

# ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

## DEVELOPMENT AND VALIDATION OF A HISTORY OF MENTAL HEALTH FOR CHILDREN AND ADOLESCENTS

Roxana Vivar<sup>1</sup>

### RESUMEN

En el Perú, no contamos con un instrumento que nos permita registrar los datos necesarios para realizar el estudio de la salud mental en los niños y adolescentes, que haya sido validado por la comunidad científica; por tal motivo, se elaboró la "Historia Clínica de Salud Mental para Niños y adolescentes" y se realizó su validación por juicio de expertos.

Se convocó a cinco psiquiatras de niños con un ejercicio profesional superior a 20 años. La concordancia hallada por el método de Kendall fue: 0,561; por lo tanto, la historia clínica de salud mental para niños y adolescentes esta validada.

\* Psiquiatra de Niños y Adolescentes del INSM "HD-HN"

**Palabras Clave:** Salud mental-niño y adolescente-historia clínica

### SUMMARY

In Peru, we do not have an instrument that allows us to record the necessary data for the study of mental health of children and adolescents, which has been validated by the scientific community. Therefore, it was made the "Mental Health Clinic History for Children and Adolescents" and its validation was performed by expert judgment.

Five child psychiatrists were convened with more than 20 years professional experience. The agreement found by the method of Kendall was: 0.561; so it is considered that "Mental Health Clinic for Children and Adolescents History" is validated.

**KEY WORDS:** Mental health clinic child and teen - history.

La salud mental del niño y la del adolescente dependen tanto de factores genéticos, como del entorno familiar, escolar y social; debido a esto, para comprender con mayor profundidad la enfermedad mental de este grupo etario, es necesario evaluar no solo los síntomas y signos que presentan sino además, el entorno en el que se desarrollan<sup>1,2,3,4</sup>.

El conocimiento integral de la enfermedad mental que padece un niño o adolescente, amerita obtener datos de la reacción del padre y de la madre ante la concepción; de si ocurrieron o no problemas emocionales y físicos en la madre durante el embarazo; de las características del parto y puerperio; de la relación interpersonal, pasada y actual del niño y adolescente con su madre o cuidador primario; de la presencia o ausencia del padre; del nivel socio económico y cultural de los padres; de la secuencia de su desarrollo; del tipo de crianza ejercido por sus cuidadores; de la salud mental de sus padres; de los estresores psicosociales vividos a lo largo de su vida; de la relación interpersonal con sus compañeros de escuela y con sus profesores; de

los pasatiempos e intereses y tiempo que ocupa en ellos; entre otros<sup>2,4,5,6,7,8,9,10,11</sup>.

La psicopatología del niño y del adolescente es diferente a la del adulto; así, los síntomas del episodio depresivo en el niño pueden cursar con enuresis secundaria, incremento de fobias y pataletas, terrores nocturnos y síndrome alucinatorio; mientras que en el adolescente es más evidente la trasgresión a las normas familiares y sociales. Por otro lado, el trastorno de estrés post traumático puede ocurrir por traumas de menor intensidad, que los que originan este trastorno en el adulto y presentar características clínicas distintas como: episodios disociativos, episodios de agitación, terrores nocturnos y regresión del nivel de desarrollo previo. Además, hay trastornos clínicos propios de niños y adolescentes como: el trastorno de ansiedad de separación, mutismo selectivo, alteraciones del vínculo, síndrome de niño maltratado etc.<sup>12,13,14,15</sup>.

En el examen mental del niño y del adolescente se deben evaluar: la psicopatología de acuerdo al nivel de desarrollo, la interacción del niño o

Elaboración y validación de una Historia Clínica de Salud Mental para Niños y Adolescentes

adolescente con el cuidador primario y la del cuidador primario con el niño o adolescente, el tipo de juego (si es un preescolar o un niño con retardo mental), el nivel del desarrollo del lenguaje tanto expresivo como gestual, etc.<sup>16,17,18</sup>.

La Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención Especializada de Niños y Adolescentes (DEIDAE de N y A), del Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN") atiende aproximadamente a 600 pacientes nuevos y realiza más de 5000 atenciones por año<sup>19</sup>, sin embargo, no cuenta con una historia clínica específica para niños y adolescentes, por lo que se emplea la historia clínica utilizada para pacientes mayores de 18 años; en la que no se tienen en cuenta las características propias del desarrollo del niño y adolescente, como: vínculo y temperamento, influencia de la enfermedad mental de los padres, efecto acumulativo del estrés, ni la influencia del ambiente familiar escolar y social, en el desarrollo de la psicopatología del paciente<sup>2,4,6,7,8</sup>.

Es importante tener en consideración, que al no obtener esta información, se tiene un conocimiento incompleto de la enfermedad mental del niño y del adolescente, lo que podría repercutir en la calidad de la atención y dificultar la docencia e investigación de los problemas de salud mental de los niños y adolescentes que son atendidos en el INSM "HD-HN".

La historia clínica es un instrumento fundamental en la atención de pacientes de todas las edades. Es el documento médico legal, que registra en forma ordenada y secuencial los datos de filiación, la descripción de la enfermedad, los antecedentes personales y familiares. Además, la historia clínica permite mejorar la calidad de atención del paciente, proteger sus intereses legales y proporciona información con fines docentes y de investigación. El responsable del registro de los datos en la historia clínica es principalmente el médico<sup>20,21,22</sup>.

Ante la carencia de una historia clínica de salud mental para niños y adolescentes en nuestro país, se diseñó un modelo y se planteó el objetivo de validarla.

## Objetivos

### Objetivo general

Validar una historia clínica de salud mental para niños y adolescentes.

### Objetivo específico

Optimizar la obtención de datos relacionados con la salud mental del niño y adolescente peruano, con el propósito de facilitar la investigación, docencia y atención de estos pacientes.

## Metodología

Estudio: desarrollo y validación de un instrumento.

### Universo de estudio

El 100% de psiquiatras peruanos que ejercen su práctica clínica en niños y adolescentes en el Perú.

### Población y muestra:

De un total de cuarenta y un psiquiatras de Niños y Adolescentes (veinte y ocho con formación académica, ocho con título no escolarizado, cinco docentes del Residentado de Psiquiatría de Niños y Adolescentes de la Universidad Peruana Cayetano Heredia), que laboran en el Perú, se consideró la participación de cinco psiquiatras de niños y adolescentes, con un ejercicio profesional de más de 20 años, para el estudio de la validez de contenido<sup>23</sup>.

### Criterios de Inclusión

Psiquiatra de niños y adolescentes de nacionalidad peruana, con un ejercicio profesional de por lo menos 20 años (jueces).

### Criterios de exclusión

Psiquiatra de niños y adolescentes de nacionalidad peruana, que no acepte participar en el estudio o no reúna los requisitos para ser considerado juez o evaluador.

### Instrumento

La historia clínica de salud mental para niños y adolescentes desarrollada por la autora, es una entrevista semiestructurada, consta de siete

capítulos que permiten realizar una entrevista clínica con la siguiente secuencia:

- i) Filiación
- ii) Anamnesis:
  - Motivo de consulta
  - Episodio actual

Antecedentes generales que incluyen datos del:

Embarazo, parto, periodo post natal, temperamento, vínculo, desarrollo, crianza, escolaridad, sexualidad, pasatiempos e intereses. Consumo de sustancias y tecnología digital, control de impulsos, experiencias negativas a lo largo de la vida.

Antecedentes psiquiátricos personales.  
Enfermedades somáticas actuales y pasadas.  
Antecedentes psiquiátricos familiares.

- iii) Examen Mental. Se evalúan la actitud de la madre frente al niño, la actitud del niño hacia la madre, la interrelación con el entrevistador, el aspecto general y la conducta, las características del juego, el lenguaje, el afecto, el pensamiento, la percepción, las funciones nerviosas superiores y la conciencia de enfermedad.

Además se considerará la realización de dos evaluaciones indirectas (Prueba de los deseos y Test de animales, según el nivel de desarrollo).

- iv) Resumen
- v) Diagnóstico.
- vi) Escalas
- vii) Plan de trabajo y tratamiento
- viii) Evolución y órdenes médicas

## Procedimiento

Luego de la oficialización del proyecto por la Dirección General, Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del INSM "HD-HN", se siguió el Método de Delphi para la obtención del juicio de expertos. Se consideró la participación de cinco jueces (psiquiatras de niños y adolescentes con un ejercicio profesional de por lo menos 20 años).

Se analizaron cinco cuestionarios para evaluar la validez del contenido mediante el coeficiente de concordancia W de Kendall. El número de ítems o preguntas fueron 16 y cada una se evaluó con una escala ordinal definida como: 1, completamente de acuerdo; 2, de acuerdo; 3, ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4, en desacuerdo; 5, completamente en desacuerdo.

Luego de una primera validación, se procedieron a realizar los cambios sugeridos por los jueces. Posteriormente, se reenvió la historia clínica corregida y otro cuestionario a cada uno de los expertos y se realizó el análisis de concordancia final (coeficiente W de Kendall). El paquete estadístico empleado fue SPSS 20<sup>23,24,25</sup>.

## Resultados

Los resultados obtenidos en la primera validez de contenido por juicio de expertos, según el coeficiente W Kendall, figuran en la tabla 1.

**Tabla 1**

Número de jueces	5
W de Kendall	0,482
Chi-Cuadrado	30,835
Grados de Libertad	4
p-valor	0,000

Según los resultados, se concluyó que había concordancia media entre los rangos asignados por los jueces.

En la segunda etapa, se realizó una nueva validez de contenido con el mismo índice. Los resultados aparecen en la tabla 2.

**Tabla 2**

Número de jueces	5
W de Kendall	0,561
Chi-Cuadrado	3,589
Grados de Libertad	4
p-valor	0,000

Se concluyó que había concordancia significativa entre los rangos asignados por los cinco jueces, es decir, hubo consenso en la asignación de puntajes del cuestionario entre los jueces.

## Discusión

El aporte de la presente investigación es la creación y validación de la Historia Clínica de Salud Mental para el Niño y el Adolescente; la misma que facilitará la obtención de mayor información clínica del paciente de estos grupos etarios afectados con una enfermedad mental, la capacitación del médico residente y la investigación clínica. El valor de 0,482 del coeficiente W de Kendall, (concordancia media o moderada) de la primera validación, se incrementó luego de realizar los cambios sugeridos por los jueces; obteniéndose en la segunda validación: 0,561 en el coeficiente W de Kendall, que nos indica que hay concordancia significativa entre los rangos asignados por los cinco jueces. Se considera por lo tanto, que esta historia clínica es válida para ser empleada en niños y adolescentes peruanos con problemas de salud mental.

## Referencias

- 1 Burton PR, Tobin MD, Hopper JL. Key concepts in genetic epidemiology. *Lancet* 2005; 366 (9489): 941-951.
- 2 Costello EJ, Compton SN, Keeler G, Angold A. A relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *JAMA* 2003; 290: 2023-2029.
- 3 Abramovitch R, Corter C, Pepler D, Stanhope L. Sibling and peer interaction: A final follow-up and a comparison. *Child development* 1986; 57 (1): 217-229. doi: 10.2307/1130653.
- 4 Carbonneau R, Eaves LJ, Silverg JL, Simonoff E, Rutter M. Assessment of the environment in twins: Absolute versus differential rating, and relationship with conduct problems. *Psychological Medicine* 2002; 32: 729-741.
- 5 Rutter M, Stevenson J. Developments in child and adolescent psychiatry over the last 50 years. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor AE, Thapar A, editors. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Fifth edition. Madrid: Wiley-Blackwell; 2008.; p. 3-8.
- 6 Maughan B, Rutter M. Development and psychopathology: a life course perspective. *Child and Adolescent psychiatry*. Fifth edition. Madrid: Wiley-Blackwell; 2008. p. 160-181.
- 7 Murray L, Woolgar M, Cooper P, Hipwell A. Cognitive vulnerability to depression in 5 year-old of depressed mother. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2001; 42: 891-899.
- 8 Lopez Soler C. Las reacciones postraumaticas en infancia y adolescencia maltratada. El trauma complejo. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2008; 13 (3): 159-174.
- 9 Wickramaratane PJ, Weissman M. Onset psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998; 37: 933-942.
- 10 Solis-Camara P, Díaz M, Ovando P, Esquivel E, Acosta I, Torres A. La contribución del bienestar subjetivo, las expectativas y la crianza materna en los logros escolares de sus niños y en la valoración de la participación de los padres. *Acta Colombiana de Psicología* 2007; 10 (2): 71-82.
- 11 Felipa, E. Psiquiatría infantil. En: Perales A, editor. *Manual de Psiquiatría "Humberto Rotondo"* 2a. ed. Lima: Fondo Editorial UNMSM; 1998. p. 476-518.
- 12 Dugas, M. Los fundamentos metodológicos y la psicopatología del niño y del adolescente. El modelo de la psicopatología del desarrollo. En: Rodríguez SJ, editor. *Psicopatología del niño y del adolescente*. 2ª ed. Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de Bibliotecas; 1998. p. 107-120.
- 13 Mesa CPJ. La depresión en la adolescencia. En: Universidad de Sevilla, editores. *Avances de salud mental infanto-juvenil*. 1a ed. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1999; p.107-118.
- 14 Van IJzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: a meta-analytic search for normative data. *Journal of consulting and Clinical Psychology*.1996; 64(1): 8-21.
- 15 Battaglia M. 2015 Separation anxiety: at the neurobiological crossroad of adaptation and illness. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Sep;17 (3): 277-285.

- <sup>16</sup> Gilliam WS, Mayes LC. Clinical assessment of infants and toddlers. In: Martin A, Volkmar FR, Lewis M, editors. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive textbook*. Fourth ed. Madrid: Wolters Kluwer/ Lippencott Williams & Wilkins, 2007. p. 309-323.
- <sup>17</sup> Bostic JQ, King RA. Clinical assessment of children and adolescents: Content and structure. In: Martin A, Volkmar FR, Lewis M, editors. *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive textbook*. Fourth ed. Madrid: Wolters Kluwer/ Lippencott Williams & Wilkins; 2007. p. 323-344.
- <sup>18</sup> Ortiz P, Duelo M, Escribano C. La entrevista en salud mental infante juvenil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011 Oct-Dec; 13(52): 645-60.
- <sup>19</sup> Instituto Nacional de Salud mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN"). Compendio estadístico 2013. Lima: INSM "HD-HN".
- <sup>20</sup> Hernandez L.A. *Semiología y Propedéutica clínica: Abordajes clínicos*. Caracas: Dislnlmed; 1999.p. 69-108.
- <sup>21</sup> Cillo A. *Historia Clínica-importancia legal. Entre colegas*. La Plata: Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires; 2012. Disponible en: <http://www.docfoc.com/historiaclinicaimportancialegal>. Acceso: 12 de febrero del 2016
- <sup>22</sup> Rodriguez P, Herreros O. Historia clínica, evaluación y diagnóstico en psiquiatría infantil. 2014. p. 3-11. Disponible en: [http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps\\_inf\\_Historia\\_clinica\\_evaluacion\\_diagnostico.pdf](http://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_Historia_clinica_evaluacion_diagnostico.pdf) Content/ uploads.
- <sup>23</sup> Sieguel S, Castellan N. *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. 4ª ed. México: Trillas; 1995.
- <sup>24</sup> Escobar J, Cuervo Á. Validez de contenido y juicio de expertos: Una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. 2008; 6: 27-36.
- <sup>25</sup> Gordis L. Evaluación de la validez y fiabilidad de las pruebas diagnósticas y de cribado. En: Leon Gordis, editor. *Epidemiología*. 5ª ed. Madrid; 2005. p. 71-94.

### Agradecimientos

---

*A los Psiquiatras de niños y adolescentes (Dr. Jorge Castro Morales, Dr. Juan Carlos Lengua Sánchez, Dra. Zoila Pacheco Armas, Dr. Bernardo Cano y Dr. Luis Matos Retamozo), que en forma desinteresada aceptaron participar en el presente estudio.*

*A la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental "HD-HN", por las facilidades brindadas para el procesamiento estadístico.*



Nro. de H Cl.....

### HISTORIA CLÍNICA DE SALUD MENTAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

#### DATOS DE FILIACIÓN

Nombre del niño o adolescente:

.....

Distrito:.....

Fecha de entrevista..... Lugar de la entrevista: .....

Edad: ( ) Sexo: F ( ) M ( ) Grado de instrucción:.....

Religión:.....

Informante (nombre y relación con el niño)

.....

Personas que viven con el niño:

.....

.....

Si el niño no vive con sus padres biológicos, obtenga información acerca del paradero del padre que no vive en el hogar, tiempo de visitas, historia de divorcio, etc.:

.....

.....

Nombre y edad de los hermanos:

.....

.....

Lugar entre los hermanos ( )

Grado de Instrucción de los padres

Madre.....

Padre.....

Ocupación de los padres

Madre.....

Padre.....

Ingresos familiares en soles

Menor de 750 ( ) 750-1500 ( ) 1501-3000 ( ) Mayor de 3000

**Cuidados de salud** ¿Tiene el niño alguna enfermedad o condiciones por las que recibe o debería recibir cuidado?

(Describir abajo) [p. ej. asma, alergias, diabetes, anemia, etc.) Sí ( ) No ( ) No sabe ( )

Si presenta alguna enfermedad física, señale el nombre y el tratamiento que recibe

.....



Elaboración y validación de una Historia Clínica de Salud Mental para Niños y Adolescentes

**Funciones biológicas**

¿Tiene problemas de sueño	Sí	No
¿Tiene problemas en el apetito?	Sí	No
¿Tiene problemas en la micción?	Sí	No
¿Tiene problemas en la defecación?	Sí	No
Si presenta algún problema, especificar: .....		

**ANTECEDENTES GENERALES**

**EMBARAZO:**

- ¿Fue un embarazo deseado/planificado por la madre? Sí ( ) No ( )
- ¿Fue el embarazo deseado/planificado por el padre? Sí ( ) No ( )
- ¿Cuál fue la reacción de la madre al saberse embarazada? .....
- ¿Cuál fue la reacción del padre al enterarse del embarazo? .....
- ¿Hubo intento de aborto? Sí ( ) No ( )
- ¿Presentó la madre alguna enfermedad médica durante la gestación? Sí ( ) No ( )

**ENTREVISTADOR: SI LA MADRE NO PRESENTÓ ENFERMEDAD MÉDICA DURANTE LA GESTACIÓN, CONTINÚE EVALUANDO USO DE SUSTANCIAS EN EL EMBARAZO(\*)**

Toxoplasmosis	Sí	No
TBC	Sí	No
Varicela	Sí	No
Rubeola	Sí	No
HIV	Sí	No
Herpes Genital	Sí	No
¿Otra enfermedad? Especifique: _____		

\* **¿FUMÓ LA MADRE** en el embarazo Sí ( ) No ( ) **¿Consumió alcohol?** Sí ( ) No ( ) **¿Consumió drogas ilícitas?** Sí ( ) No ( )

Si la respuesta es afirmativa, especifique *edad gestacional, tipo de sustancia y frecuencia*

.....  
La madre tomó medicamentos? Sí ( ) No ( ) No sabe/no recuerda ( )

Si la respuesta es afirmativa, especifique *edad gestacional, nombre del medicamento y dosis.*

.....  
Durante el embarazo, la madre ¿tuvo problemas de relación? Sí ( ) No ( ) No sabe/no recuerda ( )

**ESPECIFIQUE SI FUE CON LA PAREJA, FAMILIARES, COMPAÑEROS DE TRABAJO, U OTROS**

**ENTREVISTADOR: SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR ES AFIRMATIVA, EVALÚE EL ESTADO EMOCIONAL DE LA MADRE DURANTE LA GESTACIÓN:**

\*Estado de ansiedad ( ) Estado depresivo ( ) Otros ( ) Ninguno ( )

Especifique: .....

**PARTO**

El parto fue: eutócico ( ) distócico ( )  
 ¿El parto tuvo características normales? Sí ( ) No ( )

**ENTREVISTADOR: SI EL PARTO FUE NORMAL, CONTINÚE CON EL PERIODO POST -NATAL**

El parto ocurrió: antes de los 7 meses ( ) de 7 - 8 meses ( ) de 8 - 9 meses ( ) Más de 9 meses ( )  
 No sabe ( )  
 El peso del niño al nacer fue: < 2.5K ( ) 2.5 - 3.5K ( ) 3.5 - 4 K ( ) >4K ( ) Desconoce ( )  
 El niño al nacer presentó: Ictericia ( ) Asfixia ( ) Circular del cordón ( ) Ninguno ( ) Otro ( )  
 Desconoce ( ) No recuerda ( )

**PERIODO POST-NATAL**

Presentó el niño algún problema de salud Sí ( ) No ( ) Si lo presentó especifique:  
 .....

Recibió lactancia materna Sí ( ) No ( )  
 Si la respuesta es no, especificar la razón:  
 .....

Si recibió lactancia, señalar el tiempo en meses .....

**VÍNCULO**

Al nacer el niño, la madre reaccionó con: Indiferencia ( ) Rechazo ( ) Afecto ( ) Resignación ( )  
 Al nacer el niño, el padre reaccionó con: Indiferencia ( ) Rechazo ( ) Afecto ( ) Resignación ( )  
 Durante el 1er año el niño fue atendido especialmente por: La madre ( ) El padre ( ) Familiar ( ) Otros ( )  
 ¿Durante el primer año, la madre o cuidador principal, dejaban llorar al niño para que no se acostumbre a brazos o se haga más fuerte? Sí ( ) No ( )  
 ¿El niño y su madre (o cuidador principal) tenían momentos en que se miraban a los ojos? Sí ( ) No ( )  
 ¿Hubo cambio de cuidadores principales cuando el niño tenía entre 1 a 3 años? No ( ) 1 vez ( )  
 2 veces ( ) 3 o más veces ( )  
 Antes de cumplir cinco años, en períodos de cansancio, enfermedad o estrés, el niño/a buscaba apoyo en:  
 Madre ( ) Padre ( ) Familiar ( ) Otro ( )

**ENTREVISTADOR: DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN PREVIA SEÑALE EL TIPO DE VÍNCULO DEL PACIENTE**

Vínculo seguro ( ) vínculo inseguro ( )

Elaboración y validación de una Historia Clínica de Salud Mental para Niños y Adolescentes

**TEMPERAMENTO (Especialmente para pre escolar)**

<b>1. Nivel de actividad motora</b>	Muy activo	Moderadamente activo	Tranquilo
<b>2. Ritmicidad</b> (regularidad en las funciones biológicas a) ¿Son predecibles sus horas de sueño?	Siempre	Casi siempre	Nunca
b) ¿Suele alimentarse en el mismo horario?	Siempre	Casi siempre	Nunca
c) ¿Es posible conocer su horario de micción y defecación?	Siempre	Casi siempre	Nunca
<b>3. Aproximación-evitación</b> (respuestas positivas o negativas ante personas y situaciones nuevas)	Casi siempre se aleja	Observa con temor y luego lo acepta	Lo acepta rápidamente
<b>4. Preponderancia del humor</b>	Suele estar de buen humor la mayor parte del día	Su humor es variable	Suele estar de mal humor la mayor parte del día
<b>5. Intensidad del humor</b> ¿Cómo suelen ser sus emociones?	Muy intensas	Moderadamente intensas	De poca intensidad
<b>6. Tendencia a la distracción frente a un estímulo nuevo</b>	Se distrae fácilmente	En ocasiones se distrae y en otras no	Casi siempre se distrae
<b>7. Grado de persistencia al momento de hacer una tarea difícil</b>	Suele ser muy persistente hasta terminarla	Moderadamente persistente	Se frustra con facilidad y abandona la tarea
<b>8. Umbral sensorial</b> (Nivel de intensidad de estimulación que necesita para provocar una respuesta)	Muy sensible ante cualquier estímulo	Moderadamente sensible	No es fácil perturbarlo
<b>9. Adaptabilidad a los cambios</b>	Se adapta fácilmente	Tiene dificultad inicial, pero luego se adapta	Le cuesta mucho adaptarse

**ENTREVISTADOR: DE ACUERDO A LAS CARACTERÍSTICAS HALLADAS ¿CUÁL ES EL TIPO DE TEMPERAMENTO DEL NIÑO/A?**

Temperamento: Fácil ( )    temperamento difícil ( )    de lenta adaptación ( )    No especificado ( )

**DESARROLLO**

**ENTREVISTADOR: SI EL NIÑO HA PRESENTADO ALGUNA ALTERACIÓN EN EL DESARROLLO CONTINÚE...**

**SI EL NIÑO NO PRESENTÓ ALTERACIÓN PASE A ESCOLARIDAD.**

**DESARROLLO PSICOMOTOR:** ¿Ha tenido desarrollo psicomotor normal?    Sí ( )    No ( )

**SI HAY ALTERACIÓN CONTINÚE CON EL CUESTIONARIO:**

meses	Al mes	2-3 meses	4-6 meses	7-12 meses	13-15 meses	16-24 meses	Aún no lo hace	No recuerda	Observaciones
¿A qué edad sostuvo la cabeza?									
¿A qué edad cogió un juguete?									
¿A qué edad se sentó solo?									
¿A qué edad se paró?									
¿A qué edad caminó?									
¿Desde qué edad sube escaleras?									
¿Presentó Hipotonía? Sí ( ) No ( )	¿Presentó Hipertonía? Sí ( ) No ( )	¿Presentó Tics motores? Sí ( ) No ( )		¿Presentó Dispraxias? Sí ( ) No ( )		¿Presentó otras alteraciones? Especifique: .....			

**DESARROLLO DEL LENGUAJE:** ¿Ha tenido desarrollo de lenguaje normal? Sí ( ) No ( )

**SI ES DESARROLLO DEL LENGUAJE NO ES NORMAL CONTINÚE CON EL CUESTIONARIO**

meses	6-9 m	10-12 m	13-14 m	15-17 m	18-24 m	25-36 m	más de 36 m	Aún no lo hace	No recuerda	Observaciones
¿A qué edad expresó sílabas?										
¿A qué edad dijo sus primeras palabras?										
¿A qué edad empezó a usar frases?										
¿Desde qué edad usa oraciones?										
¿Presentó dislalia? Sí ( ) No ( )	¿Presentó tics vocales? Sí ( ) No ( )	¿Presentó disfemia? Sí ( ) No ( )		¿Presentó mutismo selectivo? Sí ( ) No ( )			Presentó otras alteraciones? Especifique: ..... .....			

**DESARROLLO SOCIAL:** ¿Ha presentado alteraciones en el desarrollo social? Sí ( ) No ( )

Elaboración y validación de una Historia Clínica de Salud Mental para Niños y Adolescentes

**ENTREVISTADOR: SI EL DESARROLLO SOCIAL NO ES NORMAL CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO**

meses	1-3 M	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-24	25-30	31-36	Aún no lo hace	No recuerda
¿A qué edad sonrió?											
¿A qué edad se angustiaba ante un extraño?											
¿A qué edad empezó a jugar a las escondidas con la madre?											
¿A qué edad empezó a imitar gestos?											
¿A qué edad ofreció un juguete?											
¿A qué edad empezó a imitar tareas de la casa?											
¿¿Desde qué edad se interesa por compartir juegos u otras actividades con pares?											
¿Desde qué edad involucra a otros en lo que le interesa?											
<b>EN CASO DE ESCOLARES Y ADOLESCENTES</b>				¿Entiende bromas o chistes en doble sentido? Sí ( ) No ( )	¿Es capaz de ponerse en el lugar de otros? Sí ( ) No ( )	¿Es demasiado ingenuo? Sí ( ) No ( )	¿Tiene un mejor amigo? Sí ( ) No ( )	¿Tiene un Grupo de amigos? Sí ( ) No ( )			

**CONTROL DE ESFÍNTERES**

¿El niño o adolescente ha controlado esfínteres vesical y anal a edad normal? Sí ( ) No ( )

**EVALUADOR: SI EL DESARROLLO DEL CONTROL DE ESFÍNTERES HA SIDO ANORMAL CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO**

meses	12-18	19-24	25-36	37-48	49-60	+ de 61	Aún no lo hace	No sabe	No recuerda
¿A qué edad controló el esfínter vesical?									
¿A qué edad controló el esfínter anal?									
¿Presenta enuresis primaria? Sí ( ) No ( )	¿Presenta enuresis Secundaria? Sí ( ) No ( )			¿Presenta enuresis Diurna? Sí ( ) No ( )			¿Presenta encopresis? Sí ( ) No ( )		

**\*ESCOLARIDAD:**

Actualmente, asiste a la escuela. Sí ( ) No ( )

Si es no, indique la razón:

.....

Su rendimiento escolar el **último año** es: Muy bueno ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )  
 Su comportamiento en la escuela, el **último año** es: Muy bueno ( ) Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )

Ha repetido año: Nunca ( ) Una vez ( ) Dos veces ( ) Más de 2 veces ( )

**SEXUALIDAD**

**Preguntas a los padres**

Su hijo/a se siente a gusto y actúa en relación a su género?. Sí ( ) No ( )

Si la respuesta es no, Especifique:

.....

Su hijo/a presenta conductas sexuales diferentes o llamativas: Sí ( ) No ( )

Si la respuesta es sí Especifique:

.....

¿Habla con su hijo/a de temas sexuales? Sí ( ) No ( )

**En el caso de adolescentes**

Preguntas al paciente

¿Has tenido o tienes enamorada(o)? Sí ( ) No ( )

¿Has tenido o tienes relaciones sexuales? Sí ( ) No ( )

¿Si has tenido relaciones sexuales, éstas han sido: Heterosexuales ( ) Homosexuales ( )

Si es adolescente mujer

Fecha de última regla

.....

¿Alguna vez has estado embarazada? Sí ( ) No ( )

¿Te han realizado algún aborto? Sí ( ) No ( )

**HOBBIES E INTERESES**

Señalar los más importantes para el niño o adolescente:

.....

.....

Señalar el tiempo que el niño/ adolescente emplea en ese (os) hobby/s

.....

.....

.....

**USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TECNOLOGÍA DIGITAL SEGÚN LOS PADRES**

SEGÚN EL PADRE	ALCOHOL	NICOTINA	MARIHUANA	COCAÍNA	JUEGOS Y CONECTIVIDAD TECNOLÓGICA	OTROS
Edad de inicio						
Máximo uso de consumo/semana						
Tiempo de consumo en meses						
Periodo de abstinencia						

Observaciones: .....

Elaboración y validación de una Historia Clínica de Salud Mental para Niños y Adolescentes

**USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y TECNOLOGIA DIGITAL SEGÚN LOS ADOLESCENTES**

SEGÚN EL ADOLESCENTE	ALCOHOL	NICOTINA	MARIHUANA	COCAÍNA	JUEGOS Y CONECTIVIDAD TECNOLÓGICA	OTROS
Edad de inicio						
Máximo uso de consumo/semana						
Tiempo de consumo en meses						
Periodo de abstinencia						

Observaciones: .....

**EXPERIENCIAS NEGATIVAS VIVIDAS A LO LARGO DE LA VIDA**

**\*Maltrato infantil**

¿Sufrió abuso físico? Sí ( ) No ( )    ¿Sufrió abandono? Sí ( ) No ( )    Sufrió abuso emocional    Sí ( ) No ( )

**ENTREVISTADOR: SI EL NIÑO SUFRIÓ ESTOS TIPOS DE ABUSO, CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO.**

**SI EL NIÑO NO SUFRIÓ ESTOS ABUSOS CONTINUAR CON ABUSO SEXUAL.**

¿Quiénes abusaron física o emocionalmente del niño?

.....

¿A qué edad se inició el abuso físico, emocional y/o abandono? (en años) .....

¿Cuánto tiempo duró? (en años) .....

¿Continúa hasta la actualidad? Sí ( ) No ( )

**\*Abuso Sexual**

¿Sufrió abuso sexual? Sí ( ) No ( )

**ENTREVISTADOR: SI EL NIÑO FUE ABUSADO SEXUALMENTE CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO**

**SI EL NIÑO NO SUFRIÓ ABUSO SEXUAL, EVALUE BULLYING**

¿Quién o quiénes abusaron sexualmente del niño/a?.....

¿Ocurrió más de una vez? Sí ( ) No ( )

Si ocurrió más de una vez ¿a qué edad se inició? .....

¿Cuánto tiempo duró? .....

Se denunció el abuso sexual a las autoridades    Sí ( )    No ( )

¿Continúa hasta la actualidad? Sí ( ) No ( )

¿Cómo reaccionó la familia ante la revelación? .....

.....

Comentarios.....

**\*Bullying**

¿Participó el niño en algún rol de bullying? Sí ( ) No ( )

**ENTREVISTADOR: SI EL NIÑO PARTICIPÓ EN BULLYING, CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO.**

**SI NO PARTICIPÓ EN BULLYING, CONTINUAR CON VIOLENCIA FAMILIAR.**

¿Fue acosado por pares? Sí ( ) No ( )

Tipo/s de acoso que sufrió:

.....

Edad de inicio del acoso escolar.....

Tiempo de duración del acoso escolar (meses): .....

¿Fue o es acosador? Sí ( ) No ( )

Tipo de acoso que realizó: Verbal ( ) Indirecto ( ) Físico ( ) Sexual ( ) Otros ( )

Tiempo de duración en que acosó a pares (meses) .....

**\*Violencia familiar**

¿Presenció violencia familiar? Sí ( ) No ( )

**ENTREVISTADOR: SI EL NIÑO SUFRIÓ VIOLENCIA FAMILIAR, CONTINÚE CON EL CUESTIONARIO.**

**SI EL NIÑO NO SUFRIÓ VIOLENCIA FAMILIAR, EVALÚE OTRAS EXPERIENCIAS NEGATIVAS.**

Edad del niño al inicio de la violencia familiar:.....

Tiempo de duración de la violencia familiar: .....

¿Continúa hasta la actualidad?:.....

¿Los padres se separaron o divorciaron? Sí ( ) No ( )

Edad del niño/adolescente en la que ocurrió.....

**\* Otras experiencias negativas**

Sufrió catástrofe natural ( ) Fue secuestrado ( ) Presenció la muerte violenta de un familiar cercano ( )

Sufrió enfermedad orgánica grave y/u hospitalizaciones ( ) Sufrió o presenció ataque terrorista ( )

Sufrió la muerte de un padre ( ) Sufrió la muerte de ambos padres ( )

Uno de los padres se halla lejos del niño por viaje y/o trabajo ( )

Los dos padres se hallan lejos del niño por viaje/trabajo ( )

Un padre permanece fuera de casa demasiadas horas ( )

Los dos padres permanecen fuera de casa demasiadas horas ( )

Vivió con un padre con enfermedad mental ( ) Vivió con ambos padres con enfermedad mental ( )

Ha sufrido la muerte de un hermano ( ) Vive con hermano con enfermedad crónica y/o grave ( )

Fue cambiado de colegio y/o domicilio en más de dos oportunidades ( )

Tiene o tuvo problemas legales ( )

Otros ( ) especifique:

.....

Elaboración y validación de una Historia Clínica de Salud Mental para Niños y Adolescentes

Detalle la edad y el periodo de vida al que fue expuesto/a, a las experiencias que más lo han afectado

1. ....  
.....
2. ....  
.....
3. ....  
.....

**ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS PERSONALES**

¿Tuvo el niño/adolescente alguna enfermedad mental previa? Sí ( ) No ( )

Si presentó alguna enfermedad, señalar el nombre: .....

¿Recibió tratamiento? Sí ( ) No ( )

Si recibió tratamiento, señalar el tipo de tratamiento: .....  
.....

**ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES SOMÁTICAS**

¿Alguna vez fue hospitalizado? Sí ( ) No ( )

¿Alguna vez fue intervenido quirúrgicamente? Sí ( ) No ( )

¿Presentó alguna enfermedad física? Sí ( ) No ( )

Si presentó alguna enfermedad física, señalar el nombre: .....

¿Recibió tratamiento médico? Sí ( ) No ( )

Si recibió tratamiento médico, especificar: .....

**ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES**

¿Alguno de los familiares presentó alguna enfermedad mental? Sí ( ) No ( )

Si uno de los familiares presentó alguna enfermedad mental, señalar cuál

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

**EXAMEN FÍSICO**

**Estado General** .....

Peso ..... Talla ..... IMC .....

Pulso ..... PA .....

Señale los hallazgos patológicos:

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

**EXAMEN MENTAL**

**CONDUCTA Y ASPECTO GENERAL DEL NIÑO/A O ADOLESCENTE:**

.....  
.....

**ACTITUD DE LA MADRE, PADRE O TUTOR ACOMPAÑANTE CON EL NIÑO O ADOLESCENTE:**

Cooperador/a Adecuada ( ) Sobre protectora ( ) Rechazo ( ) Indiferente ( )

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

**ACTITUD DEL NIÑO/ADOLESCENTE HACIA LA MADRE O PERSONA ACOMPAÑANTE:**

Adecuada ( ) dependiente ( )

Rechazo ( ) Indiferente ( )

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

**ASPECTO GENERAL Y CONDUCTA:**

¿Se muestra colaborador? Sí ( ) No ( )

¿Presenta hiperactividad? Sí ( ) No ( )

¿Presenta hipo actividad? Sí ( ) No ( )

¿Presenta descuido en su arreglo y/o higiene personal? Sí ( ) No ( )

¿Ingresa al consultorio sin interesarse por el entrevistador? Sí ( ) No ( )

¿Mira a los ojos al entrevistador/a? Sí ( ) No ( )

¿Tiene conducta extravagante? Sí ( ) No ( )

¿Presenta movimientos auto estimulatorios? Sí ( ) No ( )

Elaboración y validación de una Historia Clínica de Salud Mental para Niños y Adolescentes

¿Es opositorista y desafiante? Sí ( ) No ( )

¿Está demandante? Sí ( ) No ( )

¿Tiene conducta agresiva? Sí ( ) No ( )

¿Está agitado? Sí ( ) No ( )

¿Tiene otras alteraciones? Sí ( ) No ( )

Especifique: .....

.....

.....

### **JUEGOS DURANTE LA ENTREVISTA (para preescolares)**

¿Muestra interés por los juguetes del consultorio? Sí ( ) No ( )

Tiene juego simbólico Sí ( ) No ( )

Su juego simbólico es estructurado Sí ( ) No ( )

### **LENGUAJE**

¿Tiene lenguaje verbal? Sí ( ) No ( )

Si presenta lenguaje verbal, sus características son normales? Sí ( ) No ( )

### **ENTREVISTADOR: SI EL NIÑO PRESENTA ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DEL LENGUAJE CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO.**

#### **SI NO PRESENTA ALTERACIONES DEL LENGUAJE EVALÚE PENSAMIENTO**

¿Su entonación es normal? Sí ( ) No ( )

¿El grado de comprensión es normal para su edad? Sí ( ) No ( )

Si presenta alteraciones, especificar:

.....

¿Presenta alteración en la expresión del lenguaje? Sí ( ) No ( )

Si la respuesta es sí, especificar

.....

¿Presenta lentitud en el lenguaje verbal? Sí ( ) No ( )

¿Presenta aceleración del lenguaje? Sí ( ) No ( )

¿Presenta desorganización del lenguaje? Sí ( ) No ( )

Si presenta alguna otra alteración, especificar.

.....

### **\*PENSAMIENTO**

¿Presenta alteraciones del pensamiento?: Sí ( ) No ( )

### **ENTREVISTADOR: SI EL NIÑO PRESENTA ALTERACIONES EN EL PENSAMIENTO CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO.**

#### **SI NO PRESENTA ALTERACIONES EN EL PENSAMIENTO PASAR A EMOCIONES**

Presenta: delusiones ( ) Pensamiento obsesivo ( ) Flash back ( ) Pensamiento Suicida ( )

Pensamiento homicida ( ) Fobia Simple ( ) Fobia a exposición social ( )

Si presenta pensamiento delusional, **¿Qué tipo de delusiones presenta?** .....

.....

.Si presentara ideación o pensamiento suicidas especificar el tipo de pensamiento suicida y si ha realizado intentos suicidas

.....

.....

Si presenta obsesiones, señalar el tipo: .....

.....

Si presenta compulsiones señalar el tipo: .....

.....

Si presenta ideación suicida, Especificar: .....

.....

Si presenta pensamiento homicida, especificar: .....

.....

¿Presenta otro tipo de pensamiento heteroagresivo (diferente al homicida)? Sí ( ) No ( )

Especificar: .....

## EMOCIONES

¿Establece contacto afectivo? Sí ( ) No ( )

¿La expresión de su rostro es triste? Sí ( ) No ( )

¿Esta triste más de dos semanas continuas? Sí ( ) No ( )

¿Ha perdido el interés por las cosas que antes le agradaban? Sí ( ) No ( )

¿Esta irritado/a la mayor parte del tiempo? Sí ( ) No ( )

¿Ha disminuido de peso/aumentado de peso excesivamente? Sí ( ) No ( )

¿Presenta desesperanza? Sí ( ) No ( )

¿Su autoestima es baja? Sí ( ) No ( )

¿Se siente culpable por eventos que no justifican? Sí ( ) No ( )

¿Se muestra eufórico sin causa aparente? Sí ( ) No ( )

¿Se le observa tenso o temeroso? Sí ( ) No ( )

¿Se muestra muy angustiado por separarse del acompañante? Sí ( ) no ( )

¿Presenta hiperhidrosis palmar? Sí ( ) No ( )

¿Presenta alteraciones en sus emociones? Sí ( ) No ( )

Si presenta otras alteraciones, señalar cuales son: .....

.....

## En el caso de pre escolares

¿Está muy irritable? Sí ( ) No ( )

¿Tiene muchas pataletas? Sí ( ) No ( )

¿Ha desarrollado muchos miedos? Sí ( ) No ( )

¿Tiene pesadillas? Sí ( ) No ( )

Tiene otros cambios conductuales? Sí ( ) No ( )

Observaciones: .....

Elaboración y validación de una Historia Clínica de Salud Mental para Niños y Adolescentes

**PERCEPCIÓN:**

¿Presenta alteraciones en la percepción? Sí ( ) No ( )

**ENTREVISTADOR: SI EL NIÑO PRESENTA ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO. SI NO PRESENTA ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN EVALÚE FUNCIONES NERVIOSAS SUPERIORES.**

¿Presenta alucinaciones visuales? Sí ( ) No ( )

¿Presenta alucinaciones auditivas? Sí ( ) No ( )

¿Presenta alucinaciones cenestopáticas? Sí ( ) No ( )

¿Presenta otras alteraciones en la percepción? Sí ( ) No ( )

Si presenta otras alteraciones en la percepción, señalar el tipo:

.....  
.....

**\* FUNCIONES NERVIOSAS SUPERIORES**

¿Tiene problemas en la orientación? Sí ( ) No ( )

Si presenta alteraciones en la orientación, señalarlas.....

¿Presenta alteraciones en la atención? Sí ( ) No ( )

¿Presenta alteraciones en la memoria? Sí ( ) No ( )

En relación a su nivel intelectual: ¿Impresiona nivel promedio? ( ) Superior a lo normal ( ) Inferior a lo normal ( )

¿Presenta alteraciones en sus funciones nerviosas superiores? Sí ( ) No ( )

¿Tiene conciencia de enfermedad? Sí ( ) No ( )

Comentarios generales.....  
.....

**Prueba de los deseos:**

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

**Para niños menores de 10 años (Test Proyectivo)**

Animal (+).....

Animal (-).....

Planta (+).....

Planta (-).....

Objeto (+).....

Objeto (-).....

**RESUMEN**

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

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

**DIAGNÓSTICOS:**

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

**ESCALAS y puntuaciones**

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

**PLAN DE TRABAJO:**

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

**Médico supervisor** (Nombre, firma y sello)

.....

**Médico Residente** (Nombre, firma y sello)

.....