
La entrevista en salud mental infantojuvenil

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

^aPsiquiatra. Programa Infantojuvenil. CSM Retiro. Madrid. España.

^bPediatra. CS Guayaba. Madrid. España.

^cPediatra. CS Barcelona. Móstoles, Madrid. España.

Resumen

La prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes varía entre el 5 y el 22%. El primer contacto suele ser con su pediatra o médico de familia. Por tanto, el médico de Atención Primaria va a tener la responsabilidad de detectar precozmente estos trastornos. Aunque la exploración psiquiátrica completa trasciende las posibilidades del pediatra de Atención Primaria, consideramos que su conocimiento es esencial para sensibilizarse con la complejidad de la misma y comprender los problemas de salud mental infantojuvenil desde una visión global. En este artículo nuestro objetivo es dar a conocer las consideraciones generales de la entrevista psiquiátrica en la infancia.

Palabras clave: Entrevista. Diagnóstico. Enfermedad psiquiátrica. Niño. Adolescente.

The psychiatric interview to children and adolescents

Abstract

The prevalence of mental disorders in children and adolescents ranges between 5% and 22%. The first contact is frequently made to Paediatricians and General Practitioners. Therefore, primary care physicians are going to have the responsibility of the early detection and prevention. Although a complete psychiatric evaluation is beyond their scope, we consider that its knowledge is essential for a global understanding of the complex problems of childhood and adolescence's mental health. The aim of this article is to introduce general considerations about the psychiatric interview in childhood.

Key words: Interview. Diagnosis. Mental disorders. Childhood. Adolescents.

Justificación

La prevalencia de trastornos mentales de niños y adolescentes varía entre el 5 y el 22%, dependiendo de la metodología, el tipo de entrevista, la muestras y la inclusión del criterio de discapacidad¹. Entre un 4 y un 6% de los niños y ado-

lescentes padece un trastorno mental grave². Además, más del 50% de las enfermedades mentales de la población se inicia en la infancia o adolescencia y existe una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta³.

Paloma Ortiz Soto, portizsoto@hotmail.com

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

La mayoría de las veces, el primer contacto de los niños y adolescentes con algún trastorno mental se realiza con su pediatra o médico de familia. Por tanto, el médico de Atención Primaria (AP), además de participar en actividades de prevención y promoción de salud mental, va a tener la responsabilidad de detectar precozmente los trastornos y contribuir a su diagnóstico. También será el encargado de iniciar y coordinar en muchos casos la intervención. Para ello el pediatra de AP tiene que ser capaz de conocer y determinar:

- El nivel de desarrollo psicoafectivo y cognitivo del niño. El conocimiento de los aspectos básicos del desarrollo y de los factores psicológicos que propician un adecuado desarrollo emocional es esencial para la vigilancia de la salud mental. En las alteraciones del desarrollo el pediatra debe determinar qué profesionales deben participar en la intervención (Atención Temprana, Salud Mental, Servicios Educativos, etc.).
- La presencia de síntomas psicopatológicos y si constituyen un trastorno susceptible de ser derivado a Salud Mental para su adecuado diagnóstico y/o tratamiento.
- Las circunstancias del entorno socio-familiar que pueden favorecer o en-

torpecer el desarrollo y/o agravar la psicopatología y que pueden ser objeto de derivación a Salud Mental, Servicios Sociales, etc.

El objetivo de la entrevista en salud mental infantojuvenil es determinar la existencia de psicopatología y en su caso establecer un diagnóstico y un plan terapéutico individualizado. Aunque la exploración psiquiátrica completa trasciende las posibilidades del pediatra de AP, consideramos que su conocimiento es esencial para sensibilizarse con la complejidad de la misma y comprender los problemas de salud mental infantojuvenil desde una visión global.

La falta de formación sistematizada en materia de salud mental infantojuvenil en los programas de formación de la especialidad de pediatría ha contribuido a que, en muchos casos, la visión que tiene el pediatra de la patología infantil sea muy reduccionista. En este artículo nuestro objetivo es dar a conocer las consideraciones generales de la entrevista psiquiátrica en la infancia. En artículos sucesivos explicaremos las bases del desarrollo psicoafectivo del niño y su exploración, la valoración psicopatológica en los diferentes grupos de edad, así como algunas nociones básicas sobre la valoración de la estructura de personalidad.

Consideraciones generales sobre la entrevista en salud mental infantojuvenil

1. Debe ser global y debe perseguir:
 - Clarificar el motivo de consulta y la organización de la demanda.
 - Conocer el desarrollo del niño y la naturaleza de la problemática que motivó la consulta, su gravedad y la repercusión en el funcionamiento individual y socio-familiar.
 - Identificar los factores individuales, familiares y/o sociales que puedan explicar o influir en la problemática planteada.
 - Planificar una intervención terapéutica adecuada lo que incluye valorar la motivación para el cambio y las posibilidades de un compromiso terapéutico del niño y/o su familia
2. Tiene unas particularidades diferenciales respecto a la entrevista del adulto: la dependencia de los adultos y los cambios inherentes al desarrollo del niño (físico, afectivo, cognitivo) son los principales condicionantes. La dependencia de los adultos obliga a recoger información con los padres y en muchas ocasiones complementarla con la de otros agentes del entorno: maestros,

trabajadores sociales... No hay que olvidar que la obtención de información de otras fuentes requiere el consentimiento de los padres, a los que se deberá asegurar la confidencialidad de la información entre los profesionales implicados.

Siempre hay que tener en cuenta la perspectiva evolutiva y por tanto la entrevista tendrá aspectos diferenciales en función de la edad y del desarrollo madurativo del niño.

3. Exige amplios conocimientos y entrenamiento, además de tiempo suficiente ya que se precisan varias entrevistas para recoger la información que aportan los padres, el niño y la observación de la interacción entre ellos. En ocasiones es útil mantener una entrevista con toda la familia. El modo de proceder variará en función del caso, del contexto clínico o de los hábitos de los profesionales. En el caso de los adolescentes conviene no excluirlos de las primeras entrevistas ya que puede generarles desconfianza lo que interferirá en la alianza terapéutica.
4. La entrevista con el niño comprende una parte verbal y en función de la edad, también se explora a través de otras técnicas, como el juego y el dibujo. Las escalas de desarrollo,

test proyectivos y de inteligencia pueden ayudar a complementar la valoración. Existen numerosas entrevistas estandarizadas y escalas de evaluación de los trastornos y síntomas psiquiátricos en la infancia. Sin embargo, dichas entrevistas e instrumentos nunca pueden sustituir a la entrevista psiquiátrica. El diagnóstico debe basarse fundamentalmente en la valoración clínica.

5. Hay que crear un clima que permita la mejor comunicación tanto con el niño, como con los padres. Para ello, el clínico debe poder identificarse con cada uno de ellos sin perder la neutralidad.
6. La valoración concluye con la entrevista de devolución una vez finalizada la exploración completa del niño y su entorno y debe formar con el estudio diagnóstico, una unidad. Con frecuencia se plantea la necesidad de ampliar la devolución a otros profesionales: tutores, trabajadores sociales, educadores, pediatras, psiquiatras de adultos... Esto supone que se empleen también otras formas de comunicación (telefónica, escrita...) y que se consideren variaciones en el contenido y forma en la que se transmite la información en función del receptor.

7. A la hora de formular un diagnóstico hay que tener presente la flexibilidad de las estructuras en la infancia y la función "evolutiva" de ciertos síntomas (por ejemplo, enuresis secundaria tras el nacimiento de un hermano). En muchos niños, la persistencia y gravedad de síntomas habituales en desarrollo normal (miedos, rabietas...) constituyen el motivo de consulta.

La psicopatología que presenta el niño puede constituir uno o más trastornos de los incluidos en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud (CIE-10) o en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). En otras ocasiones, la dificultad que presenta el niño podrá encuadrarse en los códigos que dichas clasificaciones engloban como "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica" y "Otros códigos adicionales" (DSM-IV)⁴ o en "Otros procesos frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento" (CIE-10)⁵. Aunque con relativa frecuencia, no vamos a ser capaces de "traducir" lo observado en la evaluación en términos de un diagnóstico etiquetable

a través de las clasificaciones comúnmente utilizadas.

A pesar de los avances de los últimos años en el campo de la nosografía psiquiátrica infantil, tanto la DSM IV como la CIE-10 tienen poca en cuenta las variaciones evolutivas de la expresión sintomática y con frecuencia resultan sistemas rígidos y reduccionistas. Actualmente no hay consenso sobre qué trastornos existen realmente en los niños y este problema se acrecienta por debajo de los seis años. En algunas categorías diagnósticas (por ejemplo, en las depresiones infantiles) no hay concordancia entre las clasificaciones principales⁶.

En cualquier caso la formulación diagnóstica debe individualizarse (identificar posibles causas, factores predisponentes y precipitantes) no contentándose con la asignación de un diagnóstico psiquiátrico categorial. Además, puesto que el psiquismo del niño está en desarrollo, la impresión diagnóstica surgida de una primera evaluación, puede modificarse ulteriormente y en particular bajo la influencia de intervenciones terapéuticas⁷.

8. La propia entrevista de valoración puede tener una función terapéuti-

ca si no se convierte en un simple cúmulo de datos y lo que se persigue es el conocimiento del paciente, de sus trastornos, problemas y circunstancias, ya que permite actuar desde el principio con una perspectiva terapéutica: aclarar, apoyar, señalar, etc.⁸.

9. Especialmente en la infancia es fundamental velar por el cumplimiento de los principios éticos: mantener la confidencialidad, solicitar consentimiento, reducir el uso de etiquetas diagnósticas por los efectos iatrogénicos asociados, evitar el uso de procedimientos que amenacen la integridad del niño y hacer un uso adecuado de los datos obtenidos de la evaluación⁹.

Entrevistas con los padres

Los objetivos son:

- Conocer el motivo de consulta, cómo se organizó la demanda y las expectativas de los padres respecto a la consulta y la intervención.
- Obtener datos sobre la problemática del niño y su impacto individual y familiar y realizar una historia detallada de los antecedentes del desarrollo del niño y de su funcionamiento actual.
- Valorar los factores del entorno que incluyen variables parentales, fami-

liares y ambientales (interacción del niño con sus figuras principales de crianza, parentalidad, características familiares, contexto sociocultural).

- Conocer los antecedentes familiares (médicos o psiquiátricos) que puedan ser relevantes por su significación genética o ambiental para la etiología, compresión y/o tratamiento.

Es importante que acudan ambos padres y desde el primer contacto es fundamental establecer una adecuada relación terapéutica con ellos. Los padres, no siempre van a facilitar el proceso diagnóstico y/o terapéutico y en ocasiones se convierten en sujetos susceptibles de intervención terapéutica.

Motivo de consulta, organización de la demanda y expectativas

Durante la entrevista inicial además de analizar el motivo de consulta, interesa conocer el origen de la demanda (puede partir del entorno extrafamiliar: colegio, pediatra...) y la organización y elaboración de la misma por los padres y por el niño. La demanda generalmente parte de los adultos (padres, maestros, etc.) y no es frecuente que se formule desde una necesidad o sufrimiento del niño; más bien, suele ser la expresión del deseo del adulto: "que estudie, que coma, que obedezca...".

Las demandas de los padres podrían clasificarse según su elaboración en demandas mágicas, cuando predomina la falta de implicación y la idealización y demandas terapéuticas, cuando las expectativas son más realistas y los padres son capaces de plantearse un punto de vista nuevo. Aunque en mayor o menor grado, además del miedo y la esperanza, existe en todos los padres la expectativa mágica de que lo arreglemos todo sin que les suponga un esfuerzo. El primer objetivo a perseguir en las demandas mágicas es que los padres adquieran la disposición para entender las necesidades de su hijo, que puedan cuestionarse determinadas actitudes que adoptan en relación con la crianza, que empiecen a acudir a la consulta por propio interés en lugar de limitarse a acudir por la presión de la escuela, de los Servicios Sociales, etc.¹⁰.

Interesa conocer las creencias y actitudes de los padres sobre el desarrollo y la problemática que presenta el niño, así como la influencia de la misma en la relación familiar. En función de la percepción de gravedad y de la sensación de control sobre los síntomas, los padres pueden adoptar una actitud minimizadora o maximizadora de la problemática⁹.

Toda demanda conlleva unas expectativas que habrá que explorar (lo que se

espera de la consulta que incluye también el tipo de intervención) y que en psiquiatría infantil con frecuencia se extienden a la familia extensa y al entorno socioescolar.

Desde el principio, de cara a facilitar una posterior intervención terapéutica, es importante ajustar las expectativas a la realidad informando a los padres sobre nuestras posibilidades, y exponiendo lo esencial de nuestro trabajo¹¹. Transmitir que el clínico no es un experto "todo poderoso y sabelotodo".

Hay que adaptar la evaluación a las características de los padres teniendo en cuenta su nivel de comprensión, su motivación al cambio, etc., adoptar una posición de colaboración más que de superioridad y usar un lenguaje comprensible. También hay que evitar ser intrusivos y realizar comentarios que puedan generarles sentimientos de culpabilidad. No hay que olvidar que en mayor o menor medida los sentimientos de culpa en los padres acompañan siempre a la enfermedad del niño⁹.

Problemática del niño y su impacto e historia de los antecedentes del desarrollo y del funcionamiento actual

Durante la entrevista con los padres se recogen datos acerca del problema del

niño y su historia entre los que se incluyen: antecedentes médicos y psiquiátricos/psicológicos, desarrollo psicomotor, del lenguaje y afectivo, respuesta a las separaciones, adaptación y rendimiento escolar, relaciones con el entorno, afectividad, carácter y conducta del niño. También hay que explorar la significación emocional que han tenido para los padres las distintas fases del desarrollo del niño (esperanzas, temores, expectativas y circunstancias vitales de los padres...) y el impacto del problema del niño en el ámbito sociofamiliar.

Hay que orientar la psicopatología del niño, para luego corroborar la información aportada por los padres en la exploración del niño. El objetivo no es obtener únicamente una descripción del síntoma sino comprender su significado y función en relación a factores del niño y del ambiente que puedan estar influyendo. Un síntoma concreto puede tener significados, funciones e implicaciones clínicas diferentes en cada caso.

Respecto a la sintomatología, se recogen datos sobre⁸: el inicio; las circunstancias desencadenantes; la respuesta a tratamientos previos y los cambios percibidos en el desarrollo; la frecuencia, duración e intensidad; la existencia de intervalos libres y circunstancias que los agravan o mejoran; la actitud de los pa-

dres, hermanos y otros miembros de su entorno hacia los mismos; y la interferencia que crean en el desarrollo y en las actividades del paciente (escuela, ocio, relaciones...).

Factores del entorno

Las entrevistas con los padres deben proporcionar información sobre las características de los estadios precoces del desarrollo (nivel de estimulación, modelos de respuesta conductual del entorno, tipo de apego, nivel de estrés), la parentalidad, la dinámica familiar, y sobre otras variables del entorno socio-escolar que influyen en el desarrollo psicológico del niño.

La parentalidad, entendida como la función de "ser padres", debe ser dinámica. Los padres tienen que realizar cambios en sus funciones de crianza adaptándose a las diferentes necesidades y transiciones del niño en desarrollo. En los casos en los que existen trastornos en la parentalidad se observan dificultades para adaptarse a los cambios que impone el desarrollo del niño y una tendencia a repetir patrones de cuidados e interacciones que resultan negativos^{12,13}. Los padres inevitablemente realizan una serie de proyecciones psíquicas sobre los hijos (expectativas, deseos, miedos y fantasías conscientes e inconscientes), a su vez

despertadas por el propio niño (en relación con su aspecto, temperamento, características de la interacción...). Proyecciones empáticas y positivas que posibilitan el desarrollo sano del bebé, pero también proyecciones conflictivas y más o menos patológicas que bloquean y limitan el potencial de desarrollo¹⁴. Estas proyecciones parentales van a condicionar de forma inconsciente o consciente las actitudes de los padres respecto al diagnóstico e intervención (por ejemplo, si en los padres hay dificultades para favorecer el proceso de autonomía del niño, les puede resultar difícil aceptar los cambios del niño al respecto en el curso de una psicoterapia por lo que pueden interferir en la intervención, por ejemplo abandonando el tratamiento¹⁵). La recogida de algunos datos básicos sobre la historia biográfica de los padres (familia de origen y relaciones entre ellos, conflictos en su propia infancia, vivencia de situaciones traumáticas, etc.) puede ser de gran ayuda para entender las actitudes parentales.

Más allá de las dificultades individuales en el ejercicio de la parentalidad de uno o ambos padres, existen dinámicas familiares disfuncionales que pueden ser difíciles de modificar como actitudes sobreprotectoras, ausencia de límites generacionales, secretos familiares o parentifica-

ción (inversión de roles en las que el niño asume un papel propio de los padres).

Por último, es importante valorar otras circunstancias del entorno socio-familiar como separaciones de los padres, migraciones, marginalidad, nivel de estrés, etc.

Entrevistas con el niño

Las entrevistas con el niño hay que realizarlas siempre y a ser posible a solas con él ya que proporcionan información fundamental como el grado de sufrimiento, los síntomas psicológicos que no son accesibles a la observación (pensamientos suicidas, ideación obsesiva, alucinaciones...), la respuesta a la separación de los padres en niños pequeños, y otras informaciones como experiencias de maltrato.

En los niños muy pequeños o que presenten intensa ansiedad de separación tendremos que explorarles en presencia de la madre/padre para obtener su colaboración.

Se recomienda realizar más de una entrevista con el niño a fin de que se sienta cómodo y más familiarizado con el entrevistador. Hay que tener en cuenta la labilidad y la propensión a la regresión cuando los niños están cansados, enfermos o en situaciones desconocidas.

Se debe crear un clima que permita una alianza terapéutica desde el comien-

zo. Para ello hay que mantener una actitud empática pero no excesivamente familiar y realizar la entrevista de forma flexible, evitando que se convierta en un interrogatorio. Se requiere un tiempo orientativo de cuarenta y cinco minutos, y un espacio que permita el juego.

La comunicación con el niño debe tener en cuenta su edad y nivel de desarrollo. Algunos errores en la exploración se derivan de una valoración inadecuada del nivel madurativo. La forma de expresarnos debe ser sencilla y debe evitarse un estilo muy directivo con preguntas demasiado concretas o cerradas ya que pueden generar respuestas poco productivas o inadecuadas.

En ocasiones, es difícil calibrar la validez de la información del niño. Hay que tener en cuenta que los niños más pequeños tienden a dar respuestas socialmente deseables y además son sugestionables y podrían estar repitiendo información suministrada por los adultos¹⁶. También cabe recordar que los niños, no suelen lamentarse directamente de su sufrimiento psicológico y suelen sentirse incómodos al reconocer sentimientos de tristeza o vulnerabilidad. Tienden a negar la tristeza, así como toda la sintomatología ligada al dolor moral (sentimientos de insuficiencia, de inseguridad y de pérdida, etc.)¹⁷.

En general, la fiabilidad de la información que aportan los niños sobre síntomas específicos aumenta con la edad. Progresivamente, a lo largo del desarrollo el niño va disponiendo de medios cada vez más diversos y elaborados para expresar lo que le ocurre.

Además de la exploración verbal, la observación de la expresión, actitud, conducta del niño y modo de vincularse nos ayudará a valorar su estado mental. El mensaje no verbal del niño debe observarse y comprenderse y además sirve de indicador sobre cómo recibe la información que le aportamos. Asimismo, hay que estar atento a nuestros propios gestos porque muchas veces la comunicación no verbal es la más significativa para los niños.

Al empezar la entrevista, además de presentarnos, debemos preguntarle qué sabe del motivo de consulta, qué piensa del objetivo de la evaluación y qué se le ha explicado. Esto nos permite aclarar conceptos erróneos y completar la comprensión del propio examinador en cuanto al motivo de consulta. También el clínico le deberá explicar lo que sabe del niño a través de otros informadores y la forma en que se va a realizar la valoración: número de entrevistas, contenido y duración y que al final le daremos nuestra opinión de lo que le ocurre y

trataremos de colaborar para que se sienta mejor.

No hay que olvidar abordar con el niño el tema de la confidencialidad, que debe exponerse en términos adecuados a su nivel de desarrollo.

Se pueden describir dos fases en la entrevista con el niño, si bien en la realidad clínica ambas no siempre son procesos bien separados y se realizan simultáneamente.

Evaluación de las principales áreas de funcionamiento

Consiste en la exploración de las áreas significativas de la vida y actividad del niño, en el pasado y en el momento actual, incluyendo el problema que presenta. Se recoge información sobre la escolaridad, relaciones intra- y extrafamiliares, intereses y actividades de ocio, fantasías y temores y características de la personalidad (habilidades, tolerancia a la frustración, concepto de sí mismo, mecanismos de defensa, etc.).

Evaluación del desarrollo psicoafectivo y valoración psicopatológica

En la valoración psicopatológica del niño hay que considerar la edad, el sexo y su nivel de desarrollo teniendo en cuenta patrones tanto normativos (esca-

las de desarrollo referencia de normalidad según el momento evolutivo), como sociales (culturales, étnicas, etc.)⁹. La psicopatología del niño tiene unas características propias que la diferencian de la del adulto. Lógicamente, a medida que nos acercamos a la adolescencia la psicopatología se asemeja más a la del adulto.

En el examen del estado mental, en líneas generales se evalúan las siguientes áreas:

- Apariencia física, nivel madurativo en relación con la edad.
- Contacto, modo de vincularse con el examinador y los padres, incluyendo, la respuesta a la separación y la actitud mostrada durante la entrevista.
- Conciencia y orientación en el tiempo, lugar y personas.
- Afecto y estado de ánimo.
- Pensamiento: forma, contenido.
- Sensopercepción.
- Atención, concentración, memoria.
- Lenguaje y comunicación.
- Nivel cognitivo: se evalúa con precisión con test específicos, pero en la entrevista se puede tener una idea aproximativa global tanto a través del comportamiento como de las respuestas verbales, escritos, dibujos, juegos, etc.
- Conductas motoras, incluyendo el nivel de actividad, coordinación, sig-

nos neurológicos menores, dominancia cerebral y presencia de tics o estereotipias.

- **Carácter**, entendido como patrón estable de comportamiento característico de un individuo dado, en especial sus dimensiones afectivas y volitivo-comportamentales con las que responde a las demandas externas e internas⁸.
- **Comportamiento**: se refiere a la conducta del niño en general y ante determinados estímulos externos. Es importante evaluar la reacción ante las frustraciones y la respuesta ante los límites en relación a su etapa de desarrollo. También hay que explorar la presencia de alteraciones en la conducta alimentaria y en adolescentes conductas de riesgo en relación con la sexualidad y el consumo de tóxicos.
- **Conciencia/juicio moral**.

Es necesario conocer los mecanismos de adaptación que utiliza y si son adecuados de acuerdo a su etapa de desarrollo y al ambiente sociocultural de referencia. Por último, se evaluarán específicamente los síntomas en relación con los diagnósticos de diversos trastornos. A lo largo de la exploración se debe detectar el grado de organización del síntoma, fundamentalmente diferenciar si

es expresión de una conflictiva interna ya estructurada o por el contrario si es más "reactivo" y permeable a la acción del entorno familiar y social¹⁸.

No hay que olvidar que con frecuencia en la infancia los síntomas afectivos o de ansiedad se expresan a través de trastornos funcionales (alteraciones del sueño, alimentación, etc.), somatizaciones (vómitos, dolores abdominales, cefaleas, etc.) o trastornos conductuales (agresividad, actitudes peligrosas, etc.)⁹.

La problemática planteada, su frecuencia e intensidad en relación con el momento evolutivo, permite determinar si estamos ante un trastorno psicopatológico o no y en este último caso valorar los riesgos potenciales para su aparición.

Además de la entrevista verbal, en la exploración del niño nos valdremos de otros recursos técnicos como la observación, los test gráficos y el juego. La contribución de cada una de estas herramientas estará en función de la edad y del desarrollo cognitivo del niño así como de la gravedad del cuadro clínico. Sobre todo los niños más pequeños por las limitaciones verbales la exploración del juego tiene un valor fundamental.

La entrevista de juego es especialmente interesante al proporcionar información relevante para el examen del estado mental ya que pueden inferirse intereses,

percepciones y capacidad de regular afectos e impulsos. Además nos puede dar una estimación de las habilidades cognitivas (por ejemplo, si el juego es de naturaleza sensoriomotora o implica actividades simbólicas)¹⁹.

Si el niño ha accedido a la facultad gráfica, otra de las técnicas más comúnmente utilizadas en la exploración es el dibujo a través del cual el profesional experimentado puede evaluar aspectos cognitivos y emocionales. El contenido puede ser libre o puede hacerse una demanda específica (por ejemplo, el test HPT: casa, persona, árbol o el dibujo de la familia).

También pueden utilizarse otros muchas técnicas proyectivas formales (test proyectivos) o informales (construcción de un relato u otros recursos plásticos o dramáticos, preguntas proyectivas como tres deseos, etc.) para acceder al mundo interno del niño.

Por último es importante mencionar que el clínico tiene que estar atento a los sentimientos que le genera el niño para poder manejarlos adecuadamente y porque además constituyen una fuente de información sobre los propios sentimientos del niño.

A veces es necesario derivar al niño para una evaluación adicional, como puede ser una evaluación psicológica,

psicopedagógica o del lenguaje, o una consulta pediátrica o neurológica.

Entrevista de devolución

La entrevista de devolución debe realizarse siempre. Si no se informa a los padres del resultado de la evaluación se puede incrementar en ellos la fantasía de enfermedad grave, incurable e irreparable. La ausencia de información también puede propiciar desembarazarse de la situación con un "aquí no pasa nada, no hay de qué preocuparse". Además, los padres son los responsables de que se realice un tratamiento o de posibilitar acciones concretas derivadas de la de la información devuelta.

Los padres pueden resistirse a asistir a la entrevista de devolución. Esta actitud es un indicador de la ansiedad que sienten ante la posibilidad de sentirse "juzgados o evaluados" por el terapeuta.

En la entrevista de devolución además de realizar un diagnóstico, se debe elaborar una hipótesis explicativa y una indicación terapéutica, que se transmitirá a los padres y al niño. Evidentemente con los niños más pequeños utilizaremos palabras muy sencillas que puedan contribuir a dar un sentido a la valoración e intervención aunque no puedan ser enteramente comprendidas (por ejemplo, "pienso que a veces te pones muy enfa-

dato y no te puedes controlar... cuando vengas aquí vamos a pensar y a tratar de entender lo que te pasa...").

La devolución que se hace al niño nos permite evaluar la disponibilidad y el interés que le suscita conocer aspectos de sí mismo. Además, convertirá el síntoma en algo que no llega a ser tan grave como para que no se pueda hablar de él.

Los objetivos principales de la entrevista de devolución son: a) compartir las observaciones clínicas que conducen al diagnóstico; b) explicar con mayor profundidad los sentimientos y percepciones del niño y de los padres, y c) analizar las recomendaciones clínicas para lograr un plan en colaboración que será útil tanto para el niño como para su familia¹¹.

Es crucial quitar énfasis acerca de cuál es el comportamiento del niño y subrayar cómo el niño ve y siente el mundo. Si la devolución simplemente consiste en un diagnóstico clasificatorio al uso y una descripción del comportamiento perturbado, en realidad establecemos una distancia y una barrera entre los padres y el niño que difícilmente podrán superar por ellos mismos. Es importante que los padres comprendan que lo que "no va bien" con su hijo no es simplemente manifestación de una conducta desadaptativa, sino que estas conductas están muy relacionadas con las emociones y las cog-

niciones del niño. Hay que evitar que los padres se sientan culpables, resaltando también los aspectos positivos tanto de la crianza como los observados en el niño. Rechazar toda influencia de los padres en los problemas del niño y atribuir todo a la genética o a su carácter, puede ser tan perjudicial, como señalar con un dedo acusador a los padres y echarles completamente la culpa sobre la forma en la que le han educado¹¹.

Hay que dar suficiente tiempo y oportunidad a los padres y al niño para que comenten las impresiones y recomendaciones del clínico.

A la hora de indicar una intervención, hay que dirigirse de manera preferente a las causas o factores etiológicos que se puedan modificar más fácilmente, según las particularidades de la psicopatología, las capacidades del sistema familiar de ser movilizado y finalmente de las propias posibilidades del terapeuta²⁰.

Las mayores dificultades relacionadas con el impacto y consecuencias de la devolución suelen darse en casos de conflictos parentales graves, enfermedad mental de los padres y en casos de maltrato/abuso. También, cuando se trata de demandas mágicas, cuyas expectativas suelen limitarse a la constatación de un diagnóstico médico, para él que se

espera un tratamiento (muchas veces farmacológico), que no les implique ni cuestione (por ejemplo trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad).

La entrevista en la que el diagnóstico del niño conlleva presumiblemente un mal pronóstico (por ejemplo, autismo o retraso mental) es especialmente delicada. En este caso, el clínico no debería alimentar los mecanismos de negación de los padres minimizando la gravedad de la psicopatología, pero tampoco debería dejar que los padres abandonen la consulta sin ninguna esperanza. El pronóstico es malo solamente cuando las consecuencias reales son mucho peores que las esperadas. Si el niño es intelectualmente limitado y los padres esperan que tenga una brillante carrera profesional, entonces el pronóstico es sumamente malo. La exposición del pronóstico puede ser más favorable si los padres pueden moderar sus expectativas y ver a su hijo como un miembro productivo de la sociedad dentro de un papel modesto¹¹.

En el caso de que la evaluación la haya solicitado otro clínico, una institución, o la escuela, se les debe comunicar sus resultados y recomendaciones, después de haber informado a los padres y al niño y haber obtenido su consentimiento para ello.

Bibliografía

1. Flora de la Barra M. Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2009;47(4):303-14.
2. World Health Organization Atlas: child and adolescent mental health resources: global concerns, implications for the future. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2005.
3. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes. Cuadernos técnicos, 14. Madrid: AEN; 2009.
4. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, S.A; 2002.
5. Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales y del comportamiento. 10.ª Ed (CIE-10). Ginebra: Meditor; 1993.
6. Doménech E, Ezpeleta L. Las clasificaciones en psicopatología infantil. En: Rodríguez J editores. *Psicopatología del niño y del adolescente* 2.ª edición. Sevilla: Universidad de Sevilla; 1998. p.121-43.
7. Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y el Adolescente (CFTMEAR-2000). Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEAR-2000). Versión castellana de la AFAPSAM. Buenos Aires: Editorial Polemos; 2004.
8. Ballesteros C, Alcázar JL, Pedreira JL, de los Santos I. Historia clínica en paidopsiquiatría. En: Ballesteros C (ed.). *Práctica clínica Paidopsiquiátrica. Historia clínica y guías de práctica clínica.* Madrid: Adalia; 2006. p. 15-64.
9. Molina A. Instrumentos de evaluación clínica en niños y adolescentes. *Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc.* 2001;2(1):23-40.
10. Torras de Bea E. Modalidades terapéuticas en la asistencia a niños y adolescentes: las dinámicas subyacentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.* 1996;21/22: 83-104.
11. Bird H. Presentación de resultados y recomendaciones. En: Wiener JM, Dulcan MK (ed.). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Masson; 2006. p. 211-7.
12. Manzano J, Palacio-Espasa F, Zilkha N. Los escenarios narcisistas de la parentalidad. *Clínica de la consulta terapéutica.* Bilbao: Asociación Altxa; 1999.
13. Stern D. La constelación maternal. Un enfoque unificado de la psicoterapia con padres e hijos. Barcelona: Paidós; 1997.
14. Larban J. Ser padres. interacciones precoces padres-hijos: reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.* 2006; 41(42):147-60.
15. Green V. El trabajo con los padres. En: *Psicoterapias del niño y del adolescente.* Madrid: Ed. Síntesis; 2003. p. 573-86.
16. Kestenbaun C. Entrevista clínica en el niño. En: Wiener JM, Dulcan MK (ed.). *Tratado de psiquiatría de la infancia y la adolescencia.* Barcelona: Masson; 2006. p. 101-8.
17. Palacio F. Trastornos del aprendizaje y depresión. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia.* 1991;11/12:87-108.
18. Colas J. Intervenciones terapéuticas destinadas a la recuperación de las funciones parentales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente.* 1996;21/22:15-48.
19. Volkmar F, Cook EH, Pomeroy J, Realmuto G, Tanguay P, Bernet W, et al. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents and Adults with Autism and other developmental disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1999;34(12):32-54.

20. Cramer B. La comprensión de la psicopatología y la práctica clínica. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente 1998; 26:15-27.

