

Herramientas para valorar la ansiedad y la depresión en la consulta de Atención Primaria

P. Sánchez Mascaraque. Centro de Salud Mental de Coslada. Coordinadora del programa de salud mental infantil. Centro de Salud Jaime Vera. Coslada. Madrid.

Resumen

Los trastornos por ansiedad y los trastornos afectivos son motivo de consulta en Atención Primaria. En muchas ocasiones la clínica está enmascarada por síntomas físicos o problemas de conducta. El objetivo de esta ponencia es revisar las herramientas de cribado, diagnóstico y evaluación que permitan una correcta detección de estas patologías en la consulta de pediatría para que niños y adolescentes reciban el diagnóstico y el tratamiento más adecuado. Se revisan escalas, cuestionarios, entrevistas, manuales diagnósticos y tests de cribado precoz. La herramienta más valiosa para valorar la ansiedad y la depresión en la infancia es la historia clínica y la entrevista de orientación psiquiátrica adecuada a la edad del niño e incluyendo siempre el contexto familiar, escolar y social. Se comenta algún caso clínico ilustrativo.

Palabras clave: *Herramientas; Valoración; Ansiedad; Depresión; Infancia; Adolescencia.*

Abstract

Anxiety disorders and affective disorders are a reason for consultation in Primary Care. In many cases the clinical picture is masked by physical symptoms or behavioral problems. The objective of this paper is to review the screening, diagnostic and evaluation tools to allow detection of these pathologies in the pediatric office so that children and adolescents receive the most appropriate diagnosis and treatment. Scales, questionnaires, interviews, diagnostic manuals and early screening tests are reviewed. The most valuable tool to assess anxiety and depression in childhood is the clinical history and the psychiatric counseling interview appropriate to the child's age which should include family, school and social context. An illustrative clinical case is commented.

Key words: *Tools; Assessment; Anxiety; Depression; Childhood; Adolescence.*

Introducción

Los trastornos psiquiátricos en la infancia y la adolescencia constituyen un capítulo importante en la consulta de Atención Primaria. Suelen dividirse en trastornos externalizantes, que son los que se manifiestan como alteraciones conductuales y trastornos internalizantes donde se encuadran los cuadros de ansiedad y afectivos.

Los trastornos por ansiedad en la infancia son el trastorno por ansiedad de separación (TAS), el trastorno por ansiedad generalizada (TAG), las fobias, los ataques de pánico, la agorafobia y el mutismo selectivo.

Quedan excluidos en esta revisión el trastorno obsesivo compulsivo que aparece en el DSMV en otro apartado junto al trastorno dismórfico corporal, la tricotilomanía, el trastorno por acumulación y el de excoriación. Tampoco se ha incluido el trastorno por estrés postraumático porque aparece con los trastornos relacionados con traumas y estrés junto a los trastornos del apego.

En los trastornos afectivos solo se hará referencia a la depresión.

El pediatra es fundamental en la valoración de los trastornos psiquiátricos infantiles, es la puerta de entrada a la atención sanitaria, es determinante en la detección precoz y en algo muy importante que es la identificación de factores de riesgo de patología mental en el niño y o su familia. El pediatra de atención

primaria debe detectar signos de alerta psicopatológicos, hacer un diagnóstico de aproximación, tratar algunas patologías y derivar a salud mental las que considere necesario por su especial complejidad.

Hay aspectos específicos en la evaluación en psiquiatría infantil que conviene tener en cuenta:

- Es imprescindible establecer una relación de confianza con el niño y su familia.
- No siempre coincide la preocupación de los padres con la de los niños.
- El nivel evolutivo del niño determina como se hace la evaluación.
- La información debe provenir de diferentes fuentes, el niño, sus padres, el colegio, su pediatra, trabajadores sociales en ocasiones y educadores en niños tutelados.
- No siempre es posible hacer un diagnóstico de certeza, será la evolución la que lo precise.
- Hay que dejar un espacio para entrevistar al niño a solas sobre todo si es un adolescente.

Se van a considerar en esta presentación herramientas en la evaluación diagnóstica:

1. La historia clínica.
2. La exploración psicopatológica.
3. Los manuales diagnósticos, bien sea el DSMV o el CIE 10.
4. Escalas y cuestionarios.
5. Entrevistas estructuradas o semiestructuradas.
6. Las guías clínicas.
7. Instrumentos de cribado.

Se ilustrarán los diagnósticos con algún caso clínico.

Herramientas básicas en la evaluación psiquiátrica son la historia clínica y la exploración psicopatológica.

Hay que dejar un espacio para entrevistar al niño a solas sobre todo si es un adolescente

Herramientas básicas en la evaluación psiquiátrica son la historia clínica y la exploración psicopatológica

Historia clínica

- La historia clínica de orientación psiquiátrica debe reflejar la historia evolutiva del problema⁽¹⁾.
- Es importante explorar al niño y su entorno, familia, colegio y amigos.
- Se deben registrar los antecedentes personales, embarazo, parto, periodo neonatal, patrones de alimentación y sueño así como el desarrollo evolutivo y sus desviaciones de la normalidad.
- Hay que preguntar los antecedentes médicos y familiares.
- Conviene explorar la dinámica en la comunicación familiar ya que puede ayudar a entender síntomas inexplicables.
- Se anotarán la exploración física y las pruebas complementarias si las hubiera.
- Se finaliza con la exploración psicopatológica y se emite una impresión diagnóstica.

Exploración psicopatológica

- Descripción del aspecto físico.
- Modo de relación, contacto ocular, mímica, gesto, postura, estereotipias, tics, inquietud, distraibilidad.
- Estado de alerta y orientación.
- Lenguaje.
- Conducta.
- Nivel intelectual.
- Nivel académico. En casos de retraso escolar hay que descartar problemas específicos del aprendizaje como podría ser una dislexia.
- Estado de ánimo y si es depresivo explorar ideación autolítica.
- Patrones de alimentación y sueño.
- Contenido y forma del pensamiento. Alteraciones sensorio-perceptivas.
- Capacidad de juicio.

Manuales diagnósticos de las enfermedades mentales

- DSMV, es el manual americano
- CIE10, es el manual europeo

Ambos con apartados especiales para los trastornos psiquiátricos en la infancia en los que se describen los síntomas necesarios para el diagnóstico de cada patología. En algunos casos los criterios no son los más adecuados para edades pediátricas ya que están diseñados orientados a la edad adulta.

Escalas y cuestionarios

Sirven para cuantificar o precisar un problema ya definido. Son instrumentos de detección de una determinada patología psiquiátrica. Son útiles para el seguimiento de la evolución clínica. Pero por sí solos no confirman un diagnóstico.

El cuestionario más empleado en depresión infantil es el CDI (cuestionario de depresión infantil de Kovacs). Es un cuestionario autoaplicado, consta de 27 preguntas con tres posibles respuestas, 0 es normalidad, 1 cierta intensidad y 2 presencia clara de síntoma depresivo. Con 19 puntos se considera que existe una depresión, y basta con 12 si el niño ya presenta problemas psicológicos.

En los trastornos de ansiedad los cuestionarios más empleados son el STAI estado y STAI rasgo. Evalúan dos conceptos independientes de la ansiedad. La ansiedad como estado, condición emocional transitoria y la ansiedad como rasgo, propensión ansiosa relativamente estable. Consta de 40 ítems, 20 para cada concepto. En los ítems de ansiedad estado se pregunta "ahora mismo, en este momento" y en los de ansiedad rasgo "en general, en la mayoría de las ocasiones". Son escalas autoaplicadas para adolescentes. No existen puntos de corte, las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad.

Existen cuestionarios que evalúan toda la psicopatología infantil. Los de uso más habitual son el CBCL (Child Behavior Checklist de Achenbach) y el SDQ (cuestionario de habilidades y dificultades).

El CBCL consiste en escalas autoaplicadas con distintas versiones para padres, profesores y adolescentes. Evalúan 8 aspectos: ansiedad/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, problemas de conducta y conducta agresiva. Agrupa los síntomas en dos escalas: trastornos externalizante (de conducta) y trastornos internalizantes (emocionales). Este cuestionario es muy empleado en investigación y epidemiología.

El SDQ puede ser de mayor utilidad en pediatría. Se puede administrar a niños de 4 a 16 años. Tiene 25 ítems agrupados en 5 escalas de 5 ítems cada una. Las escalas valoran síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los compañeros y conducta prosocial.

Entrevistas clínicas

1. Abiertas.
2. Estructuradas con preguntas cerradas.
3. Semiestructuradas. La K-SADS es la más empleada de ellas con amplio uso en investigación clínica⁽⁶⁾.

La entrevista Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, present and lifetime version (K_SADS) está basada en el DSMIV. Tiene secciones para entrevistar al niño y secciones para obtener información de los padres sobre su hijo. Permite evaluar a niños entre 6 y 18 años. Se tarda en pasar entre 60 y 90 minutos. Hay una versión española validada y es fácil de descargar en internet. Es necesario un entrenamiento previo.

Guías clínicas

Proporcionan a los profesionales recomendaciones prácticas para abordar la detección, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psiquiátricos y el nivel de evidencia científica en cada caso. Para depresión en la infancia disponemos de una guía clínica española⁽²⁾⁽³⁾.

Tras este breve repaso a algunas herramientas útiles en la evaluación, se describe la clínica de los trastornos de ansiedad y la depresión en la infancia.

Los cuestionarios son útiles para el seguimiento de la evolución clínica. Pero por sí solos no confirman un diagnóstico

Para depresión en la infancia disponemos de una guía clínica española

Trastornos de ansiedad en la infancia

La ansiedad patológica es la que surge sin peligro o amenaza objetivable o con una respuesta desproporcionada en intensidad y duración

La ansiedad aparece de forma fisiológica cuando existe un peligro inmediato o amenaza. Tiene un carácter adaptativo y va ligada a los cambios vitales. Se puede desencadenar por factores externos o internos, recuerdos, imágenes, ideas, deseos. La ansiedad patológica es la que surge sin peligro o amenaza objetivable o con una respuesta desproporcionada en intensidad y duración⁽⁴⁾.

Conceptualmente se puede hablar de varias dimensiones de la ansiedad. Está la ansiedad ligada a acontecimientos vitales, a cambios, es la llamada ansiedad estado. Existe otra dimensión que son los rasgos temperamentales de ansiedad. El temperamento es genético, y hay niños con vulnerabilidad neurobiológica a tener síntomas de ansiedad, ésta es la ansiedad rasgo. Los niños con temperamento ansioso tienen más trastornos por ansiedad. Por último la ansiedad puede aparecer de forma patológica como trastorno de ansiedad.

La ansiedad en la infancia es necesaria para el desarrollo evolutivo del niño, le prepara para afrontar situaciones de cambio o de peligro

La ansiedad en la infancia es necesaria para el desarrollo evolutivo del niño, le prepara para afrontar situaciones de cambio o de peligro. La ansiedad en niños y adolescentes se manifiesta como miedo o preocupación excesiva. Hay miedos evolutivos normales que desaparecen con la edad y hay miedos patológicos que conducen a conductas evitativas que interfieren en la vida del niño.

La ansiedad se puede manifestar con síntomas físicos (neurovegetativos), cognitivos (pensamientos y emociones) y conductuales.

Los síntomas físicos pueden emular multitud de patologías médicas por lo que en su debut es obligado hacer un correcto diagnóstico diferencial. Estos síntomas son inquietud psicomotriz, taquicardia, taquipnea, sensación de falta de aire, sudoración, piloerección, mareo...

Los síntomas cognitivos son el miedo, la preocupación excesiva y los pensamientos obsesivos.

La respuesta conductual en situaciones de peligro puede ser de ataque, huida o inhibición. Los niños ansiosos suelen responder de esta última manera. La inhibición conductual es un rasgo temperamental que aumenta la probabilidad de padecer algún trastorno por ansiedad. El pediatra debe identificar este factor de riesgo en la infancia.

Los estilos parentales educativos hiperexigentes y la sobreprotección familiar también predisponen a la ansiedad.

La herencia genética tiene un importante papel ya que existe un componente hereditario al que se suma la imitación de conductas temerosas.

Como cualquier otro trastorno en la infancia, la clínica de la ansiedad cambia según la edad del niño. Se resumen a continuación los síntomas de la ansiedad según la edad⁽⁵⁾.

Ansiedad en el bebé:

- Llanto.
- Irritabilidad.
- Hipertonía muscular.
- Vómitos.
- Hiperventilación.
- Espasmos de sollozo.

Ansiedad en la edad escolar:

- Miedos.
- Síntomas somáticos: dolor abdominal y cefaleas.
- Irritabilidad.
- Alteración de conducta: inquietud, desobediencia, rabietas.
- Insomnio, pesadillas.
- Rituales.

Ansiedad en la adolescencia:

- Irritabilidad.
- Mareo, dolor torácico.

Los estilos parentales educativos hiperexigentes y la sobreprotección familiar también predisponen a la ansiedad

- Aparecen los miedos sociales.
- Aparecen los síntomas de despersonalización y desrealización.

A continuación se presenta un caso clínico ilustrativo de trastorno de ansiedad.

Motivo de consulta: niño de 9 años de edad derivado a la consulta de psiquiatría infantil por su pediatra porque lo pasa muy mal en el colegio en especial en exámenes y le ven muy angustiado.

Enfermedad actual: Lleva todo el curso con una preocupación excesiva por su rendimiento académico, se agobia con las notas y a pesar de que estudia mucho está convencido de que va a suspender. Tras hacer los deberes necesita repasarlos varias veces. Llega media hora antes al colegio por miedo a llegar tarde. De lunes a viernes suele vomitar todas las mañanas. Tiene miedo a dormir solo, a ir solo al baño y le cuesta mucho conciliar el sueño. En el colegio su conducta es buenísima, nunca se queja por nada, le dan premios a su esfuerzo. En casa está irritable y malhumorado. Su madre informa de que es un niño muy tímido, parado, precavido, asustadizo, inseguro, muy preocupón, muy sensible al rechazo por otros niños y con una visión pesimista de la vida, no invita a niños a su cumpleaños porque cree que no van a ir. Arrastra problemas de aprendizaje desde siempre, le ha costado el aprendizaje de la lectura y tiene una letra ilegible.

Antecedentes personales: embarazo gemelar, prematuro 32 semanas+3 semanas, 1800gr. Anoxia fetal en el parto con sufrimiento fetal, precisó 20 días en incubadora.

Ha tenido un desarrollo psicomotor lento y problemas de psicomotricidad. A los 3 años le diagnosticaron una hemiparesia derecha con gran alarma en la madre que cree le ha sobreprotegido.

Antecedentes familiares: su madre está en tratamiento por depresión.

Vemos como en este caso clínico se repiten las palabras miedo y preocupación excesiva. Podemos ver los rasgos temperamentales de ansiedad, el posible componente genético y como factores de riesgo sus dificultades de aprendizaje y la sobreprotección familiar. El diagnóstico en este caso es trastorno por ansiedad generalizada.

Trastornos por ansiedad en la infancia

Trastorno por ansiedad de separación

En este trastorno el miedo es excesivo o inadecuado para el nivel de desarrollo del niño concerniente a la separación de sus figuras de apego, puesto de manifiesto en al menos 3 de las siguientes circunstancias:

- Malestar al separarse de su hogar o figuras de apego.
- Preocupación por su posible pérdida.
- Preocupación por si les pasa algún acontecimiento adverso.
- Resistencia a salir lejos de casa: colegio, cumpleaños.
- Miedo a estar solos.
- Rechazo a dormir fuera de casa.
- Síntomas físicos ante la separación.
- Duración al menos de 4 semanas.

Trastorno por ansiedad generalizada

- Preocupación exagerada ante la vida en general.
- Múltiples miedos sin base real que afectan a diversas facetas de la vida.
- La ansiedad se manifiesta ante situaciones presentes, pasadas y posibles acontecimientos futuros.
- Este afrontamiento ansioso de la realidad se acompaña de un sentimiento de inseguridad e ineptitud.
- Son comunes las quejas somáticas.
- Estado permanente de nerviosismo y tensión.

Fobia simple

- Miedo irreprimible, persistente y difícil de vencer ante un estímulo o situación en concreto y que solo aparece en presencia de ese estímulo.

- Ese miedo se ve como irracional aunque en los niños no siempre es así.
- Debe producir un intenso malestar y limitar el desarrollo de una vida normal.

Fobia social

- Miedo, ansiedad intensa ante situaciones sociales en las que la persona se expone al escrutinio por parte de otros.
- La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por parte de los demás.
- La edad media de aparición son los 13 años.
- Aparecen conductas evitativas: ante reuniones sociales, hablar o comer en público.
- Rubor, sudoración, temblor, tartamudez y sentimientos de ridículo en situaciones sociales.

Mutismo selectivo

- Fracaso constante de hablar en público en situaciones sociales específicas, en las que existe expectativa por hablar, a pesar de hacerlo en otras situaciones.
- La alteración interfiere en los logros educativos o en la comunicación social.
- Debe durar al menos un mes.

Ataque de pánico

- Ataque imprevisto de miedo o malestar en minutos y con al menos 4 de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor, dificultad para respirar, mareo, escalofríos, calor, parestesias, sensación de ahogo, dolor torácico, náuseas, dolor abdominal, despersonalización, desrealización, miedo a perder el control, a morir.
- Al menos uno de los ataques se ha seguido de un mes o más de preocupación acerca de tener otro ataque o conductas evitativas en relación a los ataques.

Agorafobia

Miedo al menos a dos de las siguientes circunstancias:

- Uso del transporte público.
- Estar en espacios abiertos.
- Estar en sitios cerrados.
- Hacer cola o estar en medio de una multitud.
- Estar solo fuera de casa.
- Se evitan estas situaciones por miedo a no poder escapar o recibir ayuda si se tiene un ataque.
- Debe durar al menos seis meses.

Son todos ellos criterios DSMV⁽⁶⁾.

Para acabar con el capítulo de los trastornos de ansiedad, se puede resumir que la detección precoz se podría hacer con palabras clave: miedo, preocupación y conductas evitativas teniendo en cuenta que para ser un trastorno deben causar un deterioro significativo en la vida personal, familiar, escolar o social. La identificación de factores de riesgo ayudará a su detección, siendo estos los antecedentes personales de ansiedad (un niño que ha tenido un trastorno por ansiedad tiene riesgo de volver a tener el mismo u otro) en los antecedentes familiares de ansiedad, la presencia de acontecimientos vitales estresantes, ser chica, tener una enfermedad médica crónica y la inhibición del comportamiento.

Depresión en la infancia y la adolescencia

La depresión es un trastorno del ánimo constituido por síntomas afectivos, cognitivos y físicos. La depresión en la infancia se diagnostica con los mismos criterios que en la edad adulta lo cual reviste algunos inconvenientes ya que la depresión infantil tiene algunas particularidades⁽⁷⁾. Se estima que más del 70%⁽²⁾ de los niños y adolescentes con depresión no son diagnosticados. En parte porque las

Se puede resumir que la detección precoz se podría hacer con palabras clave: miedo, preocupación y conductas evitativas teniendo en cuenta que para ser un trastorno deben causar un deterioro significativo en la vida personal, familiar, escolar o social

Se estima que más del 70% de los niños y adolescentes con depresión no son diagnosticados

manifestaciones clínicas son distintas que en la edad adulta. Contribuye también el hecho de que los niños tienen más dificultades para expresar verbalmente su tristeza y emociones. Por otra parte a muchos padres les cuesta creer que un niño pueda tener una depresión. Por estos motivos es necesaria la formación de los profesionales sanitarios en su evaluación.

En la siguiente tabla se resumen los criterios diagnósticos de depresión del DSMV. Deben darse cinco de los siguientes síntomas y persistir dos semanas e implicar un cambio sustancial respecto al estado anterior (uno de los síntomas debe ser ánimo deprimido o pérdida de interés):

- Ánimo deprimido habitual (tristeza, desánimo, desesperanza); en los niños irritabilidad.
- Pérdida de interés por las actividades diarias.
- Pérdida significativa de peso sin hacer dieta, aumento o disminución del apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Ideas de suicidio, preocupaciones, planes, intentos.
- Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.
- El cuadro clínico no se debe a una enfermedad o al consumo de drogas.
- No hay esquizofrenia o un trastorno esquizoafectivo.
- No hay ni ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Las orientaciones en cuanto al diagnóstico de depresión en la infancia son las siguientes⁽²⁾:

- Entrevista clínica que incluya información del medio familiar y escolar.
- Hay que tener en cuenta que las manifestaciones sintomáticas están marcadas por la edad del niño y que la irritabilidad es más habitual que la tristeza.
- Es importante buscar síntomas depresivos en los niños que presenten factores de riesgo.
- La evaluación debe incluir la evaluación de presencia de comorbilidades, en especial trastorno por ansiedad o conducta.
- Los cuestionarios por sí solos no permiten realizar un diagnóstico. Los más empleados son el CDI ya citado y el BDI (Tabla I).

La irritabilidad aparece como síntoma clave tanto en ansiedad como depresión y otros trastornos en la infancia por lo que su presencia obligue a un diagnóstico diferencial no siempre sencillo⁽⁸⁾⁽⁹⁾.

Las recomendaciones para la evaluación de la depresión en pediatría son⁽²⁾:

- Los pediatras deben tener formación adecuada para valorar aquellos niños y adolescentes con riesgo de depresión.
- Ante un niño o adolescente que ha sufrido un acontecimiento vital estresante, en ausencia de otros factores de riesgo, se recomienda que los profesionales de Atención Primaria realicen un seguimiento y fomenten la normalización de la vida cotidiana.
- En niños con factores de riesgo se debe hacer una búsqueda activa de síntomas depresivos.
- En la evaluación se debe tener en cuenta siempre el contexto familiar y social.
- Siempre hay que explorar ideas de suicidio, abuso de alcohol y drogas y antecedentes de acoso escolar o en redes sociales y maltrato.

Caso clínico ilustrativo de depresión en la adolescencia:

Motivo de consulta: evaluación psiquiátrica tras intento de suicidio.

Enfermedad actual: adolescente de 15 años con intoxicación medicamentosa voluntaria de paracetamol en rangos de toxicidad, lorazepam y alcohol que mezcla con una batidora, ingiere y después se mete en la bañera con intención de quedarse dormida. Lo hace estando sola en su domicilio. Lo había planificado hacía meses, no se lo había dicho a nadie y en la familia no había la más remota sospecha de tal suceso. No se encuentra ningún acontecimiento precipitante.

Antecedentes personales: hace un año perdió unos 15 kg, se descartó trastorno de la conducta alimentaria, tenía sobrepeso y disminuyó la ingesta porque era víctima de bromas crueles por su peso y conductas sugerentes de acoso escolar. Ese año buscando aceptación por sus iguales inicia consumo de alcohol y cannabis y presenta problemas de conducta en el entorno familiar y escolar, absentismo escolar y repetición de curso. En este año la situación había mejorado de forma notable persistiendo solo los malos rendimientos académicos.

Antecedentes familiares: padres separados con importante conflictiva familiar. Una hermana mayor diagnosticada de TDAH desde primaria y en tratamiento farmacológico.

Exploración psicopatológica: triste, inhibida, intensa desesperanza, anhedonia, llanto espontáneo, sentimientos de soledad, culpa y minusvalía desde hacía meses que no había comunicado, tendencia a la devaluación de sí misma, tenía ideación atólica desde hacía dos años.

En este caso podemos retrospectivamente interpretar los problemas de conducta y pérdida de peso que tuvo hace un año como un primer episodio depresivo. Los problemas de aprendizaje que tiene y con un antecedente familiar de TDAH recomiendan descartar que ella también lo tenga. Ante un problema de conducta en un adolescente siempre hay que pensar en la existencia de una posible depresión.

Los principales factores de riesgo en la depresión infantil son:

- Biológicos: genéticos, sexo femenino, edad postpuberal, problemas crónicos de salud.
- Psicológicos: temperamento negativo, pobres habilidades sociales, orientación sexual.
- Familiares: enfermedad mental de los padres, conflictos en las relaciones familiares, estilos educativos negativos, abuso y maltrato de cualquier tipo.

Evaluación de la depresión en la infancia y la adolescencia:

- La principal herramienta es la entrevista clínica.
- La exploración psicopatológica debe valorar la repercusión de los síntomas en el funcionamiento general del paciente y la presencia de comorbilidades ya que son muy habituales⁽¹⁰⁾.
- Evaluar el estado del desarrollo y los antecedentes físicos y psíquicos personales y familiares.
- Hay que evaluar los factores de riesgo y los acontecimientos vitales estresantes.
- Valorar el riesgo de conductas auto y heteroagresivas.
- Pueden ser útiles cuestionarios y entrevistas estructuradas o semiestructuradas.

El cribado en atención primaria permite identificar presentaciones atípicas de la depresión en niños con quejas somáticas o alteraciones conductuales más que tristeza. Puede ser una herramienta para prevenir el riesgo de suicidio ya que la depresión es un importante factor de riesgo.

Se recomienda en la última guía clínica actualizada para depresión mayor, el cuestionario PHQ-2 Patient Health Questionnaire-2:

Durante las últimas semanas con qué frecuencia te han molestado cada uno de los siguientes problemas.

1. Tener poco interés o disfrutar poco haciendo las cosas.
 2. Sentirse desanimado, deprimido o sin esperanza.
- | | |
|---|--------------------------------|
| Nunca = 0 puntos. | Varios días = 1 punto. |
| Más de la mitad de los días = 2 puntos. | Todos o casi todos = 3 puntos. |

>3 tiene una sensibilidad del 74% y especificidad del 75% en el diagnóstico de depresión.

Como resumen de todo lo anteriormente expuesto sobre la valoración de la ansiedad y la depresión en la consulta de atención primaria:

- Los pediatras están en una situación privilegiada para hacerla.
- El miedo y la preocupación excesiva con conductas de evitación orientan a un diagnóstico de trastorno por ansiedad.
- La tristeza puede ser difícil de detectar, la irritabilidad, las quejas somáticas repetidas y los problemas de conducta pueden enmascarar una depresión.
- Es importante saber detectar factores de riesgo.
- La historia clínica es la mejor herramienta para el diagnóstico.

El cribado en atención primaria permite identificar presentaciones atípicas de la depresión en niños con quejas somáticas o alteraciones conductuales más que tristeza

Tablas y figuras

Tabla I. Sintomatología de la depresión según la edad

Edad	Síntomas
Edad preescolar	<ul style="list-style-type: none"> — Irritabilidad — Apatía — Falta de interés — Falta de colaboración con los padres — Mímica y gestos tristes — Crisis de llanto — Anorexia — Trastornos del sueño — Ansiedad por separación
Edad escolar	<ul style="list-style-type: none"> — Expresión triste — Llanto — Hiperactividad o lentitud motriz — Sentimientos de desesperanza — Imagen personal deficiente — Disminución del rendimiento escolar — Dificultades de concentración — Cefaleas, gastralgias — Apatía — Sentimientos de culpa — Ansiedad — Ideación suicida
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none"> — Ánimo deprimido o irritable — Pérdida de interés o placer — Dificultades de concentración — Lentitud o agitación psicomotriz — Cansancio — Anorexia o bulimia — Pérdida de peso — Trastornos del sueño — Sentimientos de inutilidad y desvalimiento — Lentitud de pensamiento — Dificultad de tomar decisiones — Ideas de suicidio — Intentos de suicidio — Consumo de drogas

Tomada de: Mardomingo MJ. *Psiquiatría para padres y educadores. Ciencia y arte*. 2ª ed. Madrid: Narcea, 2008.

Bibliografía

1. Rodríguez Hernández PJ, Lermo Vida L. *Psiquiatría del Niño y del Adolescente. ¿Cómo realizar el diagnóstico? I Curso de Psiquiatría del niño y del adolescente para pediatras*. Editores Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Hernández PJ. *www.ediciones mayo.es*, 2019.p1-19.
2. *Guía de Práctica Clínica sobre la depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Guías de práctica clínica en el SNS. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Edición:2018.*
3. Cárdenas EM, Fera M, Palacios L, De la Peña F. *Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México 2010.*
4. Guerrero Alzola F, Sánchez Mascaraque P. *Trastornos por ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo en la infancia y la adolescencia. I Curso de Psiquiatría del Niño y del Adolescente para pediatras*. Editores Hidalgo Vicario MI, Rodríguez Hernández PJ. *www.ediciones mayo.es*, 2019.p.135-162.
5. Mardomingo Sanz MJ, Gutiérrez Casares JR. *Trastornos de Ansiedad. Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Editorial Médica Panamericana 2010.p.95-110.*
6. *American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición DSMV. Médica panamericana 2014.*
7. Bernaras E, Jaureguizar J, Graigordobil M. *Child and Adolescent Depression: A Review of theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs and Treatment. Front Psychol. 2019; 10:543.*
8. Lee Wiggins J, Briggs Gowan MJ, Estabrook R, Brotman MA, S. Pine D, Leibenluft E, Wakschag LS. *Identifying Clinically significant Irritability in early Childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2018 Mar, 57(3):91-99.*
9. Cornacchio D, Crum KI, Coxe S, Pincus DB, Come JS. *Irritability and Anxiety severity among young with anxiety. J.Am. Acad. Child Teen Psychiatry. 2016 Jan;55(1): 54-61.*
10. Melto TH, Croarkin PE, Strawn JR, McClintock SM. *Comorbid Anxiety and Depressive Symptoms in Children and adolescents: a systematic review and Analysis. J. Psychiatr Pract.2016 Mar,22(2):84-98.*

PREGUNTAS TIPO TEST

1. Para la evaluación Psiquiátrica Infantil, ¿cuál de estas afirmaciones es errónea?:

- a) Es imprescindible establecer una relación de confianza con el niño y su familia.
- b) Siempre coincide la preocupación de los padres con la de los niños.
- c) La información debe provenir de diferentes fuentes, el niño, sus padres, el colegio, su pediatra, trabajadores sociales en ocasiones y educadores en niños tutelados.
- d) No siempre es posible hacer un diagnóstico de certeza, será la evolución la que lo precise.
- e) Hay que dejar un espacio para entrevistar al niño a solas sobre todo si es un adolescente.

2. Respecto a los cuestionarios:

- a) Sirven para cuantificar o precisar un problema ya definido.
- b) Son instrumentos de detección de una determinada patología psiquiátrica.
- c) Son útiles para el seguimiento de la evolución clínica.
- d) Por sí solos no confirman un diagnóstico.
- e) Todas son correctas.

3. ¿Qué síntomas valorarías ante un posible diagnóstico de un adolescente con depresión?

- a) Bajo nivel de ánimo.
- b) Escaso interés por las cosas.
- c) Sentimientos de culpa e inutilidad.
- d) Disminución del apetito.
- e) Todos ellos.

Respuestas en la página 78.e10