

Capítulo 2

Estructura de la primera entrevista con el paciente joven

FUNDAMENTOS

Cuando un adulto se presenta para una evaluación de salud mental, por lo general sabe más o menos qué esperar: el clínico invita al paciente a pasar al consultorio; ambos se sientan cómodamente en sus sillas y empiezan a conversar. El paciente describe un conjunto de síntomas o problemas al clínico, quien escucha el contenido, observa la conducta y valora el estado de ánimo y los afectos. Todo esto se hace con el fin de establecer el rapport y generar confianza para obtener información confiable que se integre en la formulación diagnóstica, con un diagnóstico diferencial y un plan para continuar la evaluación, el tratamiento o ambos.

Los clínicos que evalúan a pacientes menores de edad tienen los mismos objetivos en mente, pero deben usar métodos cuidadosamente adaptados a cada niño o adolescente. Después de todo, sus pacientes tal vez no son capaces de comprender ni el propósito de la evaluación ni de comunicar de manera adecuada por medio del lenguaje muchos significados sutiles. Con frecuencia, las impresiones diagnósticas se tienen que inferir. Qué tan rápida, completa o abstracta sea la entrevista depende de la edad del paciente, su etapa de desarrollo y sus capacidades cognitivas –así como la complejidad de la historia. Desde luego, el *rapport* es tan importante con pacientes jóvenes como con adultos.

DISPOSICIÓN DE LA PRIMERA ENTREVISTA

Aunque los adultos, por lo general, comprenden por qué han sido enviados a una

evaluación de salud mental, en el caso de la mayoría de niños y adolescentes esto no es así. Debido a que los padres o maestros pueden considerar su conducta bajo la categoría de “mala”, en especial los niños pequeños experimentan la evaluación como una forma de castigo. O bien, cuando se les dice que “van a ir al doctor”, esperan un examen físico o una inyección. Muchos niños no reciben ninguna información acerca de la visita y, en consecuencia, a menudo tienen expectativas equivocadas de lo que sucederá o tendrá lugar.

Una preparación inadecuada hace que el contacto inicial sea más difícil. Ayudar a los pacientes y a sus padres a entender qué esperar –y a tener las mismas expectativas– facilita en gran medida el proceso de recabar información. Por lo general, esto significa que el clínico educa a los padres y les da instrucciones de qué explicarle a su hijo.

Todos los miembros de la familia que asistan deben saber que esta cita es diferente de una visita a otros profesionales de la salud, y que el centro de atención serán los sentimientos y las conductas, no el bienestar físico y que, como clínicos, es necesario entender la naturaleza de estos problemas para poder ser de utilidad. Se debe indicar a los padres que se hablará con ellos y con el niño, juntos y por separado. Si es posible, es mejor pedirles que no lleven a otros niños a la cita. Si eso no es posible, les debe pedir que asista alguien más que pueda hacerse cargo de los otros niños.

Dependiendo de la edad del niño al que se entrevista, se deben revisar por anticipado aspectos específicos de la evaluación. Por ejemplo, se debe avisar a los niños pequeños sobre las pruebas psicológicas que se le presentarán, las técnicas de juego, las entrevistas familiares o que estará solo sin sus padres. Tienen que saber que la visita inicial tendrá cierta duración, que no se trata de un castigo y que regresarán a casa después de la visita (a menos que se trate de un paciente interno o de cuidados residenciales). Los niños pequeños también necesitan que se les asegure que el profesional no los lastimará; si existe la posibilidad de un examen físico, también se debe aclarar.

Comunicar estos conceptos difíciles es una tarea inmediata y práctica. Se debe ayudar a los padres a elegir el lenguaje y las frases apropiadas para la edad del niño, su nivel de desarrollo y el nivel de comprensión cognitiva. En una entrevista telefónica inicial, se puede preguntar a los padres qué palabras y frases usa el niño y, luego, alentarlos a que le describan en qué consiste la evaluación usando su propio lenguaje. A menudo es útil en la sesión inaugural determinar la comprensión y las expectativas de un joven paciente respecto de la evaluación (“¿Qué te dijeron sobre esta visita?”). Después de esta pregunta, se puede indagar en lo que el paciente sabe sobre los problemas de interés en la entrevista.

EL PRIMER CONTACTO

Un joven puede estar renuente a hablar directamente de los síntomas o problemas, y sentirse asustado frente al profesional y el lugar por ser extraños para él. Del mismo modo que algunos adultos, los niños pueden sentirse ansiosos en el consultorio del doctor. Así, una respuesta concreta usual de un niño a una pregunta más apropiada para un adulto, “¿Qué te trajo por aquí el día de hoy?”, es “Mi mamá.” Asimismo, “¿Cómo te sientes el día de hoy?” suele ser respondida, “Bien.”

¿Cómo debe ser la primera entrevista? Los clínicos difieren, tal vez en parte, porque los jóvenes y sus situaciones pueden ser muy diferentes. Los estudios controlados no ayudan a elegir un tipo de entrevista y no otro, así que el clínico tiene que decidir qué estilo de entrevista utilizar con base en lo que sabe del paciente a través de la fuente que lo envió, la edad del paciente y sus propias experiencias y preferencias.

Algunas veces, la estructura de la valoración inicial deriva de circunstancias externas, como el número de visitas autorizadas, contempladas en el plan de aseguramiento. No se debe seguir un plan rígido; es más importante establecer una alianza terapéutica positiva con el paciente y la familia desde el primer momento del contacto. Las entrevistas estructuradas y semiestructuradas –que incluyen un guión de preguntas, a veces preguntas ramificadas, incluso muy detalladas– garantizan que todos los aspectos de la salud mental se aborden, pero son menos eficaces para generar emociones y material histórico inusual.

Los adultos que agendan la cita contribuyen a decidir cómo se debe estructurar la primera entrevista. (Algunos clínicos prefieren entrevistar a los padres de un niño pequeño antes, sin la presencia de éste). ¿Sienten que pueden hablar libre en presencia del joven paciente? ¿La conducta del niño los distraería demasiado de la entrevista? En la primera llamada, se debe hacer hincapié en que ambos padres asistan a la primera sesión si es posible. Sin embargo, si sólo se presenta uno de los dos (como suele ocurrir la mayoría de las veces), es posible programar otra entrevista más adelante con el otro padre u otros miembros de la familia que participen en el cuidado del niño.

Por lo general, uno de los padres debe estar presente en la parte inicial de la entrevista con un niño, para poder observar la interacción padre-hijo. Como regla general, tratándose de un niño, es conveniente dividir la primera entrevista para ver al padre y al niño juntos en la primera parte, y luego pedirle al padre que salga para continuar con el niño solo. Si el niño permite una breve separación, se puede observar de qué manera la tolera y, luego, se reúne con el padre. Esto proporciona información importante acerca de los estilos de apego del niño y de los padres. Tratándose de un adolescente, con frecuencia es mejor encontrarse primero con el paciente.

A veces, cuando un niño o adolescente es llevado a evaluación, es evidente que el problema va más allá del paciente identificado. Por ejemplo, el joven puede estar reaccionando a través de la conducta sintomática a la separación de los padres, la muerte de un familiar o algún otro problema que empezó en otro miembro de la familia. Debido

a que a veces ocurre que nadie admite abiertamente la existencia de otros problemas, es necesario observar con sensibilidad, empleando el juicio clínico para valorar las múltiples fuentes de estrés y disfunción.

ESTABLECIMIENTO DEL *RAPPORT*

Una evaluación inicial tiene tres componentes que se desarrollan al mismo tiempo: establecer una alianza terapéutica positiva, recabar información y (en menor medida) intervenir terapéuticamente. La primera tarea del clínico es establecer una relación de trabajo con el joven paciente y su familia. Esto requiere flexibilidad, un buen conocimiento de cómo funcionan las capacidades de los niños de distintas etapas de desarrollo, una gran paciencia y buena disposición. A veces, es necesaria más de una sesión. Con un niño pequeño, con frecuencia se requieren juguetes o materiales lúdicos para romper el hielo (véanse “La entrevista de juego”, más adelante, y los ejemplos de los capítulos 5 y 6).

Puede ser necesario comenzar con una conversación que no esté relacionada con el motivo de consulta, a lo que se denomina frente a un adulto “pequeña charla”. Los temas interesantes para un niño o adolescente ayudan a desarrollar el *rapport* y no son considerados amenazantes. Para promover la participación de los jóvenes pacientes se pueden hacer preguntas sobre programas populares de la televisión, películas, eventos deportivos, juegos de computadora y otras actividades relevantes y adecuadas para su edad que despierten su interés. La capacidad del clínico para hacer sentir cómodo y relajado al joven paciente, evitar la condescendencia y la manipulación es crucial para construir una relación de confianza.

ESTILO DE ENTREVISTA

Los recuerdos de los niños pequeños son influidos con facilidad por las circunstancias. Por el deseo de complacer al adulto, los niños pueden dar respuestas que piensan que el adulto quiere oír. Por lo tanto, el clínico debe esforzarse por ser honesto haciendo preguntas que promuevan los recuerdos espontáneos. Se deben hacer preguntas sencillas y pertinentes, reformular desde perspectivas ligeramente distintas para ver qué tan consistentes son las respuestas. Prestar cuidadosa atención a las claves no verbales,

como señales de ansiedad, retraimiento y cambios en el estado de ánimo, así como al opositorismo y a los cambios súbitos de tema (Véase el material de la entrevista no directiva del capítulo 1).

Mientras que los adolescentes, con frecuencia, son capaces y están dispuestos a responder preguntas de manera directa y a elaborar sus sentimientos, los niños preadolescentes, por lo general, expresan sus sentimientos y describen los conflictos a través de las situaciones que surgen en el juego. También es necesario observar cómo se desarrolla en el tiempo la entrevista. Por ejemplo, ¿un niño tímido, necesita animarse y participar conforme avanza la sesión? ¿un niño ansioso, disperso, hiperactivo se tranquiliza a medida que se desarrolla la entrevista?

CONFIDENCIALIDAD Y SEGURIDAD

En todos los casos, es necesario garantizar a los participantes la confidencialidad de la información. Desde luego, el entrevistador debe explicar al niño y al adolescente que tendrá que compartir con el adulto responsable adecuado cualquier información sobre situaciones potencialmente dañinas para la salud o bienestar del propio paciente. El tema de la confidencialidad debe discutirse con todos los niños mayores de 7 años de edad. Se puede decir al adolescente:

“Lo que hablemos tú y yo será confidencial. Yo no se lo diré a tus padres ni a nadie más. La única excepción sería que yo considere que estás haciendo algo peligroso para ti o para alguien más. Entonces, yo tendría que decírselo a tus padres. Pero no lo haré sin avisarte antes. Y, si es posible, hablaré de ti sólo cuando tú estés presente”.

A un niño más pequeño, se le podría decir:

“De lo que hablemos aquí quedará sólo entre nosotros. De vez en cuando, voy a necesitar que tu mamá y tu papá entren al consultorio contigo para que podamos hablar juntos. Pero si tú no estás presente, yo no hablaré de lo que hagamos en este espacio. Si a tu mamá le preocupa algo de ti, le pediré que me lo diga cuando también estés presente, para que puedas oír”.

En presencia del niño o adolescente, podemos decir a uno de los padres,

“Cualquier cosa de la que me entere en nuestras sesiones, se quedará como

información confidencial a menos que me preocupe la seguridad o bienestar [del paciente]. Entonces le pediré que nos acompañe y discutamos lo que me preocupa. Del mismo modo, me reservaré lo que usted me diga en privado acerca de usted mismo o de su familia”.

Aunque, por lo general, se busca observar la interacción entre el paciente con, al menos, uno de sus padres, lo primero que se debe hacer es proteger al paciente de la información potencialmente dañina: aventuras amorosas de los padres, un divorcio inminente o una demanda, o la posibilidad de que uno de ellos pierda el trabajo. Con el tiempo, el paciente se enterará de cualquiera de estas noticias pero, si lo hace, será en un mejor momento y lugar que la primera entrevista. Algunos padres informan de todo mientras sus hijos están escuchando; otros se muestran renuentes a mencionar algo que pueda provocar ansiedad en presencia de sus hijos. Cualquiera de estos extremos indica patrones de interacción familiar que son importantes de comprender. Con el tiempo, la experiencia dirá qué información se debe compartir con los jóvenes pacientes, dependiendo de su naturaleza, la sensibilidad manifiesta de los padres y la etapa de desarrollo del paciente.

¿A qué edad se puede entrevistar a un niño solo? Desde luego, esto depende en gran medida de su madurez, el objetivo de la entrevista y la cooperación de los padres. Pero una regla general puede ser ésta: alienta a uno de los padres a quedarse con un niño de 10 años o menor, pero destina una sesión privada como parte de la evaluación de un niño mayor. Por lo general, es preferible entrevistar primero a un adolescente antes que a sus padres para hacer hincapié al paciente que la evaluación es para él y sobre él. En el caso de niños menores y de quienes han avanzado menos en términos de desarrollo, suele ser beneficioso pedir primero a los padres que describan los problemas actuales.

LA ENTREVISTA CON JUEGO

Fundamentos y materiales

¿Por qué los clínicos usan con tanta frecuencia el juego? A menudo, los niños pequeños cuentan una historia a través del juego y simulan que los eventos les suceden a los muñecos a figuras humanas imaginarias.

En la entrevista con juego, el entrevistador es un observador-participante, sigue al niño en la dirección que elija en su juego. El juego le brinda al niño la seguridad por la distancia que puede tomar respecto de las emociones creadas por el problema. También

funciona como un puente natural de comunicación entre niño y adulto. Debido a que los niños conocen muy bien el juego en casa y con otros niños de su edad, ayuda a reducir la ansiedad que provoca un lugar desconocido. También refleja situaciones y conductas que el niño experimenta en la vida real, y le brinda la oportunidad de adquirir dominio de diversas actividades físicas e intelectuales.

Los materiales de juego permiten la producción de fantasías. Las figuras humanas y de animales que se pueden construir en las constelaciones familiares son populares, al igual que los materiales de dibujo o construcción. En especial, se prefieren los *Transformers*, es decir, los muñecos de colores de acción que un niño puede manipular para crear diversas formas. Recordar que mientras más estructurados sean los juegos y juguetes, son menos personalizados. Los juegos de mesa, como las damas inglesas y *Candy Land*, y los de cartas, como *Old Maid* y *Black Jack*, pueden despertar el interés y la cooperación del niño, pero casi nunca proporcionan mucha información clínica útil. En el mejor de los casos, indican si un niño comprende y sigue los principios de los juegos con reglas (la mayoría de los adolescentes prefiere hablar de sus problemas, pero algunos encuentran más fácil hablar mientras trabajan en un rompecabezas o juegan con limpiadores de pipa).

En la conversación telefónica previa, se puede preguntar a los padres qué materiales de juego son los más adecuados para un niño en particular.

La experiencia clínica demuestra que un adulto profesional que se pone al nivel físico de un niño que está sentado en el piso es menos intimidante y, con frecuencia, tiene más éxito en lograr la participación del niño. Si un padre y un niño entran a una entrevista en la que se dispone de los materiales de juego apropiados, a menudo es útil para el clínico sentarse al nivel del niño, sea en el piso o en la mesita de juego. El padre, que es conocido y no amenazante, puede sentarse en una silla cómoda.

Conducir la entrevista de juego

Se debe invitar al niño a explorar los materiales. A medida que el niño empieza a verbalizar las acciones o ideas relacionadas con los materiales de juego, es bueno propiciar la elaboración: ¿Cómo vamos a llamar a éste?” “¿Es bueno o es malo?” “¿Qué vamos a hacer con él ahora?” Conforme el tema se desarrolla, con frecuencia las preocupaciones del niño se reflejarán. A través de este juego de simulación, como se señaló antes, los niños toman distancia respecto de las poderosas emociones que experimentan.

A veces, las resistencias aparecen en forma de interrupciones del juego. Éste parece transcurrir con suavidad, y el niño se encuentra muy entretenido; de pronto, el centro de interés se desplaza a otro juego o rompe una construcción previa. Estas interrupciones del juego deben señalarse, pero, como temas de conflicto, la interpretación debe

guardarse hasta que se conozca mejor al niño y su familia.

Aunque el juego suele implicar sólo al clínico y al niño, en las primeras sesiones a veces resulta útil permitir que uno de los padres esté en el consultorio, o incluso hacerlo participar en el juego. La respuesta del padre como participante o como intérprete del juego aporta información adicional útil acerca de la relación padre hijo.

Estrategias de participación interactiva

Un entrevistador habilidoso utiliza diversas estrategias de participación interactiva en las entrevistas con juego. En los capítulos que siguen, se presentan ejemplos de dichas estrategias, muchas de las cuales también se aplican fuera del contexto de juego.

La **participación** se refiere a las estrategias del clínico para construir una relación respetuosa e interactiva. Algunas de ellas ya se han mencionado antes. Ejemplos de dichas estrategias son dejar que el niño proponga el ritmo de la entrevista, sentarse al nivel del niño, mantenerlo informado de lo que sucederá y escucharlo y seguirlo en el juego, en vez de dirigirlo.

La **exploración** busca obtener información sobre los aspectos positivos y negativos de la vida del niño y la familia. Pedir al niño y al padre relatar sus propias versiones de los eventos, pedir al niño que elabore los temas de su juego mediante preguntas que mantengan la máscara “imaginaria” de distancia (“¿Cómo crees que Jack [un muñeco] debe manejar esto?”), y emplear un estilo interactivo que haga sentir cómodo al niño son ejemplos de esta estrategia. Por lo general, es más productivo preguntar a los niños qué entienden en relación con un evento o tópico (“¿Qué pasó cuando llegaste a casa ese día?”) pedirle que lo explique.

Continuidad/profundización permite que el clínico amplíe el juego temático o el diálogo del niño para obtener información adicional relacionada con una conducta problemática en particular. Comentar sobre los dibujos del niño, o cualquier cosa con la que esté jugando, funciona mejor que pedirle que hable un tema específico o que elabore sus sentimientos en abstracto.

Recordar en el juego (interpretación) reconoce la repetición de conductas de las que el niño no se ha dado cuenta, tal vez porque ocurrieron en una etapa de desarrollo previa al inicio del lenguaje verbal. Tales interpretaciones deben ser muy pocas y breves, y en general deben presentarse una vez que ha avanzado la terapia y no desde el inicio. Como regla, no son adecuadas en la evaluación inicial.

El **establecimiento de límites** requiere la intervención del clínico para mantener los límites. Una regla básica en la entrevista infantil es establecer la menor cantidad posible de límites y medios de control. Sin embargo, lastimar al terapeuta, a otra persona, o destruir a propósito los materiales de juego o el mobiliario del consultorio debe quedar prohibido desde el principio y de manera consistente. Cada entrevistador debe definir su

zona de comodidad personal de lo que es una conducta aceptable. Resistir la tentación es mucho mejor que decir en repetidas ocasiones al niño que no use algo porque va a hacer un desorden; arreglar el consultorio o el cuarto de juego antes de una sesión de modo que reduzca al mínimo la necesidad de establecer límites puede ser la clave. Es obvio que un consultorio que contiene finas lámparas y pequeños objetos de arte esparcidos no es el lugar correcto para evaluar a un niño que ha sido descrito como “hiperactivo e impulsivo”. Arcilla, pinturas o agua y arena no se deben utilizar como materiales de juego si es importante mantener el consultorio en limpio. Cuando se usan materiales específicos de juego (figuras de masa, pinturas), se deben conservar de una sesión a otra.

TEMAS ESPECIALES

No existe una fórmula para lograr que cada entrevista sea sencilla y exitosa. Si un niño o adolescente va a recibir tratamiento después de la evaluación inicial, establecer el *rappor*t y lograr su cooperación son metas mucho más importantes en los primeros encuentros que obtener información confiable y válida, pues ésta siempre se puede obtener de otras fuentes. La experiencia clínica, la apreciación de la etapa de desarrollo del joven paciente y un acercamiento empático a sus problemas en el contexto de la familia, los amigos y la escuela facilitan el establecimiento del *rappor*t. No obstante, debido a que han experimentado un trauma significativo y decepciones, muchos niños y adolescentes enviados con profesionales de la salud mental tienen una capacidad limitada para confiar. Sólo un medio terapéutico de aceptación y consistente puede reconstruir su capacidad de cultivar relaciones positivas. En lo que resta del capítulo, se consideran preguntas que pueden surgir en el curso de la entrevista con tales pacientes.

¿Cómo debo enfrentar emociones negativas intensas como “Odio a mi padre”?

Niños y adolescentes con frecuencia expresan emociones negativas poderosas, como el odio hacia alguno de sus padres o el deseo de matar a uno de sus hermanos. Al reconocerlas éstas pueden ser proyecciones de un odio contra sí mismo y de impulsos suicidas, el terapeuta tiene que tolerar dichas emociones. Sin embargo, a veces, estos sentimientos reflejan el hecho de que el joven paciente está sufriendo abuso; en tal caso, se le tiene que brindar protección. Cualquiera que sea su significado, el clínico debe aceptar las expresiones de afectos negativos y tratar de comprenderlos.

Al mismo tiempo, se tiene el deber como clínicos de proteger a los demás, incluso a los que no conocemos. Esto significa que se tienen que adoptar acciones propositivas para advertir a las posibles víctimas si un paciente amenaza con matar a alguien en particular o de llevar una arma a la escuela.

¿Cómo puede responder frente a un niño o adolescente que suele resistirse a comunicarse, diciendo “No sé”?

Desde luego, si un joven paciente en verdad no comprende, reformular las preguntas es lo adecuado. Sin embargo, a veces, “No sé” significa que tiene miedo de responder; quizá los padres advirtieron al niño que no revelara cierta información. Asegurar la confidencialidad puede ser suficiente para los niños mayores y los adolescentes, pero los clínicos deben abstenerse de hacer promesas que no puedan cumplir. Por ejemplo, por ley un terapeuta no puede mantener como confidencial la aceptación de que ha vivido abuso físico o sexual.

Un clínico puede sospechar que existe abuso a través de tratos hostiles a partir de los temas que el niño expresa en el juego. Un niño que constantemente examina los genitales de un muñeco, hace que las figuras de animales se monten entre sí o le pega a una muñeca y la llama “mala” puede constituir una posible pista que indica la dirección en que se encuentra el problema.

Cuando se observa este tipo de juego, hacer comentarios como “¿Por qué le pegan al perro todo el tiempo? Yo creo que está tratando de ser un buen perro”, tal vez haga surgir más información. Por ejemplo, un niño puede responder, “No, él es malo. Siempre está haciendo desorden en la casa”. Entonces el entrevistador puede responder, “Apuesto que él trata de ser bueno, pero su papá no le cree”.

Al trabajar con un joven paciente, el clínico tiene que equilibrar constantemente la parte adulta, neutral y profesional del sí mismo que observa al paciente y la parte que se relaciona e interactúa con éste. El sí mismo participante –el “niño interno” del clínico– puede reaccionar de una manera benévola ante las expresiones de afectos negativos del paciente, mientras que el sí mismo adulto observador registra la interacción y la paulatina profundización de sus sentidos.

¿Cuándo está permitido tocar al joven paciente?

¿Cuándo no?

Las mismas reglas generales que se aplican a tocar a los pacientes adultos se aplican en el caso de niños y adolescentes. En algunos jóvenes, el mínimo contacto puede representar

un acercamiento sexual potencial o un ataque físico. En el caso de otros, puede parecer un signo de confianza excesiva o que lo tratan como a “un bebé.” El clínico se mueve sobre la línea que separa lo apropiado en términos sociales (un apretón de manos, una palmada de felicitaciones en la espalda) y condescendencia o demasiada confianza. Cada situación, merece una reflexión particular. Los temas de transferencia y contratransferencia son importantes en el tratamiento de niños y adolescentes, al igual que en el de adultos.

Ahora bien, a veces los jóvenes pacientes –sobre todo los niños más pequeños– necesitan restricciones físicas si se salen de control y se vuelven destructivos. Debido a que las restricciones pueden disparar al trauma o empeorar la conducta no deseada, es buena idea hablar con anticipación sobre cómo los padres manejan las conductas fuera de control en casa. Algunos niños pequeños manifiestan una ansiedad extrema en ciertas situaciones. Es absolutamente aceptable que el clínico pregunte al niño si un abrazo ayudaría. Si la respuesta es “sí”, el clínico debe sentarse junto al niño y darle un abrazo de costado explicándole que así es como se dan los abrazos en el consultorio. El abrazo de costado es una manera de dar contención sin violar los límites físicos; se recomienda que el clínico no permita al niño sentarse en su regazo. Otra vez, siempre que sea posible, el clínico debe discutir estas medidas con los padres con anticipación y obtener su consentimiento.

¿Qué hacer cuando un niño o adolescente miente?

Mientras que niños y adolescentes, con frecuencia, son evasivos o vagos, o se guardan la información (“No sé”, “No me acuerdo”, “Tal vez sí, tal vez no”), es raro que en el curso de una entrevista digan una mentira llana. Desde luego, para escapar de las consecuencias de su conducta, algunos pacientes (por lo general, los niños mayores o los adolescentes que han participado en actividades delincuenciales) dicen, “Yo no fui”, y quizá acusen a alguien más. Aunque garantizar la confidencialidad puede hacer que digan la verdad, también puede fallar, como cuando el clínico tiene que advertir a los padres de actividades que pongan en riesgo su vida. Una confrontación directa al principio de la relación con un niño o adolescente, por lo general, sólo genera una mala disposición; lo mejor es prevenir.

Una estrategia consiste en explicar la confusión que las mentiras crean en el clínico y cómo interfieren en lo que los propios pacientes quieren (p. ej., salir del hospital). Entonces, ofrece una alternativa: “Si no quiere hablar sobre algo, es mejor que digas ‘No quiero hablar de eso’. Al principio de la relación terapéutica, **no** buscar detalles de los eventos o conductas a veces reduce la probabilidad de recibir una mentira. Desde luego, si la información es crucial para hacer un diagnóstico exacto o un plan de tratamiento adecuado, se tienen que formular las preguntas. Sin embargo, si se trata de algo que se

pueda obtener de otras fuentes o no es necesario en lo inmediato, aplazarla para cuando haya más confianza en la relación y, por lo tanto, la necesidad de mentir sea menor.

Un niño enojado que acusa a uno de sus padres de abuso plantea un desafío especial. A veces, la acusación puede reflejar la realidad, pero hay otras ocasiones en que, por distintas razones, se trata de manipulación para hacer que la policía vaya tras del padre en cuestión. Si existen dudas, es importante informar las sospechas al personal de servicios de protección a la infancia. Su trabajo es evaluar la seguridad en que vive el niño.

¿Cómo logro que un niño que no habla ni juega participe?

Algunos niños se niegan por completo a hablar, jugar o interactuar con el clínico. En tales casos, se deben descartar los trastornos neurológicos, la discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista, pero los niños con mutismo selectivo también se niegan a participar. Por lo general, la información proporcionada por otras fuentes es útil para diferenciar estos diagnósticos. Esa conducta que se presenta en un niño que antes ha interactuado puede indicar un nuevo trauma o un cambio en la actitud hacia el clínico o la terapia. En ese caso, es importante hablar con los miembros de la familia acerca del cambio en la conducta. Por supuesto, también es importante no tomar de manera personal la conducta. En vez de coaccionar o amenazarlo para tratar de que participe, será necesario hacer una observación imparcial del paciente. En el caso de niños pequeños, se puede comenzar un juego solitario (p. ej., con muñecas en una casa de muñecas), al que el niño puede unirse más adelante.

¿Debo usar entrevistas estructuradas con niños y adolescentes?

Las entrevistas estructuradas para niños y adolescentes se crearon para mejorar la calidad de la información en el ámbito de la salud mental. También permiten que entrevistadores no profesionales, pero con entrenamiento en el uso de instrumentos puedan obtener información diagnóstica con una validez y confiabilidad adecuadas con fines de investigación. Varias de esas entrevistas están disponibles para los profesionales de la salud mental; todas proporcionan indicaciones para su aplicación y abordan numerosos síntomas, conductas y situaciones. Estas entrevistas ofrecen distintos grados de flexibilidad en su aplicación.

Las entrevistas más estructuradas especifican las frases exactas, el orden y la

codificación permitida para minimizar el papel de las inferencias clínicas por parte del entrevistador.

Las entrevistas semiestructuradas están diseñadas para que las aplique un entrevistador con habilidades clínicas sofisticadas que haya recibido un entrenamiento amplio en su uso, son menos prescriptivas y permiten mayor libertad en la toma de decisiones. Aunque se han enlistado algunas de estas herramientas para la entrevista en el apéndice 1, se cree que un clínico empático con experiencia en la ciencia y el arte de la entrevista a menores puede obtener la información clínica relevante. La flexibilidad inherente a una entrevista no estructurada realizada por un clínico calificado también ofrece grandes oportunidades para construir una relación duradera de tratamiento. Ahora bien, algunos cuestionarios de autorreporte o para padres o maestros ayudan a obtener datos cuantitativos valiosos que pueden ser monitoreados para medir las mejoras en el curso del tratamiento.