:.....  
 Monoparental  V  M  
 Viudo/a .....  
 (Especificar si es adoptado  No  Sí Afronta  Bien  Regular .....  Mal.....  
 Edad de adopción:..... Otros datos.....)  
 - ¿Cambios de lugar de residencia?:  No  Sí N° veces..... ¿de país?  No  Sí .....  
 - Separación temporal del núcleo familiar  No  Sí.....  
 - Tiempo..... Cuidador durante ese periodo :.....  
 - Repercusión en el niño/a:  Ninguna  Poca  Bastante  Mucha.....  
 - Ambiente familiar actual:  Ajustado  No ajustado.....  
 -¿Qué otras personas viven en el domicilio? .....  
 - Estructura familiar:  
 Hermanos: n°:..... ¿Gemelo?  No  Sí ..... N° de orden en la fratria:.....  
 Nombres y edad:.....  
 Relación con ellos:  Buena  Regular .....  Mala.....  
 Consulta psiquiátrica o psicológica previa de la fratria:  No  Sí.....  
 Padre/Madre/Tutor: Nombre:..... Edad..... Estudios.....  
 Situación laboral:..... Consultas psiquiátricas:  No  Sí.....  
 Padre/Madre/Tutor: Nombre:..... Edad..... Estudios.....  
 Situación laboral:..... Consultas psiquiátricas:  No  Sí.....  
 - ¿Existencia de malos tratos?:  No  Sí .....  
 - Fallecidos y causa del fallecimiento:.....  
 Reacción del niño:  Ajustada  No ajustada .....  
 - Acontecimientos estresantes o traumas: .....  
 Reacción del niño:  Ajustada  No ajustada .....

### EXPLORACIÓN CLÍNICA

1. Se considera de:

Los más listos  Los del medio  Los menos listos  Dubitativo  
 .....  
 Los más alegres  Los del medio  Los menos alegres  Dubitativo  
 .....  
 Los más deportistas  Los del medio  Los menos deportistas  Dubitativo  
 .....

2. ¿Sabe el motivo de consulta?  No  Sí .....  
 3.- Gustos y aficiones:.....  
 (Especificar si son restrictivos o estereotipados:  No  Sí .....)  
 4. Red social de iguales:  
 a) ¿Tiene amigos?  No  Sí .....  
 b) ¿Hay algún compañero que le trata mal?  No  Sí .....  
 (Especificar si acoso.....)  
 c) Se lleva bien con todos.  Sí  No .....

**5. Dibujo de la familia.**

Descripción:

5.1 ¿Todos son felices?  No  Sí, todos por igual  
 Más feliz:.....  
 Menos feliz:.....

5.2 ¿Todos son buenos?  No  Sí, todos por igual  
 Más bueno:.....  
 Menos bueno:.....

5.3 ¿Quién hubiera hecho una trastada? .....  
 ¿Qué trastada?.....  
 ¿Qué le ocurriría por ello?.....

5.4. ¿Irian todos juntos de viaje?  Sí  No Se quedaría.....

6. Llora:  No  Sí

7. Pensamientos negativos:  No  Sí  
 - de sí mismo.....  
 - de la vida.....  
 - de su cuerpo.....

8. ¿Qué quiere ser de mayor?.....

9. Tres deseos que tenga: ..... Se evalúa escritura:

Bien  Regular .....  Bien  Regular  Mal  
 10. Serie de números inversa:  3 cifras  4 cifras  5 cifras  6 cifras o más  
 Bien  Regular .....  Bien  Regular  Mal

11. Lectura y comprensión lectora.  
 Bien  Regular .....  Bien  Regular  Mal

12. EMTDAH-AF:	PT. Impulsividad	PT. TDAH inatención	PT. TDAH hiperactividad
----------------	------------------	---------------------	-------------------------

13. Valoración del psiquiatra:

- Se encuentra afectado/a a nivel funcional:  No  Sí  
 Observaciones:.....
- Se encuentra preocupado/a:  No  Sí  
 Observaciones: .....
- Se encuentra nervioso/a o inquieto:  No  Sí  
 Observaciones: .....
- Se muestra motivado/a para mejorar:  No  Sí  
 Observaciones: .....

**14. Pruebas a valorar para otros posibles diagnósticos.**

	Prueba administrada	Puntuación
Ansiedad y estrés	STAIC	
Conductas obsesivas	LOI-CV	
Otros		

15. Observaciones finales Exploración Clínica:

.....  
.....

**PRUEBAS SOLICITADAS**

- a) Psicológicas:.....
- b) Médicas: .....

**DIAGNÓSTICO**

- Eje I:.....
- Eje II:.....
- Eje III:.....
- Eje IV:.....
- Eje V:.....

- Solicitud de Informe Escolar:  Sí  No  
     Otros informes solicitados .....
- Derivación u orientación a otros Servicios:  No  Sí.....

**TRATAMIENTOS**

- o Fármacos (fechas y dosis):.....
- o Psicoterapia (tipo):.....
- o Servicios Sociales:.....
- o CAF.....
- o CAI.....
- o Unidad de adolescentes.....
- o Volante para urgencias.....
- o Neurología Infantil.....
- o Otros:.....

Informe de alta:  Sí Fecha:.....  No

**COORDINACIÓN ESCOLAR**

Resultados del informe escolar: .....

<b>EMTDAH-AE:</b>	PT. Impulsividad	PT. TDAH inatención	PT. TDAH hiperactividad
-------------------	------------------	---------------------	-------------------------

Citas de coordinación: .....

**OBSERVACIONES GLOBALES DEL CASO**

.....  
.....

**ANEXO 2: Modelo de protocolo de informe escolar.  
Número registral 16/2015/4962. Dr. José Luis Jiménez Hernández.**

**Anexo 2: Modelo de protocolo de informe escolar.  
Número registral 16/2015/4962. Dr. José Luis Jiménez Hernández.**

**INFORME ESCOLAR EN PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL**

Nombre:.....  
Apellidos:.....  
Colegio:..... Curso:.....  
Edad:.....años

1. ¿Consideran que es un niño/a como los demás compañeros?  
 SÍ  NO.....

2. Dificultades o aspectos en que presenta problemas especiales (por ejemplo: psicomotrices, sensoriales, -vista y oído-, o del lenguaje)  
.....  
.....  
.....

3. Presenta un adecuado aprendizaje en  
Lectura  SÍ  NO  
Escritura  SÍ  NO  
Aritmética  SÍ  NO

Observaciones al respecto: .....  
.....  
.....

4. a) Su nivel de atención es  Alto  Normal  Regular  Bajo  
b) Su interés por aprender es  Alto  Normal  Regular  Bajo  
c) Su nivel de adquisición y asimilación de conceptos es  Alto  Normal  Regular  Bajo

Observaciones:.....  
.....  
.....

5. ¿Está en régimen escolar de integración?  
 NO  SÍ.....  
Por:  
 A Problemas de aculturación  
 B Retraso madurativo o mental  
 C Retraso escolar  
 D Otras causas (especificar.....)

Observaciones:.....  
.....

6. ¿La situación del niño/a está en conocimiento de los Equipos Multiprofesionales Psico-pedagógicos de zona?

NO  SI .....

7. ¿Asiste a clases de apoyo o rehabilitación complementaria?

NO  
 SI

- a) En el mismo Centro Escolar.
- b) En otro Centro (especificar: .....

8. ¿Se observa interés/participación de los padres en resolver las posibles dificultades escolares de su hijo/a?

Mucho  Normal  Poco  Nada

9. ¿Cómo se manifiesta su alumno/a en clase y en el recreo?, ¿Cómo es su comportamiento con los compañeros y con los profesores?

.....  
.....  
.....

10. Observaciones o datos de interés de cualquier tipo a juicio de los profesores:

.....  
.....  
.....

11. Si procede:

Informe del psicólogo escolar: .....

.....

Informe de los Equipos Multiprofesionales Psico-pedagógicos de zona:

.....

.....

Otros Informes: .....

.....

.....

Fdo: (Tutor/a D/ Dña.....)

FECHA:.....