

Entrevista diagnóstica con el adolescente

Magda Sarlé i Gallart

La entrevista clínica es un instrumento fundamental en la práctica psiquiátrica y psicológica.

La entrevista, que es la vía regia en el diagnóstico, es una relación privilegiada y confidencial que se establece entre el clínico, el paciente y la familia. En este acto, clave y médula en psicopatología infantil, podemos obtener informaciones útiles y también podemos dar un primer apoyo terapéutico. En esa situación se establece una comunicación verbal y no verbal, parcialmente afectiva, de respeto y confianza mutuos.

La entrevista clínica en el adolescente proporciona el contexto para la exploración directa de cómo percibe el propio adolescente el problema manifiesto y para la evaluación de su estado global del desarrollo y del estado mental.

La entrevista directa con el adolescente proporciona una información que no podría obtenerse a través de otras fuentes, como el grado de sufrimiento personal, información relativa a afectos y fenómenos mentales que no se pueden observar (p.ej., ansiedad, pensamientos suicidas, pensamientos obsesivos, alucinaciones), y otras informaciones como conductas antisociales o abuso sexual.

La finalidad de la entrevista puede ser evaluativa o terapéutica.

Evaluativa de los diversos aspectos de la clínica psiquiátrica propia del adolescente, es decir; semiológica, nosográfica, psicopatológica, psicodinámica, individual, intrafamiliar

Terapéutica ya que las tentativas de clarificación de las dificultades y síntomas, su desarrollo y la reflexión sobre todo ello puede tener un efecto resolutorio.

El conformarse únicamente en recabar información, sin formularse propósitos terapéuticos conlleva el riesgo de convertirse en una intrusión intolerable en su intimidad y transformarse en una actividad estéril.

El proceso de exploración en salud mental se basa generalmente en cuestionarios, que auto o heteroaplicados, nos llevan hacia una aproximación diagnóstica del proceso psicopatológico.

Pero la demanda asistencial del adolescente suele encuadrarse en un marco de globalidad.

No reconoce fácilmente que sus síntomas y problemas son personales, generalmente atribuye su origen a factores externos, padres, profesores, pareja, sociedad, etc.

De la consulta explícita deberemos llegar hasta el motivo implícito que le ha llevado hasta la demanda (ya sea por su propia cuenta o "arrastrado" por sus padres o tutores). En la etapa de la adolescencia, debemos ser críticos con los cuestionarios, instrumento que nos permite un diagnóstico clínico basado en unos puntos de corte.

Para atender adolescentes no basta con tener unos conocimientos sobre las características de su desarrollo, su forma de enfermar y los recursos terapéuticos de que se dispone. También es necesaria una capacidad para “sentirse a gusto” delante del adolescente y cierta experiencia en el trato con la gente joven.

El adolescente atribuye al entrevistador un estatus, una función, que depende estrechamente de sus propias relaciones con sus imágenes parentales y de la forma como el integra el curso de su propia adolescencia.

En este primer contacto el técnico tiene que saber escuchar, observar y valorar, tres funciones simples en apariencia y complejas en la realidad. Si es necesario las entrevistas pueden repetirse, cuantas veces convengan y sean necesarias, pero todas ellas deben tener como exigencia la consecución de un clima de comunicación y de ausencia de recelos. Hay que dedicar el tiempo que sea necesario y hay que hacerlo todo en un ambiente relajado, en el que parece que el tiempo no importa, en el que la familia se sienta comprendida, atendida y expresada con toda libertad, sin directividad por parte del clínico y que el paciente se encuentre a gusto, sin rechazos, ni barreras.

Debido a las características evolutivas del adolescente, a menudo la entrevista representa una gran oportunidad del profesional de la salud para orientar, diagnosticar, asesorar, interpretar o ayudar a la persona en este momento de crecimiento y desarrollo, antes que se estructure como ser adulto.

De ahí la importancia de una entrevista bien planteada, que pueda ser satisfactoria tanto para el psicólogo, que haya podido obtener la información clínica pertinente; como para el paciente adolescente, que haya descubierto a un adulto que sabe escuchar y puede orientarle en lo que a su salud integral se refiere.

Generalmente el adolescente se encuentra durante las entrevistas ante una situación nueva, ya que posiblemente se trata de la primera vez que puede comunicarse con un adulto que no es, familiar o educador, y que se preocupa de su mundo interno, sus emociones y sentimientos sin finalidad moralizante y sin actitud de juzgarlo. Las entrevistas pueden servir para iniciar un conjunto de experiencias que crean un aprendizaje, en una nueva relación, reflexión, clarificación, delimitación de dificultades al mismo tiempo que el reconocimiento del origen intrapsíquico y no únicamente reaccional, como el podía creer a priori.

En ocasiones las relaciones entrevistador-adolescente movilizan un conflicto que se mantenía inmóvil y que provocaba gran parte de su sintomatología, y es por este motivo que la clínica puede desaparecer de forma espectacular, después de un corto número de entrevistas, en ciertas ocasiones.

Preguntas que se formula; como: ¿seré normal?, ¿estaré loco?

son pensamientos que ocasionan malestar y que al consultar con el psicólogo le hace creer todavía más en su confirmación, en la realidad de sus temores.

La pericia del profesional junto con un asesoramiento familiar disipan en muchas ocasiones estos temores. Las características específicas del adolescente y sus formas de expresión, hacen que de las entrevistas dependa el éxito o el fracaso de los resultados.

Las características físicas que debe reunir una consulta específica para atender adolescentes es muy discutible, ya que el hecho de proporcionar al adolescente un lugar específico, no garantiza su cooperación. **Lo que realmente cuenta es la manera cómo el psicólogo habla con él y lo trata.** De ahí la importancia de adquirir una buena capacidad para la entrevista.

Para estructurar las bases de la entrevista, debemos adquirir un correcto conocimiento de sobre las características del entrevistado (el adolescente), revisar las cualidades y la disposición del entrevistador (profesional de la salud), y tener muy presentes las características que deben reunir el contenido y la forma de la entrevista para que sea eficaz.

El adolescente

El adolescente tiene unas necesidades de salud con unas características de globalidad; los aspectos biológicos se entremezclan con los condicionantes psicológicos y ambos están interrelacionados con el entorno social concreto en que vive, y al intentar acceder a los servicios de salud, se encuentra con unas barreras que tanto pueden nacer de las características del sistema sanitario como de las condiciones personales típicas de esta etapa de la vida.

El conocimiento de todo ello facilitará la aproximación a su salud integral.

El adolescente no siempre tiene facilidad para acceder a los servicios de atención a la salud:

- la burocratización de los sistemas de atención al usuario impide el sentimiento de confidencialidad, que es la base para una buena relación entre médico-paciente.
- el tipo específico de atención que precisa el adolescente, con más tiempo disponible, con más capacidad de escucha que interés en la resolución de problemas concretos.
- la falta de conocimientos que el adolescente tiene sobre los recursos sanitarios a dónde puede acudir.
- la misma etapa del desarrollo psicológico del adolescente (“pensamiento mágico”) le lleva a negar o a infravalorar sus problemas de salud.
- el hecho de admitir la posibilidad de problemas en su salud física o mental supone una amenaza para una autoestima frágil y que se encuentra en un período de construcción.

Muchos de los problemas de salud que hoy en día son objeto de grandes desembolsos económicos tiene su origen en conductas iniciadas durante la adolescencia y juventud (consumo de tabaco, alcohol y drogas, conductas sexuales que aumentan el riesgo de enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, actividad física insuficiente, malos hábitos nutritivos, trastornos en la conducta alimentaria, ...)

La adolescencia es una etapa de crecimiento y maduración

El adolescente se encuentra en un proceso de crecimiento y maduración en los aspectos biológico, psicológico y social, cuyo objetivo final es la adquisición de las siguientes capacidades:

- **Identidad:** encontrar un sentido coherente a su existencia.
- **Intimidad:** adquirir la capacidad para las relaciones maduras.
- **Integridad:** adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal.
- **Independencia psicológica:** adquirir la capacidad para tomar las decisiones por sí mismo, sin depender de los demás, asumiendo el rol de persona adulta.

- **Independencia física:** adquirir la capacidad para ganarse la vida y ser independiente de la familia.

El profesional de la salud

El segundo protagonista de la entrevista es el psicólogo que va a realizarla.

Más que la titulación específica, para atender adolescentes se requiere, como cualidades básicas, la motivación y la ilusión. También disposición personal para entenderlos, valorarlos y, sobre todo, escucharlos. En palabras de Enrique Dulanto (1993), se necesita una especial “disposición para ser muy paciente, sin desesperarse ni desmayar la voluntad en el trato con ellos. Le hará falta saber callar y saber disimular, estar comprometidos a darles el mismo apoyo y afecto que autoridad. Le hará falta estar dispuesto a crear un clima de libertad en la relación, permitiéndoles manifestarse y ser, orientarles hacia la responsabilidad sin imponerles valores. Le hará falta fomentar el análisis y el encuentro con ellos sin manipular conciencias, estando imbuidos (desde la propia madurez) de un espíritu abierto, sincero y franco”.

Este mismo autor supone unos requisitos mínimos de personalidad en el profesional que va a atender adolescentes:

- Madurez personal
- Tener autoestima (seguridad)
- Poseer un claro concepto de autoridad con flexibilidad
- Ser sensible (saber dar y saber recibir afecto)
- Tener sólidos valores morales, culturales y espirituales
- Que estos valores sean congruentes con los de su generación
- Adecuada comprensión de la sexualidad humana, libre de prejuicios y de doble moral
- Capacidad de comunicación sincera y fluida con los jóvenes
- Conocimiento adecuado de la problemática social del presente

Pero además será muy importante que sepa mantener viva la capacidad para el asombro constante, el afán de búsqueda y un infinito afecto por la vida misma.

La atención al adolescente obliga a que el profesional de la salud se sienta comprometido para brindar orientación práctica a través de técnicas adecuadas y una sensibilidad madura. A través de la entrevista se deberá ver más allá para percibir cuáles son las demandas implícitas que se esconden tras cualquier motivo banal y explícito de consulta. Esta capacidad para ver más allá ofrece una perspectiva de aquellos factores que pueden amenazar la homeostasis psíquica y social del adolescente.

El profesional de la salud debe sentirse a gusto con el adolescente. Sus ideas, por muy arraigadas y extraordinarias que sean, no deben influir ni en el tratamiento ni en los consejos que pueda dar al adolescente. Ha de ser capaz de prestar al adolescente un verdadero interés y un sincero respeto, aunque no siempre le sea posible aceptar su enfermedad, sus ideas y su conducta.

A pesar de las buenas intenciones el profesional de la salud puede asumir un rol incorrecto ante el adolescente. Como en las siguientes ocasiones:

- 1- **Profesional aliado del adolescente:** ocurre cuando el profesional adopta una actitud de rechazo hacia ciertos padres rígidos, poco contenedores, acusadores o “abandónicos”. La defensa del adolescente “víctima” suele conducir a perder al paciente y las posibilidades de ayudarlo. El profesional de adolescentes no

debe caer en la tentación de asumir el papel de padre sustituto o salvador.

- 2- **Profesional aliado de los padres:** La actitud de alianza con los padres va a ser vivida por el adolescente como una alianza con quienes no le comprenden. Se cierra, por lo tanto, toda posibilidad de ayuda o intervención hacia el adolescente.
- 3- **Profesional moralizante:** Se trata de otra forma de alianza con los padres a través del sistema de dar consejos (“no hagas”, “no pruebes”,...) El adolescente verá en esta profesional un aliado de su familia. Para discursos orales le sobran los de sus padres.
- 4- **Profesional afectivamente inmaduro:** Hay profesionales que no deberían atender adolescente. Las consultas con adolescentes pueden ser un estrepitoso fracaso si el médico no ha elaborado previamente sus prejuicios, sus convicciones o sus vivencias personales.

El profesional debes ser capaz de:

- Favorecer la cita personal
- Facilitar la consulta sin padres
- Dar directamente las explicaciones
- Ayudar a comprender lo que les pasa
- Implicarlos en el mantenimiento y recuperación de su salud
- Tener como objetivo desarrollar su autonomía

La entrevista

Recomendaciones generales

- 1-Para la anamnesis de la historia previa habrá que contar con la colaboración de los padres. Se trata de una excelente ocasión para que el adolescente, presente ya en esta primera etapa de la anamnesis, conozca mejor sus antecedentes personales. Conviene que ya en la primera entrevista quede claro que el profesional es el profesional del adolescente y que no es el profesional de los padres, así como establecer la garantía de confidencialidad.
- 2-Si el adolescente acude acompañado de sus padres, es lógico que sean éstos quienes expongan los motivos de consulta. A menudo pueden no coincidir con los puntos de vista del adolescente. Por ello habrá que informarle que más tarde tendrá derecho a decir su versión de los hechos.
- 3-Después, se invita a los padres a volver a la sala de espera y se procede a la entrevista personal al adolescente. La entrevista suele ser prolongada, y por tanto, habrá de disponer de tiempo, sin prisas, para escuchar las respuestas del adolescente.
A veces es eficaz el paseo como lugar y forma de entrevista o incluso en la terraza de una cafetería.
- 4-Además habrá que tener presentes la confidencialidad, las interrupciones, los comentarios y los juicios de valor. Así como evitar escribir en presencia del adolescente durante la entrevista.

Objetivos de la entrevista:

I. Historia tratando de obtener la implicación del adolescente y la visión explícita de:

- Factores que llevan a la consulta;
- Problema presente;
- Circunstancias de vida relevantes y factores psicológicos.

II. Llevar a cabo un examen del estado del desarrollo mental para determinar y describir la apariencia y funcionamiento del adolescente manifestado en situación de entrevista.

III. Establecer una concordancia con el niño para facilitar el compromiso y la cooperación con la consulta y las subsiguientes recomendaciones para el tratamiento.

Estructura de la entrevista, en un orden flexible:

- Preparar y orientar las prioridades del adolescente a entrevistar;
- Propuesta clara de valoración, incluyendo las razones de consulta y entrevista al niño, el rol del clínico, confidencialidad, duración;
- Discusión del presente problema;
- Mayor dominio del funcionamiento (como lista en el desarrollo del historial);
- Preguntar sobre síntomas específicos psicopatológicos:
 - Depresión, baja autoestima, ideas o comportamientos suicidas;
 - Excesiva ansiedad, miedos inusuales;
 - Síntomas psicofisiológicos como dolor de cabeza, dolor abdominal;
 - Alucinaciones, desilusiones;
 - Obsesiones y compulsiones;
 - Comportamientos antisociales;
 - Uso del alcohol u otras sustancias.
- Preguntar sobre experiencias potencialmente dramáticas:
 - Abuso físico o sexual;
 - Exposición a la violencia familiar o a la de la comunidad.
- Estructuración o valoración informativa del examen del estado mental.

Líneas guía para la entrevista

- 1-Presentación del profesional.** El profesional deberá presentarse al adolescente, de forma agradable y explicar cuál es su rol dentro de la consulta.
- 2-Presentación del adolescente.** Conviene interesarse por el nombre o apodo con que quiere ser conocido.
- 3-Escuchar atentamente al adolescente** y entender todos sus problemas, por poco importantes que nos puedan parecer.

- 4-**Registrar mentalmente las impresiones iniciales sobre el adolescente** (ropa, gestos, estado de ánimo). Conviene saber que los sentimientos que un adolescente nos provoca guardan relación directa y estrecha con los que él va a sentir ante nosotros (ansiedad, aburrimiento, agresividad).
- 5-**Observar mucho y escribir poco.** El lenguaje no verbal puede ser la clave para un buen diagnóstico: el movimiento de las manos, la manera de sentarse, los movimientos oculares y la mirada, el inicio de las lágrimas,...
- 6-Es fundamental **establecer una buena relación** entre el profesional de la salud y el adolescente. Para ello, y delante de los padres, se debe asegurar la privacidad y la confidencialidad de la entrevista. Asimismo conviene dejar claros los límites de este “secreto profesional” que no son otros que las situaciones de peligro para la vida (ideación suicida) o de gran riesgo social (ideas de fugas o sobre daños irreparables).
- 7-**Perder el miedo al compromiso de confidencialidad.** Cuando un adolescente nos ha confiado conflictos importantes que, sin rayar el riesgo, pensamos que deberíamos ponerlo en conocimiento de sus padres, se trata de exponer llanamente al adolescente una opinión bien argumentada sobre la conveniencia que el profesional ve en poder mantener una charla con los padres sobre aquellos temas más espinosos. Se le propone al adolescente una reunión a tres partes, en la que el profesional va a asumir el papel de abogado defensor del adolescente. Esta sencilla técnica proporciona experiencias muy gratas en el trato con adolescentes y sus padres.
- 8-**Usar un lenguaje con el que el adolescente se sienta comfortable.** Hay que evitar usar el “argot” juvenil de moda. Nuestro paciente busca en nosotros un profesional sensible y maduro y no espera que lo atienda otro adolescente.
- 9-**Evitar los silencios prolongados y los comentarios que impliquen un juicio de valor.** Los largos silencios no suelen ser favorecedores, puesto que pueden ser interpretados por el adolescente como hostilidad y desinterés, pudiendo aumentar la tensión interna.
Nunca hay que tener prisa para enjuiciar las acciones y será siempre preferible conducir la conversación hacia la reflexión personal y la argumentación, a fin de provocar que sea el propio adolescente quien llegue a emitir sus propios juicios de valor. Evidentemente, tendrán mucho más valor, por inmaduros que nos parezcan, que los que le podamos transmitir nosotros mismos.
- 10- **Considerar seriamente todo comentario que el adolescente nos haga** y hacer cuanto esté en nuestras manos para que se sienta valorado como persona y como adulto (nunca como “caso clínico”).
- 11- Durante la entrevista, conviene **explorar todos aquellos detalles** que nos interesan de la vida del adolescente, empezando por el motivo de consulta. Ya tendremos tiempo más adelante de investigar los antecedentes personales y familiares, la historia escolar o laboral, o los hábitos y estilos de vida.

Ya que la entrevista con el adolescente puede tender al desorden, es útil tener presente un guión sobre todo aquello que nos interesa saber.

En este sentido nos sirve el acrónimo que propone García Tornel (1997):

FACTORES

Familia: relación con los padres y hermanos, grado de satisfacción

Amistades: actividades, deportes, tipo de relaciones

Colegio-trabajo: rendimiento, grado de satisfacción

Tóxicos: experimentación-abuso, tabaco, alcohol, drogas

Objetivos: estudio, trabajo, familia, ideales, ilusiones

Riesgos: deportes, moto, coche, ambientes violentos, mediaciones, abuso sexual, régimen dietético

Estima: aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen

Sexualidad: información, identidad, actividad, precauciones, homosexualidad

12- El punto de partida de la entrevista debe ser el motivo de consulta. Pero podemos encontrarnos con un adolescente que refiera síntomas que no son representativos de su verdadero problema. Se trata de una manera de poner a prueba nuestra confiabilidad y nuestro grado de comprensión.

13- Si no existe una relación previa con el adolescente, suele ser difícil establecer una comunicación libre y fluida. Incluso cuando se trata de un paciente seguido en consulta durante la infancia, conviene tener en cuenta que la adolescencia supone un cambio importante en las relaciones con el adulto. Sin que existan fórmulas mágicas algunas ideas pueden ayudar a **estructurar la entrevista** con el adolescente.

- La comunicación es más fácil si se realiza con preguntas abiertas, que permiten mayor explicación en las respuestas. "Cuéntame más sobre esto". "*¿Cómo te sentiste?*" o "*¿Qué aspectos desearías modificar en la relación con tus padres?*"

El entrevistador que prematuramente lleva al paciente a un corriente de preguntas específicas limita la información acerca de la forma personal de pensar del paciente, no enseña acerca de cómo el paciente lleva los silencios y soledades, y cierra al paciente la oportunidad para introducir un tema nuevo. Además la tarea de formular preguntas específicas una tras otra puede entrometerse en la habilidad del médico para escuchar y entender al paciente. Esto no significa que se deban evitar preguntas específicas. A menudo los pacientes dan respuestas elaboradas a preguntas específicas como "*¿cuándo te casaste?*" Sus respuestas pueden abrir nuevas perspectivas en la búsqueda. La clave está en evitar aproximaciones demasiado rápidas y permitir a los pacientes que elaboren sus propios pensamientos.

- Utilizar respuestas "en espejo", repitiendo sus propias respuestas. Por ejemplo: *¿Cómo te sientes con tu padre? Lo odio.* Nuestra respuesta en espejo será: *¿Lo odias? Y, con algo de suerte, el adolescente seguirá la conversación: Sí, porque ...*

- Ir resumiendo los puntos que aparecen en la entrevista para ayudar al adolescente en la síntesis de sus problemas y, muy a menudo, a ser conscientes de sus preocupaciones reales.

- Preguntar para aclarar algunas afirmaciones o expresiones que puedan quedar en el aire. Por ejemplo: *¿Qué quieres decir con eso?*.

- Cuando se trate de temas embarazosos, podemos usar afirmaciones que faciliten la discusión. Por ejemplo: *Muchos chicos de tu edad se masturban o juegan con sus genitales, lo que es normal. Imagino que, a menudo, tú también*

deseas hacerlo...

- En casos aún más embarazosos, utilizar ejemplos de terceras personas para permitir la proyección. Por ejemplo: *Me han dicho que sin tomar pastillas es difícil divertirse en las discotecas, ¿qué opinas tú de ello?*
 - Dar apoyo a través de respuestas que impliquen el sentimiento de comprensión que el profesional tiene de sus problemas. Por ejemplo: *Imagino que te lo has pasado muy mal, y sin poder contárselo a nadie....*
- 14- Evitar proyectar los sentimientos de nuestra propia adolescencia para en nuestro paciente. Pero cabe **recordar también que un día fuimos adolescentes**: nos va a ayudar a comprenderlos.
 - 15- **Evitar asumir un rol parental sustituto**. El profesional debe actuar como un adulto que pone especial énfasis en escuchar, aconsejar y guiar, evitando los juicios de valor. Se pueden comprender todas las conductas, lo cual no implica aceptarlas y apoyarlas. Recordarle, a menudo, que el auténtico responsable de su salud es él mismo.
 - 16- **Reconocer las incomodidades**. Cuando el profesional se pueda sentir incómodo para tratar algún tema concreto con el adolescente, será mejor dejarlo para el final, cuando se haya establecido ya un buen clima de confianza y comunicación.
 - 17- **Actuar siempre de abogado del adolescente**. Recalcar sus características positivas y sus habilidades, que a menudo los padres, agobiados por las conductas negativas, no han sabido apreciar. Cabe tener en cuenta que apoyar al adolescente en un período de “bajón” no es lo mismo que apoyar una conducta impropia.
 - 18- **Inculcar la responsabilidad**. El profesional debe tener conciencia de que los adolescentes han de ser los responsables de su propio cuidado. Cuanta más responsabilidad tenga, menos problemas de obediencia aparecen.

Factores de riesgo

Entendemos por riesgo la probabilidad de que ocurra algún hecho indeseable. Los riesgos no están aislados del contexto social, sino que se interrelacionan con una compleja red de factores e intereses sociales, culturales, económicos y ambientales.

Hay que distinguir entre factores de riesgo, conductas de riesgo y situaciones de riesgo.

Entendemos como **factores de riesgo** “aquellos elementos que tienen la posibilidad de desencadenar o asociarse al desencadenamiento de algún hecho indeseable, o de una mayor posibilidad de enfermar o morir”, (Eisenstein, 1994).

Los factores de riesgo pueden ser la causa de un daño o actuar como moduladores del mismo, en el caso de que influyan en las probabilidades de ocurrencia del mismo.

Las **conductas de riesgo** agrupan aquellas “actuaciones repetidas y fuera de determinados límites, que pueden desviar o comprometer el desarrollo psicosocial normal durante la infancia o la adolescencia, con repercusiones perjudiciales para la vida actual o futura”, (Eisenstein, 1994). A menudo, ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia.

Los adolescentes necesitan explorar los límites, cuestionar las normas, enfrentarse a sus dudas y emociones, desafiar las potencialidades de su propio cuerpo y establecer nuevas formas de relación con los adultos. Se trata de manifestaciones normales de la crisis fisiológica de la adolescencia. Solamente cuando estas situaciones se repitan con excesiva frecuencia o excedan los límites del comportamiento social aceptable, podremos hablar de conductas de riesgo.

En las conductas de riesgo suele existir conciencia del peligro que se corre, pero prima un sentimiento de invulnerabilidad y una necesidad de demostrar a uno mismo y al entorno la capacidad de desafío de la norma.

Finalmente, las **situaciones de riesgo** se definen como “aquellas circunstancias que ofrecen un riesgo a toda la comunidad o grupo social”, (Eisenstein, 1994).

Una situación de riesgo que afecte a la adolescencia y juventud puede ser la permisividad en el uso de las drogas o las exigencias que se imponen en la práctica de determinados deportes. Una situación de riesgo que se ha relacionado con los trastornos de conducta alimentaria puede ser el excesivo culto a la imagen corporal.

El objetivo de la entrevista es la obtención de información sobre el adolescente y su entorno. Habitualmente, el adolescente es “arrastrado” hasta la consulta por sus padres. Y aparece ante nosotros temeroso y desconfiado, o depresivo y preocupado. En otras ocasiones, sus mecanismos de defensa le hacen aparecer expansivo, charlatán, fanfarrón o autosuficiente. Puede ser difícil entrar en la entrevista. Por ello, **nos puede ser útil un sencillo cuestionario**, adaptado a su lenguaje, que nos ofrezca la ocasión para entrar en más detalles.

Otros elementos a considerar

La familia

Los padres suelen representar las personas adultas más próximas al adolescente y que, de ninguna de las maneras, el profesional de la salud deberá interferir en la relación entre padres e hijos. Uno de los objetivos de nuestra actuación debe ser facilitar el entendimiento y la comunicación. Para ello conviene (Maddaleno, 1992):

- 1- Mantener la privacidad del adolescente en la entrevista que mantendremos con padres y adolescente a la vez.
- 2- Registrar la interacción entre el adolescente y sus padres para evaluar así cual es la dinámica familiar.
- 3- Mantenerse neutral, actuando como consejero. Evitar el papel de juez que, a menudo y de forma muy subliminal, piden los padres o el propio adolescente.
- 4- La entrevista conjunta (padres y adolescente) es imprescindible cuando el problema es de ambos, hay una alteración en la dinámica familiar, se necesita aliviar a los padres de los sentimientos de rechazo o de culpa, cuando se desea lograr cambios en ambos, o cuando lo piden los propios padres.
- 5- Siempre que sea posible, será interesante entrevistar a los padres a solas, pero informando de ello al adolescente. El profesional no puede olvidar que su paciente es el adolescente.

La confidencialidad

La confidencialidad se refiere al carácter privilegiado y privado de la información aportada durante la transacción de la atención sanitaria.

Para los adolescentes, la garantía de confidencialidad es una condición muy valorada.

La confidencialidad es esencial para que el paciente deposite confianza en su proveedor de asistencia y pueda aportarle las informaciones que, suponiendo aspectos de su intimidad y de su vida personal, puedan ser útiles en su proceso diagnóstico y terapéutico.

La confidencialidad en la relación entre el profesional de la salud y el adolescente debe existir siempre que sea posible, teniendo en cuenta la edad, la capacidad de entender el problema y de tomar decisiones, así como las repercusiones futuras de estas decisiones, las relaciones con los padres y los impedimentos legales.

Es necesario que los profesionales de la salud comuniquen explícitamente a sus pacientes adolescentes las pautas que siguen en la consulta respecto a la confidencialidad.

Entrevistas conflictivas

1-El adolescente hablador. Hay adolescentes que hablan constantemente en un acto defensivo para no entrar en los temas conflictivos. Sus relatos de éxitos intentan desviar la atención del entrevistador. Se recomienda ignorar las exageraciones, evitar entrar en detalles sin importancia y concentrarse en lo que está intentando decir más que en lo que realmente dice. Habrá que desarrollar habilidad para descifrar los mensajes. Será útil dar más estructura a la entrevista, marcando los límites de la misma.

Puede ser útil decir: *“Veo que te gusta mucho hablar de tal tema. ¿Por qué?”*

2-El adolescente silencioso. Hay adolescentes que permanecen mudos durante la entrevista y los hay que, incluso, dan la espalda al entrevistador. Lo más probable es que se trate de adolescentes que hayan sido obligados a acudir a la consulta desde la familia o la escuela y asocian al profesional como parte de la estructura del poder adulto. En otras ocasiones, se trata de adolescentes que han sido objeto de malos tratos y son incapaces de expresar sus temores o ansiedades. El profesional deberá ser capaz de romper la barrera del silencio. Hay frases que pueden ayudar: *“Me imagino que estás enojado”, “supongo que te obligaron a venir”* o *“me imagino cómo te sientes”*. Así como recurrir al tópico *“¿Qué hace un chico como tu en un sitio como este?”*.

3-El adolescente enojado y agresivo. Aún los profesionales más entrenados pueden sufrir la tentación de involucrarse en forma negativa con los pacientes agresivos y terminan agrediéndoles también. El profesional debe recordar que él no es el motivo de la rabia, estas actitudes de rechazo, de agresividad o hostilidad no son más que la expresión de un mecanismo defensivo contra la ansiedad, o bien un fenómeno transferencial.

La mejor manera para resolver esta situación puede consistir en reconocer los propios sentimientos (*“Estás muy molesto”*), identificar la causa del enojo (*tal vez una larga y aburrida espera en la consulta*). En cualquier caso habrá que intentar ofrecer ayuda o excusas si la falta es del profesional.

4-El adolescente lloroso. Ante las lágrimas del paciente nos podemos sentir incómodos, pero hay que reconocer que estas lágrimas pueden ser beneficiosas y terapéuticas para el paciente y representan también una oportunidad del

profesional para estar más cerca del paciente. Será recomendable el apoyo silencioso, ya que la mayoría de los pacientes logran controlarse en un período corto de tiempo. Es útil tener a mano pañuelos.

I. EVALUACIÓN INDIVIDUAL

La particularidad psicopatológica de la clínica del adolescente consiste en que con gran facilidad, el entorno, los padres, y los propios adolescentes se focalizan sobre las conductas externalizadas y agudas en detrimento de las conductas más mentalizadas.

De esta forma las vivencias de la angustia, el sufrimiento depresivo, los miedos dismorfofóbicos, dudas invasivas, pesadillas repetidas, pensamientos obsesivos, pueden estar presentes durante largo tiempo sin ser advertidos ni expresados a los demás, la sintomatología aparente puede ponerse de manifiesto como rechazo escolar, conflicto acerca de la conciliación del sueño, fugas, aislamiento en su casa, tentativas de suicidio conductas anoréxicas, bulímicas..

El va y ven entre los datos suministrados por la relación con el adolescente en la entrevista y la elaboración de la hipótesis etiopatogénica es continua. La reevaluación permanente es necesaria y es lo que constituye la mayor riqueza clínica de las entrevistas con el adolescente.

La consideración del síntoma angustia en el adolescente toma ciertas peculiaridades, puesto que frecuentemente la niega o la oculta.

Deberemos tener en cuenta la angustia:

- a) De perder los límites de sí mismo,
- b) De abandono,
- c) Frente un cuerpo sexuado,
- d) De separación,
- e) Ante una amenaza incestuosa,
- f) Frente a los fantasmas de parricidio.

A) La angustia:

Con forma de aparición: difusa o focalizada; por ej.: sobre una parte del cuerpo.

La angustia puede causar una gran desorganización intrapsíquica o por el contrario ser tolerada muy bien.

La ausencia de angustia es un criterio de evaluación pronóstico y terapéutico frecuentemente malo.

B) Tensión interna:

El recrudecimiento pulsional en la pubertad explica la frecuente tensión interna y sus rápidas fluctuaciones.

El grado de impulsividad, las conductas que conllevan rupturas (fugas, crisis clásticas o de agitación, tentativas de suicidios, alcoholizaciones agudas, crisis bulímicas agudas, etc) las desorganizaciones súbitas y completas del funcionamiento psíquico son criterios

de evaluación importantes.

C) El humor:

Espontáneamente el adolescente no habla de estado depresivo o de sufrimientos de tipo moral.

Las conductas de retraimiento, el bajo rendimiento escolar, estados coléricos bruscos, pueden ser el reflejo de un problema depresivo subyacente.

Inversamente una excitación del humor puede manifestarse por diversos pasos al acto, fugas, insomnio, ruptura escolar, pueden ocultar un trastorno del humor en su vertiente expansiva.

D) La relación con el cuerpo:

El pudor, se vive y genera cierta hostilidad, puede conducir al adolescente a no querer hablar de su propio cuerpo.

Las conductas alimentarias, como la anorexia los vómitos o la bulimia pueden mantenerse secretas durante largo tiempo por lo menos dentro del ámbito familiar.

Los trastornos del sueño son frecuentes, pesadillas, insomnio de conciliación. Las dismorfofobias, hipocondriasis pueden ser el substrato de una conducta de aislamiento, y se puede observar que dejan de hacer deporte o actividades de grupo que antes practicaban.

E) La relación con el cuerpo sexuado:

Es importante explorar directamente con el adolescente como vive la nueva imagen de su propio cuerpo.

La masturbación puede llevarse a cabo de forma compulsiva o por el contrario rechazarla totalmente, fantasías sexuales, conductas sexuales caóticas, sádicas, masoquistas, contactos homosexuales eventuales, etc.

Abordar estos aspectos con el adolescente requiere tacto y prudencia puesto que suelen responder, al ser preguntado directamente sobre estos temas, con negaciones o banalizando, difícilmente en una primera entrevista pueden abordarse, el entrevistador debe elegir el momento adecuado, siempre será después de haber establecido una correcta relación de confianza.

F) La "dudas" en el pensamiento del adolescente

Una de las preguntas que se hace a menudo a si mismo, es: ¿soy normal?

La valoración del lugar que ocupa esta duda, y la tolerancia de la misma es de suma importancia.

Se debe conocer si se invade el funcionamiento mental, (ya sea afectivo o cognitivo) por una duda generalizada y difusa que va entre la realidad o el mundo interior, y si ello

provoca una exacerbación de los mecanismos de defensa, como: oposición, adhesión masiva a un sistema de creencias religiosas, filosóficas, éticas, o a un sistema delirante relacionado con la duda sobre su identidad sexual, por ejemplo.

G) La relación con sus padres y otros miembros de la familia:

Deberá tenerse en cuenta:

- a) El grado de entente o de conflicto
- b) La necesidad y el sentido de una oposición
- c) La diferenciación según los padres.
- d) La calidad de la relación con la fratria y con los abuelos.
- e) La capacidad de situar la constelación familiar, situando a cada miembro en su identidad social y familiar.
- f) Los intereses compartidos o la ausencia de intereses comunes.

H) Las relaciones sociales:

- a) La capacidad de estar solo y la integración en grupo.
- b) La dependencia o no del grupo.
- c) El grado de congruencia entre la relación social y familiar.
- d) Las relaciones sociales bruscamente interrumpidas.
- e) El interés por la escolaridad i los proyectos profesionales.
- f) La relación con el amigo o la amiga íntimos.

ANÁLISIS PSICOPATOLÓGICO DEL ADOLESCENTE

A) Las Dismorfofobias:

Las vivencias de hostilidad en relación a su cuerpo, son frecuentes en los adolescentes.

Las dismorfofobias concernientes a una parte del cuerpo (pechos, musculatura...) en relación a la pubertad suelen ser pasajeras y forman parte del momento evolutivo.

Las dismorfofobias no concernientes a las partes del cuerpo que se modifican durante la pubertad (ojos, orejas, etc) denotan generalmente un problema subyacente, un posible rechazo a su nueva imagen y posiblemente conflictos con su propio rol.

Las primeras suelen desaparecer espontáneamente, mientras que las segundas se acentúan y es necesario profundizar el estudio del adolescente, formulando soluciones mediante tratamiento.

B) Conflicto entre adolescente y padres:

Es útil el análisis de dos situaciones;

- a) Si existe una buena relación con los abuelos y con otros adultos lo cual contrasta con la relación altamente conflictiva entre adolescente y padres. Esta situación indicaría una búsqueda de identificación y una necesidad de desprenderse de las dependencias establecidas en la infancia.

- b) Si la relación conflictiva entre adolescente y padres se hace extensiva al resto de familiares y a otros adultos, indicaría una gran rigidificación del proceso psíquico y una utilización de mecanismos arcaicos de defensa. Ello conlleva un bloqueo del proceso evolutivo, de las posibilidades de identificación.

C) La calidad del interés escolar:

- a) Un excesivo interés por la escolaridad sin intereses mas o menos definidos en relación a una futuro proyecto profesional suele indicar una situación defensiva y conlleva el riesgo de que este falso interés desaparezca.
- b) Una falta de interés por la escolaridad y una ausencia de proyecto de futuro profesional denotan un rechazo grave al aprendizaje y una posible situación regresiva.
- c) Una falta de interés por la escolaridad pero con proyectos de futuro e intereses profesionales definidos denotan una capacidad para escoger y para identificarse.

II. EVALUACIÓN FAMILIAR:

a) Evaluación descriptiva

- 1) Organización formal de la familia.
- 2) Enfermedades mentales
- 3) Enfermedades hereditarias

b) Evaluación dinámica.

La presencia de un adolescente en la familia constituye un factor de riesgo para la homeostasis familiar; mas todavía si se considera que por un lado el objetivo del adolescente es conquistar nuevos objetivos para conseguir un cambio y por otro lado el objetivo de la familia es mantener el funcionamiento habitual.

c) Entrevista con los padres.

Nos permite profundizar en la anamnesis mediante la entrevista con el adolescente, síntomas, conductas habituales, características y evolución de su infancia.

En algunas ocasiones muy específicas puede ser de interés evocar con los padres en presencia del hijo, como se escogió su nombre, el deseo de que naciera, etc. Estos recuerdos, si son posibles introducen la dimensión del tiempo, relativizan la intensidad de las dificultades del momento y pueden jugar un papel catártico, desplazando las líneas del conflicto o bien abriendo espacios nuevos de curiosidad y de interés...

III. EVALUACIÓN DEL ENTORNO

Se obtiene mediante las entrevistas con:

- a) El propio adolescente
- b) Con sus padres
- c) En ocasiones con otros adultos, educadores, asistentes sociales, jueces de menores...

Es especialmente importante conocer las relaciones con el grupo, o la banda, o la "pareja".

A menudo no tiene el mismo significado la conducta en solitario o en grupo. Un ejemplo lo podemos tener en el consumo de alcohol, el adolescente que bebe entre semana suele presentar una psicopatología como la depresión o la ansiedad, busca una automedicación, en cierto sentido. El que bebe los fines de semana y en grupo evidencia un proceso de relación que expresa un fenómeno social que no implica necesariamente una alteración psicopatológica.

Es muy importante diferenciar el diagnóstico y el pronóstico, de la psicopatología del paciente; no debe obviarse el pronóstico en relación a la adaptación social.

Un entorno desestructurado, delictivo, marginal constituye un factor de alto riesgo para un adolescente frágil.

Entrevistas diagnósticas estructuradas

Los clínicos se basan en las entrevistas con el niño o adolescente y con sus padres para determinar la presencia o ausencia de los trastornos psicológicos. Sin embargo, esta forma de obtener información es cuestionable por su subjetividad en la forma de recoger e interpretar la información.

La concordancia que existe entre los clínicos al hacer los diagnósticos no es alta. Edelbrock y Costello (1990) citan como la mayor causa de mala fiabilidad en el proceso diagnóstico la **variabilidad de la información** o variabilidad en la forma de buscar y obtener la información de los entrevistados. Pero también existen otras fuentes de variación, como la **variabilidad del sujeto**, o variación en el contenido y en el estilo de contestar de un entrevistado a otro; la **variabilidad de criterio**, o variabilidad debida al uso de diferentes criterios diagnósticos; la **variabilidad de la situación** o desacuerdo asociado con la obtención de información diferente del mismo individuo en diferentes circunstancias y, la **variabilidad de observación** o desacuerdo asociado con circunstancias en las que los observadores perciben el mismo fenómeno de forma diferente. Todas estas discrepancias son una amenaza para la fiabilidad de la entrevista.

Diferentes clínicos pueden discrepar en su concepción de lo que es un determinado trastorno, utilizar distintos criterios diagnósticos, fuentes de información diversas, preguntarán sobre temas dispares, sin duda harán las preguntas de forma diferente, y combinarán e interpretarán las respuestas de modo desigual. Además, pueden influir sobre las respuestas del entrevistado a través de su forma de preguntar (variabilidad de la situación) o de sus reacciones verbales y no verbales, y además el entrevistado también puede responder a las preguntas de una forma inconsistente, de modo que el resultado, lo que se encuentra o identifica, puede ser, muy probablemente diferente. Esta falta de acuerdo entre los clínicos ha provocado la desconfianza y la falta de credibilidad de los diagnósticos así derivados y ha sido un motivo de crítica frecuente.

Ante la evidente necesidad de estandarizar el procedimiento de obtener la información se

optó por la estructuración de la entrevista, lo que equivale a limitar la variabilidad en el intercambio pregunta-respuesta entre el entrevistador y el entrevistado -variabilidad de la información-. Esto, se consigue definiendo el fenómeno que tiene que valorarse, limitando el orden y la redacción de las preguntas y estandarizando cómo se valoran, registran, combinan e interpretan las repuestas.

Una **entrevista estructurada** es una lista de conductas, síntomas y acontecimientos sobre los que se debe obtener información, las pautas para realizar la entrevista y los procedimientos para registrar los datos. En función del grado de rigidez con que están presentes estos aspectos se puede hablar de entrevistas estructuradas y semiestructuradas. Las entrevistas estructuradas especifican el orden exacto y el texto de la pregunta y dan normas explícitas para evaluar y registrar las respuestas del sujeto. Diferentes entrevistadores tendrían que hacer la misma exactamente las mismas preguntas, en el mismo orden, y evaluar y registrar las respuestas de la misma manera. El entrevistador es una parte intercambiable en este proceso. El rol del juicio clínico para obtener la información y registrar las respuestas es mínimo y al entrevistador se le da poca libertad para dirigir la entrevista. Con ellas se obtienen datos objetivos y fiables, pero son rígidas y mecánicas y no pueden adaptarse a un entrevistado particular.

Las **entrevistas semiestructuradas** no son tan rígidas y dan al entrevistador más flexibilidad para dirigir la entrevista. Diferentes entrevistadores deberían cubrir los mismos temas pero pueden hacerlo de diferente manera. El entrevistador tiene un papel más importante para determinar qué se pregunta, cómo verbalizar las preguntas y cómo registrar las respuestas. Otorgan más importancia al juicio clínico y permiten y permiten una entrevista más espontánea que puede adaptarse al entrevistado. Esta flexibilidad produce más variabilidad de la información comprometiendo la fiabilidad.

Entrevistas diagnósticas estructuradas y semiestructuradas más utilizadas en niños y adolescentes, para el diagnóstico de psicopatología en general, es decir que no están especializadas en un trastorno o grupo de trastornos concreto, sino que abordan los trastornos más frecuentes a estas edades.

Estructurada - Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA)

La DICA fue el primer protocolo diseñado para niños (Herjanic, Herjanic, Brown y Wheatt. 1975) y también fue el primero que se adaptó a los criterios del DSM-III-R.

Clínicos o personal no clínico entrenado pueden realizar la entrevista puesto que en su aplicación no se requiere hacer valoraciones diagnósticas.

El período de valoración de los síntomas abarca toda la vida del niño. En la redacción de la DICA se ha dado importancia a la influencia que puede tener el estadio del desarrollo a la hora de entender y responder a las preguntas de una entrevista. Por este motivo tiene dos formas paralelas: La DICA-C (para niños de 6 a 12 años) y la DICA-A (para adolescentes de 13 a 17 años).

La entrevista tiene una estructura ramificada que permite efectuar saltos de varias preguntas cuando el síntoma no está presente. La duración de las entrevistas oscila entre 60 y 90 minutos. Los síntomas se evalúan como presentes o ausentes. No existe la posibilidad de evaluar la severidad de los síntomas presentes.

Muchas preguntas, además de de la pregunta principal que hace referencia al síntoma tienen una *comprobación*, que ayuda a verificar la presencia del síntoma.

Semiestructurada- Interview Schedule for Children (ISC)

La ISC (Kovacs, 1978) es una entrevista para niños de 8 a 17 años, centrada en la fenomenología actual de las dificultades del niño. Fue una entrevista original en dos aspectos, el primero porque fue construida originalmente para niños y no derivada de una entrevista de adultos, y en segundo lugar, porque su finalidad fue el diagnóstico de la depresión infantil. No obstante, la entrevista cubre también otros diagnósticos.

Existen dos formas paralelas. La forma "C", (1978), se administra en el momento de la admisión del paciente. La versión de seguimiento, (1984) se emplea para re-evaluaciones.

Las áreas temáticas cubiertas son: 1. Síntomas de psicopatología mayor, 2. Estado mental, 3. Conducta sexual y citas (acontecimientos importantes de desarrollo), 4. Observaciones conductuales, y 5. Impresiones del clínico.

La evaluación comienza con una entrevista no estructurada sobre la visión general del problema del niño, historia y duración, para continuar con las preguntas sobre síntomas. En primer lugar se entrevista al padre o a la madre, y a continuación, el mismo clínico, entrevista al niño o adolescente.

Los ítems del ISC están formados por preguntas que formula el clínico de forma semiestructurada; muchas de ellas se solapan intencionadamente con la finalidad de verificar si entrevistador y entrevistado están refiriéndose a lo mismo. El clínico tiene bastante libertad para cubrir el contenido de la entrevista en el orden más adecuado. Las decisiones diagnósticas siempre están basadas en la valoración global que realiza el clínico de cada síntoma.

Los ítems de estado mental reflejan el funcionamiento actual; y las observaciones conductuales del clínico se limitan al momento de la entrevista. El propósito de la ISC es evaluar la sintomatología actual del niño y cuantificar la intensidad de los síntomas cuando sea posible.

La severidad de los síntomas tampoco se registra de manera uniforme, pero siempre a mayor puntuación corresponde mayor patología.

Referencias Bibliográficas:

Dulanto Gutiérrez, E. (1993). "Perfil del médico que atiende adolescentes". En José M. Mendez Ribas, *Enfoque actual de la adolescente por el ginecólogo*. Ed. Buenos Aires, Editorial Ascune Hnos.

Eisenstein, E.; Pagnoncelli de Souza, R. (1994). Situaciones de riesgo para la salud de niños y adolescentes. FUSA 2000 Editora. Buenos Aires (Argentina).

Gallagher, J.R. (1979). "Interviewing adolescents and their parents". *J. Curr. Adoles. Med.*; 1: 15-18

Litt, I.F. (1990). *Evaluation of the Adolescent Patient*. Hanley and Belfus Inc. Philadelphia (USA).

Maddaleno, M. (1992). "La evaluación clínica" En Silber, T.J.; Munist, M.M.; Maddaleno, M.; Suarez Ojeda, E.N. (eds): *Manual de Medicina de la Adolescencia*. Washington, Organización Panamericana de la Salud.

Schowalter, D.; Ehrhard, A.A.; Greenhill, L.L. (1985) *The Clinical Guide to Chile Psychiatry*. New Cork: Free Press.