



Pediatría Atención Primaria

ISSN: 1139-7632

revistapap@pap.es

Asociación Española de Pediatría de
Atención Primaria
España

Ortiz Soto, P.; Duelo Marcos, M.; Escribano Ceruelo, E.
La entrevista en salud mental infanto-juvenil (III): la valoración psicopatológica y
estructural del niño
Pediatría Atención Primaria, vol. XVII, núm. 65, enero-marzo, 2015, pp. e69-e82
Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=366638768018>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Colaboración especial

La entrevista en salud mental infanto-juvenil (III): la valoración psicopatológica y estructural del niño

P. Ortiz Soto^a, M. Duelo Marcos^b, E. Escribano Ceruelo^c

Publicado en Internet:
13-marzo-2015

Paloma Ortiz Soto:
portizsoto@hotmail.com

^aPsiquiatra Infantil. Instituto ATTI. Madrid. España • ^bPediatra. CS Las Calesas. Madrid. España
• ^cPediatra. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Resumen

Palabras clave:

- Valoración psicopatológica
- Valoración estructural
- Personalidad
- Niños

El propósito de este trabajo es revisar las claves de la valoración psicopatológica y estructural del niño. Para ello, es fundamental considerar la edad, el sexo y el nivel de desarrollo. El propósito de la valoración psicopatológica incluye determinar si están presentes síntomas psicopatológicos o factores que conlleven riesgo o vulnerabilidad futura. La información recogida incluye: la apariencia física y el desarrollo madurativo, el contacto y el modo de vincularse con el examinador y los padres, la autorregulación, el afecto y el estado de ánimo, el pensamiento, la sensopercepción, el lenguaje y la comunicación, el nivel cognitivo y la adaptación familiar, escolar y social, la evaluación del control de esfínteres, la alimentación y el sueño. La valoración de la estructuración de la personalidad incluye la información sobre las características de su desarrollo y los datos recogidos de la exploración del niño a partir de la entrevista verbal, el juego y otras pruebas psicológicas complementarias.

The psychiatric interview to children and adolescents (III): psychopathological and structural assessment of the child

Abstract

Key words:

- Psychopathological assessment
- Structural assessment personality
- Children

The purpose of this paper is to review the key psychopathological and structural assessment of the child. It is therefore essential to consider age, sex and level of development. The purpose of the psychopathological assessment includes determining whether psychopathological symptoms or risk factors involving present or future vulnerability are present. The information collected includes: physical appearance and maturational development, contact and type of attachment, self-regulation, affection and mood, thought, sensory perception, language and communication, cognitive level and family, school and social adaptation, evaluation of sphincter control, food and sleep. Assessment of personality structure includes information on the characteristics of their development and data collected from the child's exploration from the verbal interview, the children's play and other complementary psychological tests.

INTRODUCCIÓN

Como ya se hizo referencia en el artículo sobre la entrevista en salud mental infanto-juvenil¹ en la valoración psicopatológica del niño hay que considerar la edad, el sexo y su nivel de desarrollo.

En el niño pequeño la información se obtiene a través de los padres y de la observación del niño y cuando adquiera capacidades simbólicas, el dibujo y el juego nos ayudarán en la valoración. A medida que el niño se desarrolla cognitivamente podremos obtener mayor información de la entrevista verbal.

Cómo citar este artículo: Ortiz Soto P, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E. La entrevista en salud mental infanto-juvenil (III): la valoración psicopatológica y estructural del niño. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:e69-e82.

El propósito de la valoración incluye determinar si están presentes síntomas psicopatológicos o factores que conlleven riesgo o vulnerabilidad futura².

Frente a situaciones de estrés es posible que en el niño se den manifestaciones que pueden ceder si existe una respuesta adecuada del ambiente. Estas son³:

- Pérdida de logros evolutivos ya adquiridos (regresiones).
- Interrupciones del desarrollo.
- Dificultades para relacionarse.
- Cambios o inestabilidad en el afecto.
- Síntomas específicos (por ejemplo, trastornos del sueño o miedos agudos).

Sin embargo, otras veces dichas manifestaciones constituyen signos de un trastorno psicopatológico. Un signo de alerta aislado es poco significativo. Tendrá valor cuando se presente de forma persistente o cuando existan varios signos de alerta a la vez. En este momento es preciso intervenir lo antes posible preventivamente y si los signos persisten, iniciar un proceso diagnóstico y terapéutico. Las preocupaciones de los padres sobre el desarrollo también tienen que ser consideradas especialmente.

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

En la exploración psicopatológica se evalúan específicamente los síntomas relacionados con el diagnóstico de diversos trastornos. Cuanto más pequeño es el niño, más difícil es diferenciar aspectos de su desarrollo normal de síntomas psicopatológicos y se debe ser más prudente a la hora de emitir un diagnóstico. Conforme el niño va creciendo, la presencia de otras manifestaciones clínicas ayudará a definir la patología. No obstante, hay que tener presente que las manifestaciones de una misma entidad clínica pueden variar en función de la edad del niño.

La información recogida a lo largo de las entrevistas diagnósticas con los padres y con el niño debe dar respuesta a los siguientes ítems².

Apariencia física y desarrollo madurativo

Observar las características físicas: peso, talla, estado nutricional, nivel madurativo, rasgos dismórficos, diferenciación sexual. Hay que estar atentos a posibles signos de negligencia o maltrato.

Contacto, modo de vincularse con el examinador y los padres

Observar la reacción inicial del niño a la situación de entrevista (si actúa con curiosidad, llora, se muestra excitado, inhibido, confiado, apático, ansioso) y cómo se va adaptando (cuándo y cómo empieza a explorar el entorno) y reaccionando a las transiciones (paso de actividades desestructuradas a estructuradas, al marcharse...).

Hay que estar muy atentos al contacto afectivo (inadecuado, desinhibido, reservado, lábil, con exceso de ansiedad, hostil) y al modo de vincularse con el examinador y con los padres. La interacción con el niño nos muestra su capacidad de relación, a través de su conducta verbal y no verbal (contacto visual, etc.).

La respuesta a la separación y al reencuentro con los padres ayuda a determinar los patrones de apego y puede ser útil dependiendo de la edad del niño y de la naturaleza del problema a explorar². El tipo de vinculación que establece el niño sugiere la existencia de trastornos en los que las alteraciones vinculares juegan un papel fundamental (trastornos del vínculo, determinados trastornos de conducta, de ansiedad).

Autorregulación

Regulación de estado

En el recién nacido y en el niño pequeño observar el estado predominante (sueño, alerta, llanto...), el rango de estados que muestra durante la exploración y los patrones de transición (calmado/abrupto, capacidad de ser tranquilizado y de calmarse por sí mismo, capacidad para estar en un estado de alerta calmada).

Regulación sensorial

Alude a la reacción a sonidos, miradas, contacto físico, etc. La respuesta puede ser de hiper o hiporrespuesta (aislamiento, temor, excitación, agresividad, búsqueda excesiva de un estímulo sensorial particular).

Conductas inusuales

Por ejemplo, llevarse cosas a la boca después del año, hablar exagerando los movimientos de la boca, oler objetos, dar vueltas, aleteos, andar de puntillas, girar objetos, balanceos, verbalizaciones repetitivas, mirar fijamente a la luz...

Nivel de actividad y conductas motoras

Observar el nivel de actividad global (hipo o hiperactividad) y su variabilidad a lo largo de la entrevista, la capacidad de control de impulsos (capacidad de espera, respeto de los turnos, propensión a accidentes...) y la presencia de patrones motores inusuales, como tics y estereotipias (movimientos intencionales, sin finalidad y repetitivos).

La valoración de la psicomotricidad incluye: el control tónico postural (grado de tensión muscular), la coordinación dinámica general (en función de la edad: sentarse, correr, saltar, tirar y coger un balón, montar en bicicleta), la coordinación motora fina (en función de la edad: agarrar y soltar, pasarse un objeto de una mano a otra, utilizar la pinza, garabatear, cortar). Tanto la coordinación motora fina como la visomotora se pueden valorar observando cómo hace puzzles, encaja figuras, se abrocha/desabrocha los botones de la ropa, se ata los zapatos, recorta con tijeras...

Respecto al equilibrio, hay que recordar que no se establece hasta los 6-7 años, igual que la dominancia cerebral (explorar dominancia ojo-mano-pie-oido).

La organización y estructuración espacial precede a la temporal. El espacio se establece aproximadamente a los tres años. En los mayores de cinco años la espacialidad supone el conocimiento de conceptos básicos: arriba, abajo, cerca, lejos, detrás, delante

A partir de los cuatro años el niño empieza a aplicar correctamente conceptos temporales tales como hoy, mañana, ayer, antes, después.

Nivel de atención

Alude a la capacidad de mantener la atención en una actividad o en una interacción. No hay que olvidar que en los niños pequeños la atención está dominada por el entorno, su atención es capturada por cualquier estímulo nuevo. Al ir creciendo, la atención se centra cada vez más en un plan o intención preconcebida. La capacidad de inhibir estímulos irrelevantes se adquiere con el desarrollo, así como el mantenimiento de la atención. En el bebé la valoración incluye fijar y seguir con la mirada a partir del primer mes, atención a sus propias manos y pies y a las caras, duración de la exploración de un objeto con las manos o la boca...

La atención, la concentración y la memoria pueden explorarse de forma informal en los niños pequeños con algunas pruebas sencillas (repetir series cortas de palabras o dígitos, seguimiento de instrucciones, preguntando por cosas que tenga que pensar y recordar, como deletrear palabras. En los niños mayores, el relato de una secuencia (película, cuento...) puede mostrar si sigue una forma lógica, secuencial o aparecen defectos cognitivos.

Es importante valorar el impacto de la desatención en el estudio, ocio y en las relaciones interpersonales.

Comportamiento

Se refiere a la conducta del niño en general y ante determinados estímulos externos. Hay que valorar si la aceptación de límites y normas, la tolerancia a la frustración, el control de impulsos, etc., se van ajustando a las exigencias de las distintas etapas del desarrollo⁴.

La **reacción ante las frustraciones** puede valorarse a través de la capacidad del niño para persistir en una tarea difícil a pesar de no conseguirla, de demorar la reacción de llanto, agresiva, evitativa, etc. Instintivamente el niño tiende a la satisfacción inmediata y progresivamente va adquiriendo capacidad de

control y regulación. La intolerancia a la frustración es característica de un "Yo" inmaduro que no puede postergar la satisfacción.

Explorar las **conductas agresivas** incluye valorar sus modos de expresión, grado de control y preocupación con la agresión, y su presentación dentro y fuera del entorno familiar. Hay que distinguir si la agresión es impulsiva o precedida de una experiencia frustrante.

Los comportamientos agresivos son necesarios en la evolución del niño pues posibilitan su autoafirmación. Es la persistencia en el transcurso del desarrollo lo que señala el valor patológico de dichos comportamientos. En el periodo preescolar las conductas agresivas suelen aparecer como respuesta a una frustración y son normales (oposicionismo, pataletas etc.). La agresividad hacia los padres suele centrarse en conflictos con la comida, el irse a la cama, etc. En el desarrollo normal, a partir de los cuatro años el niño cuenta con recursos verbales para la expresión de la agresividad, por lo que las conductas agresivas se modulan. En relación con los objetos, distinguir entre los destrozos agresivos de juguetes y los destrozos por curiosidad⁵.

Antes de los 5-6 años, el concepto de propiedad personal está poco desarrollado, por lo que no se puede hablar de robos. En niños pequeños, las sustracciones de objetos suelen ser el resultado de un deseo de confortarse a sí mismo por sentimientos de privación.

Respecto a las **mentiras**, antes de los seis años el niño no es capaz de distinguir entre mentira, actividad lúdica y fabulación y es después de los ocho años cuando la mentira adquiere su dimensión intencional. Tienen una significación patológica cuando su uso es persistente. Si se presentan en grado extremo, en forma de invenciones fantásticas (mitomanía), están en relación con carencias afectivas⁶.

En los adolescentes la exploración de la conducta incluye valorar conductas de riesgo en relación con la sexualidad, el consumo de tóxicos y la alimentación. Los trastornos de conducta pueden aparecer en niños con trastornos disociales, pero también en el

contexto de un trastorno por déficit de atención, trastornos ansiosos, depresivos, psicóticos y carencias afectivas. Aunque no todos los trastornos conductuales tienen una significación psicopatológica, sobre todo si aparecen de forma intermitente o aislada, están inscritos en una reacción adaptativa o una crisis evolutiva especialmente en la adolescencia⁷.

Afecto y estado de ánimo

La exploración afectiva del niño no es fácil por las limitaciones del lenguaje y el repliegue como respuesta a muchas emociones como timidez, ansiedad y depresión. El niño no suele expresar verbalmente la tristeza ni al ser preguntado, por lo que habrá que preguntar activamente a los padres por el cortejo sintomático de la depresión y observar al niño (su expresión corporal, actitud, conducta psicomotora, interés por el juego, dibujos) y, si es mayor, podremos obtener información de la entrevista verbal. En la valoración afectiva hay que observar²:

- Modos de expresión: facial, verbal, corporal (tono y posición).
- Rango de emociones expresadas e intensidad.
- Capacidad de respuesta afectiva a la situación, contenido del discurso, juego y compromiso interpersonal.
- Duración del estado emocional.

Depresión

Las depresiones se presentan con características propias en cada etapa evolutiva y con aspectos que las diferencian de las del adulto. La semiología de la depresión en el niño es muy variada, situándose en registros muy distintos: tímido (tristeza, irritabilidad...), del comportamiento (agresividad, irritabilidad, oposicionismo, aunque también puede presentar pasividad y sumisión), somático (cefaleas, etc.) y socio-escolar. La disminución del rendimiento escolar en un niño con funcionamiento previo normal debe poner alerta ante la posible existencia de un cuadro depresivo. Las dificultades

cognitivas (dificultad de concentración, pensamiento enlentecido) y la apatía explicarían la disminución del rendimiento.

La ideación suicida es frecuente en niños deprimidos a partir de los siete años y debe explorarse directamente. Los trastornos del sueño y de alimentación son también frecuentes. Hay que recordar que para evaluar la pérdida de peso es preciso considerar la ausencia de ganancia en función de la edad.

Ansiedad

La ansiedad (afecto penoso asociado a una actitud de espera de un acontecimiento imprevisto experimentado como desagradable) clásicamente se distingue del miedo (asociado a un objeto o situación precisa) y de la angustia (se acompaña de un cortejo de manifestaciones somáticas). La angustia surge cuando la dotación madurativa del individuo no puede responder de forma adecuada a una tensión experimentada como amenazadora, sea de origen interno o externo. Sus manifestaciones son variadas, múltiples y cambiantes⁸.

En la clínica infantil hay que distinguir entre las manifestaciones preverbales de la angustia y aquellas que surgen cuando el niño puede expresar mediante palabras lo que siente. Un bebé separado de la madre o ante un extraño puede mostrar angustia con sus llantos, gritos, hipertonia y agitación. Un bebé cogido por una madre ansiosa con frecuencia se pone tenso (lo que a su vez aumenta la tensión de la madre). Otras manifestaciones de la angustia se expresan preferentemente mediante conductas somáticas (cólico, etc.)⁸. No hay que olvidar que los niños, de forma normal, transitoriamente se pueden defender de la ansiedad con diferentes mecanismos, como la regresión buscando la protección del adulto, la ritualización (por ejemplo, rituales para acostarse) o las somatizaciones (dolores abdominales, cefaleas).

El niño con trastorno generalizado de ansiedad (TGA) (a partir de los cinco años) vive permanentemente tenso y preocupado, con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a ocurrir (es frecuente el temor a que se produzca un

accidente o una enfermedad en el propio niño o en sus familiares). Además, suelen estar presentes el temor a la separación y la exigencia de tener un adulto cerca, signos de labilidad vegetativa, quejas somáticas sin hallazgo orgánico (cefaleas, abdominalgias, vómitos, fatiga) y conductas regresivas (enuresis, demanda de dormir con los padres, etc.) y manipulativas (control de los padres, evitar la escuela). También pueden presentarse conductas obsesivas (verificaciones, rituales), tics, cambios del humor (irritabilidad, tristeza) y miedos específicos, sobre todo a dormirse. Sobre este fondo ansioso pueden sobrevenir ataques de angustia⁸.

Las crisis agudas de angustia o ataques de pánico tienen un inicio espontáneo y paroxístico. El niño se muestra aterrado, sudoroso y se resiste al razonamiento. A menor edad, mayor es el cortejo somático. Con la edad, el niño exterioriza su angustia mediante acciones (crisis de cólera, exigencias insaciables, etc.).

Otras manifestaciones ansiosas son la ansiedad de separación más allá del periodo habitual (de dos a cuatro años) y la asociada a acontecimientos traumáticos⁸.

Conductas fóbicas

Los miedos en el trascurso del crecimiento son muy frecuentes. Entre los 6 y 18 meses aparece el miedo al extraño y a la oscuridad. Son angustias no simbolizadas, puesto que el bebé no es capaz de elaborarlas mentalmente. Al mismo tiempo aparece la ansiedad ante la separación de la madre, que desaparece a los 3-4 años. Entre los dos años y los siete años son frecuentes las fobias a animales, elementos naturales (agua, truenos), personas (barbudos, médicos), personajes míticos (fantasmas, ogros), situaciones nuevas, enfermedades, etc. Son miedos más mentalizados, pues asocian la angustia a una representación simbólica. Estas fobias suelen atenuarse o desaparecer a los 7-8 años. A partir de los ocho años el miedo a la muerte se expresa a veces directamente o bajo la forma de temores hipocondríacos⁶. El medio puede influir mucho en la fijación de los miedos.

En el DSM-4 se distingue entre fobias específicas (objeto o situación), en las que domina la anticipación ansiosa, y fobias sociales, caracterizadas por un miedo irracional y persistente ante situaciones de exposición a la observación atenta del otro (preguntar en clase, hablar delante de extraños, etc.).

Los síntomas obsesivos son similares a los del adulto, aunque infrecuentes antes de los 10-12 años. Los rituales sin embargo son frecuentes en el niño pequeño (típicos al acostarse), son egosintónicos (no le generan malestar significativo), sin lucha ansiosa y suelen desaparecer a los 7-8 años⁸.

Pensamiento

La valoración del pensamiento en el niño también presenta dificultades. Las categorías usuales de trastornos de la forma y contenido casi nunca pueden aplicarse a niños pequeños, ya que predomina el pensamiento en proceso primario y la línea entre fantasía y realidad es todavía borrosa. En el desarrollo normal, la pérdida de las asociaciones y el pensamiento ilógico disminuyen notablemente después de los seis o siete años de edad¹⁰. La persistencia predominante del pensamiento mágico-omnipotente más allá del periodo preescolar se considera patológica, así como la confusión entre fantasía/sueños y realidad. Por tanto, para explorar los trastornos del pensamiento hay que tener en cuenta las características del desarrollo cognitivo.

El pensamiento se explora hablando con el niño. Otras vías de acceso son el juego, el dibujo y la observación de la conducta. En los niños menores de siete años (y cuando existen trastornos del lenguaje) generalmente no vamos a poder identificar un contenido delirante, las alteraciones graves del pensamiento pueden manifestarse a través de conductas extrañas (mirada perdida, merodear sin rumbo, agresividad...) especialmente difíciles de modificar mediante maniobras externas¹¹. Además pueden mostrarse indiferentes a los intentos de aproximación, tanto verbal como gestual, con actitudes de aislamiento, desinterés y falta de empatía. La desorganización conductual fruto del desorden del pensamiento puede confundirse, si no se

explora adecuadamente, con una dispersión atencional lo que puede conducirnos a un diagnóstico erróneo de trastorno por déficit de atención⁴.

A lo largo de toda la infancia y como consecuencia del estado cognitivo menos organizado, los delirios son menos frecuentes y de menor complejidad y sistematización que en el adulto. En los cuadros psicóticos, el contenido del pensamiento se centra en cuestiones concretas y/o preocupación excesiva por conceptos abstractos que no se corresponden con el interés habitual infantil. Los delirios, si aparecen, pocas veces están en un primer plano y generalmente están relacionados con temas de monstruos, fantasmas, etc.¹²⁻¹⁴. A partir de los diez años se hacen más sistematizados y se asemejan en cuanto a su temática a las de adultos (paranoias, somáticos y religiosos), aunque su simplicidad es mayor¹⁵.

Respecto a los trastornos formales del pensamiento, los fenómenos de intervención, bloqueos de pensamiento, pueden presentarse pero son muy difíciles de evaluar en niños pequeños.

La aparición de ideas extrañas, perseverancia, aparente pérdida de las asociaciones, inversión pronominal y ecolalia pueden presentarse en gran variedad de trastornos psiquiátricos (esquizofrenia, depresión psicótica), incluido el trastorno generalizado del desarrollo². Los fenómenos psicóticos en la infancia también pueden aparecer como consecuencia de varias enfermedades médicas, trastornos metabólicos, estados carenciales y en intoxicaciones por drogas y diversos fármacos⁴.

Sensopercepción

Las alucinaciones son mucho más frecuentes en niños que en adultos y al igual que los fenómenos disociativos, van decreciendo con la edad. No obstante, se considera que las alucinaciones son raras en niños menores de seis años¹⁶. Cuando aparecen, generalmente tienden a ser breves y suelen estar en relación con situaciones de ansiedad¹⁷. Con frecuencia son visuales y táctiles y normalmente se inician por la noche. Su pronóstico es relativamente benigno. En los niños más mayores

también pueden ocurrir en ausencia de otros signos de psicosis, pero son más estables y es más común que se asocien a trastornos graves que el los niños pequeños^{12,13,18,19}.

Las alucinaciones que apuntan a un trastorno mental grave son experiencias alucinatorias numerosas, que se presentan de forma persistente durante semanas, con pérdida del juicio de realidad, con resistencia a comunicarlas (sobre todo en niños más mayores) y que forman parte de una agrupación sindrómica (no aparecen de forma aislada)⁴. Cuando aparecen en la esquizofrenia, casi siempre son alucinaciones auditivas de carácter persecutorio o imperativo. También son frecuentes las alucinaciones visuales y cenestésicas.

Las alucinaciones en los niños aparecen, con mucha más frecuencia que en adultos, en cuadros clínicos no psicóticos. Se han descrito alucinaciones auditivas en niños y adolescentes con trastornos de conducta, dificultades adaptativas, situaciones de duelo, síndromes afectivos y ansiedad²⁰. Incluso se admite que pueden aparecer en ausencia de psicopatología^{21,22}.

La presencia de alucinaciones visuales y táctiles sin las correspondientes alucinaciones auditivas son indicadores de organicidad (epilepsia, fármacos como el metilfenidato)²³.

Al igual que señalamos en la exploración del pensamiento, en los niños más pequeños la información proporcionada verbalmente tiene limitaciones obvias, por lo que la presentación de trastornos sensorio-perceptivos en ocasiones se puede inferir por su reacción hacia estos. En los estadios agudos generalmente producen un sentimiento de excitación y pérdida de control, desorganización de la integridad de la conciencia, lo que se traduce en confusión y actitud perpleja y/o en una conducta acorde a esa desorganización. La conducta motora es variable, frecuentemente agitada. En los estadios crónicos, más característicos de la esquizofrenia, el comportamiento del paciente está en función de la temática delirante-alucinatoria⁴.

En los niños hay que distinguir las alucinaciones de otros fenómenos mucho más frecuentes, como

son las imágenes eidéticas, alucinaciones hipnagógicas, imaginación vívida, producciones de la fantasía y amigos imaginarios. También hay que distinguir las alucinaciones de las ideas o pensamientos obsesivos o idiosincráticos¹¹.

Lenguaje y comunicación

Para su valoración hay que explorar²:

- Vocalización y producción del habla: calidad, articulación, ritmo, entonación, volumen.
- Lenguaje receptivo: comprensión del habla que se muestra en la respuesta verbal o conductual por ej. seguimiento de órdenes, señalar en respuesta a preguntas como “dónde está”, comprensión de preposiciones y pronombres. En niños con retrasos del lenguaje hay que estimar la audición (respuesta a sonidos y capacidad de localizar la fuente de los mismos).
- Lenguaje expresivo: observar el nivel de complejidad en relación con la edad. Número de palabras y uso de frases, sobregeneralización (por ejemplo, referirse a todos los animales como “perrito”), uso de pronombres incluyendo inversión pronominal, presencia de ecolalia (inmediata o diferida), verbalizaciones extrañas o inusuales.

En niños preverbales hay que observar la presencia de intentos comunicativos (vocalizaciones, balbuceos, imitación, gestos como negar con la cabeza, señalar) y la eficacia del niño para comunicarse junto a la capacidad del cuidador para entender la comunicación del niño.

La psicopatología del lenguaje, además de los retrasos o detenciones en su desarrollo incluye las dislalias (omisión y sustitución de consonantes), disfemia o tartamudez (repetición explosiva de consonantes y bloqueo de palabras), que es frecuente en el periodo preescolar, y el mutismo selectivo, que más que un síntoma psicopatológico constituye un diagnóstico en sí mismo. Consiste en no hablar nada en determinado ambiente y hacerlo con total normalidad en otro.

Nivel cognitivo

Se evalúa con precisión con test específicos, pero en la entrevista se puede tener una idea aproximada global tanto a través del comportamiento (habilidad para seguir instrucciones, resolución de problemas, capacidad de anticipación de las consecuencias del comportamiento, exploración, curiosidad), de las respuestas verbales, del lenguaje (vocabulario y comprensión), intereses, capacidad de expresión simbólica, de los dibujos (habilidad grafomotora) y del juego²⁴.

En el retraso mental se debe valorar su severidad, la presencia de trastornos psiquiátricos asociados y la calidad de cuidados y educación que recibe.

Dentro de la psicopatología se encuadran los trastornos del aprendizaje, que siguiendo a Manza²⁵ pueden tener su origen en diferentes causas:

- Puramente sociales. No se evidencia alteración de la personalidad.
- Desviación de la norma del desarrollo (ritmo más lento). Personalidad normal.
- Trastornos reactivos o crisis. Personalidad normal.
- Síntoma de un trastorno psicopatológico global: trastorno neurótico, afectivo, psicótico, del carácter y de la personalidad.
- Trastornos específicos del aprendizaje (lectura, escritura, aritmética). Sin alteración global de la personalidad.
- Trastornos orgánicos (sensoriales, neurológicos, otros).
- Trastornos mixtos.

Adaptación familiar, escolar, social

Explorar las relaciones del niño (con padres, hermanos, iguales, figuras adultas representativas, examinador) y su capacidad de ajustar su conducta a la situación en relación con su etapa de desarrollo (aceptación de normas, autocontrol, resolución de situaciones de compromiso).

Observar la relación del niño con sus cuidadores principales incluye el contacto afectivo que se establece. Estaremos atentos al nivel de confort y

relajación que muestra el bebé al ser sostenido en brazos, al ajuste postural. En el preescolar observaremos si puede explorar el entorno en presencia de su cuidador, si se acerca a mostrarle objetos, etc.

A partir de los 6-8 meses los niños normalmente muestran cautela a implicarse en las relaciones con extraños. En los niños pequeños se manifiesta en una conducta observante del examinador mientras permanecen próximos a su cuidador antes de poder implicarse en una relación. También pueden mostrar timidez inicial. Observar si el niño se muestra confiado, excesivamente ansioso, si busca indiscriminadamente atención, si muestra placer ante la aprobación del examinador, si muestra afecto, busca que le conforten, pide y acepta ayuda, coopera, explora, etc.².

También hay que valorar las relaciones con los pares (relaciones conflictivas, mejor amigo, etc.). La valoración relacional incluye la capacidad de establecer en función de la edad, relaciones basadas en el respeto, la empatía y la reciprocidad. La conciencia moral aparece entre los seis y los ocho años. Aunque todavía en este periodo los impulsos de satisfacción personal continúan teniendo mayor importancia en la determinación de la conducta que los principios morales, ya empiezan a observarse signos de un cambio en este sentido²⁶.

Las alteraciones en el ámbito relacional se ven con frecuencia en niños maltratados (temor, hipervigilancia, conductas desafiantes, muestras de afecto y búsqueda de confort restringidas o indiscriminadas).

En la psicopatología de la relación investigaremos la presencia de síntomas sugerentes de trastornos del espectro autista, trastornos psicóticos o rasgos estructurales narcisistas de la personalidad. También hay que tener presente que algunos síntomas clínicos pueden comprometer los patrones de relación (impulsividad excesiva, ansiedad ante situaciones sociales)⁴.

Control de esfínteres

La **enuresis** es la emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (voluntaria o inintencionada)

transcurrida la edad de madurez fisiológica, habitualmente adquirida entre los tres y cuatro años; aunque para el diagnóstico en el DSM se fija la edad en cinco años⁹. Hay que determinar si es primaria o secundaria, nocturna, diurna o mixta, diaria, irregular o intermitente (transitoria con periodos secos). Es frecuente la existencia de historia familiar. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con problemas urológicos y neurológicos.

La **encopresis** es la evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (vestidos, suelo) sea voluntaria o inintencionada. La edad cronológica es de por lo menos cuatro años (aunque habitualmente se controla a los 2-3 años). Puede ser primaria o secundaria (suele aparecer entre los 7-8 años y es más frecuente que la primaria) y puede asociarse a enuresis. También puede ocurrir por estreñimiento e incontinencia por rebosamiento. Suele ser intermitente. Es un síntoma más grave que la enuresis. En los trastornos del control de esfínteres deben valorarse tres ejes: la neurofisiología esfinteriana (un retraso en la maduración fisiológica puede servir de punto de fijación de un conflicto afectivo), el contexto cultural y el eje de relación²⁷.

Alimentación

En la psicopatología de la alimentación se describen **anorexias o hiporexia**: el rechazo alimentario puede ser global o selectivo.

La anorexia esencial precoz del bebé, descartada patología orgánica, puede ser un signo precoz de autismo.

La anorexia del segundo trimestre suele aparecer tras el destete o tras una enfermedad intercurrente que causa una disminución del apetito. Las actitudes de los padres en relación con la regulación del apetito del niño juegan un papel importante en su evolución.

Las anorexias de la segunda infancia siguen muchas veces a una anorexia del segundo semestre, aunque puede aparecer en el segundo o tercer año en un niño sin problemas alimentarios previos. Estas formas pueden responder a ansiedades y fantasías infantiles que hay que explorar y pueden ser

desde miedos a tragar a actitudes oposicionistas o manipuladores que se dejan ver en otras áreas o simplemente malos hábitos mantenidos durante mucho tiempo²⁸.

La anorexia mental propiamente dicha puede aparecer a partir de los nueve años.

Bulimia-hiperfagia. La hiperfagia puede ser consecuencia de un problema emocional o aparecer en niños inmaduros incapaces de tolerar un plazo para una satisfacción. Los episodios bulímicos pueden presentarse en adolescentes anoréxicos o en niños obesos, pero también en niños con diversas estructuras mentales.

Otros comportamientos alimentarios anómalos son: pica, que es la ingesta de sustancias no comestibles después del periodo normal (entre los 4-10 meses), coprofagia (ingestión de excrementos) que puede presentarse en casos de maltrato o en psicosis, potomanía (necesidad imperiosa de beber grandes cantidades de agua u otros líquidos), trastorno de rumiación y vómitos psicógenos²⁹.

Es fundamental determinar si se trata de un trastorno alimentario o de un síntoma alimentario dentro de otro cuadro clínico, ya que el diagnóstico y el pronóstico son muy distintos.

Sueño

Es importante conocer el desarrollo normal de los patrones de sueño para poder distinguir lo normal de lo patológico. Brevemente podemos decir que el niño recién nacido duerme unas 16-17 horas al día sin ritmo circadiano. A los tres meses empieza adquirirlo y a los seis meses el 85% de los niños duermen por la noche. A partir de los seis meses, el niño debe dormir solo en su habitación, sin más ayuda que la compañía inicial para acostarse.

El insomnio precoz refleja siempre una relación inadecuada del bebé y su medio. En los casos leves, con frecuencia es debido a condiciones inadecuadas o mal organizadas (rigidez excesiva en los horarios de comida, exceso en la ración alimentaria, ruidos, etc.). Si se presenta bajo la forma de un insomnio persistente puede ser un reflejo de una

patología grave del niño (trastorno generalizado del desarrollo, etc.).

Las dificultades en la conciliación del sueño, la oposición y los miedos a acostarse y rituales para acostarse se presentan con frecuencia entre los dos y los seis años de edad. Las condiciones externas defectuosas (ruido, cohabitación en el cuarto de los padres, irregularidad excesiva en el horario...), una presión externa inadecuada (rigidez excesiva) o un estado de ansiedad son las causas más frecuentes de dificultades en la conciliación a estas edades. Los despertares nocturnos son muy frecuentes hasta los dos años y van disminuyendo progresivamente.

En las hipersomnias hay que considerar el diagnóstico de narcolepsia y de síndrome de Kleine-Levine.

Respecto a las parasomnias, las pesadillas se presentan con máxima frecuencia a los 5-6 años (valorar si se presentan más de una o dos veces/semana). Los terrores nocturnos aparecen a los 3-4 años hasta los 5-6 años y ocurren dos horas después de acostarse. El sonambulismo se inicia entre los 4-8 años con máxima frecuencia a los 12 años. Los fenómenos hipnagógicos (sensaciones cenestésicas) son frecuentes de los 6 a los 15 años³⁰.

LA VALORACIÓN ESTRUCTURAL

El desarrollo del niño no solo abarca los aspectos físicos de crecimiento y maduración que impulsan la adquisición de las capacidades motrices, cognitivas, etc., sino también todo aquello que permite el surgimiento de la propia identidad, los afectos y su modulación, la instauración de los mecanismos de afrontamiento y defensivos y los patrones de interacción que van constituyendo la estructuración de la personalidad⁴.

La personalidad puede definirse como “el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que son organizados y relativamente estables, y que influyen en sus interacciones y adaptaciones al ambiente intrapsíquico, físico y social”³¹. El DSM-4 define los rasgos de personalidad como patrones persistentes de percepción, relación y

pensamiento acerca del ambiente y de uno mismo, que se exhiben en una amplia variedad de contextos sociales y personales⁹.

La personalidad se va organizando y estructurando desde el nacimiento como fruto de la interacción constante entre el individuo y su ambiente. La calidad y estabilidad de los intercambios relacionales, especialmente en los dos primeros años de vida y el éxito del proceso de diferenciación entre el sujeto y su entorno son claves en el desarrollo de la personalidad. La formación progresiva de la personalidad puede contemplarse como un largo proceso de separación-individualización. La primera infancia y la adolescencia son periodos particularmente determinantes en la estructuración psíquica. Los padres tienen el papel de “Yo auxiliar” y de lo que Freud llamó paraexcitación, protegiendo al niño de traumatismos y excitaciones excesivas gracias a su trabajo de filtro y enlace, dando sentido y coherencia a todo lo que vive el niño³².

Desde el enfoque psicodinámico se describen las instancias de personalidad, que son modelos teóricos destinados a organizar y esquematizar la realidad compleja de la personalidad. Estas son³²:

- **Ello:** representa el polo pulsional, instintivo, enteramente inconsciente. Funciona según el proceso primario, que busca la satisfacción inmediata de los deseos y el aplacamiento de las tensiones.
- **Yo:** nace del Ello por diferenciación progresiva a través del contacto con la realidad a la que debe adaptarse para sobrevivir. Se forma gracias a las introyecciones e identificaciones. Funciona según las leyes del proceso secundario (la satisfacción es aplazada) pero queda en parte inconsciente. Es el asiento de los mecanismos de defensa y está encargado de asegurar el equilibrio psíquico, manteniendo las tensiones a un nivel constante. El Yo trata de contener, organizar y diferir la satisfacción, asegurando el contacto con la realidad y con la tarea de adaptarse a ella o modificarla. Las funciones instrumentales (lenguaje, motricidad, inteligencia) son expresión del funcionamiento yoico.

- **Superyó:** designa la función crítica del aparato psíquico, portadora de consignas morales con respecto al Yo. Su funcionamiento es en gran medida inconsciente. Es el resultado de la interiorización de las prohibiciones de los padres.
- **Ideal del Yo:** modelo al que el Yo debe ajustarse (“debes ser así”). Depende de la imagen que los padres tienen del niño (o al menos de la que este ha percibido).

Las organizaciones de la personalidad siguen modelos de organizaciones tipo. Se aceptan tres grandes organizaciones estructurales: neurótica, psicótica y *borderline*³³.

La personalidad es susceptible de trastornos y desorganizaciones pero la estructura normal posee una disposición flexible y creativa de funciones que tienen un efecto regulador y adaptativo, tanto intrapsíquico como interpersonal.

En el DSM-4 se define el trastorno de la personalidad como un patrón consistente de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo, es generalizado e inflexible, tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a través del tiempo y a lo largo de una amplia variedad de situaciones personales y sociales y conduce a la aflicción y al deterioro⁹. Algunos autores³⁴, sin embargo, no dudan en diagnosticar trastornos de personalidad en la infancia y cada vez es más frecuente que aparezcan estudios describiendo patrones de personalidad duraderos que hacen su aparición al final de la edad preescolar. Estos incluyen patrones de agresividad, estrategias de afrontamiento inflexibles y apego inseguro que llevan a conductas persistentes en la infancia y también a trastornos subsecuentes, tales como depresión, abuso de sustancias y comportamiento antisocial.

La psicopatología estructural, tanto en la evaluación como en la clasificación y el tratamiento, considera la persona como un todo y plenamente individualizada, con un contexto familiar, social y una historia que son únicos³³. En psiquiatría infantil, es muy importante tener presente la exploración

estructural para poder clarificar muchos diagnósticos. En el niño pequeño, puesto que todavía su personalidad está en proceso de estructuración, más que a poder hacer un auténtico diagnóstico estructural, la valoración nos permitirá explorar si el niño se va organizando psíquicamente dentro de la normalidad.

No obstante, la valoración estructural es un tema complejo y su realización requiere una formación especializada, nos limitaremos aquí a dar a conocer algunos de los aspectos principales. La información recogida en las entrevistas con los padres y con el niño aporta al clínico con formación psicodinámica los datos necesarios para dicha valoración.

La evaluación de la personalidad en los niños debe comprender⁴ los siguientes puntos.

Historia clínica y características del desarrollo

El objetivo es identificar indicadores de alto riesgo para el desarrollo de trastornos de la personalidad, como son: sucesos traumáticos como el maltrato, negligencia o inconsistencia de figuras parentales, hipersensibilidad al estrés y a la devaluación, dramatismo y exigencias de atención, perfeccionismo, rigidez, timidez, dificultades de relación, etc.

Resulta útil obtener información de distintas fuentes, ya que las respuestas pueden estar condicionadas por la tolerancia que un determinado medio pueda tener con las conductas del niño⁴.

Entrevista con el niño y observación del juego

Hay que valorar:

- **Identidad del Yo.** Se evalúa la existencia de un concepto integrado de sí mismo, a través del tiempo y de situaciones diferentes, y al mismo tiempo un concepto integrado de personas significativas en la vida del paciente³⁵. Se trata de determinar el grado de diferenciación e integración entre la representación de sí y del otro. Un sí mismo integrado y bien diferenciado del otro supone el reconocimiento de limitaciones y cualidades propias y ajenas. La falta de integración se evidencia en múltiples manifestaciones

como son: escasa tolerancia a la ansiedad, falta de control pulsional, disolución de los límites del Yo, etc.³⁶. La confusión o indistinción entre el sí mismo y el otro expresa dificultad en el proceso de separación-individuación.

- **Juicio de realidad.** Es la capacidad de diferenciarse a sí mismo de lo que no es uno mismo. Incluye distinguir el origen intrapsíquico del externo de los estímulos y mantener empatía con criterios sociales de realidad. El juicio de realidad puede estar alterado, presentando confusión entre deseo y realidad, intrusión repetida de pensamientos y fantasías sin diferenciación del mundo interno y externo e incluso sintomatología delirante y alucinatoria. La evaluación del juicio de realidad permite diferenciar entre la organización limítrofe de la personalidad (en la cual está muy debilitado y puede oscilar perdiéndose y retomándose) y la organización psicótica (donde la prueba de realidad se pierde completamente)³⁵. Hay que observar si la alteración aparece en situaciones de estrés y disminuye con la contención del entorno. En los niños, la capacidad de distinguir ambientes animados de aquellos inanimados es otro criterio de prueba de realidad (por ejemplo los niños pueden introducirse en juegos de fantasía y después dejarlos para continuar con sus actividades cotidianas)⁴. La irrupción del funcionamiento en proceso primario se expresa en trastornos del pensamiento y la simbolización³⁶.
- **Predominio de mecanismos de defensa.** Hay que identificar el tipo de mecanismos utilizados por el Yo para evitar sentir angustia y si son adecuados a la etapa del desarrollo: primitivos (identificación proyectiva, escisión, etc.) o avanzados (represión, desplazamiento, sublimación). Los niños más desorganizados recurren a mecanismos de defensa más primitivos como única forma de luchar contra angustias demasiado intensas.

En la valoración estructural también se evalúan entre otros parámetros las funciones del Yo (inteligencia, el lenguaje y procesos de pensamiento y la psicomotricidad) que pueden estar comprometidas, aun siendo potencialmente normales, en función de la gravedad estructural, las fantasías (escenarios imaginarios) y el tipo de afecto predominantes (alegre, triste, irritable, disfórico, etc.) y sus características de expresión. Es decir, si esta se realiza a través de una actuación explosiva o puede controlarse, demorarse y canalizarse a través del juego, del dibujo, del relato... Los niños "normales" son capaces de vivir afectos intensos y de reconocer verbalmente los afectos y representarlos sin necesidad de actuarlos. En los niños más graves las pulsiones agresivas son muy intensas y no se pueden simbolizar^{33,36}.

Evaluación psicológica

La exploración anterior se puede complementar con pruebas psicológicas específicas que permiten explorar aspectos cognitivos, afectivos, interpersonales e ideacionales del funcionamiento del niño.

Por último no hay que olvidar que a lo largo de toda la valoración es importante captar lo que el paciente nos trasfiere y lo que esto suscita en nosotros (aspectos transferenciales y contratransferenciales). Hay que tratar de detectar el tipo de vínculo que trata de establecer el paciente (seducir, confundir, evitar, mantener a distancia, etc.) porque esto nos indica de qué forma siente el contacto con el interlocutor (peligroso, invasivo, maternal). Contratransferencialmente surgen en el evaluador sentimientos y fantasías que constituyen una fuente importante de información para la comprensión de los aspectos psicológicos³⁷.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ortiz Soto P, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E. La entrevista en salud mental infanto-juvenil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:645-60.
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameters for the Psychiatric Assessment of Infants and Toddlers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36:215-365.
3. Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) [en línea] [consultado el 13/03/2015]. Disponible en www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf
4. Alcamí M, Ortiz P, Terán S. Evaluación y diagnóstico de los trastornos mentales graves. En: Los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012. p. 27-78.
5. Mazet PH, Houzel D. Trastornos del comportamiento. En: Mazet PH, Houzel D, (eds.). *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica; 1981. p. 237-70.
6. Marcelli D. Patología de los trastornos de expresión comportamental. En: *Manual de Psicopatología del niño*. 7.ª edición. Barcelona: Elsevier-Masson; 2007. p. 271-201.
7. Abella A. Los trastornos del comportamiento, entre el pensamiento y la acción. *Cuadernos de psiquiatría del niño y del adolescente*. 2007;43-44:47-70.
8. Marcelli D. Trastornos de ansiedad, síntomas y organización de apariencia neurótica. En: *Manual de Psicopatología del niño*. 7.ª edición. Barcelona: Elsevier-Masson; 2007. p. 299-335.
9. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Editorial Masson; 2002.
10. Caplan R. Communication deficits in childhood schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*. 1994; 20:671-83.
11. Joshi P, Towbin K. Psychosis in childhood and its management. En: Davis KL, Charney D, Coyle DJ, Nemeroff C, (eds). *Neuropsychopharmacology: The fifth generation of progress*. Filadelfia: American College of Neuropsychopharmacology; 2002. p. 613-24.
12. Russell AT, Bott L, Sammons C. The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989;28:399-407.
13. Volkmar FR, Cohen DJ, Hoshino Y, Rende RD, Paul R. Phenomenology and classification of the childhood psychoses. *Psychological Med*. 1988;18:191-201.
14. Garralda ME. Characteristics of the psychoses of late onset in children and adolescents (a comparative study of hallucinating children). *J Adolesc*. 1985;8: 195-207.
15. Eggers C. Course and prognosis of childhood schizophrenia. *J Autism Dev Disord*. 1978;8:21-36.
16. Kempf J. Hallucinations in psychotic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1987;26:556.
17. Rothstein A. Hallucinatory phenomena in childhood: a critique of the literature. *J Am Academy Child Psychiatry*. 1981;20:623-35.
18. Carlson GA, Kashani JH. Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies. *Am J Psychiatry*. 1988;145: 1222-5.
19. Del Beccaro MA, Burke P, McCauley E. Hallucinations in children: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988;27:462-5.
20. Perera H, Attygalle U, Jeewandara C, Jayawaderna V. Non-psychotic auditory hallucinations in children and adolescents. *SL J Psychiatry*. 2011;2:9-12.
21. Bartels-Velthuis AA, Jenner J, van de Willige G, van Os J, Wiersma D. Prevalence and correlates of auditory vocal hallucinations in middle childhood. *Br J Psychiatry*. 2010;196:41-6.
22. Schreier H. Hallucinations in non psychotic children: more common than we think? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:623-25.
23. Lohr D, Birmaher B. Psychotic disorders. *Child Adolesc Psychiatric Clinics North America*. 1995;4:237-54.
24. Lasa A. Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente*. 2001;31: 32:5-81.
25. Manzano J. Los trastornos del aprendizaje: modelos explicativos, clasificación y medidas correctoras. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil*. 1991;11-12:17-40.

26. Villalón M. Conducta y Juicio moral: el proceso de interiorización de normas entre tres y siete años. *Anuario de Psicología*; 1987. p. 36-37.
27. Marcelli D. Trastornos esfinterianos. En: *Manual de Psicopatología del niño*. 7.ª edición. Barcelona: Elsevier-Masson; 2007. p. 133-44.
28. Mazet PH, Houzel D. Trastornos de expresión somática. En: *Psiquiatría del niño y del adolescente*. Barcelona: Editorial Médica y Técnica; 1981. p. 199-235.
29. Marcelli D. Psicopatología de la esfera oroalimentaria. En: *Manual de Psicopatología del niño*. 7.ª edición. Barcelona: Elsevier-Masson; 2007. p.123-32.
30. Suárez P, Ortiz P, Ayala J. El sueño en la infancia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002;4: 639-55.
31. Larsen RJ, Buss DM. Introducción a la Psicología de la Personalidad. En: *Psicología de la Personalidad: Dominios del conocimiento sobre la naturaleza humana*. Nueva York: McGraw-Hill; 2005. p. 2-23.
32. Jeammet Ph, Consoli SM, Reynaud M. Génesis de la personalidad. En: *Manual de Psicología Médica*. Barcelona: Masson; 1999. p. 61-84.
33. Manzano J. La evaluación psicopatológica estructural. El estatuto clínico psicodinámico. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. 2005;39/40:107-16.
34. Kernberg P, Weiner AS, Bardenstein KK. Trastornos de la personalidad en niños y adolescentes. Barcelona: El Manual Moderno; 2002.
35. Kernberg OF. Trastornos graves de la personalidad. México (DF): Ed. El Manual Moderno; 1986.
36. Lasa A. Hiperactividad y trastornos de la personalidad II. Sobre la personalidad límite. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y adolescente*. 2003;35-36:5-117.
37. Siquier de Ocampo M.L, García Arzeno ME, Grassano E. La entrevista inicial. En: *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Nueva Visión; 2007. p 21-47.