

LA ENTREVISTA CLINICA EN LA ADOLESCENCIA

Joaquín Fuentes Biggi
Servicio de Psiquiatría Infanto-juvenil
POLICLINICA GIPUZKOA

La entrevista clínica supone en la práctica habitual la herramienta principal utilizada para el diagnóstico en psiquiatría infanto-juvenil. Sin embargo no se trata simplemente de obtener datos, información relevante para entender una situación problemática, sino también de iniciar o mantener una relación con el paciente, en nuestro caso, un o una adolescente al que hemos de transmitir la idea de que algunos aspectos importantes de la vida de ese joven han sido comprendidos por una persona que se preocupa por él y desea (y quizás pueda) ayudarle.

En los últimos años asistimos al desarrollo de sistemáticas de entrevistas protocolizadas, ya que la investigación ha demostrado que los clínicos, sin estos instrumentos, operaban de modo muy personal y adoptaban reglas de decisión arbitrarias o poco eficaces a la hora de efectuar un diagnóstico. De manera paralela prestaban atención a ciertos aspectos determinados, en función de los datos que iban obteniendo, pero dejaban sin explorar otras posibilidades, lo que redundaba en fallos diagnósticos. Obviamente estos fenómenos también son típicos de los procedimientos diagnósticos médicos no protocolizados.

Por estos motivos la comunidad científica que se dedica a la investigación en psiquiatría infanto-juvenil ha venido progresivamente abandonando la entrevista no-estructurada tradicional, desarrollando herramientas con mayor validez y fiabilidad, y todo ello ha llevado a cuestionar que la entrevista no protocolizada, que resulta inadecuada para la investigación puede ser apta para la práctica clínica.

Las entrevistas protocolizadas se pueden clasificar en estructuradas o semi-estructuradas. En las primeras el entrevistador tiene que seguir literalmente un guión determinado y el entrevistado contesta básicamente con un “sí” o un “no”. El paciente determina si un síntoma o problema determinado existe. Los ejemplos de este tipo de entrevista en psiquiatría infantil son el DISC y el DICA, ambos disponibles en castellano, gracias a la labor de Lourdes Ezpeleta y Edelmira Domenech, de la Universidad Autónoma de Barcelona. Estos sistemas son fáciles de aprender, pueden ser administrados por personal moderadamente cualificado y son, por tanto, económicos. De hecho, existen versiones computarizadas de los mismos que permiten que el propio joven vaya “haciéndose” la entrevista. Cabe señalar, por cierto, que estos sistemas no tienen la eficacia deseada con adolescentes; fundamentalmente porque el joven no entiende bien lo que el autor quiere decir con su pregunta, apreciándose que se exagera la frecuencia de fenómenos menos corrientes (y por tanto menos comprendidos por el entrevistado, como serían, por ejemplo, las obsesiones). Además, hay que destacar que este tipo de herramienta se ha utilizado mayoritaria (aunque no exclusivamente) en proyectos de investigación

epidemiológica, más que en contextos clínicos, por lo que hacen falta más estudios antes de establecer su aplicabilidad en el trabajo diario.

Las entrevistas semi-estructuradas son más parecidas a la situación clínica. Aquí es el entrevistador quien decide si existe o no un síntoma determinado, sobre la base de las respuestas del paciente. Hay una serie de áreas claves a considerar y se dan ejemplos de cómo examinarlas. En definitiva son más un guión mental para el entrevistador que un listado a administrar al entrevistado, pero tienen la virtud de garantizar el que se cubran todas las áreas que hay que revisar. Los ejemplos de este tipo de entrevistas son el K-SADS, el CAS, el ICA o el CAPA. Lamentablemente estos protocolos no están aún traducidos ni validados en nuestro país. Cabe aquí destacar el proyecto iniciado en Navarra por Javier Royo, que nos permitirá contar para el Otoño del año que viene con un nuevo instrumento validado en nuestro medio, el DAWBA (Encuesta sobre Desarrollo y Bienestar de Niños y adolescentes), una entrevista estructurada para padres y profesores que es complementaria al SDQ, validado en nuestra comunidad autónoma y que se distribuye, junto a su programa de corrección por ordenador en este XVII Curso de Formación Continuada.

En este tipo de entrevistas protocolizadas hay que cuidar el combatir el aburrimiento que produce un listado y evitar (si se puede, al menos en los instrumentos semi-estructurados) la sensación de despersonalización o de falta de genuino interés por parte del entrevistador.

La entrevista clínica, en la adolescencia o en cualquier otro momento de la vida, debe basarse en la comunicación de una determinada comprensión de la persona, de respeto y de deseo de resultar útil. La comprensión de la persona debe incluir el tratar de entender su comportamiento, su pensamiento y sus emociones. El respeto, por su parte, se muestra al transmitir al entrevistado una consideración digna, valorizante, en que se le demuestra verle como una persona única e irrepetible y con capacidad para generar cambios constructivos en su vida.

Si uno compara, como se ha hecho, en qué se diferencian las aportaciones realizadas por los amigos de un adolescente y las de un terapeuta, se aprecia que los amigos basan sus respuestas en su propia experiencia y en dar juicios de valor a su interlocutor. El entrevistador clínico no saca a relucir para nada su propia experiencia, ni personal, ni familiar, ni con algún otro paciente determinado, sino que limita su interés a la propia experiencia del sujeto entrevistado. En el caso de los adolescentes no trata de ponerse “a su altura”, ni en el lenguaje ni en actitudes (aunque un conocimiento del estilo habitual de vida de los adolescentes de la zona ayuda a enfocar mejor la entrevista); no trata de demostrar ser mejor que los demás adultos; no forma alianzas con el joven contra sus padres ni viceversa, mantiene una postura de humildad (ya que hay numerosas situaciones en las que nuestra ayuda no va a ser posible) y no trata de imponer valores. Busca que el joven defina los suyos y muestra una comprensión en referencia a la experiencia del sujeto. Para ello, frecuentemente el entrevistador tiene que aceptar (y saber afrontar) períodos de silencio, transmitiendo su confianza en la capacidad del joven para buscar alternativas más positivas o explorar su disposición para aceptar sugerencias. Es importante aclarar cómo se siente el adolescente ante los silencios. Algunos permanecen callados porque no saben de qué hablar

o qué decir y ello les resulta desagradable, mientras que otros aprovechan el silencio para elaborar su pensamiento y, posteriormente, agradecen la delicadeza del entrevistador al dejarles “ir a su propio ritmo”. En general, sin embargo, los estudios muestran que los entrevistados prefieren un estilo más activo por parte del entrevistador que una actitud pasiva o meramente reflexiva.

Un aspecto siempre delicado es el de la confidencialidad. Si los datos resultantes de la entrevista van a ser transmitidos a otra persona, como, por ejemplo, la autoridad judicial o los servicios sociales, lo mejor es decirselo al adolescente desde el inicio, para que él o ella puedan determinar qué quiere aportar y qué no. En las situaciones ordinarias el adolescente comprende que sus padres tienen un interés por conocer el resultado de la entrevista individual y desean saber qué tienen que hacer o cómo ayudarle. Existen diversas maneras de afrontar este aspecto, pero el no jugar con honestidad hace que el clínico se sitúe en un terreno resbaladizo. Una alternativa sencilla es la de dejar que el adolescente decida si quiere o no estar presente cuando, tras la entrevista individual, se transmitan la impresión y posibles recomendaciones a sus padres. Ante padres que preguntan en exceso sobre aspectos muy concretos que el entrevistador haya podido conocer, se les puede animar a que pregunten al respecto a su hijo o hija y a que entiendan que si bien ahora puede no querer responder, ello no significa que en el futuro no lo hagan si son capaces de mantener una línea abierta de comunicación. El adolescente debe ser informado que la confidencialidad únicamente obliga en una dirección unilateral; él o ella deben sentirse absolutamente libres para contar a quien deseen el contenido de la entrevista. La excepción a este pacto de confidencialidad, que normalmente los adolescentes comprenden y aceptan, se produce cuando el entrevistador conoce aspectos que ponen a riesgo la seguridad del joven, como ideas o planes de suicidio, perspectivas de fuga o conducta manifiestamente auto-destructiva. Una muestra de preocupación real por el adolescente es el indicarle que a riesgo de que se rompa la relación clínica iniciada, el entrevistador no va a abandonarle a su suerte y dejar de protegerle. Su seguridad es lo primero y hay que animarle a que transmita la situación de riesgo a sus familiares, quizás conjuntamente, para aclararle que si no lo hace será la obligación del profesional informar a quién pueda protegerle, bien a sus familiares o a los servicios sociales si ello estuviera indicado.

La entrevista clínica requiere otro tipo de privacidad; aquella que se deriva de utilizar un espacio, un despacho, en el que se pueden bloquear las llamadas telefónicas y las interrupciones de otras personas. Se suele recomendar no situarse al lado, lo que puede provocar ansiedad por excesiva proximidad, ni al otro lado de la mesa del despacho donde el adolescente no puede evitar la mirada frontal. Para ello muchos clínicos prefieren sentarse en ángulo.

Al iniciar la entrevista se debe aclarar el propósito de la misma: tratar a solas algún aspecto de preocupación que han transmitido los padres, revisar su estado de ánimo y valorar su satisfacción con su vida o sus hábitos, analizar con detenimiento los resultados de los cuestionarios rutinarios que se han administrado, etc. Se recomienda empezar con preguntas generales sobre su situación familiar, las cosas que le gustan hacer, su vida social, para pasar a tratar el tema que ha determinado la entrevista: la preocupación, en general, del adulto que le ha llevado a consulta. Una vez identificado el tema clave es importante centrarse en él, evitando pasar rápidamente de un tema a otro, lo que llevaría a

que la entrevista resultara incoherente. Si surgiera un tema no relacionado con el problema que ha producido la entrevista, se puede anotar y asegurar que luego se podrá tratar ese aspecto, pero, que, en ese momento, parece mejor acabar de entender bien el otro problema.

En general se empiezan por preguntas de tipo general y luego se va concretando, enfocando la conversación en el problema y solicitando ejemplos prácticos que ilustren la situación. No se trata de recolectar datos sin orden, sino más bien de seguir un enfoque basado en hipótesis. Es esencial que el clínico sepa lo que busca y discernir lo que es importante de lo que no lo es. El conocimiento de los diversos síndromes ayudará al clínico a centrar sus preguntas, explorando los síntomas claves, los problemas generados por los síntomas y las consecuencias de los problemas en el paciente y en los demás. Se trata siempre de lograr un equilibrio entre conocer de manera exhaustiva los síntomas (lo que se requiere para hacer un diagnóstico) y el conocer cómo es el paciente, qué impacto tienen los problemas en su vida, cuáles son sus puntos fuertes, cómo es, en definitiva, como persona. La entrevista debe perseguir el buscar información sobre las emociones del adolescente. Para conseguirlo se puede preguntar directamente sobre las mismas, hacer comentarios que reflejen posibles reacciones emocionales frente al comportamiento que se está tratando, aceptar sin problemas la expresión de las emociones y animarle a hablar, a la vez que se mantienen breves periodos de silencio.

Las preguntas pueden ser abiertas o cerradas (*¿Cómo te sienta el sacar malas notas? Versus ¿Las malas notas te hacen sentirte amargado?*), habiéndose demostrado que las preguntas abiertas, efectuadas en el marco de una revisión sistemática de las principales áreas de la vida del sujeto, generan más información que las cerradas. Estas últimas tienen valor para aclarar aspectos concretos, pero no deben utilizarse como la técnica básica. Las preguntas que sugieren la respuesta deben ser absolutamente evitadas (*El sacar malas notas te hace sentirte amargado... ¿No?*), ya que se ha visto que muchos niños y jóvenes tienden a manifestar su acuerdo con el adulto, independientemente de cuál sea la respuesta verdadera. Asimismo este tipo de preguntas sesgadas pueden hacer que un sujeto con actitud negativa lleve sistemáticamente la contraria al entrevistador. Las preguntas dobles generan confusión y se sabe que determinan que el sujeto responda a la última parte enunciada. Las preguntas múltiples tampoco son recomendables ya que el adolescente tiene que recordar todas las cuestiones y normalmente ocurre lo mismo que con las preguntas dobles. Se deben utilizar frases cortas, con palabras sencillas, que garanticen la buena comprensión del entrevistado. Obviamente el aspecto de la lengua de origen es un aspecto a considerar y será sin duda un elemento cada vez más importante en nuestra práctica en razón de los fenómenos migratorios experimentados en nuestra sociedad.

A la hora de valorar el impacto, algo que es necesario para hacer un diagnóstico, ya que de acuerdo con los actuales criterios internacionalmente aceptados no es suficiente con tener “síntomas”, sino que además es necesario que dichos síntomas afecten a la vida del sujeto, existen de nuevo diversos instrumentos estructurados como el CGAS, el CAPA o el SAICA. Estos cuestionarios sin embargo no están ni traducidos ni validados en nuestro medio, pero pueden orientar a la persona interesada sobre el guión a seguir.

En la entrevista el clínico no sólo recoge datos aportados por el paciente. Paralelamente debe hacer una labor de observación, apreciando lo que el adolescente dice y

lo que se calla, dejando para después o para otro día temas que suscitan recelo o vergüenza. La observación puede incluir al aspecto físico, que en los adolescentes transmite información sobre el subgrupo al que “pertenece”, su comportamiento motor, su forma y contenido del habla, su comportamiento social, su gama de respuestas afectivas y su estado de ánimo y, finalmente, si tiene dificultades de razonamiento, orientación, juicio o memoria. Es importante hacerse una idea sobre la capacidad del sujeto para explorarse a sí mismo y sobre su disposición para establecer o no una relación de ayuda.

La entrevista no es, siendo una herramienta fundamental, la única disponible. Se ha visto que existe únicamente un acuerdo discreto entre los diferentes informadores cuando informan de un *mismo* sujeto. Esto puede ser porque las personas varían en cuánto al grado de información que poseen, o bien porque cada uno percibe y evalúa los acontecimientos de manera diferente o bien, y esto es especialmente importante en nuestro campo, porque los problemas sean, parcial o totalmente, específicos a determinadas situaciones o contextos. Ello obliga a disponer de informadores múltiples, como mínimo el adolescente y sus padres y, frecuentemente además el Centro escolar. Los problemas son muchas veces interactivos y ello recomienda disponer de una visión amplia en la que quepan todos los actores. Esto no quiere decir que haya que olvidar los factores que los propios niños o adolescentes aportan, o el que no sea útil el clasificar los trastornos de modo individual, aunque uno no pierda de vista el juego circular de los elementos identificados. Para mejorar una evaluación, la entrevista clínica se puede completar con la entrevista familiar, la administración de inventarios, cuestionarios, sistemas estructurados de observación y/o pruebas psicométricas que administran los Psicólogos.

Los niños, por encima de los 11 años y los jóvenes son capaces de informar mejor que sus padres sobre ciertos aspectos como sus propios estados internos, posibles actividades antisociales encubiertas y uso de sustancias ilícitas. También hay que recordar que los problemas visibles, que se identifican mejor por parte de los padres y profesores, pueden no ser los únicos y/o pueden de hecho camuflar otros no reconocidos. Por todo ello, siempre está recomendado el buscar informadores múltiples y a ser posible repetir la búsqueda de información en el tiempo para confirmar o no su estabilidad.

Los pediatras, los médicos de medicina primaria en general se caracterizan por tener, como se ha demostrado, una buena especificidad; es decir aciertan cuando identifican un posible trastorno, pero tienen una peor sensibilidad. Producen pocos falsos positivos pero abundantes falsos negativos. Se ha visto que los factores que ayudan a la identificación correcta de un posible trastorno psicológico son la gravedad, a mayor trastorno más fácil identificación, la edad, a mayor edad más fácil identificación, y otras circunstancias que les alertan, como son la existencia de problemas sociales o médicos crónicos.

Para mejorar su sensibilidad se han propuesto diversas medidas, todas ellas muy sensatas y que forman parte de los planes de formación continuada desde hace tiempo:

1. El conocimiento de los factores psicosociales en el desarrollo y el entrenamiento en las técnicas de entrevista con niños, adolescentes y familiares. El visionado, en grupo, de videos personales con un profesional experimentado o especializado en

entrevistas constituye una técnica especialmente útil y es el modo en el que muchos profesionales de la salud mental aprenden a hacer entrevistas.

2. El dominar técnicas comportamentales sencillas para aconsejar sobre problemas de comportamiento, ansiedad, inseguridad personal, conducta oposicional, etc.
3. El saber cómo afrontar el stress vinculado a los problemas de rendimiento escolar y las dificultades de socialización. El poder entender y orientar los conflictos vinculados con las separaciones, divorcios y re-unificaciones familiares, y los aspectos de sobre-preocupación y/o excesiva dependencia.

4. La capacidad para acordar el envío al especialista cuando sea conveniente.

Bibliografía

Se aportará una relación de las entrevistas protocolizadas citadas a las personas interesadas.