

## Cómo realizar una evaluación psiquiátrica integral en niños y adolescentes

Bernardo Pacheco Pacheco <sup>1</sup>, María Soledad Riquelme Laso <sup>1</sup>

**Resumen:** La prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes es alta en nuestro país. La mayoría de los afectados inicialmente suelen tener un primer contacto con el médico de atención primaria, sea este pediatra o médico familiar, de ser necesario, posteriormente estos realizan una derivación al especialista en salud mental. La entrevista y el registro de un examen mental son herramientas que ayudan al clínico a realizar una evaluación psiquiátrica en profundidad. En este contexto clínico, contar con habilidades comunicacionales y tener conocimientos teóricos de cómo llevar a cabo una entrevista psiquiátrica es de suma importancia. La evaluación psiquiátrica de niños y adolescentes, por características propias del desarrollo mental de los afectados, requiere de consideraciones especiales y habilidades particulares que todo evaluador debe tomar en consideración.

El propósito de este artículo es revisar desde una perspectiva clínica, integrando los aspectos individuales y relacionales, en qué consiste una evaluación psiquiátrica integral infanto-juvenil y analizar sus complejidades. Pensamos que el artículo puede ser un aporte como material de conocimiento para aquellos que se están formando en la especialidad de psiquiatría infantil, como también para profesionales de la salud mental que trabajan con niños y adolescentes, y que necesitan aprender o perfeccionarse en entrevistas clínicas.

**Palabras clave:** entrevista psiquiátrica; examen mental; niños; adolescentes; padres.

**Abstract:** In Chile there is a high prevalence of mental disorders in children and adolescents. In most cases, they have their first encounters with a primary care physician, such as a pediatrician or a family doctor who refer these patients to mental health specialists when needed. The psychiatric interview and the registration of a mental state examination are skills that aid the clinician to perform a psychiatric assessment in depth.

In the clinical context, counting on communication abilities and having a theoretical background about how to perform a psychiatric interview are extremely relevant. Because of the characteristics of mental development in children and adolescents, the psychiatric assessment requires special skills and considerations that every clinician should bare in mind.

Acquiring knowledge on how to perform a better psychiatric assessment with our clients brings us closer to determine whether there is or not presence of psychopathology and therefore, a psychiatric diagnosis, which is the aim of the integral psychiatric assessment.

The aim of this article is to review from a clinical perspective the aspects of the psychiatric clinical interview applied to children and adolescents and analyze its complexities. We believe this article may be used as a support for those who are training in this speciality as it may be useful for other mental health professionals working with children and adolescents and who seek to improve in clinical interviews.

**Keywords:** *Clinical interview; mental status examination; children; adolescents; parents.*

Fecha de envío: 17 de marzo de 2017 - Fecha de aceptación: 5 de julio de 2017

### Introducción

La prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes es elevada y variable de acuerdo a las metodologías aplicadas en los estudios. Se han reportado cifras que van desde un 5% a un 22% de presencia de trastornos mentales, siendo más elevadas cuando no se aplican criterios de discapacidad (De la Barra, 2009). En muestras no clínicas, el 33,3% de los niños entrevistados que habían presentado un trastorno psiquiátrico habían consultado

por ayuda formal o informal en el año previo, encontrándose que los servicios regulares de salud fueron la segunda fuente de búsqueda de ayuda, siendo la primera los servicios educacionales (Vicente *et al.*, 2012). Esto da cuenta de que los centros de salud están recibiendo frecuentemente pacientes que consultan por alguna queja de índole mental y que, por tratarse de menores de edad, generalmente estos consultan en compañía de sus padres o cuidadores.

(1) Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

Autor de Correspondencia: [bejupa@vtr.net](mailto:bejupa@vtr.net)



El objetivo de una evaluación psiquiátrica es llegar finalmente a establecer un diagnóstico de patología mental, si esta condición está presente en el paciente, y por lo tanto, instaurar un plan terapéutico adecuado. Durante este proceso, el éxito alcanzado dependerá en gran parte de la capacidad del médico de poder captar los fenómenos que están presentes en el estado mental del paciente. El médico o evaluador del paciente debe estar entrenado para detectar y registrar tanto la experiencia interna del sujeto como también la experiencia externa manifestada comportamentalmente. El evaluador debe identificar los actos mentales normales y anormales, comprender los acontecimientos psicológicos y experiencias relatadas por el paciente, así como saber clasificar las manifestaciones sintomáticas presentadas por este. En este proceso, el evaluador ya sea un médico, un psicólogo o un profesional de la salud mental debe ser capaz de captar en su paciente tanto sus aspectos subjetivos (vivencias internas) como también los aspectos externos (conductas o comportamientos).

Al tratarse los consultantes de niños y adolescentes, el proceso de evaluación es más complejo, ya que no solo consulta "un paciente", sino que se agregan sus padres o cuidadores, a quienes también habrá que entrevistar. La complejidad también puede estar dada porque podemos estar frente a un niño o adolescente que no desea consultar y también por la diversidad de las situaciones que se transforman en motivos de consulta junto a la multiplicidad de expresiones sintomáticas que se manifiestan en la psiquiatría infanto-juvenil.

Dado lo anterior, creemos que es útil analizar detalladamente cuáles son los principios y las consideraciones técnicas particulares que debemos tener presente al momento de iniciar un proceso de evaluación psiquiátrica integral en niños y adolescentes.

Este artículo está dirigido especialmente a médicos especialistas en niños y adolescentes, ya sean estos pediatras, médicos familiares, psiquiatras y psiquiatras en formación, como también a psicólogos infanto-juveniles, profesionales que busquen comprender de mejor manera un proceso de evaluación psiquiátrica en niños.

#### **A. Principios generales de una evaluación psiquiátrica integral en niños y adolescentes.**

- El psiquiatra de niños (excepto cuando sea especificado de otro modo "niño(s)") estará referido a niños, niñas y adolescentes) es el médico especialista en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales infanto-juveniles, de los problemas del comportamiento y de las relaciones interpersonales que se presentan en esta etapa del desarrollo.
- El psiquiatra de niños busca desarrollar desde un inicio una relación médico-paciente-padres (cuidadores) en un contexto de seguridad y confidencialidad.

- La *evaluación psiquiátrica integral* que se propone transcurre en etapas en donde se analizan distintas dimensiones del funcionamiento global del niño o del adolescente. El especialista explora las conductas sintomáticas, el contexto donde se expresan o emergen, con qué o en qué interfieren, cómo se organizan en un conjunto sintomático, cómo se expresan en el contexto familiar, cómo las vive el niño y qué significan para él.
- La evaluación integral como modo de operar en la clínica del niño con dificultades no se limita solo al diagnóstico de un trastorno mental, sino que pretende dar cuenta del *estado de salud mental global del paciente y su funcionamiento actual*.
- Para dar cuenta de lo anterior, es indispensable que el clínico amplíe sus conocimientos de psicopatología a conocimientos del desarrollo evolutivo infantil, del funcionamiento de las relaciones familiares y de los procesos de interacción social que ocurren en la infancia y la adolescencia.
- Hay aspectos del desarrollo mental infanto-juvenil que hacen de la evaluación psiquiátrica algo distintivo. Los niños, por lo general, no consultan espontáneamente, sino más bien los traen. El lenguaje y el estilo de comunicación de los niños es particular y distinto al de los adultos. Los niños, por lo general, no buscan ayuda por sí mismos.
- A las consideraciones anteriores agreguemos que la información que en ocasiones aportan los que consultan junto al niño o al adolescente puede ser disímil, e incluso tan diversa como contradictoria.
- El clínico debe organizar el proceso de evaluación integral de acuerdo a sus objetivos.

#### **B. Componentes de una evaluación psiquiátrica integral.**

Una evaluación psiquiátrica puede incluir diversos componentes, los cuales deben ser conocidos y manejados con flexibilidad por un evaluador, tanto en su ordenamiento como en su foco de atención.

#### **Consideraciones generales a tener en cuenta al momento de iniciar una evaluación.**

- Construya una alianza con los consultantes, especialmente con el niño. La falta de confianza entre las partes puede tornarse un peso difícil de sostener.
- Identifique el "porqué" (explicación causal si la hay) y el "cómo" (acuerdo de consultar y acciones realizadas) de la consulta actual. Intente comprender la razón de la referencia.
- Identifique la queja principal y las secundarias que manifiestan cada uno de los consultantes.
- Seleccione un foco temático del caso que le ayude a explorar la sintomatología y sus manifestaciones.

- Identifique factores predisponentes o permanentes, precipitantes y perpetuantes de la sintomatología, como también los factores que la aminoran.
- Obtenga un cuadro general del funcionamiento del niño y del contexto familiar en el último periodo.
- Manténgase flexible y atento a las señales verbales y a la comunicación no verbal, de manera de conducir la entrevista con control y escucha activa.

### Componentes básicos de una Evaluación Psiquiátrica Integral en Niños.

(Ver Tabla 1)

- Derivación del paciente / motivo(s) de consulta / quién(es) demanda(n) la atención.
- La conducta-problema o sintomatología actual. Su evolución, modificaciones, intervenciones y soluciones intentadas. Evaluaciones previas y resultados. Reacciones.
- Repercusiones del comportamiento del niño en su entorno: el impacto en su vida diaria, en su estado emocional, en el juego y en su diversión, en la relación con sus pares, en el ámbito familiar y escolar.
- El grado de funcionalidad que el niño ha tenido y tiene actualmente. Historia del desarrollo evolutivo. Hitos. Salud física.
- Antecedentes personales y familiares en el ámbito de lo comportamental y de la presencia de trastornos psiquiátricos. Realización de un genograma.
- La entrevista psiquiátrica propiamente tal. Es un componente transversal al proceso de evaluación, técnicas y consideraciones especiales.
- El examen del estado mental del paciente.
- Evaluaciones complementarias. Interconsultoría. Evaluaciones psicológicas, *pediátricas, neurológicas, educacionales o área de desarrollo específico, por ejemplo, el lenguaje.*
- Exámenes de laboratorio, procedimientos, estudio de imágenes, radiología. Considerar si es necesario que el evaluador proceda a solicitarlos o bien queda a criterio del especialista interconsultor.
- Formulación Diagnóstica
- Diagnósticos y Planificación
- Proceso de Devolución.

### C. La entrevista como método de exploración clínica en la psiquiátrica de niños.

En una entrevista médica general el paciente busca apoyo en el entrevistador y facilita la entrega de información a la espera de ser ayudado. Así, la constitución de una relación de confianza médico-paciente se ve favorecida y el paciente tiende a estar más

abierto al interrogatorio. En la entrevista psiquiátrica no es extraño que el evaluador se enfrente a una persona que no ha decidido estar ahí, es el caso de muchos niños que son traídos a ser evaluados. Cuando se trata de adolescentes, la resistencia a ser interrogados si no es evidente está latente. El paciente muchas veces tiene poca conciencia del porqué debe ser entrevistado y el desconocimiento se torna un obstáculo a vencer.

El *encuentro-entrevista psiquiátrica-médico-paciente-padres* tiene particularidades en cuanto al tipo de relación que se quiere lograr y al uso de técnicas que se deben aprender para lograr obtener la información necesaria. Una honesta acogida al niño y a sus padres probablemente disminuye las resistencias naturales que pueden surgir cuando las personas develan sus dificultades o sufrimientos.

La *Entrevista Psiquiátrica* vista como un *proceso de interacción e intercambio de información* entre sujetos:

- El entrevistado es interrogado y entrega información de carácter verbal y no verbal (gestual) que debemos recoger y analizar.
- El entrevistador recoge más o menos información de acuerdo a cómo conduce la entrevista y simultáneamente va ajustando las preguntas y observaciones.
- La "objetivación" de la información está dada en parte por el análisis y la interpretación que realiza el entrevistador (componente subjetivo) con activa participación en la entrevista.
- El entrevistador debe tener un rol activo, facilitador y elicitor de lo que el paciente puede aportar.
- Desde una perspectiva interaccional en la entrevista clínica psiquiátrica, el clínico busca objetivar una situación de relación *comunicativa recíproca* teniendo siempre presente que él mismo, como sujeto, se convierte en una "*herramienta de acción*" con la cuál trabajará el proceso de evaluación.
- En consideración a lo anterior, el evaluador o especialista debe capacitarse en *habilidades comunicacionales* en contexto de entrevista clínica.

### El primer encuentro y los siguientes.

La primera entrevista puede definir el carácter de las siguientes. El primer acercamiento se puede dar entre los padres del niño y el especialista, puede ser un contacto telefónico, vía correo o bien en directo, en que los padres asisten primero sin el paciente con o sin conocimiento de este. Un primer encuentro puede tener variedad de opciones (Marcelli & Cohen, 2007).

Un encuentro inicial sin el paciente o *sujeto índice* es muchas veces aceptado por el entrevistador a petición expresa de los padres. Esta situación puede tener la ventaja de que la información que se entrega está más controlada, pero, por otra parte, puede

ser desventajosa si se maneja el tema en secreto y el encuentro queda oculto para el paciente. Se debe manejar atinadamente este tipo de situaciones y evaluar la conveniencia o no de iniciar una relación de confianza médico-paciente-padres de este modo, especialmente, cuando se trata de adolescentes, en quienes puede ser difícil construir una alianza terapéutica.

En situaciones en que no podamos evitar la modalidad de inicio a solas con los padres, debemos aprovechar su presencia para explorar con detalles la *funcionalidad parental* que ejercen y su influencia en las dificultades del paciente.

En la mayoría de los casos que nos consultan son necesarias 3 a 4 entrevistas de evaluación, las cuales podemos ordenar en la medida de lo posible del siguiente modo:

- **La primera entrevista (40 minutos a 1 hora aprox.).**
  - Realicemos una exploración inicial y acercamiento al problema que motiva la consulta, con una descripción detallada de la sintomatología y evolución.
  - Si el niño es llevado a la consulta por los padres, debemos asegurar su participación. Ajustemos nuestro lenguaje y modo de interaccionar.
  - Si los padres nos piden hablar a solas, pidámosles que se le dé al niño una explicación coherente y comprensible de porqué él no puede estar presente en este momento. Cuidemos que los padres no se sientan amenazados o desautorizados con esta petición.
  - Si es posible, dejemos tiempo y espacio para ver al niño a solas, y posteriormente, junto con los padres, preparar los siguientes encuentros. Con frecuencia nos pasa que en la primera entrevista quedamos “cortos de tiempo” para conocer al niño. Si es así, aseguremos con él una mínima relación de confianza inicial.
  - Si a la primera entrevista han acudido los padres con su hijo adolescente, es conveniente plantearse desde un principio la necesidad de evitar ver a los padres sin la presencia de este. Esto se dificulta cuando los padres lo piden explícitamente y cedemos ante su petición. Si la decisión fue ver por anticipado a los padres, podemos pedirles a ellos que pongan en conocimiento de esta situación a su hijo antes de que nosotros intervengamos, evitamos así iniciar evaluaciones “engañosas o secretas”. Es conveniente tener presente la importancia de la autonomía y la participación activa del adolescente.
  - Desde un punto de vista general, evitemos recibir información que se maneje como “secreta”, ya que esta puede ir en desmedro de una completa evaluación. Por otra parte, “guardar

secretos” nos puede poner en situaciones de alianza o coaliciones entre las partes consultantes, y perder el foco central.

- En situaciones forzadas de “entrega de información secreta”, debemos rápidamente analizarla al menos desde dos puntos de vista: el del *contenido de la información* (lo que se dice) y el del *impacto de la información* en las relaciones interpersonales (cómo se usa y cómo se dice). Esto puede ser útil para la interpretación clínica del caso.
- Quién o quiénes acompañan al niño en la primera consulta es información para analizar y conocer. Se puede preguntar cómo se pusieron de acuerdo para consultar o cómo los padres convencieron al niño de venir. Esta información nos puede hablar, por ejemplo, de las motivaciones a la consulta o de cómo establecen relaciones los interesados.
- Si se dan las condiciones al término de la entrevista, puedo dirigirme al paciente preguntándole ¿hay algo que no te he preguntado o no hemos conversado?, o “te he hecho varias preguntas, ¿tienes alguna pregunta para mí?”, “si no la tienes ahora, me la puedes hacer en cualquier momento”. La idea es darle al paciente una señal de que la comunicación está permanentemente abierta. Este modo de proceder también puede ajustarse al término de la entrevista con los padres.

Podemos darnos por satisfechos en la primera entrevista, si hemos obtenido la mayoría de los siguientes puntos:

- una visión general del problema que afecta a los consultantes
- una opinión de cómo percibe el problema el niño o el adolescente
- una primera impresión general del comportamiento o examen mental del paciente y su sintomatología
- un nivel de confianza mínima con los consultantes que nos permita continuar con la evaluación
- un plan de cómo continuaremos
- **Los siguientes encuentros que completan el proceso de evaluación (45 minutos aprox. cada uno).**
  - En los siguientes encuentros realizamos una entrevista en profundidad con el paciente y un encuentro a solas con los padres. Abordamos temáticas con el niño y observamos con frecuencia comportamientos que suelen ser distintos sin la presencia de los padres.
  - Podemos plantearle al paciente la *confidencialidad* de los contenidos de la entrevista. Si nos enteramos de algo desconocido por los padres y necesario de ser conocido por ellos, debemos acordar con el paciente la necesidad de hablarles del tema. A nuestro parecer, de preferencia la confidencialidad debería manejarse de modo relativo y no

- de manera absoluta, tomando en consideración el contenido y las acciones que se quieren resguardar. El clínico se ve con la obligación y desafío de manejar la confidencialidad con un criterio que asegure el bienestar y cuidado del paciente, así como la confianza con los consultantes.
- Suele ser necesario tener más de una entrevista con el paciente antes de tener claridad diagnóstica. En estos encuentros podemos considerar el uso de entrevistas estandarizadas, cuestionarios, pruebas gráficas o dibujos que podrían complementar la obtención de información.
- Reservemos para los padres una sesión de entrevista en la cuál revisaremos la historia de desarrollo del paciente. Desde la perspectiva de ellos, podemos trazar de un modo longitudinal y transversal la historia individual, familiar y escolar de nuestro paciente y conectarlas a la situación actual.
- En un encuentro final, realizaremos lo que denominamos *sesión de devolución*; esta consiste en informar y entregarle al paciente y a sus padres un diagnóstico clínico producto de la *formulación diagnóstica* realizada. En la *sesión de devolución*, destacamos tanto los aspectos saludables del paciente, así como sus vulnerabilidades, asegurándonos que, por medio de un lenguaje sencillo, los consultantes comprendan lo que estamos planteándoles facilitando la adherencia a un tratamiento si corresponde.

#### D. Elementos facilitadores de la comunicación entre el clínico y el niño.

Mencionaremos algunas condiciones o elementos que nos pueden facilitar la relación y comunicación con nuestros pacientes.

- Es importante contar con un lugar adecuado al momento de realizar la entrevista, una sala muy grande puede ser muy impersonal y una muy pequeña no permitirá realizar con comodidad una entrevista familiar.
- Utilicemos un lenguaje sencillo y comprensible evitando los tecnicismos. Preguntas concretas y cerradas del tipo *sí o no* se responden fácilmente, pero entregan poca información. Preguntas muy abiertas como, por ejemplo, *“háblame de tí”* pueden poner ansioso e incómodo al niño. Combine-mos flexiblemente los tipos de preguntas de acuerdo a la edad del paciente, su estado emocional y el contexto. Preguntas en tercera persona o comentarios indirectos del tipo, *“a veces los niños se ponen tristes cuando los molestan en el colegio”*, podrían ayudar a facilitar una conversación.
- Una entrevista que incluya *juego(s)* puede ser de gran utilidad. Utilizar juguetes creando actividad lúdica estimula la comunicación simbólica entre los participantes y facilita las verbalizaciones especialmente de los más pequeños.

Durante el juego podemos observar la psicomotricidad del niño, su capacidad de simbolización, su intercambio afectivo y capacidad de compartir.

- El *dibujo* puede ser también utilizado como vehículo de comunicación. A la mayoría de los niños les gusta dibujar y pintar. El dibujo inicialmente puede ser guiado por el entrevistador si el niño está un poco retraído. Desde un punto de vista más técnico, un dibujo particular como la figura humana, la familia o el dibujo de la persona-casa-árbol requiere de una interpretación psicológica más específica.

El uso eficiente de cada uno de los elementos facilitadores de la comunicación dependerá de las habilidades del entrevistador, de las características propias del paciente (edad, estado emocional, del cuadro clínico de base) y del contexto en que transcurre la entrevista.

#### E. Consideraciones especiales en relación a quién se entrevista.

##### Entrevista a niños pequeños y preescolares.

- Inicialmente es conveniente realizar una entrevista con los padres presentes, ya que puede surgir ansiedad excesiva en el niño al quedarse a solas. En la entrevista conjunta debemos aprovechar de observar la *interacción comportamental* del niño en la relación *padre(s)-hijo (relaciones diádicas-triádicas)* caracterizando el estilo de relación vincular que presenta el paciente y sus cuidadores.
- Las áreas del niño a evaluar que nos pueden ofrecer una idea general de su desarrollo y madurez emocional son sus habilidades motoras y verbales, así como su capacidad cognitiva de adaptación al entorno y su capacidad de juego.

##### Entrevista a niños en edad escolar.

- A esta edad los niños tienen mejor capacidad para verbalizar sus experiencias dado su mayor desarrollo del lenguaje. El niño escolar puede presentar en un comienzo dificultades para quedarse a solas, aunque rápidamente conociendo el entorno van sintiéndose seguros, a menos que un exceso de ansiedad o temor no sea bien regulado por él o con la ayuda de sus padres.
- Los escolares tienden a tolerar mejor una entrevista más larga en comparación con los preescolares y, por lo general, siguen mejor las indicaciones. Les atraen mucho los juguetes, y esto sirve como “gancho” para conversar y lograr una comunicación efectiva. Se les puede pedir que dibujen y analizar con ellos lo realizado, aprovechando el material proyectivo que de ello surge.



- Debemos evitar generar preguntas muy inducidas o directas, ya que la mayoría de las veces recibimos a cambio monosílabos por respuestas.
- Por lo menos hasta que no hayamos asegurado la confianza con el paciente, evitemos comparar información entregada por una fuente y la que nos proporciona el niño. La entrevista no tiene por objetivo central el “descubrir la verdad” u “objetivar la información”, sino conocerlo e intentar acceder a su modo de ver el mundo.
- Si queremos precisar una determinada información y evitar generar presión y desconfianza en el niño, podríamos pedirle que cuantifique la importancia de una situación dada por medio de una escala numérica. Por ejemplo, se le puede decir: *“Dime cuán triste estás si usamos para comparar una escala del 1 a 10, donde 10 es sentirse totalmente triste”*
- Otro modo de conversar con el niño escolar, disminuyendo su ansiedad, es estimular que hable a través de una tercera persona. Por ejemplo, decirle: *“Si Pedro tuviera susto, ¿cuánto susto tendría?, ¿qué crees que a él le da susto?”*
- Por último, debemos ser flexibles con la duración de la entrevista, y conviene anticipar el cierre de esta, así el niño desde el punto de vista emocional puede cerrar el encuentro con el profesional en un contexto de contención.

### Entrevista a adolescentes

La entrevista con adolescentes tiene particularidades que se visualizarán dependiendo si el foco de observación se pone en lo individual (el adolescente) o en lo relacional (el adolescente y su relación con sus padres u otros), o en ambos.

Debemos tener presente que generalmente el adolescente es traído a consultar, si es así, aprovechemos de fijarnos con quién viene y en qué condiciones lo traen o lo convencieron de venir y qué finalmente lo motivó. Estas simples observaciones nos pueden dar información respecto al grado de autonomía del paciente, el estilo de relación con sus padres y su estado emocional en relación a su capacidad de decisión.

No es infrecuente que los padres quieran tomar un rol activo y de conducción de los primeros encuentros con el especialista. Si la situación lo permite, es conveniente conversar primero con el adolescente, aunque los padres hayan pedido la entrevista. Como ya lo hemos mencionado, esta determinación puede ofrecerle al adolescente un rol más activo, además de ayudar a fomentar una relación de confianza con él. (Marcelli & Braconnier, 2005). Una oposición o resistencia de los padres a la modalidad de ver inicialmente a solas al adolescente puede resolverse teniendo una entrevista conjunta con los padres y el paciente. Este modo de encuentro nos

puede aportar material para el análisis de la relación y el modo de interacción entre el paciente y sus progenitores.

De todos modos, es conveniente asegurar una entrevista a solas con el adolescente en un contexto de confianza. Se les debe explicar a los padres la importancia de esto en esta etapa del desarrollo donde la autonomía y un rol activo son necesarios para un cambio de conducta.

Cuando se realiza una entrevista conjunta (padres y paciente), la *observación clínica individual del paciente* se puede complementar con la *mirada relacional sistémica* que aporta la entrevista con todos los miembros que consultan (Carrasco, 2006). Sin embargo, al momento del análisis clínico del caso, debemos tener en cuenta que la información que nos entregan ambas perspectivas proviene de focos de observación y fuentes teóricas distintas, sin embargo, no necesariamente excluyentes. Este punto de reflexión también es válido para la entrevista con niños de otras edades.

En la atención con adolescentes no es infrecuente encontrarnos con un paciente que no esté motivado para la entrevista, y menos para una evaluación. La conversación puede ser difícil de instaurar, debemos darnos tiempo para lograr un clima emocional seguro y no confrontacional. El ejercer “la autoridad” que nos da el hecho de ser profesionales y tener *el control de la entrevista* conlleva un riesgo formal, ya que sin quererlo podríamos *“actuar como adultos autoritarios”* y esto podría dar motivos para que surjan resistencias durante la entrevista. Por otra parte, convertirnos en *“adultos simpáticos”* con lenguaje demasiado juvenil e informal nos puede hacer parecer ridículos ante el adolescente. En el proceso de entrevista, pueden resultar más adecuadas posiciones de interacción intermedias.

Si el adolescente se muestra preocupado por la confidencialidad de los contenidos de la entrevista, se le explicará que se le solicitará su permiso y acuerdo cuando se les deba entregar información a sus padres, concerniente a una confidencia o tema en que pueda él sentirse enjuiciado. En caso de situaciones de riesgo vital para el paciente (por ejemplo, ideación suicida) o para un tercero, la confidencialidad se torna más relativa, aunque se mantienen los principios anteriormente mencionados. Las situaciones particulares pueden diferir en consideración a las dificultades de base que el paciente pueda presentar. Con adolescentes con dificultades de personalidad o fuertemente deprimidos se debe actuar con mucho más alerta.

### Entrevista con los padres/cuidadores primarios del paciente.

El encuentro con los cuidadores primarios del paciente puede ocurrir al principio de la evaluación o durante esta.

Sus principales objetivos son:

- Obtener el motivo de consulta, cómo se organizó la demanda y conocer por quién están siendo derivados.
- Cuáles son las expectativas que tienen los padres respecto al motivo de consulta y a la intervención profesional.
- Recopilar datos e información de la problemática actual del paciente y la evolución de su sintomatología.
- Conocer el impacto que la situación del paciente ha tenido en el funcionamiento del grupo familiar y en sus miembros, incluidos los padres.
- Obtener información cronológica y actualizada del desarrollo evolutivo del paciente.
- Identificar a través de los padres los factores del entorno del paciente: socioculturales, familiares, escolares, estilos de crianza u otras variables, y cómo estos influyen en el estado de salud mental del paciente.
- Observar la dinámica de relación entre los padres y paciente.

La entrevista podría llevarse a cabo en presencia del paciente, evitando descalificaciones de los padres hacia el hijo o comentarios que lo puedan avergonzar. Debemos evitar hacer acuerdos confidenciales con los padres cuando el motivo de consulta está radicado principalmente en su hijo.

Es importante recoger la información que los padres nos puedan aportar en relación a su situación conyugal y a la dinámica familiar. Es importante considerar la situación socioeconómica actual de la familia y condiciones que puedan ser fuente de estrés emocional para el paciente y/o la familia.

El entrevistador puede preguntarles a los padres respecto a las causas que ellos creen que pueden ser gatillantes o que influyan en el problema que los aqueja. Cuando los padres son divorciados o se encuentren separados pueden ser recibidos en distintos momentos, a menos que ellos soliciten una entrevista conjunta. Es conveniente observar el grado de acuerdo y tolerancia (Wachtel, 1994).

#### Entrevista familiar.

Se puede optar por la entrevista familiar si el evaluador está interesado en conocer el modo de funcionamiento de la familia y el rol que ocupa el paciente en ésta. Este tipo de entrevista puede ser la oportunidad para observar la interacción de todos los miembros familiares junto al “paciente índice” o “paciente problema” (Nichols, 2006). Una entrevista familiar requiere de un entrevistador con conocimientos en habilidades de comunicación y en técnicas de interacción, y que se sienta capaz de manejar “el encuentro familiar”, encuentro que por lo general tiende ser más complejo que una entrevista individual o entrevista solo con los padres.

Si la entrevista familiar se lleva a cabo, aprovechemos de observar los *patrones de interacción* y los *intercambios comunicacionales* entre sus miembros. Observar cómo los padres responden a las necesidades de los hijos y viceversa. Observar las alianzas entre los miembros familiares y apreciar el nivel del funcionamiento del subsistema parental y del subsistema filial.

La realización o no de una entrevista familiar dependerá de la decisión del evaluador en cuanto a dónde poner el foco de atención principal para su análisis del caso. Si las circunstancias orientan a que el evaluador, ya sea por su formación profesional o condiciones propias del caso, pone su foco de análisis en las características individuales del paciente más que en las relacionales de este, probablemente considerará menos este tipo de entrevista.

#### F. Examen del estado mental y exploración psicopatológica.

El examen mental es el equivalente psiquiátrico al examen físico médico y se lleva a cabo al compás de cómo transcurren las sesiones de entrevista. El examen mental como herramienta diagnóstica es propio de la psicopatología descriptiva. Esta corriente teórica tiene entre sus objetivos describir la experiencia psíquica del paciente y el comportamiento que resulta de su estado mental.

Debemos tener presente que el examen mental principalmente nos da información de corte transversal, es decir, del aquí y ahora, por lo tanto, es posible que pueda tener variaciones en el transcurso de un proceso de evaluación, incluso, de un día para otro.

La exploración psicopatológica se basa en el principio de que un determinado funcionamiento mental, ya sea este un proceso psicológico o psicopatológico, tiene su manifestación en la expresión comportamental de un sujeto y podría ser captado como un fenómeno por un observador externo. A modo de ejemplo, el síntoma *hiperquinesia*, de alta frecuencia en la psicopatología infantil, se manifiesta en el comportamiento de un niño como *inquietud excesiva y desorganizada*, pudiendo ser esta conducta observada por el evaluador y asociada a un determinado funcionamiento cognitivo que puede tener origen, como alternativa explicativa, en un *proceso madurativo del desarrollo* o en un *estado de ansiedad elevada*. El análisis más detallado del fenómeno podría ayudarnos en el *diagnóstico diferencial del síntoma* y su *carácter psicopatológico* propiamente tal.

En consideración a lo anterior, sería esperable entonces que ciertos estados psicológicos y psicopatológicos de un sujeto se asocien a determinadas conductas o expresiones sintomáticas (*examinación del estado mental*), sin embargo, debemos tener en cuenta que estas expresiones fenomenológicas muchas veces no tienen un carácter absoluto o patognomónico en la expresión

clínica de la psicopatología general y, particularmente, menos en la psicopatología infantil.

Tanto es así, que muchos textos de psiquiatría infantil no tienen en consideración un capítulo especialmente dedicado al examen mental en niños, probablemente debido a la dificultad de asociar con exactitud, y a partir del examen mental, un determinado comportamiento infantil a un síntoma psicopatológico en particular, y este a un síndrome o entidad nosológica específica. En algunos textos de psiquiatría infantil, lo que encontramos son capítulos dedicados a la exploración psiquiátrica del niño y a diversos métodos de aproximación de la dinámica psíquica del paciente, y no necesariamente asociados de manera estricta al examen mental como herramienta de exploración psicológica específica (Marcelli & Cohen, 2007). Estos textos destacan la importancia del conocimiento del desarrollo evolutivo infanto-juvenil y sus manifestaciones normativas como base de análisis comparativo entre una "síntomatología sana" y una de carácter psicopatológica. Otros textos sí consideran capítulos orientados al análisis del examen mental del niño en un esquema propio de la psicopatología descriptiva (Lewis & King, 1991).

En consideración a nuestra experiencia clínica, en este artículo hemos mantenido la consideración al examen mental en la evaluación psiquiátrica de niños, principalmente, por ser un método de exploración psicopatológica que agrupa expresiones sintomáticas de un modo ordenado y eficiente, con un registro de áreas de funcionamiento mental que se pueden acomodar y flexibilizar, si consideramos las limitaciones impuestas por las características propias del desarrollo infantil (Pacheco, 2005).

### G. Componentes generales de un examen del estado mental.

Mencionaremos los componentes básicos que pueden estar presentes al momento de la examinación mental de un niño (ver Tabla 2):

- **Apariencia, actitud, conducta. Estilo de relacionarse:**

Prestemos atención a la forma en que viste y cómo se comporta nuestro paciente, su modo de caminar y su aspecto físico. Es armónico o disarmónico en su conjunto. Es activo o pasivo. Es colaborador o reticente. Temeroso o de relación fácil; desconfiado o empático. Hace contacto si le damos tiempo. Acepta jugar, presenta un juego de acuerdo a su edad o este es anómalo.

- **Habla, lenguaje, fluidez de la conversación:**

El paciente articula palabras entendibles con entonación y volumen adecuado. Expresa lo que desea, expresa sus ideas y pensamientos en una relación de comunicación. Hay concordancia en el lenguaje verbal y gestual. Es receptivo y comprende nuestras instrucciones.

- **Proceso y contenido del pensamiento:**

El pensamiento va ligado al habla y al lenguaje, como también a las verbalizaciones y al juego que el niño realiza. Observemos si en el pensamiento hay escasez o abundancia de ideas. Las ideas o pensamientos se pueden expresar por medio del juego o dibujo, veamos ahí la lógica o incoherencia, si es que la hay, considerando la edad del niño. Con los adolescentes, la evaluación del pensamiento es más directa, fijándonos en lo que dice y qué sabe, del porqué está aquí y cómo expresa lo que le sucede. Debemos evaluar el contacto con la realidad que el paciente tiene y la posibilidad de que existan delirios o alucinaciones. Si nos parece que el contacto con la realidad está alterado, observemos el juicio que de esto hace el paciente, la firmeza de su creencia. La conducta que acompaña a la vivencia puede ayudar a distinguir alucinaciones de ilusiones o fantasías, estas últimas se ligan más al "como si fuese verdad" de los juegos.

- **Evaluación del estado de ánimo y la afectividad**

Preguntémosle al niño cómo se siente, cuál es su estado emocional interno actual y el de los últimos días (ánimo). En niños más pequeños, podemos dar ejemplos de los estados de ánimo, para esto se pueden usar rostros o dibujos de "caritas". La afectividad, en contexto del examen mental, es el estado emocional general del paciente y, por lo tanto, *el modo o capacidad de presentarse emocionalmente ante los otros y el entorno*, es lo que el evaluador externamente observa del paciente y puede describir. La afectividad podrá ser calificada como apropiada o no para la situación, el afecto puede ser neutro, restringido o embotado en cuanto a su intensidad de expresión. Al inicio de la entrevista, puede observarse un afecto más restringido que en el transcurso de la sesión debido a la ansiedad inicial.

- **Evaluación cognitiva:**

La evaluación cognitiva incluye la observación de las capacidades en cuanto a memoria, conocimientos, manejo de vocabulario, razonamiento, conocimientos generales y capacidad de conceptualización que el paciente posee, incluye la capacidad de concentración y atención. Estas capacidades deben cuantificarse según etapa del desarrollo del niño.

### H. Del análisis psicopatológico del caso a la formulación diagnóstica.

El objetivo de la *formulación diagnóstica* es organizar y analizar toda la información que hemos obtenido del caso y dar cuenta de lo que le sucede a nuestro paciente. Buscamos una comprensión global del cuadro clínico que presenta el paciente, y de un modo flexible lo ajustamos a un *diagnóstico psiquiátrico general*.



Antes de realizar un *diagnóstico psicopatológico*, debemos considerar si la sintomatología del paciente puede explicarse mejor por la presencia de un *trastorno físico* o una *variante normal del desarrollo*. Si planteamos un diagnóstico psiquiátrico, es fundamental considerar uno o más *diagnósticos diferenciales* teniendo claridad cuál es la información disponible a favor o en contra de cada uno de ellos.

Un planteamiento diagnóstico nos aporta un marco general para comprender lo que sintomáticamente le sucede al niño en el contexto de sus características constitucionales, eventos vitales y factores de riesgo o de protección. Obtenemos su nivel de adaptación y funcionamiento actual a la luz de su etapa de desarrollo. Una mirada biopsicosocial en el análisis del caso podría ayudar a integrar los factores biológicos, constitucionales, psicológicos y socio-relacionales, facilitando planteamientos diagnósticos más integrales.

Toda la información obtenida en más de una sesión es resumida con el fin de realizar un *análisis clínico* que busque determinar la *condición psicopatológica* del caso en cuestión, y de este modo alcanzar una *formulación diagnóstica* que dará cuenta de un *diagnóstico integral* de nuestro paciente (*diagnóstico psicopatológico, estado actual del desarrollo, diagnóstico socio-familiar y funciones parentales de apoyo*). Todos los diagnósticos deben ir conectados en un planteamiento que dé cuenta de *quién es nuestro paciente y de cómo su situación actual ha llegado a manifestarse sintomáticamente*. Estos diagnósticos deben reflejar lo más fielmente nuestro saber acerca de la presencia de una enfermedad, de un trastorno o de una condición manifiesta en el paciente que hemos evaluado (Leckman & Taylor, 2015). Si podemos desarrollar una estrategia terapéutica que dé cuenta de el o los diagnósticos, las características y el estado de funcionamiento del paciente y de su familia, además de considerar los factores de riesgo y de protección presentes, probablemente entonces el diseño terapéutico elegido podría ser mucho más exitoso.

### **I. Devolución clínica de los resultados e inicio de un plan terapéutico.**

La entrega de la información diagnóstica final y la propuesta de un *plan terapéutico* deben contar con una *sesión de devolución* al paciente y a sus padres. Dicha sesión se puede llevar a cabo en conjunto con los padres y el niño, o bien considerar sesiones por separado.

En aquellos casos de adolescentes en quienes el clínico quiere fortalecer autonomía y participación activa, podría considerarse devolución por separado. También en aquellos casos en que la devolución de los resultados podría alterar el estado emocional de los padres y su capacidad de contención inmediata en desmedro del apoyo al paciente.

Se puede tomar la decisión en función de la naturaleza del problema y del estado de desarrollo mental del paciente. El clínico debe evaluar cada caso en particular manejando la confidencialidad y la protección de todos los involucrados.

Como ya se ha dicho, la *sesión de devolución* tiene por finalidad informarles a quienes nos han consultado nuestras conclusiones, planteamientos diagnósticos y estrategias de intervención. Debemos asegurar que tanto el paciente como sus padres presenten una positiva disposición a recibir nuestra información. Esto último puede verse interferido naturalmente por las características propias del cuadro clínico que se ha evaluado y también porque con frecuencia la entrega de un diagnóstico médico produce en sí mismo ansiedad, lo cual puede afectar la receptividad. En consideración a esto, desde el punto de vista estratégico, es conveniente que en la sesión de devolución se tienda a entregar inicialmente *los aspectos más sanos y funcionales* de lo que hemos evaluado del paciente y de su entorno, para luego informar de las alteraciones. Operar de este modo puede predisponer a los consultantes a que los aspectos más patológicos o disfuncionales del caso en particular sean mejor tolerados al ser mostrados solo como un aspecto o condición, y no como un todo global o esencia inmodificable de nuestro paciente.

Nuestro lenguaje en la *sesión de devolución* debe ser sencillo, la comunicación directa, con explicaciones claras cuando deban darse. Considerar correctamente las pausas o silencios de modo de permitir que por parte de los afectados puedan surgir preguntas o dudas. Respecto a los diagnósticos, evitar ser vagos o imprecisos y evitar adjudicar responsabilidades en la causa de la sintomatología o el trastorno. Una cuidadosa *sesión de devolución* diagnóstica nos puede asegurar mejor adherencia terapéutica.

Una vez realizados los diagnósticos correspondientes, debemos esperar que los padres y el paciente estén dispuestos a participar activamente en la aplicación de un *plan de tratamiento*. Es conveniente que la *estrategia terapéutica* sea planificada en colaboración con los afectados, lo que facilitará la *adherencia* a las indicaciones que se impartirán. Un aspecto importante en el *plan terapéutico* es contar con una *aproximación multimodal* a los problemas identificados, de manera tal que cada situación o condición patológica o problemática pueda contar con *modalidades de intervención complementarias*, si estas están disponibles.

Finalmente, diremos que la *"apertura"* que se inició en la primera *sesión de evaluación* se *"cierra"* con la *sesión de devolución* de los resultados.

### **Conclusiones**

La *Evaluación Psiquiátrica Integral* tiene por objetivo un conocimiento del funcionamiento global del estado de salud mental

del niño. Nos aproximamos a este conocimiento en una primera etapa con la recolección de datos e información que los padres y cuidadores del niño nos pueden aportar. Desde el primer encuentro entre el especialista y el niño se inicia una relación de confianza y confidencialidad. La relación que inicia el psiquiatra con los padres es la base desde donde se construye la historia clínica del niño y desde donde emerge la información actual e histórica del paciente. La información que recogemos de nuestra relación con el niño se convierte en fuente de análisis complementada con la información que pueden entregar todas las personas que lo conocen.

La técnica de entrevista psiquiátrica es un proceso de interacción entre personas, y como tal es un intercambio de información. El entrevistado participa entregando información de carácter verbal y gestual que el clínico recoge, analiza, objetiva. El especialista como evaluador no es neutro en esta relación, por lo tanto, su manejo con el paciente podrá facilitar o no la obtención de la información que se requiere. Obtener y luego analizar la información de nuestro caso nos plantea el desafío de saber distinguir si el comportamiento de nuestro paciente tiene o no un carácter psicopatológico.

Distinguir lo sano de lo anormal o lo normal de lo patológico es un desafío de la evaluación clínica. Lo normal y lo patológico en el comportamiento y en la expresión emocional infanto-juvenil no son áreas claramente demarcadas. El desarrollo evolutivo y la maduración son procesos complejos y se pueden traducir en expresión sintomática emocional o conductual, las cuales pueden o no tomar un camino psicopatológico, por lo tanto, no toda expresión sintomática refleja necesariamente una organización patológica.

Finalmente, el o los diagnósticos finales, como resultado de la formulación diagnóstica, deben ser acompañados de un plan terapéutico. Este plan tiene más posibilidades de ser llevado a cabo si el paciente y sus padres comprenden con claridad lo que les queremos transmitir.

En el proceso de devolución final debemos estimular la capacidad receptiva y reflexiva de quienes nos escuchan, de modo que nuestra evaluación psiquiátrica integral no solo dé cuenta de los aspectos menos sanos del paciente, sino también de aquellos aspectos más sanos y protectores que estimulan un desarrollo normativo en el niño o el adolescente.

**Tabla 1:** Componentes de una evaluación psiquiátrica integral en niños y adolescentes.

<p><b>A.- Identificación e Historia Clínica</b></p> <p>Entrevista Inicial. Identificación. Datos personales</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Derivación. Demanda de atención.</li> <li>▪ Motivo de Consulta del niño y los padres.</li> <li>▪ Quejas principales. Expectativas, acuerdos y diferencias.</li> <li>▪ Sintomatología y evolución de la presente enfermedad/problema actual.</li> <li>▪ Actitud del paciente/padres/familia/colegio ante el problema.</li> <li>▪ Soluciones intentadas y resultados.</li> <li>▪ Consultas/tratamientos previos y resultados.</li> <li>▪ Acuerdos de la Evaluación. Número de sesiones.</li> <li>▪ Confidencialidad. Costos.</li> </ul> <p><b>B.- Historia del embarazo y nacimiento. Antecedentes del desarrollo evolutivo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Circunstancias de la concepción. Embarazo. Nacimiento. Relación de pareja. Trastornos.</li> <li>▪ Eventos del período neonatal.</li> <li>▪ Lactancia. Relación vincular madre-hijo.</li> <li>▪ Rol del padre/pareja.</li> <li>▪ Desarrollo psicomotor y emocional: Reacciones al destete. Alimentación. Sueño. Deambulación. Actividad lúdica. Habla y lenguaje. Hábitos.</li> <li>▪ Control esfinteriano.</li> <li>▪ Capacidad de adaptación/desajustes conductuales. Identificación de género.</li> <li>▪ Reacciones y comportamientos con pares. Amistades.</li> </ul> <p><b>C.- Historial médico, psicológico. Evaluaciones</b></p> <p><b>D.- Historia escolar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adaptación inicial. Aprendizaje y rendimientos. Dificultades.</li> <li>▪ Relación con pares.</li> </ul> <p><b>E.- Antecedentes socioeconómicos y culturales. Red de apoyo familiar y comunitaria</b></p>	<p><b>F.- Antecedentes Familiares</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relación de pareja. Roles parentales</li> <li>▪ Estilos de crianza y acuerdos.</li> <li>▪ Relaciones familiares. Ocupación laboral.</li> <li>▪ Genograma, dinámica y estructura.</li> <li>▪ Enfermedades. Eventos estresantes.</li> <li>▪ Capacidad de adaptación. Rol del paciente en la familia.</li> <li>▪ Familias de origen.</li> </ul> <p><b>G.- Entrevista(s) con el niño/adolescente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Motivo de consulta. Relato de la sintomatología/problemática</li> <li>▪ Eventual entrevista con el grupo familiar/hermanos/cuidadores.</li> </ul> <p><b>H.- Examen Mental. Exploración psicopatológica</b></p> <p><b>I.- Sesión de juego libre o estructurado</b> (optativo, ajustar por edad)</p> <p><b>J.- Uso de Instrumentos Diagnósticos. Evaluaciones Complementarias. Exámenes. Interconsultoría. Diagnósticos.</b></p> <p><b>K.- Análisis Psicopatológico y Formulación Diagnóstica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diagnósticos diferenciales.</li> <li>▪ Diagnósticos.</li> <li>▪ Pronósticos.</li> <li>▪ Plan terapéutico</li> </ul> <p><b>M.- Proceso de Devolución</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Devolución diagnóstica al niño/ adolescente/ padres.</li> <li>▪ Propuesta Terapéutica.</li> <li>▪ Recomendaciones.</li> </ul> <p><b>N.- Cierre fase de Evaluación Psiquiátrica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Informes pertinentes. Controles.</li> </ul>
---	--

**Tabla 2:** Elementos de un examen del estado mental y su registro.

A OBSERVAR	A REGISTRAR	A MODO DE EJEMPLO....
<b>Apariencia física</b> <b>Capacidad de relacionarse</b>	<i>Aspecto general, concordancia con edad cronológica, características físicas, vestimenta adecuada, diferenciación sexual.</i> <i>Actitud hacia el entrevistador, contacto ojo a ojo (ansioso, tímido, seguro, cooperador).</i>	<i>El niño se muestra colaborador, se viste acorde a su edad y género. Inicialmente evita la mirada para luego mostrarse más seguro y conversador.</i>
<b>Psicomotricidad.</b> <b>Conducta Motora.</b> <b>Nivel de actividad</b>	<i>Pasividad, inquietud excesiva, hiperactividad, coordinación, desinhibición.</i> <i>Presencia de patrones motores anormales: tics, manierismos, estereotipias.</i>	<i>El paciente ha estado inquieto y desatento cuando se le habla, responde precipitadamente, se observan movimientos repetitivos de manos y pies.</i>
<b>Interacción paterno filial</b> <b>Separación y reunión</b>	<i>Estilo de relación, contactos físicos, miradas.</i> <i>Autonomía y seguridad en la distancia. Reencuentro con seguridad/temor.</i> <i>Colaboración mutua. Actitudes</i>	<i>Se observa alta demanda del niño por la atención de la madre. Cuando ésta no está en la sala pregunta por ella Reiteradamente.</i>
<b>Funciones Cognitivas</b>	<i>Capacidad de atención/concentración.</i> <i>Distractibilidad, orientación personal y temporo espacial.</i> <i>Percepciones. Memoria.</i>	<i>El niño se distrae constantemente con ruidos externos sin poder retomar la tarea asignada aunque entiende y recuerda la instrucción.</i>
<b>Habla y Lenguaje</b>	<i>Pronunciación, fluencia, tono, articulación.</i> <i>Calidad y nivel de desarrollo del lenguaje, vocabulario.</i> <i>Uso anormal del lenguaje (ecolalia, neologismos, verborrea)</i>	<i>Posee vocabulario abundante y acorde a la edad. Su habla es fluida. Es capaz de narrar coherentemente una situación vivida, cuando lo hace se contacta con el interlocutor.</i>
<b>Proceso y contenido del pensamiento.</b> <b>Juicio</b>	<i>Discurso: conversación, narrativa, exposiciones de las ideas.</i> <i>Curso formal del pensar.</i> <i>Capacidad de racionamiento, conceptualización, capacidad de abstracción.</i> <i>Nivel de comprensión, juicio social</i>	<i>El niño tiene intención comunicativa pero no logra expresar sus ideas con claridad.</i>  <i>Sus tiempos verbales son confusos y el relato a momentos es contradictorio. Es descriptivamente concreto.</i>
<b>Estimación general de la Inteligencia</b>	<i>Manejo de información, desarrollo apropiado del vocabulario y nivel de comprensión acorde a la edad cronológica.</i> <i>Capacidad de resolver problemas.</i>	<i>Es capaz de entender solo instrucciones simples, su fluidez verbal es inferior a lo esperado para su edad. Realiza un juego poco creativo.</i>
<b>Estado de Animo</b> <b>Afecto</b>	<i>Como dice sentirse el entrevistado (ánimo).</i> <i>Capacidad de expresión emocional (afecto)</i> <i>Emociones observables:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Calidad o tono emocional (ansioso, depresivo, irritable, enojado).</i></li> <li>▪ <i>Cantidad o intensidad (leve/moderado/severo)</i></li> <li>▪ <i>Proporcionalidad/reactividad</i></li> <li>▪ <i>Adecuación/irradiación afectiva</i></li> <li>▪ <i>Congruencia ideo afectiva</i></li> </ul>	<i>Dice estar bien pero que se pone nerviosa muchas veces. Se ve alerta y tenso. Al hablar de sus amigos se pone triste, conmueve por su llanto. Se irrita y se reprocha no poder controlar sus emociones. Se observa desproporción de su respuesta emocional en relación a lo que la aqueja, parece depresiva tanto en sus ideas negativas como en su apariencia.</i>
<b>Nivel de ansiedad y capacidad general de adaptación</b>	<i>Temores, fobias, conductas evitativas, preocupaciones.</i> <i>Obsesiones, compulsiones</i> <i>Separaciones ansiosas</i> <i>Capacidad adaptativa frente a la ansiedad. Reacciones.</i>	<i>Al sentarse acomoda varias veces la silla, se sienta manteniendo la postura sin modificaciones. Está alerta, tiene ideas que no puede controlar salvo con rutinas.</i>
<b>Evaluación de riesgo vital</b>	<i>Conducta suicida</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Pensamiento de muerte</i></li> <li>▪ <i>Ideación o pensamiento suicida</i></li> <li>▪ <i>Plan suicida</i></li> </ul> <i>Conducta de autolesión</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Pensamiento de autolesionarse</i></li> <li>▪ <i>Pensamiento de dañar a otros</i></li> </ul> <i>Conducta de riesgo indirecto</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Alcohol, drogas. Comportamiento sexual irresponsable</i></li> <li>▪ <i>Exposición a situaciones de peligro</i></li> </ul>	<i>La paciente dice tener pensamientos que le atemorizan relacionados a morir. Teme hacerse daño ya que se culpa de muchas cosas. Ha pensado en hacerlo pero se contiene al pensar en su familia, presenta dudas. En algún momento estuvo a punto de cortarse y luego se arrepintió. (paciente de riesgo suicida, debe quedar con protección y supervisión)</i>
<b>"Sensaciones y conclusiones " del terapeuta</b>	<i>Al término de la entrevista podemos analizar en términos generales las impresiones que nos ha dejado el paciente y la entrevista, caracterizando</i>  <i>el clima emocional, el tipo de relación y el comportamiento global de nuestro paciente. Este aspecto puede ser de ayuda al momento de priorizar y analizar el resultado de la evaluación del estado mental.</i>	<i>Al examen el paciente destaca por su conducta disruptiva que no logra controlar, aunque impresiona de buen ánimo se irrita fácilmente cuando se le frenan sus deseos e impulsos.</i>  <i>La paciente impresiona depresiva, emocionalmente lábil, desesperanzada con ideaciones de muerte. Por el momento no es capaz de autocontrolarse.</i>
Basado en: Lempp et al., 2012		

## Referencias

- Carrasco E. (2006). Terapia orientada a niños y adolescentes. *Terapia Familiar y de Pareja, ed. Mediterráneo*, pp. 412-425.
- De la Barra F. (2009) Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* **47**, 303-314.
- Leckman J & Taylor E. (2015). Clinical assessment and diagnostic formulation. En *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, ed. Wiley-Beackwell pp. 407-418.
- Lempp T, de Lange D, Radelo D & Bachmann C. (2012). Clinical examination of children, adolescents and their families. En: <http://www.iacapap.org/wp-content/uploads/A.5-CLINICAL-EXAMINATION-072012.pdf>.
- Lewis M & King R. (1991). Psychiatric assessment of infants, children and adolescents. En: *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Book*, ed. Williams & Wilkins pp. 500-513.
- Marcelli D & Braconnier A. (2005). La entrevista con el adolescente. En *Psicopatología del Adolescente*. ed. Masson, pp. 67-85.
- Marcelli D & Cohen D. (2007). Exploración del niño. En *Psicopatología del Niño*. Ed. Elsevier Masson, pp. 60-74.
- Nichols W. (2006). Evaluación y tratamiento de la familia. En: *Terapia Familiar y de Pareja*, ed. Mediterráneo, pp. 93-112.
- Pacheco B. (2005) Evaluación psiquiátrica y diagnóstico en niño y adolescentes. En *Fundamentos de Psiquiatría Clínica*, ed. U. Católica de Chile, pp. 315-319.
- Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Melipillan R, Valdivia M, & Kohn R. (2012) Salud Mental en Chile y brechas de la atención sanitaria *Rev Med Chil* **140**, 447-457.
- Wachtel E. (1994). Entrevista a solas con los padres: comprender sus inquietudes. En: *La clínica del niño con problemas y su familia*, ed. Amorrortu pp. 48-76.