
El proceso de evaluación en psicología infantil y juvenil: historia clínica, entrevista e informes

PID_00267743

Maria Salomé Bolló Gasol

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 5 horas



Maria Salomé Bolló Gasol

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por la profesora: Neus Nuño Bermúdez (2019)

Primera edición: octubre 2019
© Maria Salomé Bolló Gasol
Todos los derechos reservados
© de esta edición, FUOC, 2019
Avda. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción.....	5
1. La historia clínica.....	7
1.1. Concepto y aspectos básicos	7
1.2. La anamnesis	8
1.2.1. Datos identificativos personales	9
1.2.2. Genograma familiar	10
1.2.3. Motivo de la consulta	11
1.2.4. Profesional o equipo que deriva al paciente o la paciente	12
1.2.5. Historia prenatal, perinatal y neonatal	12
1.2.6. Historia del desarrollo	13
1.2.7. Historia médica, psicológica y de salud	15
1.2.8. Escolaridad, rendimiento académico y socialización	15
1.2.9. Historia, estructura y dinámica familiar	17
1.2.10. Historia psicoemocional, conducta, temperamento, socialización y hábitos	18
1.2.11. Antecedentes familiares médicos y psicopatológicos	19
1.2.12. Conducta problema actual y su impacto	20
1.2.13. Otros	21
1.3. Resultados e interpretación de las pruebas y herramientas aplicadas	21
1.4. Juicio clínico y diagnóstico	22
1.5. Recomendaciones y pronóstico	23
1.6. Devolución	24
1.7. Intervención psicológica	24
1.8. Alta y cierre	25
1.9. Cuestiones para reflexionar	26
2. La entrevista clínica.....	28
2.1. Concepto y características	28
2.2. Etapas de la entrevista clínica	29
2.3. El psicólogo o psicóloga infantojuvenil durante la entrevista	29
2.4. Especificidades de la entrevista en psicología infantojuvenil	33
2.4.1. Entrevista con los padres	33
2.4.2. Entrevista con el niño o niña o el adolescente	37
2.4.3. Entrevista de devolución	40
2.5. Cuestiones para reflexionar	41
3. El informe psicológico infantojuvenil.....	43
3.1. Definición y características	43

3.2.	Recomendaciones en la redacción de un informe	44
3.3.	Informe diagnóstico	46
3.3.1.	Datos identificativos y de colegiación del psicólogo o psicóloga.	46
3.3.2.	Datos identificativos del paciente o la paciente	47
3.3.3.	Derivación y motivo de consulta	48
3.3.4.	Situación familiar y social	48
3.3.5.	Antecedentes familiares	49
3.3.6.	Antecedentes personales	49
3.3.7.	Entrevistas y observaciones clínicas	50
3.3.8.	Pruebas aplicadas y resultados	53
3.3.9.	Interpretación de los resultados	54
3.3.10.	Conclusión	56
3.3.11.	Recomendaciones	56
3.3.12.	Fecha y firma	58
3.4.	Informes de la intervención psicológica	58
3.5.	Cuestiones para reflexionar	61
Bibliografía		63

Introducción

El proceso de evaluación diagnóstica en psicología infantojuvenil tiene como objetivos principales determinar si hay un problema o trastorno psicológico, definirlo e indicar si requiere una intervención psicológica para solucionarlo. Este proceso también puede implicar la derivación a otros profesionales (pediatra, logopeda, psicopedagogo o psicopedagoga...) para hacer una valoración y un tratamiento. Es el paso previo a la intervención psicológica. Empieza con la primera visita, en la que se inicia la historia clínica mediante la entrevista, y finaliza con la entrega de resultados y las recomendaciones (Comeche y Vallejo, 2016).

El proceso de evaluación psicológica (Ezpeleta, 2001) comprende los siguientes elementos:

- entrevista clínica
- administración, corrección e interpretación de pruebas y herramientas psicológicas (test, escalas, cuestionarios, autorregistros...)
- observaciones-percepciones del psicólogo o psicóloga del paciente o la paciente y la familia durante la entrevista y la administración de pruebas
- formulación de un diagnóstico
- comunicación de resultados y recomendaciones
- elaboración de informes

Es decir, a grandes rasgos, el proceso está formado por las fases siguientes: la historia clínica, la administración de pruebas y herramientas psicológicas (la evaluación propiamente dicha), y el informe y la devolución (Fejerman y Grañana, 2017).

En este módulo trabajaremos específicamente la historia clínica, la entrevista clínica y la manera de redactar informes. En el apartado 1, «La Historia clínica», encontraréis la estructura y el contenido que ha de incluir una historia clínica psicológica infantojuvenil. Hemos de tener presente este contenido en las entrevistas para saber qué tenemos que preguntar y observar, y también en la selección y la administración de pruebas. En el apartado 2, «La entrevista clínica», hablaremos de los aspectos cualitativos de las entrevistas en psicología infantil y juvenil. En el último apartado, 3, «El informe psicológico infantojuvenil», expondremos cómo redactar informes diagnósticos y de intervención psicológica con ejemplos.

1. La historia clínica

1.1. Concepto y aspectos básicos

Podemos **definir** la historia clínica (HC) como la compilación de toda la información que tenemos sobre un paciente y que nos hace falta para poder hacer nuestro trabajo como psicólogos o psicólogas infantojuveniles (prevención, evaluación, diagnóstico y/o intervención psicológica). Aquí se incluyen tanto los datos que nosotros recogemos del paciente o la paciente y/o la familia (anamnesis, hojas de respuesta rellenas, correcciones de las pruebas aplicadas, anotaciones tomadas durante las sesiones, etc.) como las que nos facilitan otros profesionales sanitarios (informes del pediatra o la pediatra, neurólogo o neuróloga, etc.) y no sanitarios (maestros, psicopedagogos o psicopedagogas, trabajadores o trabajadoras sociales, etc.), y también los documentos relacionados con normativas legales (protección de datos personales...). La información que recogemos depende del criterio profesional, pero los aspectos imprescindibles que se deben incluir en toda HC los describiremos en este apartado.

La historia clínica es la «Relación de los datos con significación médica referentes a un enfermo, al tratamiento a que se lo somete y a la evolución de su enfermedad» (Diccionario de la Real Academia de la Lengua, 2018).

Es importante destacar que la historia clínica no es lo mismo que la **anamnesis**, y muchos autores utilizan los dos términos como sinónimos. La anamnesis es la «Información aportada por el paciente y por otros testimonios para confeccionar su historial médico» (Diccionario de la Real Academia de la Lengua, 2018), es decir, es solo una parte de la HC. Y añadimos que es básica para diseñar la intervención psicoterapéutica. En el apartado siguiente retomaremos el tema de la anamnesis.

La historia clínica nos permite tener toda la información recogida en un único espacio. La información que incluye tiene que ser clara, veraz, esmerada, respetuosa, actualizada e inteligible (para nosotros y para otros profesionales, puesto que en el entorno hospitalario se comparte la historia clínica). La historia clínica tiene que reflejar todos los datos del proceso de evaluación e intervención psicológica, y hay que incluir aspectos tanto asistenciales como informativos (consentimiento informado...). Es recomendable utilizar una estructura o metodología lo más estandarizada posible y organizar la información, puesto que esto facilita leer y recoger datos (Conesa, Rovira y Casanellas, 2010). Recordad que la información registrada es confidencial y está sometida a secreto profesional. La información administrativa (facturas, agenda...) no forma parte de la historia clínica y es mejor archivarla separadamente. También es recomendable mantener las notas personales archivadas fuera de la historia clínica siguiendo las medidas de seguridad correspondientes (Colegio

¡Importante!

Todo el contenido de la historia clínica es una información sensible sometida al Reglamento europeo de protección de datos (GDPR) y, por lo tanto, se debe tener mucho cuidado tanto a la hora de almacenarla como cuando la utilizemos. Este reglamento también nos obliga a informar por escrito al cliente y al paciente de sus derechos en protección de datos personales y a recoger la firma conforme han sido informados.

Oficial de Psicólogos de Madrid) y de confidencialidad. Y recordad también que las anotaciones personales no se deben facilitar a los clientes si piden una copia de su HC, y por eso es mejor recogerlas fuera de la historia.

Un aspecto esencial que se debe tener en cuenta es **cómo expresamos** la información que recogemos; no hay que olvidar que el paciente tiene derecho a pedir una copia de su historia. Además, siempre debemos seguir el código deontológico de nuestro colegio profesional y las directrices, básicas en psicoterapia, de aceptación incondicional, autenticidad, empatía, compromiso, respeto y objetividad. Recordad evitar hacer apreciaciones subjetivas, juicios de valor u opiniones personales, que, además de no ser profesionales, repercutirán en nuestro trato hacia el paciente y pueden incumplir normativas legales. Hacerlo os ayudará también en la posterior redacción de los informes.

Reflexión

Si dudáis sobre cómo anotarlos, os podéis preguntar: ¿Cómo me sentiría yo si leyera esto sobre mí? ¿Lo puedo expresar de una manera más neutra, profesional y empática?

1.2. La anamnesis

Hacer una buena anamnesis es clave para llegar a un diagnóstico correcto y a una buena definición y comprensión de los problemas psicológicos del paciente o la paciente y la familia. Incluye aspectos básicos, previos en la intervención psicoterapéutica.

Entre otros aspectos, la anamnesis nos permite definir y delimitar claramente el problema (motivo de la consulta), y formular las hipótesis iniciales que determinarán los aspectos que se deben evaluar (psicoemocionales, conductuales y/o cognitivos) y las pruebas psicométricas que se van a utilizar (Fejerman y Grañana, 2017).

A grandes rasgos, la anamnesis consta de las informaciones siguientes: antecedentes personales, antecedentes familiares, situación actual, factores de protección y factores de riesgo (predisponentes, precipitantes y de mantenimiento de la conducta problema). Estas informaciones las recogemos mediante la entrevista (a los padres y al niño o niña o al chico o chica) y por otras fuentes, como los informes de otros profesionales.

En la *tabla 1* encontraréis los principales apartados que debe incluir la anamnesis y que desarrollaremos a continuación. Recordad que primero que nada hay que anotar la fecha en la que iniciamos la historia clínica.

Tabla 1. Principales informaciones que tiene que recoger la anamnesis en niños o niñas y adolescentes

Aspectos que se deben recoger en la anamnesis psicológica infantojuvenil

- 1) Datos identificativos-personales
- 2) Genograma familiar
- 3) Motivo de la consulta
- 4) Profesional o equipo que lo deriva
- 5) Historia prenatal, perinatal y neonatal
- 6) Historia del desarrollo:
 - Psicomotor
 - Comunicación y lenguaje
 - Alimentación
 - Sueño
 - Control de esfínteres
 - Desarrollo sexual
 - Desarrollo de hábitos de autonomía
- 7) Historia médica, psicológica y de salud
- 8) Escolaridad, rendimiento académico y socialización
- 9) Historia, estructura y dinámica familiar
- 10) Historia psicoemocional, conducta, temperamento, socialización y hábitos
- 11) Antecedentes familiares médicos y psicopatológicos
- 12) Conducta problema actual y su impacto
- 13) Otros

1.2.1. Datos identificativos personales

En este apartado hay que recoger los datos siguientes del paciente: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, edad (años y meses), sexo, dirección, población, código postal, teléfono, lengua materna, dominancia manual, curso escolar, nombre de la escuela o instituto, número de DNI u otro documento, y el estado civil y la profesión, en el caso de adolescentes.

También hay que recoger del padre, la madre y el tutor legal (si lo hay) los datos siguientes como mínimo: nombres y apellidos, número de DNI u otro documento, dirección, CP y población (si son diferentes de las del paciente), teléfonos, edades, países de origen, estado civil, estudios y profesiones de cada uno.

Muchas de las informaciones indicadas aquí (edad, fecha de nacimiento, estudios, profesión, etc.) forman parte del genograma. Podéis escoger no duplicarlas.

Recordad que...

El nombre de la historia o de la carpeta que la contiene no puede contener ningún dato que permita identificar de alguna manera al paciente (nombre, siglas, DNI, etc.), según la normativa del GDPR.

1.2.2. Genograma familiar

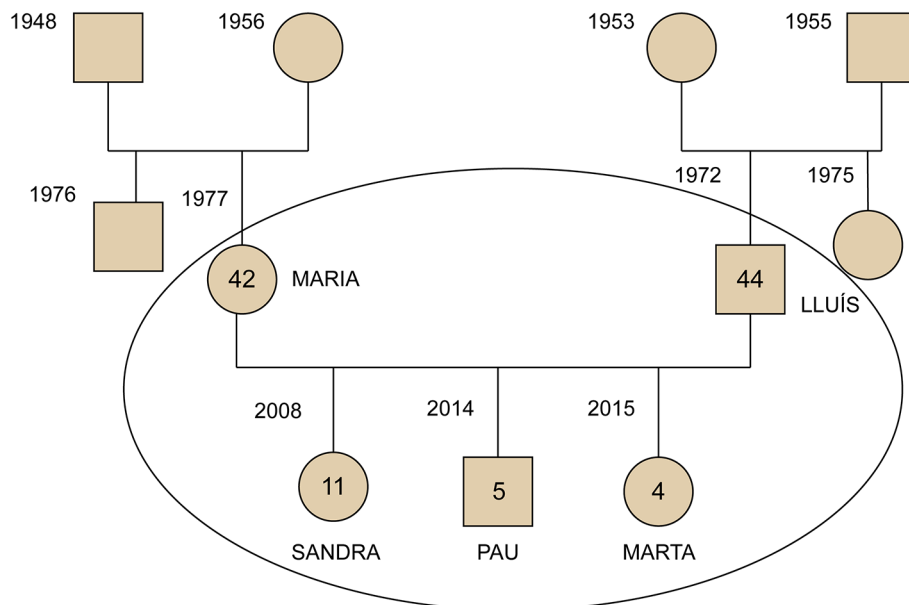
El genograma es una representación gráfica del mapa familiar y generalmente lo construimos a partir de la información obtenida en diferentes entrevistas. El modelo teórico que consideremos al elaborarlo repercutirá en su complejidad: va desde el modelo cognitivoconductual más simple hasta el modelo sistémico más complejo. Cuanto más complejidad, más información recoge.

El tipo de información que podemos incluir en un genograma es: la estructura familiar, la información sobre la familia (información demográfica, información funcional y hechos críticos familiares) y la representación de las relaciones familiares (alianzas y exclusiones).

La construcción del genograma la iniciamos con el dibujo del esqueleto, y seguidamente añadimos la información sobre la familia (ved la *figura 1*). Finalmente, incorporamos las relaciones entre los miembros del sistema familiar si trabajamos desde el punto de vista sistémico. A grandes rasgos, indicamos tres generaciones y marcamos los núcleos de convivencia. Es decir, registramos al paciente, los padres y hermanos, las familias reconstruidas, si las hay (nuevas parejas de los padres, sus hijos...), y las familias de origen de cada uno de los padres del paciente.

Respecto a los elementos gráficos que utilizamos, recordemos los aspectos más básicos: las personas las representamos con cuadrados, en el caso de los hombres, y con círculos, en el de las mujeres; indicamos el año de nacimiento (a la izquierda de la forma) y el de defunción (a la derecha), si es el caso; las líneas entre formas indican las relaciones existentes y su tipo, y las líneas de forma irregular indican los núcleos de convivencia (Alda de Ochoa, 1995).

Figura 1. Ejemplo de genograma



En algunos casos, la información recogida en el genograma la desarrollaremos más ampliamente en apartados posteriores de la HC, como en el apartado 1.2.9, «Historia, estructura y dinámica familiar», o bien lo anotaremos únicamente en otros apartados y no en el genograma.

1.2.3. Motivo de la consulta

Es la primera aproximación para delimitar la conducta problema. Aquí recogemos brevemente los motivos de consulta referidos por los padres, el niño o niña (si su nivel de desarrollo y madurez cognitiva lo permiten) o el adolescente, y por los profesionales que lo derivan (informes, conversación telefónica, etc.). Posteriormente, completamos la descripción de la conducta problema en el apartado de situación actual de la HC y en la etapa de administración de pruebas y herramientas (autorregistros...) (Ezpeleta, 2001; Fejerman y Grañana, 2017).

El motivo de consulta incluye los síntomas que preocupan, aunque no tengan relación con el diagnóstico final, y aquellos que han motivado la derivación por parte del profesional o la profesional y/o la consulta de la familia. Es relevante saber quién detectó que las conductas son un problema y cuándo. Recordamos que es básico conocer el punto de vista de cada uno de los progenitores sobre el problema (Fejerman y Grañana, 2017).

Durante la entrevista, al hablar con la madre y el padre del motivo de la consulta y de la situación actual, podemos obtener de ellos algunas informaciones muy relevantes para la futura intervención psicoterapéutica: si minimizan o maximizan el problema; su percepción de la existencia o no existencia del problema, de su importancia y de las repercusiones en la familia; cómo lo vi-

⁽¹⁾De ahora en adelante, siempre que hablamos de solicitar información al paciente o la paciente, recordad que hay que tener en cuenta la etapa de desarrollo por edad y su madurez cognitiva.

ven (su nivel de estrés, si están desbordados...); qué esperan de la consulta; su motivación para cambiar y el posible grado de implicación en el tratamiento, y las resistencias existentes. También recogeremos la perspectiva del paciente o la paciente sobre el problema (cuál es), por qué ha venido a la consulta y qué espera de ello, el nivel de motivación para cambiar y sus resistencias iniciales¹.

1.2.4. Profesional o equipo que deriva al paciente o la paciente

Hay que recoger la fecha de la derivación, el nombre y apellidos del profesional, la profesión, el cargo (por ejemplo, coordinador o coordinadora del equipo psicopedagógico), el centro donde trabaja y los datos de contacto. Todo esto se puede anotar junto a la información relativa a la derivación en el apartado anterior o en un apartado diferente.

1.2.5. Historia prenatal, perinatal y neonatal

El objetivo principal de las historias perinatal y prenatal, y de los antecedentes familiares es conocer factores de riesgo predisponentes de trastornos mentales y del neurodesarrollo (ved la *tabla 2*). Los mejores informadores en la mayoría de los casos son los padres.

Tabla 2. Principales causas de trastornos del neurodesarrollo y otras patologías neurológicas. Fejerman y Grañana, 2017

Síndrome genético
Malformaciones
Errores congénitos de metabolismo
Enfermedades neurocutáneas
Trastornos de la circulación y oxigenación cerebral
Trastornos cerebrovasculares
Enfermedades infecciosas
Trastornos inflamatorios y autoinmunes del SNC
Traumatismo craneal
Tóxicos
Trastornos sistémicos

En la **historia prenatal** nos centramos en las enfermedades de la madre, las complicaciones de la gestación y los hechos ocurridos durante el embarazo que pudieron repercutir en la salud del feto. Es importante recoger las informaciones siguientes: duración de la gestación y complicaciones (reposo obligado...); si el embarazo era deseado; acontecimientos estresantes o traumáticos; exposición a agentes químicos (tratamientos farmacológicos y agentes contaminantes) e infecciosos; hábitos de salud de la madre (dieta, consumo de sustancias...); enfermedades de la madre (diabetes gestacional, fenilcetonúria...), y tratamientos no farmacológicos (psicoterapia...).

La **historia perinatal** incluye enfermedades y problemas médicos y de salud presentes en la madre o sucedidos al bebé desde la semana 28 hasta 25 días después del parto (Instituto de Estudios Catalanes *et. al.*, 2018), y la **historia neonatal**, desde el nacimiento hasta los 3 meses. Del momento del parto anotamos las características y las complicaciones (natural o con anestesia, espontáneo o inducido, por cesárea, con ayuda de fórceps, con ayuda de incubadora...), el peso al nacer y el test de Apgar². Registramos la presencia perinatal o neonatal de enfermedades infecciosas, hipoxia, ictericia, convulsiones, traumatismo craneoencefálico y depresión posparto de la madre, entre otras (Ensenat, Roig y García, 2015).

⁽²⁾El test de Apgar valora el grado de sufrimiento o asfixia en el momento de nacer, al cabo de un minuto y al cabo de cinco minutos, mediante una puntuación comprendida entre 0 y 10, con un punto de corte en 7 (Fejerman y Grañana, 2017).

1.2.6. Historia del desarrollo

En los apartados siguientes nos centramos en la historia del desarrollo, las metas evolutivas y su adquisición, y también en los desarrollos sexual y de autonomía.

Psicomotricidad

Regogemos: edad de sostenimiento cefálico; edad de control de la espalda (sentarse sin ayuda); edad en que empezó a gatear; si gateaba de manera coordinada e independiente antes de andar; edad de inicio de la marcha autónoma, sin ayuda, y el nivel de habilidad y desarrollo en psicomotricidad fina (abotonarse, tipo de letra...).

También hay que anotar la presencia de dificultades: torpeza motriz (al ir en bicicleta, en juegos de pelota...), inquietud psicomotora, etc.

Comunicación y lenguaje

Anotamos las edades siguientes: de inicio de la dentición; de la primera sonrisa; de las primeras sílabas; de las primeras palabras; de las primeras frases, y dificultades.

Alimentación

Registramos: amamantamiento (tipo y duración); destete; hábitos destacables del bebé, niño o niña y actuales; intolerancias alimentarias y dificultades.

Sueño

Apuntamos: cómo es el acto de dormir desde el nacimiento (fácil o difícil); regulación del sueño; presencia de pesadillas o parasomnias; hábitos del sueño (horario de ir a dormir y de levantarse, con quién duerme, desde cuándo duerme sin los padres y la existencia de hábitos o rituales), y dificultades.

Referencias bibliográficas

La bibliografía consultada para construir este apartado y los siguientes del punto 1.2 incluye:

Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Barcelona: Síntesis.

Comeche, M. I. y Vallejo, M. A. (2016) *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.

Ferré, J. (2004) *Cuestionario multifactorial de diagnóstico de los trastornos de la atención y/o hiperactividad y los trastornos de distrés infantil*. TADHI. Barcelona: Lebón.

Portellano, J. A. (2007). *Neuropsicología infantil*. Barcelona: Síntesis.

Control de esfínteres

Escribimos: edad de control de esfínter vesical diurno y nocturno; edad de control anal diurno y nocturno, y dificultades.

Desarrollo sexual

Anotamos: edad de aparición de las características sexuales secundarias; edad de la menarquia; vivencia del proceso; primeras relaciones sexuales, y dificultades.

Desarrollo de hábitos de autonomía

Nos interesa ver la evolución de la ayuda, supervisión, dependencia y protección parental. Anotamos las conductas y hábitos siguientes:

- En cuanto a la alimentación, a qué edad hace cada una de las actividades siguientes: come solo con la cuchara, come solo con el tenedor, utiliza el cuchillo para cortar carne, utiliza el cuchillo para pelar fruta, y se sirve solo el agua en el vaso.
- En cuanto a vestirse y desvestirse, a qué edad hace cada una de las actividades siguientes: desvestirse solo, colaborar al vestirse, vestirse solo, escoger la ropa y preparársela.
- En cuanto a la higiene, a qué edad hace cada una de las actividades siguientes: bañarse, ducharse con ayuda, ducharse solo, limpiarse los dientes y peinarse.
- En cuanto a dormir fuera de casa, a qué edad empieza a ir a casa de familiares, amigos, de colonias...
- En cuanto a las responsabilidades en casa, a qué edad hace cada una de las actividades siguientes: poner o quitar la mesa, recoger los juguetes, recoger la habitación, meter la ropa sucia en el cesto, limpiarse los zapatos, hacerse el bocadillo, ir a comprar el pan...

Bibliografía complementaria

En el libro de Isabel Orjales titulado *Déficit de atención con hiperactividad. Manual para padres y educadoras*, de la editorial CEPE, encontraréis una compilación de comportamientos o conductas que pueden tener los niños o niñas de tres a ocho años.

1.2.7. Historia médica, psicológica y de salud

Incluye las enfermedades, intervenciones quirúrgicas, visitas a urgencias e ingresos presentados hasta el momento y que pueden repercutir en su desarrollo. También incluye otros problemas y aspectos de salud: talla y peso actuales; presencia de cólicos de bebé; tendencia a enfermar con frecuencia; vacunas y sus complicaciones; problemas respiratorios; otitis de repetición; problemas de visión y auditivos; problemas de piel; alergias; presencia de dolores de estómago o de cabeza frecuentes; uso de prótesis; acoso escolar; presencia de tics o movimientos estereotipados, etc.; tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (de fisioterapeuta, logopeda, optometrista...) que ha recibido y sus resultados. Es relevante conocer el motivo de la intervención, cuándo y dónde se hizo (centro de estimulación y atención precoz, centro de salud mental infantojuvenil o centro privado), su duración, si el problema se resolvió y su estado actual.

Conviene saber que...

En la etapa de evaluación es recomendable utilizar test como el CBCL (Achenbach y Edelbrock, *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*, 1993), además de la entrevista, puesto que a veces los padres han normalizado tanto unos síntomas del hijo o hija que no los refieren espontáneamente al hablar de los problemas de salud: por ejemplo, enfermedades de piel, dolores frecuentes... Además, los test sirven de criba de sintomatología y conducta actual. Por el mismo motivo, también se recomienda aplicar test o escalas a los maestros, como el TRF (Achenbach y Rescorla, 2001).

Es especialmente relevante incluir los tratamientos psicológicos y/o psicopedagógicos anteriores. De estos anotamos el motivo de la intervención, cuándo se hizo, los datos identificativos del profesional, el modelo psicoterapéutico aplicado (cognitivoconductual, sistémico, humanista, psicodinámico o integrador), los aspectos psicológicos trabajados (por ejemplo, habilidades sociales), las técnicas utilizadas y los resultados obtenidos, siempre que sea posible.

También añadimos los aspectos relevantes de los informes médicos y otros profesionales, y de los resultados de las pruebas complementarias, como analíticas sanguíneas, TAC craneal, etc.

1.2.8. Escolaridad, rendimiento académico y socialización

Nos interesa conocer los desarrollos académico y social, su adaptabilidad (al inicio de curso o de etapa, por cambios de maestros...), su conducta emocional, su motivación y actitud para aprender en la escuela o instituto, y los problemas que ha tenido. Preguntamos tanto a los padres como al niño o niña o al adolescente, y al maestro o la maestra.

Indagamos sobre las etapas del jardín infantil (edad de inicio, si ha ido), infantil, primaria, secundaria y bachillerato; tanto pasadas como actual.

De cada **etapa escolar** (infantil, primaria, secundaria y bachillerato), incluida la actual, anotamos:

- Su conducta y comportamiento: si juega con otros niños o niñas; si juega con niños o niñas de su edad; si tolera estar solo o sola; si está aislado o

aislada o solo o sola; si se muestra participativo o participativa en el aula; si está en alerta constante o asustado o asustada; si le cuesta comunicarse; si su comportamiento es diferente en la escuela respecto al de casa; si presenta reacciones agresivas; si tiene pataletas; si tiene amigos o amigas; si discute frecuentemente con los compañeros o compañeras y amigos o amigas; si trabaja bien en grupo, su comportamiento en otros entornos (excursiones y salidas)...

- Su actitud y temperamento: si necesita aprobación; si es dependiente del maestro o maestra; si muestra tendencia a mentir (a los 5 años ya sabe que no es correcto mentir); si es perfeccionista; su actitud ante la autoridad (obediente, desafiante...); si se muestra indeciso o indecisa, triste, con baja autoestima, empático o empática y/o asertivo o asertiva; si muestra una tolerancia a la frustración alta o baja; si presenta miedos, si refiere dolores de estómago u otros dolores a menudo...
- Los cambios de escuela o de instituto.
- Los cambios de comportamiento o de actitud al inicio del curso o después (también si se dan en casa).
- Las experiencias que han provocado cambios de comportamiento o emocionales: cuándo empezaron y si hubo algún cambio previo; si ha sufrido acoso escolar, cómo lo gestionó y cómo lo vivió; dificultades con algún maestro o maestra o compañero o compañera, y si ha simulado enfermedades para no ir a la escuela.
- Si ha recibido amonestaciones o expulsiones.
- Su rendimiento académico, si ha necesitado o necesita refuerzo escolar y si ha requerido o requiere medidas educativas especiales.

Para recoger los aspectos actuales detectados en el centro, aparte de entrevistar a los padres y al paciente o la paciente, es imprescindible entrevistar al tutor o tutora y administrarle pruebas psicométricas sobre la conducta problema actual. También recomendamos valorar el nivel de estrés que tiene el profesorado (en los casos en que la conducta problema aparece en el centro; por ejemplo, trastorno de conducta), el estilo de afrontamiento y el estilo educativo, en la medida de lo posible, con vistas a la intervención.

Del niño o niña y el adolescente también nos interesan: los puntos fuertes y débiles; si le gusta ir a la escuela o instituto; la motivación para aprender; las asignaturas que le gustan más, el apoyo social de que dispone, etc.

1.2.9. Historia, estructura y dinámica familiar

En este apartado recogemos la historia de vida del niño o niña o paciente y la de sus padres, y también la estructura y dinámica de su familia. Como veréis, estas informaciones están entrelazadas.

De la familia anotamos: los aspectos socioeconómicos (si tiene problemas económicos, familiares en paro...), los problemas socioculturales existentes (si pertenece a alguna etnia o cultura y sus repercusiones), y las creencias, cultura y valores tanto de la madre como del padre.

De la historia familiar de los progenitores, y como pareja, registramos: una breve historia de vida de los dos progenitores (experiencias clave; estilo educativo de las familias de origen y su cultura, creencias y valores...); una breve historia de su relación de pareja; los problemas y crisis de pareja³, y la situación actual de la pareja.

⁽³⁾Dependiendo del modelo psicoterapéutico que sigamos, recogeremos más o menos información sobre la historia familiar.

De la historia familiar relacionada con el paciente o la paciente, apuntamos: si ha sido adoptado o adoptada y la historia del proceso de adopción; cuidadores que ha tenido y que tiene actualmente (familiares, canguros...); el nacimiento de hermanos y su comportamiento; la relación con los hermanos (celos...); el tipo de relación con la familia no nuclear (apoyo por parte de los abuelos, tíos...), y los cambios de escuela, de domicilio o de ciudad, y cómo los ha vivido. Son relevantes especialmente las situaciones relacionadas con los progenitores⁴ (pasadas y presentes) provocadoras de una sensación de soledad o de abandono: los viajes frecuentes por motivos de trabajo; poco tiempo compartido; la separación de los progenitores; la nueva pareja o familia de los padres; las enfermedades graves; los ingresos hospitalarios de los padres; el ingreso en la prisión; las situaciones de maltrato...

⁽⁴⁾En este módulo, los términos *progenitores*, *padre* y *madre* los podemos sustituir por *cuidadores*, *cuidador*, *cuidadora* en aquellos casos en los que los progenitores no están a cargo del menor (existe un tutor legal, etc.) y en ese caso no nos referiremos a los antecedentes médicos familiares o a datos similares.

De la dinámica familiar, debemos conocer: el desarrollo del vínculo con cada uno de los padres; las alianzas y exclusiones existentes dentro de la familia; las actividades y hábitos lúdicos familiares; el tiempo compartido en familia y el tiempo compartido entre el niño o niña o el adolescente y cada uno de los padres; el estilo educativo y de resolución de problemas del padre y la madre, y de todas las personas implicadas en el cuidado del niño o niña o el adolescente; la actitud de la madre y el padre hacia el niño o niña o el adolescente (puntos en común y desacuerdos...) y hacia el resto de hermanos (si tiene); la existencia de similitudes o diferencias de temperamento entre progenitores y paciente, y el patrón de vinculación actual de los padres con el paciente.

Finalmente, de cada uno de los progenitores recogemos: su perspectiva sobre la tarea de ser padres (puntos fuertes y débiles); los apoyos respectivos dentro y fuera de la familia (abuelos, amigos...); los estilos de afrontamiento del estrés, y sus expectativas sobre el paciente o la paciente a corto y a largo plazo.

1.2.10. Historia psicoemocional, conducta, temperamento, socialización y hábitos

En este apartado nos centramos en el desarrollo psicoemocional y de temperamento, y en el de la conducta, intereses y hábitos actuales.

La información la recabaremos tanto de los progenitores como del paciente o la paciente, dependiendo del tipo de información pedida, de la etapa evolutiva a la que pertenece la información requerida, y de la edad y madurez cognitiva del paciente. Esto nos permitirá hacernos una idea de la percepción del padre y de la madre sobre el paciente o la paciente, y de la del mismo paciente.

En cuanto al **desarrollo psicoemocional y de temperamento** del niño o niña o el adolescente desde la etapa de bebé hasta la actualidad, recogemos, cuándo se da: la existencia de llantos incontrolables del bebé por causa desconocida; si el bebé se muestra asustadizo o asustadiza ante ruidos fuertes; las experiencias de rechazo o peligro vividas (conscientes o no); las experiencias significativas con posteriores repercusiones emocionales en el comportamiento, el sueño u otros; la evitación de la proximidad física; el rechazo del contacto ocular o físico (caricias...); los miedos (a la oscuridad...); la dificultad para estar quieto; la necesidad constante de atención; el desarrollo moral; las emociones que expresa habitualmente y las que expresa menos (alegría, miedo, tendencia a la tristeza o al enojo, etc.).

En cuanto a su temperamento, también pediremos: la autorregulación emocional y el control de impulsos; si se muestra obediente, desafiante, provocador o provocadora, hostil, agresivo o agresiva; si presenta rabietas, terquedad, perseverancia o pasividad; la adaptabilidad y tolerancia a la frustración; la capacidad de empatía; si presenta timidez, preocupaciones excesivas u otras muestras de ansiedad (morderse las uñas...); si tiene un sentimiento de culpabilidad; si presenta inclinación a mentir; el grado de dependencia de los padres...

En cuanto a la **socialización fuera de la escuela**, registramos: si tiene amigos (cantidad y calidad); si prefiere jugar solo o con otros; si queda fuera de la escuela con otros niños o niñas o adolescentes, y la periodicidad; los estilos de los juegos; el tipo de relación con los hermanos o hermanas; cómo se relaciona con las personas adultas; el comportamiento que presenta con otros niños o niñas que conoce (sumiso, mandón...); el comportamiento y emociones que presenta con otros niños o niñas o adolescentes no conocidos en espacios lúdicos, campamentos, etc.; las habilidades sociales presentes y las mejorables...

Nota

Algunos de los aspectos indicados los habremos recogido previamente en el genograma. Ahora se trata de complementarlos o añadir información si hiciera falta.

Nota

Recordamos que nos interesa detectar los cambios emocionales o de conducta que ha tenido. Hemos de conocer cómo se comportaba y cómo se comporta ahora.

También anotamos sus **intereses** actuales: las actividades extraescolares que lleva a cabo; qué suele hacer en el tiempo libre y cuando está en casa; las habilidades y talentos, y lo que no se la da bien. También podemos anotar los intereses pasados si son relevantes.

Finalmente, preguntaremos sobre los **hábitos y rutinas actuales**:

- Despertarse: si utiliza el despertador o lo llaman o la llaman, si se levanta rápido o con tranquilidad...
- Vestirse: si lo hace solo o sola o con ayuda, quién lo supervisa o la supervisa, si la ropa está preparada o la escoge él o ella...
- Ir a dormir: con quién duerme, si tiene una hora establecida, si le indican que tiene que ir a dormir y quién lo hace...
- Desvestirse: si lo hace con ayuda o sin ella, si deja la ropa en el cesto...
- Higiene: si la hace solo o con ayuda y si se lo tienen que recordar (limpiarse los dientes, ducharse y lavarse la cabeza).
- Responsabilidades en casa: cuáles son, el grado de cumplimiento, si hay cambios en los hábitos y rutinas durante la semana respecto a los días de fiesta...
- Hábitos de estudio: si utiliza la agenda; dónde hace los deberes (en la escuela, en casa, en la biblioteca...), y si es en casa donde los hace; si está solo o acompañado y con quién (por ejemplo, en el comedor de casa cuando el padre lee...); el horario que sigue; si hace los deberes antes o después de las actividades que le gustan (jugar a videojuegos...); si los hace con ayuda y quién le ayuda (chico o chica de refuerzo, padres...); la frecuencia del refuerzo si es el caso; en qué le hace falta ayuda o supervisión; si le revisan los deberes al acabar y quién lo hace; qué le cuesta más; dónde, cómo y con quién estudia; si estudia a última hora; su conducta y emociones al estudiar, cuándo aparecen y ante quién las muestra; las consecuencias de las notas... Los hábitos de estudio los podéis incorporar en el apartado 1.2.8, «Escolaridad, rendimiento académico y socialización» en vez de aquí.

1.2.11. Antecedentes familiares médicos y psicopatológicos

Anotamos las enfermedades, especialmente psicopatologías presentes en los padres, problemas de salud, operaciones quirúrgicas e ingresos hospitalarios, de la madre y del padre, y de los familiares más cercanos (hermanos o hermanas, tíos o tías, abuelos o abuelas...), y también las enfermedades mentales y signos de patologías del neurodesarrollo existentes en la familia (hiperactividad, problemas de lenguaje, bajo rendimiento escolar, etc.).

No nos olvidaremos de escribir tanto las situaciones médicas graves (intervenciones quirúrgicas o tratamientos en enfermedades oncológicas, etc.) como los ingresos hospitalarios de los padres que han motivado que los menores queden a cargo de familiares o sin uno de los progenitores. Estos hechos los podemos desarrollar en el apartado 1.2.9, «Historia, estructura y dinámica familiar».

1.2.12. Conducta problema actual y su impacto

Este apartado lo enfocamos a conocer la conducta problema, su historia y su impacto en la vida cotidiana del niño o niña y de los padres; determinar la conciencia del problema por parte de todos ellos, y los intentos de solución realizados y sus resultados.

Iniciamos la recogida de esta información con la entrevista clínica y la finalizamos en la etapa de evaluación mediante la administración de pruebas como autorregistros. En este apartado preguntamos tanto al niño o niña o el adolescente como a los padres, y también en la escuela si hiciese falta.

Definimos y **delimitamos** las **conductas problema**. Indicamos: la frecuencia, la duración, la intensidad, los factores precipitantes y las circunstancias en las que suceden (cuándo, dónde, con quién y después de qué suceden), y sus consecuencias (qué sucede; problemas que le ocasiona...).

Además de definir la conducta problema, debemos conocer su **impacto** en el funcionamiento cotidiano del paciente o la paciente, las repercusiones en la vida del niño o niña o el adolescente y la familia. Preguntamos por las actitudes y conductas de los padres, de él mismo y de la gente que le rodea (hermanos, maestros, amigos...) hacia el problema (qué hacen, qué sienten...), etc. Es imprescindible preguntar, tanto al paciente o la paciente como a cada uno de los progenitores (y al resto de miembros de la familia), por el malestar subjetivo provocado por la sintomatología actual (conducta problema) y por su grado de estrés y su estilo de afrontamiento (Ezpeleta, 2001). Por ejemplo, preguntamos al niño o niña o el adolescente si la conducta repercute en su rendimiento académico; cómo cree que afecta a sus padres (si se preocupan, discuten...); si le ha impedido hacer algo; cómo se siente ante la conducta problema y ante sus repercusiones...

Elaboramos la **historia del problema actual**. Pedimos:

- Las posibles causas del problema: cuándo empezó y si antes sucedió algún hecho concreto. Indicamos las causas que refieren cada uno de los implicados (el paciente o la paciente, la madre y el padre, y el tutor o tutora si el problema se da en la escuela).
- Su curso y evolución: cuándo empezó, si ha existido siempre desde entonces, si se agrava o desaparece en algún momento, las cosas que influyen en este...

Respecto a las soluciones intentadas, recogemos los **tratamientos psicoterapéuticos anteriores** u otras intervenciones (reflejados en el apartado 1.2.7, «Historia médica, psicológica y de salud»). Aquí nos interesa recoger tanto lo que se hizo (técnicas y pautas) como la opinión de los padres y del paciente o la paciente sobre el tratamiento; si se siguieron las pautas o por qué no, si creen que fueron efectivas, las dificultades que tuvieron para seguirlas, qué les resultó más fácil, por qué dejaron el tratamiento en caso de abandono, etc. También hay que anotar las propias soluciones intentadas sin recurrir a la ayuda de profesionales (por ejemplo, las que han leído en un libro, les han comentado amigos...) y sus resultados o consecuencias.

En caso de que no hayan consultado acerca del problema con anterioridad, hay que anotar tanto los motivos o la justificación dados (minimización del problema, no reconocer que les hace falta ayuda, motivos económicos...) como la actitud observada (defensiva, de recelo...). Recordemos que, al preguntar por las informaciones de este apartado en la entrevista, obtenemos una información básica sobre la posible adherencia terapéutica, el nivel de compromiso, el grado de motivación, la resistencia al cambio y otras posibles dificultades. Estas cuestiones las hemos de tener en cuenta en la planificación y diseño de las sesiones de intervención, y también en el proceso de evaluación.

1.2.13. Otros

En este apartado anotamos aquellos aspectos de la anamnesis que consideramos relevantes y no hemos descrito antes o bien que queremos desarrollar más ampliamente. Aquí incluimos las observaciones del paciente o la paciente y de los padres realizadas durante la entrevista sobre la apariencia general, la conducta, la capacidad de comprensión, los lenguajes (verbal y no verbal), el humor, la capacidad de expresar emociones, las habilidades sociales y la actitud de los progenitores. No obstante, conviene señalar que, aunque hablamos de entrevista, el contenido de la anamnesis es bastante amplio y suele requerir más de una sesión para recabarlo.

Una vez hemos completado la anamnesis, seguimos con el resto de apartados que conforman la historia clínica.

1.3. Resultados e interpretación de las pruebas y herramientas aplicadas

Gracias a la anamnesis, tenemos suficiente información para establecer a quién y qué hay que evaluar, y poder seleccionar las pruebas y herramientas (autorregistros...) más adecuadas al caso.

Una vez hecha la evaluación, es importante elaborar un registro de las pruebas y herramientas aplicadas. En este resumen anotamos a quién hemos aplicado la prueba, la fecha de aplicación y los resultados (puntuaciones directas y puntuaciones transformadas, como típicas, percentiles...)⁵, e indicamos si los re-

Recordad que...

Este apartado es uno de los más importantes de la HC. Se tiene que hacer completo y con mucho esmero, y teniendo en cuenta que según nuestro enfoque nos centraremos en unos aspectos u otros. Si seguimos el modelo cognitivo-conductual, toda la información recogida aquí nos permite hacer el análisis funcional de la conducta problema. Este análisis nos muestra el proceso por el cual ha surgido la mencionada conducta y también el procedimiento que la mantiene actualmente, e incluye los aspectos básicos que se deben conocer para planificar la intervención desde este modelo.

sultados están alterados (por ejemplo, con un asterisco). También apuntamos los aspectos cualitativos de la evaluación y su interpretación. El registro de las puntuaciones obtenidas en tablas facilita la recogida y consulta de la información, y agiliza la realización de informes, puesto que se pueden replicar.

⁽⁵⁾Es recomendable anotar tanto las puntuaciones directas como las obtenidas con baremos (típicas, escalares, percentiles...), puesto que esto nos facilita poder comparar con otras evaluaciones y valorar aspectos cualitativos. Por ejemplo, si posteriormente aplicamos una nueva versión del test (con algunos ítems diferentes) podemos valorar cualitativamente el rendimiento en los ítems comunes y en aquellas puntuaciones directas que no tienen baremos.

Sobre si es necesario guardar o no las hojas de respuesta aplicadas dentro de la historia clínica, depende de nuestro juicio clínico. Recomendamos conservar aquellas que nos dan información cualitativa o que contienen muchas puntuaciones para las cuales no hay baremos actualmente. Por ejemplo, podemos conservar el dibujo de la copia de la figura compleja de Rey (Rey, 1997) si nos interesa cualitativamente la figura dibujada y/o queremos hacer un seguimiento de la evolución, pero no hace falta conservar la hoja de respuesta de la aritmética de la escala de Wechsler para niños V, WISC-V (Wechsler, 2015), si los ítems fallados eran previsibles por la edad del paciente. Lo que sí deberemos guardar son los resultados y los aspectos cualitativos de las pruebas y herramientas aplicadas.

Recordemos que la reevaluación forma parte del proceso de intervención psicológica y nos permite comprobar y validar las hipótesis de trabajo. Por lo tanto, además del subapartado de la evaluación psicológica basal (inicial), habrá que incluir otros para registrar los datos e interpretaciones de las evaluaciones de seguimiento.

1.4. Juicio clínico y diagnóstico

Como ya sabéis, el proceso de elaboración de un diagnóstico va dirigido a falsear las hipótesis planeadas, no a verificarlas. Es decir, en lugar de buscar los datos y la información que corroboran nuestra idea inicial, tenemos que buscar toda aquella información que la rechaza, siguiendo el método científico.

Teniendo en cuenta toda la información recogida anteriormente, emitimos las posibles hipótesis de trabajo y el diagnóstico, sobre las dificultades o problemas presentes en el niño o niña, además de anotar el diagnóstico diferencial justificado. El **juicio clínico** es un aspecto clave en el proceso y está basado en la formación y experiencia previa del terapeuta o la terapeuta, además de en la información recogida en la historia clínica. Llegados a este punto, no dudéis en recoger más información si hiciera falta, ni en emitir, tal como per-

mite el DSM-5 (APA, 2014), un diagnóstico «provisional» o diagnosticar «otro trastorno especificado» u «otro trastorno no especificado»⁶ siempre que sea necesario.

⁶El DSM-5 nos permite indicar un nivel de incertidumbre diagnóstica con el especificador «provisional» cuando no tenemos suficiente información para considerar definitivo un diagnóstico y tenemos una base fundamentada para pensar que al final se cumplirán todos los criterios diagnósticos, además de poder emitir diagnósticos especificados o no especificados cuando no se cumplen todos los criterios (APA, 2014).

Antes de emitir el diagnóstico, anotamos las posibles hipótesis elaboradas sobre el caso y su fundamentación. La elaboración de hipótesis de trabajo es un proceso continuado durante el proceso de evaluación diagnóstica y la posterior intervención psicoterapéutica. Se inicia cuando nos exponen el motivo de consulta y empezamos a determinar las posibles pruebas que se deben administrar, y no finaliza hasta el alta del paciente. Las hipótesis de trabajo suelen ir cambiando a lo largo del proceso de intervención psicoterapéutica, puesto que se evalúan continuamente. Las hipótesis se modifican en función de si se consiguen o no los objetivos, junto con otras informaciones recogidas durante el tratamiento y las revaluaciones. Es decir, nos orientan tanto en el diagnóstico como en la intervención. En esta sección recogemos las hipótesis previas a la intervención que nos orientan en el diagnóstico y en el apartado 1.7, «Intervención psicológica», las generadas a partir del inicio de la psicoterapia.

Es importante enumerar claramente todos los diagnósticos del DSM-5 (APA, 2014) o de la CIM-11 (World Health Organization, 2019), con sus códigos, subtipos y especificadores (gravedad, curso...), además de los problemas o dificultades detectados.

En este punto es importante recordar que **no siempre que un paciente o una paciente acude a la consulta emitiremos un diagnóstico**. A veces pueden llegar con el diagnóstico hecho y con la demanda de psicoterapia; en otros casos acuden para solucionar pequeños problemas (por ejemplo, timidez), y hacemos tareas de prevención, promoción de la salud y psicoeducativas. Entonces recogemos las hipótesis sobre el problema y nuestro juicio clínico sobre las dificultades presentes, y no el diagnóstico categorial (DSM o ICD/CIE). A veces, nos podemos encontrar incluso con que no hay un diagnóstico como tal (adiciones a las nuevas tecnologías...) en el DSM y recurrimos a utilizar el término con más evidencia científica o más reconocido en nuestro campo.

Nota

Recordad que las hipótesis sobre el problema y los aspectos a mejorar dependen del modelo psicoterapéutico en el cual nos basamos.

1.5. Recomendaciones y pronóstico

En este espacio anotamos las recomendaciones que comunicaremos a la familia sobre psicoeducación, psicoterapia, derivaciones a otros profesionales, refuerzo escolar, pautas para la escuela, etc.

Junto con las recomendaciones, hay que indicar la posible evolución de los problemas detectados, su relación con las recomendaciones y su seguimiento, además del grado de mejoría previsible, basado en evidencias científicas recientes y no únicamente en nuestra experiencia clínica.

1.6. Devolución

En este punto anotamos los aspectos tratados con los padres y niño o niña o adolescente en la devolución del proceso de evaluación. En el apartado 2.4.3, «Entrevista de devolución», se describe cómo se hace la entrevista de devolución. Engloba las explicaciones dadas por el profesional, las dudas surgidas, las preocupaciones, las expectativas y los acuerdos a los que se ha llegado, y también la conducta y actitud observadas de los padres y del paciente o la paciente.

1.7. Intervención psicológica

A partir de toda la información obtenida en los apartados anteriores, se han elaborado las hipótesis de trabajo o diagnósticas que nos orientan en el diseño y planificación de la intervención psicoterapéutica.

De los muchos aspectos que se deben tener en cuenta en el diseño y la planificación de la intervención, y que constan en la historia clínica, destacamos: las patologías médicas presentes en el niño o niña o el adolescente y la familia; el análisis funcional de la conducta problema obtenida durante la anamnesis (1.2.12, «Conducta problema actual y su impacto»), que nos muestra el procedimiento por el cual ha surgido la mencionada conducta y por el que se sigue manteniendo (siguiendo el modelo cognitivoconductual); el deterioro funcional; la dinámica familiar; la interpretación de los resultados de las pruebas y herramientas aplicadas; el malestar subjetivo del niño o niña o el adolescente y los padres; la actitud y motivación por el cambio y las resistencias observadas en los progenitores y el paciente, el apoyo social de que disponen, etc.

Aquí anotamos:

- **Plan de intervención.** Objetivos (generales y específicos) establecidos a partir de las hipótesis de trabajo, y secuencia en que se trabajarán; formato de las sesiones (individual, grupal, padres y paciente juntos o separados...), periodicidad de las sesiones y duración; técnicas que se deben aplicar, metodología y contenido que se va a trabajar en cada una de las sesiones, y con quién. Hay que incluir a la escuela, a los progenitores y al niño o la niña o el adolescente en la intervención.

Facilitar la información

Aunque no forma parte de la historia clínica, es muy recomendable facilitar la información por escrito de las tarifas de la intervención psicológica recomendada, el tiempo de las sesiones, si se cobran las visitas en caso de anulación, y su frecuencia y a quién va dirigida (sesiones con padres, con el paciente o la paciente, contacto con la escuela, etc.).

Tenemos que tener presente que el grado de motivación por el cambio y la participación de cada una de las personas implicadas son diferentes, y que a veces, por mucho que queramos y lo intentemos, no podremos trabajar con todas (por ejemplo, progenitores separados con diferentes posiciones y enfrentados, padres poco implicados...). Es imprescindible valorar el grado de apoyo de los implicados en la intervención antes de ponerla en práctica, y el grado de participación cognitiva y psicoemocional que pueden lograr. Por ejemplo, si los padres presentan una ansiedad elevada y una baja tolerancia a las conductas desafiantes del hijo, es difícil que puedan sostener una situación en la que les pedimos que pongan límites y normas a conductas del chico o chica, que le provocarán inicialmente una reacción de aumento de la mencionada conducta problema, y por lo tanto eso repercutirá en un mayor estrés para ellos. Posiblemente, después de dotar a los padres de técnicas y estrategias de manejo del estrés, podremos plantear este tipo de intervención. Recordamos que es mejor no plantear una intervención conductual si no estamos seguros de que la podrán poner en práctica que dejarla a medias. Hay que escoger el momento propicio o desestimar una técnica para un caso determinado. **La flexibilidad y adaptabilidad son básicas en el trabajo de psicoterapia infantojuvenil.**

Nota

Podéis consultar el libro de Comече y Vallejo (2016), que encontraréis en la bibliografía, para ver intervenciones cognitivoconductuales.

- **Registro de las sesiones.** La fecha y los participantes; los objetivos establecidos, el grado de logro y las dificultades para conseguirlos; las técnicas y la metodología utilizadas en cada sesión; los aspectos relevantes de su desarrollo y observaciones; las actitudes y emociones expresadas por cada uno de los participantes, sus dudas y dificultades; las tareas para casa, etc., es decir, todo aquello que sea relevante en el proceso psicoterapéutico y pensando en vistas de la próxima sesión.
- **Hipótesis de trabajo nuevas o redefinidas.** Los cambios en las hipótesis basales, que redefinimos o sustituimos por las hipótesis nuevas. Esto lo hacemos a partir de la información obtenida en la reevaluación de seguimiento y en las observaciones e informaciones obtenidas a lo largo de las sesiones de psicoterapia.
- **Otros.** Aquellos aspectos que consideramos necesarios explicar con más detalle o que no hemos explicado antes, observaciones, etc.

Recordad la observación siguiente:

Aunque es recomendable hacer anotaciones durante la sesión, a veces no nos será posible por el propio desarrollo de la sesión, las actitudes o comentarios de los participantes o las participantes, el momento de la sesión, etc. En estos casos, es importante anotar la información lo antes posible al acabar la sesión.

Nota

Recordad los aspectos éticos, deontológicos y legales que se deben aplicar en psicoterapia con menores. No se puede hacer una intervención sin el permiso de ambos progenitores o de las personas que tienen la patria potestad del menor o la menor.

1.8. Alta y cierre

Hay diferentes motivos de alta posibles:

- Se ha hecho el diagnóstico y se han comunicado los resultados al profesional o la profesional que lo ha derivado y/o a los clientes⁷. El paciente es derivado únicamente con finalidades diagnósticas, por ejemplo, a servicios asistenciales que no hacen ninguna intervención.
- Los objetivos se han logrado, hay mejoría o remisión de la sintomatología que motivó la consulta.
- Se hace la derivación a otro profesional para evaluar un posible tratamiento: a un psicólogo o psicóloga especializados en el motivo de la consulta, a un psiquiatra para valorar un tratamiento farmacológico, por cambio de localidad de domicilio, etc.
- Los clientes desestiman hacer el tratamiento.
- Abandono u otros.

⁽⁷⁾Un aspecto diferencial de la psicología infantojuvenil es la distinción entre paciente y clientes. Los padres suelen ser los clientes, y el menor o la menor, el paciente.

En todos estos casos hay que recoger la fecha, los hechos que han motivado el alta (si los conocemos) y quién nos los ha comunicado. Recordad que por normativa legal las historias se tienen que conservar un tiempo, cinco años⁸ como mínimo.

⁽⁸⁾Recordad que debéis estar actualizados en cuanto a las novedades y cambios sobre aspectos de normativa y legales.

Para concluir la historia clínica, podéis incluir un nuevo apartado llamado «Otros» si lo creéis necesario.

1.9. Cuestiones para reflexionar

Tal y como habéis podido ver, la recogida de información de la historia clínica es un proceso bastante largo. A continuación os planteamos algunas situaciones que podéis vivir en vuestro día a día como psicólogos o psicólogas para que reflexionéis acerca de ellas.

- Unos padres están impacientes por solucionar un problema y no pueden esperar. El malestar de la familia es bastante elevado y los padres están muy «estresados». Todavía no tenemos toda la información de la historia clínica. Queremos fomentar la alianza terapéutica y la motivación. En caso de que iniciemos la intervención, ¿qué problemas pueden aparecer? ¿Y qué ventajas presenta esta situación? ¿Empezaríais la intervención o no?
- Los padres y una chica de 16 años acuden a consulta. La chica tiene un trastorno alimentario y es derivada por un médico especialista en psiquiatría. Empezamos la intervención sin tener toda la información de la anamnesis. ¿Qué información creéis que no se puede obviar antes de empezar la psicoterapia y cuál sí? ¿O creéis que no se puede obviar ninguna? ¿Creéis que se puede simplificar la información que hay que pedir? ¿Cómo?

- Nos llega una familia derivada por un centro de otra localidad con la demanda de psicoterapia. El niño de 13 años fue diagnosticado de TDAH hiperactivo-impulsivo hace dos meses. La demanda de los padres es «mejorar su comportamiento en la escuela y en casa». Refieren mucha preocupación por las constantes amonestaciones del instituto. Nosotros disponemos del informe psicodiagnóstico completo, emitido por el otro centro. ¿Recogeríais toda la información de la HC que hemos indicado antes de iniciar la intervención? ¿Cómo actuaríais en este caso respecto a la recogida de información?
- Los padres y su hija de 7 años acuden a la consulta. Aportan un informe psicológico de un par de líneas donde se indica que actualmente la hija hace tratamiento de grupo para mejorar habilidades sociales y de gestión de las emociones, además de mentalización. En el informe no se especifica el diagnóstico ni los resultados de pruebas de evaluación. No conseguís contactar con su psicólogo y los padres no saben dar más información. Los padres acuden a la consulta por el bajo rendimiento escolar de la niña. ¿Qué le preguntaríais a los padres para ampliar la información dada inicialmente? ¿Dónde y cómo anotaríais la información de que disponéis en la HC?
- Una madre soltera acude a consulta por primera vez. No ha ido nunca al psicólogo o psicóloga. Tiene una hija de 4 años que es muy tímida y esto le preocupa. Ha venido a la sesión sin la niña. El discurso de la madre es muy disperso y salta constantemente de un tema a otro. Empieza a explicar lo que le pedís, pero pasa a otro asunto relacionado, y no acaba nunca de responder. No podéis recoger la respuesta a lo que le habéis preguntado y tenéis la próxima visita esperando en la sala de espera (la visita ya tiene un retraso de 15 minutos). ¿Cómo anotaríais esta situación en la HC y dónde? ¿Cómo procederíais en este caso? ¿Seguiríais estrictamente el orden de la HC? ¿Seríais más flexibles?

2. La entrevista clínica

2.1. Concepto y características

La entrevista clínica comporta una interacción y comunicación entre pacientes y psicólogo o psicóloga, y la intencionalidad y motivación del profesional o la profesional para ayudarlos, siguiendo una metodología establecida para conseguir unos objetivos determinados. Es una situación de relación de ayuda asimétrica que está muy influenciada por el modelo teórico que seguimos.

Según su objetivo principal, hablamos de entrevista psicodiagnóstica o de entrevista de intervención psicológica. En la entrevista psicodiagnóstica el objetivo es recopilar la máxima información que consideramos imprescindible para llegar a un diagnóstico. En cambio, la entrevista psicoterapéutica se centra en resolver problemas psicológicos. Según la finalidad de la entrevista, adaptamos su contenido y su formato, aunque las recomendaciones generales en ambos casos son las mismas.

La entrevista clínica puede ser más o menos estructurada, puesto que el entrevistador o entrevistadora puede determinar el contenido y el curso de la comunicación en mayor o menor grado, y también cambiarlos a lo largo del tiempo. El grado de estructura está muy ligado al grado de directividad del entrevistador o entrevistadora y a la finalidad de la entrevista. Cuanto más estructura hay, más directivo es el estilo. Generalmente, en la entrevista psicodiagnóstica la recogida de información es estructurada (por ejemplo, en la anamnesis), y, por el contrario, cuando el objetivo es psicoterapéutico, la entrevista suele ser menos directiva, siempre teniendo en cuenta las directrices del modelo teórico que seguimos (Roji, 1994).

Aquí nos centraremos en la entrevista psicodiagnóstica y en los aspectos generales de la entrevista clínica, sin entrar en las especificidades de la entrevista psicoterapéutica, que depende del modelo seguido (cognitivoconductual, sistémico, integrador, etc.).

2.2. Etapas de la entrevista clínica

En una entrevista clínica podemos definir tres fases de manera genérica: fase inicial, fase intermedia o cuerpo de la entrevista, y fase final o de cierre. Cada una tiene sus propios objetivos y nivel de estructuración, que se han de adaptar a nuestro modelo teórico. Cada fase tiene las características siguientes:

- En la **fase inicial** creamos un ambiente cómodo (creamos un espacio físico adecuado) y de colaboración (colaboramos con el paciente para solucionar un problema común), mostramos empatía (con el tono de voz, comentarios verbales...), utilizamos técnicas no exclusivamente directivas y expresiones no verbales de acogida (apretón de manos cálido, sonrisa de bienvenida mirando a los ojos...). Queremos transmitir confianza, confidencialidad y seguridad. Pretendemos fomentar un *rappport* positivo. Su duración es de unos diez minutos.
- En la **fase intermedia** nos centramos en el objetivo de la entrevista (diagnóstico o intervención), que puede incluir: identificar el motivo de la consulta, recoger información, elaborar las hipótesis diagnósticas, elaborar una propuesta de solución o realizar la intervención psicoterapéutica. Dura unos 25 minutos.
- En la **fase final** indicamos al paciente o la paciente que se está acabando el tiempo (unos 10 minutos antes de la finalización), y a continuación destacamos los objetivos conseguidos en la sesión o resumimos la información recogida o el contenido trabajado. Esto nos permite aclarar las dudas o malentendidos surgidos y, además, nos da la oportunidad de añadir nueva información relevante. Muchas veces, la información que el paciente o la paciente añade es la que más le cuesta de transmitir, la que siente que más vulnera su imagen, pero a veces simplemente quiere alargar la sesión. Finalmente, recordamos las tareas para hacer en casa y las recomendaciones, establecemos la fecha de la próxima visita y nos despedimos de manera formal y cercana. Es importante acabar la sesión en un «momento positivo» y sin dejar asuntos inacabados (Roji, 1994).

2.3. El psicólogo o psicóloga infantojuvenil durante la entrevista

En toda entrevista clínica, el psicólogo o psicóloga tiene que recordar aplicar diferentes características y actitudes. En la tabla 3 se recogen algunas.

Tabla 3. Habilidades y actitudes del terapeuta o la terapeuta durante la psicoterapia (Ortigosa, Méndez y Riquelme, 2014)

Características del terapeuta o la terapeuta.	Actitudes del terapeuta o la terapeuta.
Interés sincero Proximidad Autoconocimiento Autorregulación Conocimientos y competencias en psicología infantojuvenil Respeto Flexibilidad Experiencia vital Autoaceptación (seguridad en él mismo o ella misma) Humor (para crear proximidad y aligerar tensiones)	Empatía (capacidad de comprender a las personas desde su marco de referencia y no desde el propio) Aceptación incondicional Autenticidad (ser uno mismo durante la entrevista; ser congruente) Compromiso (implicación)

Por otro lado, también tenemos que disponer de unas habilidades a la hora de hacer una buena entrevista clínica. Estas habilidades se pueden aprender y las podemos agrupar:

- **Habilidades de proceso.** Habilidades de comunicación e interacción durante la entrevista.
- **Habilidades de contenido.** Saber qué tenemos que preguntar. Implican conocimientos de psicopatología infantojuvenil, psicoterapia... En el caso de la entrevista diagnóstica, los contenidos se han recogidos en el apartado anterior sobre la historia clínica.
- **Habilidades cognitivas.** Capacidad para generar hipótesis y preguntas, formularlas y reformularlas simultáneamente en la realización de la entrevista (Ezpeleta, 2001).

A continuación destacamos algunas de las **habilidades de proceso** básicas.

La **autoobservación** en todo momento durante la sesión ayudará al psicólogo o psicóloga a ser objetivo, a estar alerta ante situaciones con un elevado riesgo de emitir juicios de valor o a mostrar actitudes contrarias a la aceptación incondicional. Es el primer paso para **autorregularse** durante la sesión. Pensad que la autoobservación nos permite observar nuestros sentimientos ante lo que nos explica el paciente, ante su comportamiento, sentimientos o actitudes, y también a estar abiertos a nuevas interpretaciones que pueden surgir durante la entrevista y que pueden refutar informaciones o hipótesis iniciales.

El psicólogo o psicóloga fomenta la percepción de empatía del paciente mediante un **estilo comunicativo y de interacción abierto, flexible, expresivo verbalmente y atento**. En las sesiones, cuanto más habla el terapeuta o la terapeuta, menos lo hace el paciente o la paciente, y a la inversa; este efecto lo utilizamos según las circunstancias y el momento del proceso (de evaluación o de intervención). Por ejemplo, en la primera sesión suele hablar más el

terapeuta o la terapeuta (pretende motivar y reforzar la expresión verbal del paciente o la paciente), y a medida que se consigue la alianza terapéutica, se invierten los tiempos. Hemos de tener presente siempre que en función de cada modelo teórico será mayor o menor la participación del psicoterapeuta o la psicoterapeuta, su directividad y el tipo de preguntas que emite (Roji, 1994). En la tabla 4 tenéis algunos ejemplos de técnicas verbales y no verbales que podéis utilizar durante las entrevistas.

Tabla 4. Ejemplos de técnicas de intervención en la entrevista verbales y no verbales (Roji, 1994; Nahoul y González, 2016)

A. Técnicas verbales	
Técnicas no directivas	Técnicas directivas
Clarificación Paráfrasis Reflejo Resumen Autorrevelación Inmediatez	Sondeo Interpretación Afirmación de la capacidad Confrontación Encuadre Interpretación
B. Técnicas no verbales	
Dibujo Juego Actuación (imitación) Sincronía del espejo Lenguaje corporal del entrevistador o entrevistadora: inclinación ligera hacia adelante, hacia el paciente o la paciente; contacto visual no persistente; postura relajada y atenta; movimientos y gestos suaves, pocos movimientos y posición discreta de pies y piernas.	

Una habilidad básica que se ha de trabajar es **aprender a escuchar** (captar el mensaje apropiadamente, procesar la información y transmitir que lo estamos captando). La **escucha activa** implica estar atento tanto al lenguaje verbal como al no verbal, a no «desconectar» del paciente o la paciente; nos ayuda a saber cuándo tenemos que intervenir y cuándo no, a saber qué preguntar y cuándo. Tenemos que recordar que esos momentos *lo más importante para nosotros es el paciente o la paciente*, y es el primer paso para mostrar la aceptación incondicional y establecer una buena alianza terapéutica. La postura, el tono de voz, una distancia interpersonal confortable (que es diferente para cada persona) y expresiones verbales reforzantes son algunos de los aspectos que modulamos para fomentar la aceptación. El uso de técnicas no directivas y otros recursos (ligeros movimientos de cabeza, expresiones verbales que incitan a continuar hablando, etc.) nos ayudarán a mostrar el interés hacia el paciente y también a mantener su atención y motivación durante la entrevista⁹. Recordad que el significado y la aceptación del lenguaje no verbal varía de una cultura a otra, y también entre personas.

Saber preguntar es tan importante como saber escuchar, y está interrelacionado. **Saber preguntar** quiere decir tener claro el motivo por el cual pedimos la información y por qué lo hacemos en ese momento, y saber formular las

⁽⁹⁾Las orientaciones que tenéis en este apartado son generales: siempre las tenéis que adaptar a los modelos teóricos siguiendo sus directrices.

preguntas adecuadamente para nuestros propósitos. También se relaciona con las hipótesis que construimos y reformulamos durante todo el proceso (Roji, 1994). En la tabla 5 podéis encontrar algunas recomendaciones para formular preguntas, aunque se tienen que adaptar al modelo teórico que siguáis.

Tabla 5. Recomendaciones para construir preguntas para niños o niñas, adolescentes y adultos (Ezpeleta, 2001; Roji, 1994)

Algunas recomendaciones para construir preguntas
<ul style="list-style-type: none"> • Dirigir siempre las preguntas personalmente al paciente, es decir, diciendo su nombre o el pronombre <i>tú</i> o <i>usted</i>. • Utilizar frases claras y simples (sujeto-verbo-predicado). • Evitar frases largas, subordinadas y el uso de pasivas. • Evitar preguntas negativas. • Utilizar nombres en lugar de pronombres (<i>aquel</i>, <i>aquello</i>, <i>ella</i>) para evitar ambigüedades. • Escoger los términos adecuados y sin connotaciones. • Utilizar un enunciado de pregunta que no dirija la respuesta. Por ejemplo: «¿Te regaña mucho tu padre?» • Utilizar un lenguaje comprensible y adecuado a la edad y escolaridad del paciente o la paciente y a su nivel cultural. • Preguntar un concepto por pregunta. • Hacer la pregunta principal primero y las complementarias después. • Recordar que el paciente o la paciente tiene que conocer la respuesta. • Rehuir las preguntas que impliquen categorizar los a otros. • No utilizar enunciados de preguntas ni muy generales ni muy específicos. Queremos evitar respuestas genéricas o irrelevantes (demasiado específicas). • Utilizar preguntas en las que expongamos toda la información que hace falta para poderlas responder y así evitar que el paciente tenga que inferir informaciones o ayudarse del contexto. • Evitar el uso de frases hechas que pueden dificultar la comprensión de la pregunta. • Prever la respuesta emocional del paciente o la paciente ante la pregunta, y valorar si hay que aplicarla o no. • Tener diferentes formulaciones de la misma pregunta para poderlas aplicar en caso de carencia de comprensión, reacción emocional adversa u otros inconvenientes. • Evitar interrumpir al paciente o la paciente. • Preguntar los aspectos más generales primero y los más particulares después, cuando hay que entrar en detalles sobre una cuestión. • Evitar preguntas de formato sí/no, puesto que hay niños o niñas que tienen la tendencia a estar de acuerdo siempre con los adultos. • Evitar referencias cronológicas imprecisas (por ejemplo, <i>algún día</i>). • No utilizar lenguaje infantil con niños o niñas. • No adivinar lo que nos quiere decir el entrevistado o entrevistada, sino pedirle que repita o preguntarle para aclararlo. • Explicar qué queremos decir en caso de palabras con interpretaciones diferentes, especialmente con niños o niñas. • Pronunciar bien, de manera clara. • No utilizar terminología complicada o técnica, especialmente con niños o niñas.

Algunos de los **errores del psicólogo o psicóloga** que hay que evitar durante las comunicaciones verbales emitidas en las entrevistas y psicoterapia (Roji, 1994) son los siguientes:

- Incongruencias en los mensajes o entre el lenguaje verbal y el no verbal.
- Lenguaje no verbal que incluye: cruzar los brazos sobre el pecho; colocar el cuerpo hacia atrás; contacto visual ocasional; colocar las piernas cruzadas en dirección contraria del cliente o la cliente; invadir el espacio personal del paciente o la paciente; elevar el tono de voz, mirar constantemente el reloj, etc.
- No respetar los silencios del paciente o la paciente, o interrupciones.

- Falta de conocimiento o ignorancia de las expectativas del paciente o la paciente, y de los clientes o las clientas.
- «Interrogatorios», sermones y conversaciones triviales.
- Utilización de preguntas que empiezan con *por qué*.
- Uso frecuente de lenguaje técnico.
- Bombardear al entrevistado con varias preguntas seguidas.
- Autorrevelaciones extensas o que no tienen relación con el tema que trabajamos.
- Preguntas ambiguas cuando queremos obtener una información concreta.

2.4. Especificidades de la entrevista en psicología infantojuvenil

Antes de centrarnos en algunos aspectos específicos de la entrevista, recordemos algunos aspectos indispensables que se deben tener presentes en psicología infantil y juvenil (Comeche y Vallejo, 2016):

- *Cliente* (padres) no es sinónimo de *paciente* (hijo o hija).
- Trabajamos con diferentes actores (padres, niño o niña, escuela...) y en diferentes ambientes.
- Tenemos diferentes informantes con diferentes sistemas de valores y creencias.
- Trabajamos con diferentes coterapeutas no profesionales (padres, maestros...).
- El niño o niña o el adolescente no siempre acude por voluntad propia.
- El niño o niña o el adolescente tiene derecho a la información, la intimidad, la confidencialidad y la participación en las decisiones.
- Se debe tener en cuenta el desarrollo evolutivo del niño o niña o el adolescente.
- El psicólogo o psicóloga infantojuvenil no ha de asumir papeles o una autoridad (amigo o amiga, padre o madre, maestro o maestra...) que no le corresponden como profesional.
- Es muy importante diferenciar y establecer límites entre la responsabilidad del psicoterapeuta o la psicoterapeuta y la del resto de participantes.

2.4.1. Entrevista con los padres

La **primera entrevista** que hagamos debería incluir siempre a los padres y, dependiendo del modelo teórico utilizado y de nuestro criterio, al niño o niña o al adolescente. El motivo principal para incluir a los progenitores es que actualmente debemos obtener el consentimiento firmado por parte de ambos padres antes de hablar con un menor o una menor de edad. Por lo tanto, empezaremos la sesión tratando los aspectos formales previos a la entrevista e informaremos sobre el contexto terapéutico: firmaremos el documento de la ley de protección de datos; firmaremos el consentimiento informado; explicaremos nuestro modelo terapéutico, las características del trabajo, en qué po-

demos ayudar y en qué no, e informaremos sobre tarifas, horarios, frecuencia y duración de las sesiones (os recomendamos facilitar siempre las tarifas por escrito y ser muy claros).

Respecto al hecho de si el niño o niña o el adolescente tiene que participar en la primera sesión, algunos motivos para hacerla únicamente con los padres (Comeche y Vallejo, 2016) son:

- Se puede hablar de ciertos temas (relación entre los padres, perspectiva del problema y de su causa que tiene cada uno...) sin la presencia del niño o niña o el adolescente.
- Los padres suelen estar más angustiados por el problema que el paciente o la paciente y, por tanto, recomendamos hacer la primera sesión con ellos.

Después de la sesión con los padres, hay que entrevistar al niño o niña o al adolescente con los padres, y finalmente al niño o niña o al adolescente en solitario. Sin embargo, este orden lo podemos cambiar si lo consideramos conveniente o si así lo requiere nuestro modelo teórico. Si cambiamos el orden, tenemos que recordar que los padres tienen que firmar el consentimiento informado antes de la interacción con el menor o la menor. En cuanto a la primera sesión con un adolescente o una adolescente, hacer primero la entrevista solo con los padres puede provocar su recelo, su desconfianza y que se cierre: imaginad a una chica de 17 años con un posible trastorno negativista desafiante que acude a consulta obligada por sus padres. Una posible solución es invitar a los padres y a la chica a entrar, hacer las presentaciones, exponer los aspectos básicos del consentimiento informado y firmarlo. A continuación, podemos pedir a los padres que aguarden en la sala de espera mientras hacemos la entrevista con la chica. Y con ella pactaremos también las entrevistas posteriores que haremos con los padres.

Pensad que en la primera entrevista, los padres o el paciente o la paciente no nos conocen e, incluso, puede ser la primera vez que vayan al psicólogo o psicóloga. Además, los padres se pueden sentir «culpables», impotentes o fracasados por el problema de su hijo o hija. Por eso, es extremadamente importante tener una actitud respetuosa, abierta, cordial y de aceptación incondicional, además de ser muy claros en los objetivos de la terapia, en qué los podemos ayudar y en qué no. Esto les ayudará a formarse expectativas realistas y a entender en qué consiste el proceso psicoterapéutico y sus «reglas del juego», y también a empezar a establecer la alianza terapéutica. Para esto es básico también que aclaramos todas las dudas que puedan tener.

La **observación** de los padres durante las entrevistas nos ayudará tanto en el proceso de generar hipótesis del problema como en la intervención. Hay que observar a los progenitores juntos y por separado, tanto en presencia del hijo o hija como sin este o esta (Comeche y Vallejo, 2016; Ezpeleta, 2001). En el apartado siguiente (2.4.2, «Entrevista con el niño o niña o el adolescente») veréis qué debemos observar en el niño o niña o el adolescente que se pueda

aplicar en general a los padres, maestros u otras personas que entrevistamos (adaptándolo mínimamente). Como siempre, lo recogeremos en la historia clínica.

El contenido que debemos preguntar en la entrevista diagnóstica con los padres está en el apartado 1.2, «La anamnesis». De estas entrevistas es clave extraer el grado de motivación, de colaboración y de implicación que cada uno de los progenitores puede asumir, sobre todo en vistas de la futura intervención psicológica. Aspectos como el estilo educativo, el arquetipo, el temperamento y los rasgos de carácter, la historia de vida, el lenguaje verbal y no verbal, la actitud, los comentarios, y otras informaciones obtenidas nos servirán para orientarnos. También nos interesa conocer sus recursos y reforzar sus puntos fuertes. Es decir, debemos saber hasta dónde pueden llegar, qué apoyo pueden ofrecer y en qué podemos contar con ellos como coterapeutas. Por ejemplo, en una intervención cognitivoconductual realizada a la chica anterior de 17 años, que presentaba un trastorno negativista desafiante, pediremos a los padres que establezcan límites, entre otros aspectos. Por lo tanto, debemos saber previamente si pueden o quieren aguantar el aumento de las conductas disruptivas de la hija que surgirán como respuesta.

Conocer los **estilos educativos** o pautas de crianza, además de aportarnos información sobre los padres, nos aporta información relacionada directamente con el niño o niña o el adolescente. Pensamos en el papel de los estilos educativos como factores de riesgo de algunos trastornos mentales (depresión, trastornos del comportamiento...) y su repercusión en la autoestima, el desarrollo de vínculos emocionales, la competencia social y el rendimiento académico del niño o niña o el adolescente (Comeche y Vallejo, 2016). Los estilos educativos de MacCoby y Martin (1983) se clasifican en cuatro subtipos, dependiendo del nivel de control (grado de exigencia o presión que ejercen los progenitores sobre los hijos para conseguir los objetivos educativos requeridos) o nivel de afecto de los padres (percepción y receptividad a las demandas de los hijos). Los subtipos son:

- Autoritario: muy exigente y no receptivo.
- Democrático: exigente y receptivo a la vez.
- Permisivo o indulgente: muy receptivo y poco exigente.
- Indiferente: poco exigente y poco receptivo.

Tabla 6. Arquetipos de padres de Fodor, Molerés y Morán, 2004 (Fodor y Morán, 2012)

Arquetipos de padres (Fodor et. al., 2004)

Padres maduros

Padres: son tolerantes, no son permisivos, tienen autoridad y no son autoritarios.

Hijos: son responsables, autónomos; se sienten estimados, respetados y son tenidos en cuenta.

Padres autoritarios

Padres: son rígidos, poco flexibles y usan el autoritarismo.

Hijos: reprimen la agresividad o son rebeldes, no saben dar y recibir afecto.

Arquetipos de padres (Fodor et. al., 2004)

Padres sobreprotectores

Padres: no dejan escoger al niño o niña (lo hacen por él).

Hijos: tienen baja tolerancia a la frustración, son impacientes, tiránicos con los padres, inseguros y sumisos con el resto, y tienen baja autoestima.

Padres directivos

Padres: dirigen todas las actividades del hijo o hija, son invasivos, perfeccionistas y tienen una exigencia elevada.

Hijos: son sumisos, ansiosos, no creativos y consideran el respeto a los otros como sinónimo de imposición de normas.

Padres permisivos

Padres: son ausentes, permisivos y no saben imponer su autoridad.

Hijos: son inseguros, perezosos, no saben interiorizar normas morales, son ansiosos y tienen una carencia de motivación.

Padres ansiosos

Padres: dramatizan las situaciones, son manipuladores, evitan responsabilidades y ven el mundo como amenazador.

Hijos: son miedosos, se bloquean ante problemas vitales, sienten angustia, somatizan, no asumen responsabilidades y son conflictivos en las relaciones con los otros.

En el proceso de evaluación o intervención, y por lo tanto en las entrevistas, es muy frecuente que aparezcan **dificultades con los padres** (Comeche y Vallejo, 2016; Ortigosa, Méndez y Riquelme, 2014), por ejemplo:

- Poner en duda la existencia del problema.
- Ser impacientes.
- Intentar preservar su imagen no facilitando toda la información.
- Tener expectativas equivocadas y no basadas en la información dada.
- No llevar a cabo las pautas acordadas.
- No confiar en la eficacia de la intervención o en el terapeuta o la terapeuta.
- Presentar quejas sobre aspectos económicos, horarios...

Algunos de estos problemas los podemos **prevenir, anticipar y/o reconducir** gracias a las habilidades siguientes:

- Conocer los estilos educativos de los progenitores.
- Saber cuáles son los arquetipos de los padres (ved la tabla 6).
- Estar atentos a sus actitudes y al lenguaje no verbal.
- Darles información clara, detallada y no ambigua.
- Utilizar la empatía.
- Tener mucha paciencia.
- Ser respetuosos.
- Ser honestos.

Finalmente, si hace falta, recomendamos tener la suficiente humildad para derivarlos cuando no conseguimos resolver la dificultad o acordar el alta, puesto que no siempre depende de nosotros solucionarla (ganancias secundarias de los padres cuando, por ejemplo, solicitan una ayuda pública que requiere una evaluación psicológica previa) o simplemente no sabemos más.

2.4.2. Entrevista con el niño o niña o el adolescente

En la **entrevista inicial** con el niño o niña o el adolescente debemos tener presente o averiguar su edad cronológica, el nivel de desarrollo y el cociente intelectual (QI) orientativo, para determinar, entre otras cosas:

- su capacidad a la hora de comprender y responder preguntas;
- su capacidad cognitiva en funciones ejecutivas (razonamientos del tipo causa-consecuencia, resolución de problemas...);
- su capacidad de introspección o *insight*: capacidad para percibir y entender que hay un problema, evaluar las posibles causas y llegar a una posible solución.

Estos datos nos guiarán en la planificación y realización de la entrevista¹⁰, en las técnicas que se deben utilizar y en la adaptación de nuestro lenguaje para que sea comprensible para el niño o niña (Comeche y Vallejo, 2016). En el apartado 1.2, «La anamnesis» encontraréis el contenido que se debe recoger en la entrevista diagnóstica con el niño o niña o el adolescente.

⁽¹⁰⁾Aunque hablamos de entrevista en singular, a lo largo del módulo incluimos en este término las diferentes entrevistas que hacemos para obtener los datos de la anamnesis, etc.

En la primera entrevista es muy importante empezar por presentarnos y preguntar y/o explicar al niño o niña o al adolescente quién somos, qué hace un terapeuta o una terapeuta, el propósito de la entrevista, en qué lo podemos ayudar y cómo trabajamos. En caso de niños o niñas pequeños, nos podemos ayudar con cuentos. También estableceremos las reglas de la sesión o el **contrato terapéutico** (ved tabla 7).

Tabla 7. Aspectos que se deben exponer en el contrato terapéutico dirigido a niños o niñas o adolescentes

Aspectos que se deben exponer en el contrato terapéutico dirigido a niños o niñas o adolescentes

- Mantenemos la confidencialidad: «Lo que aquí se habla no se explica fuera de aquí a menos que sea una cosa muy grave, peligrosa, y en ese caso lo deberemos comentar con los padres».
- No se puede mentir: «Si no quieres hablar de una cosa, lo puedes decir».
- No te juzgaré: «No me enfadaré por lo que me expliques».
- Nos tratamos con respeto.
- Establecemos o recordamos el horario, frecuencia y duración de las sesiones; hablamos del precio, de la necesidad de avisar cuando no se pueda asistir a las sesiones, y de las consecuencias de no asistir o anular visitas (si se cobra la visita, las repercusiones en el tratamiento...), como también de la duración estimada del tratamiento.

Respecto a la presencia o no de los **padres en las entrevistas**, es recomendable que estén como mínimo en la primera entrevista con el niño o niña o el adolescente, pero esto depende de la edad del menor o la menor y también

de cada caso (por ejemplo, en casos de maltrato o abusos). En niños o niñas menores de 4 años, las entrevistas y las sesiones de evaluación se suelen hacer con uno de los padres presentes al comienzo o durante toda la sesión. Es recomendable hacer una separación progresiva entre el hijo o hija y los padres si es posible. En caso de niños o niñas más grandes, y sobre todo en adolescentes, es importante hacer entrevistas sin los padres. Así damos la oportunidad al niño o niña o al adolescente de explicarnos cosas confidenciales o privadas, y de asumir un papel diferente del que muestra ante los padres, además de evitar interferencias paternas involuntarias que pueden obstaculizar la evaluación o la intervención. Nuevamente, nuestro modelo terapéutico (por ejemplo, terapia sistémica) determinará la mayor o menor presencia de los padres en las sesiones.

También es básico **adaptarnos** siempre a las necesidades del niño o niña: por ejemplo, hacer la evaluación sentados en el suelo; durante la sesión, realizar actividades cortas e ir cambiándolas en niños o niñas activos o con baja atención; utilizar juegos o dibujos. Pensad también en la importancia del espacio físico (lugar limpio, silencioso, sin distracciones ni cosas que se rompan fácilmente...), de vuestra flexibilidad y de tener al alcance diferentes materiales para trabajar con niños o niñas de diferentes edades. Además de tener en cuenta los aspectos evolutivos a la hora de hacer las preguntas (ved la tabla 8) y recordar que hay que evitar preguntas que faciliten la tendencia de los niños o niñas a decirnos lo que creen que esperamos de ellos (Comeche y Vallejo, 2016).

Tabla 8. Aspectos evolutivos genéricos que se deben tener en cuenta (Comeche y Vallejo, 2016; Montoya-Castilla, 2018)

Lenguaje

Los lenguajes comprensivo y expresivo a los 4-5 años ya están desarrollados.

Preguntas

Las preguntas *qué*, *quién* y *dónde* son más fáciles que *cuándo*, *cómo* y *por qué*.

Hacia los 17 meses

No entienden siempre las preguntas.

Pueden entender que algunas preguntas se responden con sí o no.

A los 20-22 meses

Pueden responder a preguntas cerradas afirmativas.

Hacia los 30 meses

Pueden responder a preguntas cerradas negativas.

En edad preescolar

Son mejores las preguntas específicas o cerradas, para facilitar el recuerdo.

Antes de 7 años

Les cuesta responder a preguntas sobre hechos, objetos o personas que no están presentes.

Hay que ayudarse de juguetes, objetos o dibujos que muestren concretamente lo que pedimos.

A partir de 8 años

Responden a las preguntas *cuándo*, *cómo* y *por qué*.

Pueden contestar a las preguntas abiertas con respuestas amplias.

Temporalidad

Hasta 5 años no entienden el concepto de tiempo, lo asocian a las rutinas («hora de levantarse» en lugar de «mañana»); a los 6-8 años conocen los días de la semana, los meses y las horas, y pueden determinar el tiempo que dura una actividad; a los 9-11 años entienden las fechas, las edades y los años; hacia los 14 años entienden la idea de futuro.

Memoria

Los niños o niñas recuerdan mejor los acontecimientos vividos y que comprenden.

A partir de los 10 años su recuerdo es equivalente al de los adultos.

Concepto de uno mismo

Hasta los 3 años el yo se basa en la identificación visual y la descripción física; a los 4-6 años incluyen las conductas y actividades que hacen; a los 7-11 años pueden identificar sus atributos psicológicos y distinguir sus características físicas y mentales; a los 12-16 años su autodescripción incluye constructos psicológicos, creencias y valores.

Cognición social

Hasta los 8 años las descripciones de los otros son autorreferenciales y generales; a partir de los 7-8 años empiezan a reflexionar sobre lo que los otros piensan de ellos; en la adolescencia se integran los diferentes rasgos de una persona, incluso los contradictorios.

Comprensión de las emociones

A los 3-5 años identifican la felicidad, la tristeza y el enojo. A los 8 años expresan el miedo y el enojo verbalmente de una manera habilidosa; entienden las emociones a partir de su experiencia y aprenden que las emociones se pueden controlar y que pueden explicarlas. A los 11 años comprenden que puede haber sentimientos positivos y negativos hacia una misma persona simultáneamente y que se pueden expresar emociones contradictorias.

Tal y como hemos dicho, la **observación** del niño o niña o el adolescente y de los progenitores es un aspecto fundamental de la primera entrevista, que recogemos en la anamnesis y que también tenemos que tener presente a lo largo de las diferentes entrevistas. La observación empeiza desde que los padres y el paciente o la paciente entran por la puerta o en la sala de espera. Los aspectos que se deben observar los podemos agrupar (Boggs y Eyberg, 1990; Enseñat, Roig y García, 2015) en los siguientes:

- **Apariencia general.** Aspecto físico (apropiado para la edad, extraño, con signos de maltrato o negligencia), en relación con la salud y nutrición (aspecto cansado...), con la higiene y la vestimenta...
- **Conducta motora.** Coordinación de la marcha y equilibrio, hiperactividad, lentitud, inquietud o intranquilidad, estereotipias, compulsiones o rituales, autolesiones, tics...
- **Habla, lenguaje y comunicación.** Observamos:
 - Forma: fluidez, volumen, articulación y prosodia, construcciones gramaticales, sintaxis y comprensión.
 - Contenido: riqueza o pobreza, vocabulario, términos y expresiones que utiliza, lenguaje abstracto, semántica, capacidad para transmitir lo que piensa, etc.
 - Interacción verbal: diálogo (lo inicia fácilmente, habla espontáneamente, etc.), respuestas (rápidas, dentro de contexto, etc.) y discurso (organizado, coherente, etc.); funcionamiento de los turnos de palabra, adecuación del lenguaje no verbal y el verbal, flexibilidad para cambiar de tema; contacto visual, expresión facial y corporal (tensión, postura...), gestos, características del *rappor*t, capacidad para comunicarse...

- **Funcionamiento intelectual y capacidades cognitivas.** Se trata de observar el funcionamiento cognitivo del niño o niña o el adolescente durante la entrevista. Nos ayuda a detectar señales de aviso de posibles trastornos, y a saber cómo tenemos que hablarle y actuar con él. Principalmente, nos centramos en el QI (bajo, medio o alto), la capacidad atencional, de organización, el aprendizaje y la memoria. Pensad que nos interesa observar a grandes rasgos el rendimiento cognitivo del niño o niña para detectar posibles dificultades o puntos fuertes que posteriormente corroboraremos con la aplicación de las pruebas psicométricas en la evaluación. El rendimiento en estas pruebas es lo que nos indicará su funcionamiento cognitivo.
- **Pensamiento, percepción, afecto y emociones.** Alucinaciones, delirios, cambios de humor, afecto incongruente o retraimiento; autoestima, empatía, asertividad, suspicacia, las emociones que expresa predominantemente y las que no manifiesta; si manifiesta miedo, vergüenza, rabia, preocupaciones, ansiedad al separarse de los padres...
- **Actitud y conducta durante la entrevista.** Estrés o ansiedad en la entrevista; grado de colaboración y de motivación; actitud desconfiada, prudente o abierta, crítica hacia los padres o maestros, engaño, explicación de cosas en confianza; conciencia alterada; comportamiento impulsivo o reflexivo; forma de relacionarse con los padres y con el psicoterapeuta; uso del sentido del humor, conducta y actitud adecuada a la situación; necesidad de aprobación, oposicionismo, sumisión, agresividad verbal y/o física, baja tolerancia a la frustración...
Debemos observar también la actitud y conducta que muestra cuando está a solas con nosotros en la sesión y la que presenta cuando está acompañado de los padres, y si muestra una actitud o comportamiento diferente dependiendo del progenitor presente.
- **Comprensión y conciencia del problema.** Nivel de capacidad que presenta para entender el problema, todo lo que implica y sus consecuencias, y el grado de motivación por el cambio que observamos.

2.4.3. Entrevista de devolución

La entrevista de devolución se hace al final del proceso de evaluación. En este momento explicamos a los padres y al paciente o la paciente los resultados indicando los puntos fuertes y las dificultades presentes en el niño o niña o el adolescente; el diagnóstico o juicio clínico; facilitamos las recomendaciones (intervenciones psicológicas o no recomendadas, derivaciones a otros profesionales, etc.), y entregamos y explicamos el informe psicológico. La devolución se hace a los padres y al niño o niña o el adolescente adaptándola para

que sea comprensible. En el caso de los adolescentes, hay que informarles previamente de la información que facilitaremos a los padres. En el apartado de la HC 1.6, «Devolución», encontraréis los aspectos que se deben anotar.

Es imprescindible integrar a los progenitores y al paciente en la devolución. Que la comunicación sea bidireccional y no un «monólogo profesional» nos ayuda para que entiendan lo que decimos y para fomentar su colaboración. Durante la devolución es recomendable hacer preguntas a los padres y al niño o niña o al adolescente para verificar el grado de comprensión de la información facilitada y añadir lo que haga falta. También les podemos pedir su opinión sobre los puntos fuertes y débiles que hemos detectado, sobre la personalidad del niño o niña, etc. (Fejerman y Grañana, 2017). Esto nos ayudará a tener más información para la intervención y sobre todo a trabajar la alianza terapéutica.

La devolución es recomendable hacerla con los padres y posteriormente con ellos y el niño o niña o el adolescente, o bien hacerla separadamente en el caso de adolescentes. Siempre hay que valorar cada caso y lo que «encaja» mejor con el estilo de la familia. También es imprescindible acordar con los padres (consentimiento informado) las devoluciones que haremos a otros profesionales (psicopedagogo o psicopedagoga, logopeda, monitor o monitora del casal...) que trabajan con el niño o niña o que nos han hecho la derivación. Hay que seleccionar la información que facilitaremos a cada uno y el lenguaje que utilizaremos; por motivo de confidencialidad, les proporcionaremos la información imprescindible para que puedan llevar a cabo el trabajo.

En los casos en que la devolución implica el alta del paciente «y los padres», no tenemos que concluir la relación psicoterapéutica de manera brusca ni sin aviso previo. El niño o niña o el adolescente lo tiene que saber con tiempo y conocer el motivo. Recordad que, aunque estemos en el proceso de evaluación, ya estamos creando un vínculo emocional con el paciente.

2.5. Cuestiones para reflexionar

Tal y como hemos visto, la entrevista es la herramienta básica del psicólogo o psicóloga infantojuvenil. A continuación os planteamos algunos ejemplos de situaciones que se dan en diferentes entrevistas psicológicas para que reflexionéis:

- Sílvia tiene 16 años y es derivada desde el hospital de día con un diagnóstico de trastorno de comportamiento. Es la primera vez que acuden a nuestra consulta tanto los padres como ella. ¿Con quién empezarías la entrevista? ¿Con todos juntos, únicamente con los padres o solo con ella?
- Estás haciendo una entrevista a un niño de 5 años por primera vez. Los padres están en la sala de espera y tú has hecho entrar solo al niño a tu despacho. El niño no habla, está sentado en el sofá y no te mira a los ojos.

¿Qué harías? ¿Le harías preguntas? ¿Cómo anotarías esta situación en la historia clínica?

- Seguimos con el caso anterior. Es la segunda entrevista que haces con el niño y está cómodo y participativo. ¿Cómo llevarías a cabo las preguntas? ¿Puedes escribir algunas?
- Marc, de 4 años, está sentado junto a su madre. Es la primera vez que acude al psicólogo o psicóloga. El padre no ha podido asistir a la sesión. El día anterior hicimos la primera entrevista con los padres, sin la presencia de Marc. Cada vez que hacemos alguna pregunta al niño, contesta la madre. Le recordamos a la madre que las preguntas son para el niño. Continúa contestando ella. ¿Qué harías en este caso? ¿Crees que el orden que hemos seguido en las entrevistas (primero con los padres y después con la madre y el niño) y los participantes de cada una son adecuados? ¿Lo harías diferente?
- Magda, de 16 años, acude por primera vez a consulta a petición propia por un problema psicoemocional. Acude a la sesión con los padres. Hacemos la primera entrevista con la chica y la siguiente solo con los padres. El psicólogo o psicóloga sigue el modelo cognitivoconductual. ¿Crees que el orden de las entrevistas es el adecuado? ¿Qué hemos de tener presente si seguimos dicho orden? ¿Seguirías un orden diferente?

3. El informe psicológico infantojuvenil

3.1. Definición y características

El informe psicológico es un documento que pretende comunicar, y dejar por escrito, información del proceso de evaluación o de la intervención psicológica. No hay un modelo universal consensuado. El psicólogo o psicóloga escoge la información que tiene que incluir. Para hacerlo, considera principalmente la finalidad del informe, a quién va dirigido, la confidencialidad y la privacidad del paciente y la familia.

El informe tiene que ser neutro, libre de implicaciones emocionales, intereses y presiones externas. Tiene que contener la información pertinente y relevante que queremos transmitir al destinatario o destinataria. Por lo tanto, no elaboramos el mismo informe para un psiquiatra que para un maestro o maestra. La información que cada uno de ellos necesita no es la misma. Recordad que, además, no tiene que violar la confidencialidad ni la privacidad del paciente o la paciente y progenitores. Es decir, tenemos que incluir los datos imprescindibles y necesarios para el receptor o receptora. El informe también tiene que ser objetivo y comprensible. Cuanto más sencillo, claro y organizado mejor.

Reflexión

Hacemos un informe de un niño de 8 años al que le hemos diagnosticado un TDAH inatento. El informe va dirigido a su maestro y pretende darle pautas para ayudar a centrar su atención dentro del aula. En el informe, ¿incluiríais el cáncer de pecho de la madre? Hace 15 años que le dieron el alta. Actualmente tiene buena salud.

No hay un **formato** único de informe. Se pueden considerar informes:

- El informe automático hecho por el programa informático del WISC-V (Wechsler, 2015).
- Uno informe resumen del proceso de evaluación diagnóstica.
- Una nota enviada a otro profesional de la salud que recomienda una valoración por un determinado motivo.
- Un informe del estado actual de la psicoterapia.
- Una carta para el maestro o maestra en la que le pedimos la colaboración y le explicamos lo que hay que hacer. Por ejemplo: «Estamos trabajando el uso de la agenda con la técnica de autoinstrucciones».
- Informes para solicitar becas de enseñanza en casos de dislexia, altas capacidades, etc. Consisten a llenar los campos indicados de la hoja de solicitud.
- Informes para compañías aseguradoras, mutuas...

Respecto al grado de formalidad, depende nuevamente del objetivo y del receptor o receptora. En informes diagnósticos, utilizaremos una estructura y un lenguaje claramente formales. En notas a otros profesionales, podemos ser más informales. En cualquier caso, tenemos que ser respetuosos, utilizar un lenguaje apropiado y mantener la confidencialidad.

En general, no le daremos nunca un informe a terceros: siempre lo entregaremos a los progenitores o a los tutores legales. Sin embargo, puede haber ocasiones en que las compañías aseguradoras o mutuas nos hayan derivado el paciente o la paciente y les haremos llegar el informe directamente a ellos. En estos casos, contaremos previamente con el consentimiento firmado por los progenitores o tutores legales. También nos hace falta su consentimiento escrito para hacer coordinaciones con la escuela y otros profesionales.

Siempre que entreguemos un informe a los progenitores, hay que explicarlo, asegurarnos de que lo han comprendido y que están de acuerdo con la información que incluye. Por ejemplo, redactamos un informe diagnóstico y lo explicamos a los padres. El padre nos dice que no quiere que conste que ha sufrido un cáncer de próstata. Actualmente está en seguimiento. Nosotros queremos que conste dada la repercusión que ha tenido en su hijo o hija. Pactamos con el padre el contenido. En lugar de escribir «proceso oncológico en familiar de primer grado», finalmente acordamos escribir «enfermedad grave de familiar de primer grado, actualmente en remisión y seguimiento».

3.2. Recomendaciones en la redacción de un informe

Tal como hemos dicho, el informe tiene que ser claro, sencillo, estructurado y facilitar la información exclusivamente necesaria para el receptor o receptora.

Algunas recomendaciones prácticas para la redacción son las siguientes:

- Hay que evitar referirnos al paciente o la paciente con el nombre del trastorno, por ejemplo, «paciente ansiosa». Para referirnos, diremos: «niña con trastorno de ansiedad». También es mejor denominarla por su nombre que con el término *paciente* (Enseñat, Roig y García, 2015).
- Es preferible no utilizar mucha terminología psicológica. Sin embargo, cuando queremos describir conductas que pueden ser mal interpretadas por personas profanas, es recomendable hacerlo. Por ejemplo, escribir «estilo educativo autoritario» es mejor que indicar «poco receptivo a las necesidades del hijo y muy exigente».
- Es recomendable no utilizar siglas. Si denominamos los términos muchas veces, en la primera aparición podemos escribir el nombre completo e indicar la sigla entre paréntesis. Posteriormente, ya podremos utilizar únicamente la sigla.

- Siguiendo las recomendaciones para informes forenses, cuando nos referimos a lo que dicen otros, hay que utilizar términos como *afirman, refieren, exponen...*
 - Cuando escribimos comentarios literales de otros, se tiene que dejar muy claro que no son nuestros. Hay que utilizar dos puntos y comillas. Por ejemplo, «El padre afirma: “Es muy desordenado. Tenemos que repetirle muchas veces que haga las cosas y no escucha”».
 - Es mejor hacer informes breves que muy extensos, siempre que se pueda.
 - Es importante apoyar lo que afirmamos con evidencias científicas, y para ello es importante escribir las puntuaciones obtenidas en los test aplicados. Debemos usar las últimas versiones de los test y los baremos más recientes, además de utilizar pruebas fiables y válidas desde el punto de vista psicométrico.
 - Hay que evitar frases que den lugar a ambigüedades o que incluyan muchas ideas.
 - Hay que cuidar los aspectos de formato, gramática y ortografía.
 - No debemos poner nunca opiniones personales del tipo «creo/pienso», ni del tipo «por mi gran experiencia», «en mi opinión». Nuestras afirmaciones no se tienen que basar nunca en opiniones ni únicamente en la experiencia, sino en el juicio clínico (conocimientos más competencias profesionales más información del caso más evidencias científicas). Por ejemplo, podemos recomendar el tratamiento cognitivoconductual siguiendo la *Guía de práctica clínica sobre el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes* (Grupo de Trabajo de la GPC de TDAH, 2010), elaborada por el Ministerio de Sanidad y la Fundación Sant Joan de Déu.
 - En la conclusión, al escribir el diagnóstico hay que utilizar términos como «compatible con» antes de indicar el trastorno, de manera similar a los informes forenses. Por ejemplo, en la conclusión del informe, en lugar de afirmar «Diagnóstico 314.01 (F90.1) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de predominio hiperactivo-impulsivo, de gravedad leve», es más recomendable escribir «La sintomatología que presenta Luis y los resultados de las pruebas aplicadas son compatibles con un 314.01 (F90.1) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de predominio hiperactivo-impulsivo, de gravedad leve».
- Aunque nosotros no hagamos uno informe forense, a veces los informes llegan a los tribunales (por separaciones y casos de custodia de los hijos...). Por tanto, hay que ser siempre muy prudentes a la hora de dejar información por escrito. Además, al pie del informe podéis indicar que «este informe tiene validez asistencial, no jurídica». Así dejamos clara la finalidad.

Reflexión

Un test del año 1993, ¿refleja nuestra cultura, educación y sociedad actual? ¿Aplicaríais la escala de Wechsler para niños revisada WISC-R (Wechsler, 1993) y sus baremos actualmente?

Nota

La regulación de la psicología en el ámbito sanitario se encuentra publicada en el BOE 240 del 5/10/2011, de acuerdo con el artículo 6.4 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre.

Los informes forenses, además de recoger mucha información que nosotros no hemos reunido o valorado, están orientados a otras finalidades, como determinar quién debe tener la custodia, si hay maltratos, secuelas, etc.

- Dado que no somos médicos, no podemos recomendar ningún tratamiento farmacológico. Pero sí que podemos indicar, en las recomendaciones: «Derivación a psiquiatría para valorar la posibilidad de introducir un tratamiento farmacológico para esta sintomatología».
- En caso de ser psicólogo o psicóloga general sanitario o sanitaria y no especialista en clínica, recordad ser muy prudentes a la hora de utilizar el término *diagnóstico* en un informe. Los psicólogos o psicólogas sanitarios pueden hacer promoción y mejoría de la salud, evaluación e intervención, pero la regulación no especifica que puedan emitir diagnósticos. Por eso, el penúltimo apartado del informe lo hemos denominado «Conclusión» y no «Juicio diagnóstico» (3.3.10, «Conclusión»).

3.3. Informe diagnóstico

A continuación, os proponemos la estructura de un informe orientado a comunicar los resultados del proceso de evaluación (ved la tabla 9). Tal como podéis observar, el contenido sigue la estructura de la historia clínica. Si hemos recogido toda la información de manera estructurada, con un lenguaje cuidadoso y apropiado, elaborar el informe será una tarea sencilla.

Tabla 9. Contenido básico del informe diagnóstico

Contenido básico de un informe resumen del proceso de evaluación

- Datos identificativos y de colegiación del psicólogo o psicóloga
- Datos identificativos del paciente o la paciente
- Derivación y motivo de consulta
- Situación familiar y social
- Antecedentes familiares
- Antecedentes personales
- Entrevistas y observaciones
- Pruebas aplicadas y resultados
- Interpretación de los resultados
- Juicio clínico - conclusión
- Recomendaciones
- Fecha y firma

3.3.1. Datos identificativos y de colegiación del psicólogo o psicóloga.

En el informe debemos incluir:

- nuestro nombre y apellidos
- el número de colegiación

- nuestros datos de contacto

Los datos de contacto pueden estar en el encabezamiento del documento. El nombre del colegio profesional puede constar al final del documento, junto con el número de colegiación y la firma (ved las tablas 10 y 15).

3.3.2. Datos identificativos del paciente o la paciente

Empezamos la redacción del informe informando de los datos siguientes:

- nombre y apellido del paciente o la paciente
- edad
- sexo
- lengua materna
- dominancia manual
- curso escolar
- estado civil y profesión

También se puede incluir el número de su documento de identificación y el número de la historia. El objetivo es identificar claramente que el informe habla de esa persona y no de otra. Recordad que es un documento sobre la salud de una persona y que tiene repercusiones legales. Si lo creemos relevante, también podemos incluir su nacionalidad.

Respecto a la edad, es importante especificar los años y los meses en el momento de la evaluación o bien incluir la fecha de nacimiento. El estado civil y la profesión los podéis obviar en caso de niños o niñas pequeños o si lo consideráis oportuno.

En la tabla 10 tenéis diferentes ejemplos de cómo incluir los datos de identificación del psicólogo o psicóloga y del paciente o la paciente, y el motivo de consulta.

Tabla 10. Ejemplos de algunas partes de diferentes informes psicológicos

<p>Maria Inventado Inventado Teléfono: 987654321 mail@uoc.edu Rambla del Poblenou, 156 08018 Barcelona</p> <p style="text-align: center;">INFORME PSICOLÓGICO</p> <p>La Srta. XXX de 8 años y 3 meses, mujer, catalanoparlante, diestra, cursa 3º de primaria, soltera y de profesión estudiante, acude a consulta a petición de los padres. Los padres refieren problemas atencionales y bajo rendimiento escolar. Se realiza evaluación psicológica el 03/21/2019.</p> <p><i>(Resto de los apartados del informe)</i></p> <p style="text-align: right;">Barcelona, a 16 de abril de 2019</p> <p>Maria Inventado Inventado Núm. Col. COPC 1234567 psicóloga Infantojuvenil</p>	<p style="text-align: right;">Teléfono: 987654321 mail@uoc.edu</p> <p>Centros de Psicología UOC Rambla del Poblenou, 156 08018 Barcelona</p> <p style="text-align: center;">INFORME PSICOLÓGICO</p> <p>DATOS IDENTIFICATIVOS DEL PACIENTE:</p> <p>Nom i cognoms: Data de naixement: Edat: Llengua materna: Nivell educatiu: Dominància manual:</p> <p>MOTIVO DE LA CONSULTA:</p> <p>Los padres de XX acuden al Centro de Psicología de la UOC el 21/03/19, debido a dificultades para regular la conducta en el ámbito escolar, problemas atencionales y bajo rendimiento académico. Han sido derivados por su pediatra de cabecera.</p> <p><i>(Resto de los apartados del informe)</i></p> <p style="text-align: right;">Barcelona, a 16 de mayo de 2019</p> <p>Maria Inventado Inventado Núm. Col. COPC 1234567 psicóloga Infantojuvenil</p>
--	---

3.3.3. Derivación y motivo de consulta

Es uno de los aspectos más relevantes del informe, junto con la conclusión y las recomendaciones. Tenemos que dejar claro por qué han acudido a la consulta, qué motivo explican los padres y el niño o niña o el adolescente. Además, en caso de derivación, hay que indicar quién la ha realizado. Si no hay derivación, especificaremos quién ha propuesto hacer la consulta (el niño o niña o el adolescente, el padre o la madre, el hermano o hermana...).

La descripción tiene que ser objetiva y resumida. Es la introducción del resto del informe. Es el porqué de su existencia. Hay diferentes ejemplos en las tablas 10, 11 y 12.

3.3.4. Situación familiar y social

La información necesaria para construir este apartado está en los apartados de la HC 1.2.2, «Genograma familiar» y 1.2.9, «Historia, estructura y dinámica familiar».

El contenido de este apartado comprende:

- genograma familiar
- situación familiar (padres casados, separados...)
- persona con quien vive
- relación entre miembros de la familia
- nivel social y cultural

El juicio clínico en el informe

Recordad que el contenido de los apartados del informe es orientativo. Nuestro juicio clínico nos indicará qué hay que añadir. Para hacerlo, nos basaremos en la información que tenemos del caso en la historia clínica, el destinatario o destinataria y el objetivo del informe, además de los conocimientos y competencias adquiridos en psicología infanto-juvenil.

Tabla 11. Algunos apartados del informe psicológico dirigido a un psiquiatra

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Los padres acuden derivados por el equipo psicopedagógico de la escuela. En su informe constan problemas atencionales, hiperactividad motriz y bajo rendimiento académico. Los padres comentan haber observado dificultades para mantener la atención, hiperactividad motriz y baja autoestima. Se realiza evaluación psicológica el 31/11/2013.

SITUACIÓN FAMILIAR:

XXX es hija única y vive con su madre. A los 6 años y dos meses sus padres se separaron y tienen custodia compartida. XX ve prácticamente a diario a los dos padres. Cuentan con apoyo familiar. Los abuelos maternos y el abuelo paterno participan en el cuidado diario. No destacan problemas socioeconómicos ni de relación entre los progenitores.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre diagnosticado de TDAH combinado a los 9 años.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Embarazo, desarrollo y parto dentro de la normalidad.

Diagnosticada a los 6 años y medio de Trastorno de Ansiedad de Separación en el Centro de salud mental infantil y juvenil de Badalona donde realizó tratamiento psicológico psicodinámico individual y grupal hasta los 7 años. Se le dio de alta por remisión de la sintomatología (según consta en el informe del psiquiatra Dr. XXX del 12/01/12).

Desde que comenzó la escolarización obligatoria (a los 3 años), los maestros detectaron dificultades para mantener la atención e hiperactividad motriz. No refieren problemas de socialización con los compañeros de escuela. En este último curso se ha detectado un bajo rendimiento escolar. Hace unos dos meses que realiza clases de refuerzo en casa.

Reflexión

Una niña de 8 años muestra una sintomatología ansiosa desde hace unos 3 meses. Hace 4 meses, a su madre le detectaron un tumor maligno en el pecho. Desde hace 3 meses, la madre recibe tratamiento con quimioterapia.

Hacemos un informe para su pediatra, que nos la ha derivado. ¿Indicaríais este antecedente familiar? ¿Consideráis que en este caso es relevante para el receptor o receptora?

También hacemos un informe para su tutora de la escuela. ¿Le facilitaríais esta información? ¿Sería la misma información que en el otro informe?

3.3.5. Antecedentes familiares

Este apartado no lo incluiremos siempre en el informe. Únicamente anotamos los antecedentes familiares si son relevantes para el receptor o receptora del informe (ved la tabla 11). Hay que hacerlo siempre manteniendo la confidencialidad. Por ejemplo, en la tabla 12, en lugar de escribir «primo hermano diagnosticado de TDAH», nos hemos referido a «un familiar de cuarto grado».

3.3.6. Antecedentes personales

En este apartado incorporamos resumidamente los datos relevantes de la HC:

- historia prenatal, perinatal y neonatal (apartado 1.2.5)
- historia del desarrollo (apartado 1.2.6)
- historia médica, psicológica y de salud (apartado 1.2.7)
- escolaridad, rendimiento académico y socialización (apartado 1.2.8)
- historia psicoemocional, conducta, temperamento, socialización y hábitos (apartado 1.2.10)

En las informaciones relevantes, destacamos:

- Los factores de riesgo existentes. También los de protección si nos orientan hacia la intervención psicoterapéutica.
- Las enfermedades o problemas de salud, incluidos los psicológicos.
- Los síntomas relacionados con el motivo de consulta y el diagnóstico.
- Los elementos que nos hacen descartar otros posibles diagnósticos (diagnóstico diferencial).

- Los aspectos que pueden influir en la situación actual o en la futura intervención.

¿Hay que anotar algún dato que no está presente en el caso? Nuestra recomendación es que lo anotáis cuando queráis destacar que existe. Por ejemplo, en el informe de la tabla 11 hemos anotado: «No refieren problemas de socialización ni con los compañeros de escuela». En el mismo informe, en cambio, no hemos anotado: «No se observa violación de las normas». En el primer caso, lo hemos anotado porque nos ayuda en el diagnóstico diferencial y a planificar el tratamiento. En el segundo caso, no lo hemos considerado relevante. Si un síntoma o un dato no consta en un informe, tenemos que pensar que no se presenta.

En las enfermedades o problemas previos relevantes es importante anotar si la información la refieren los padres o proviene de un informe. En el primer caso, podemos anotar que no se dispone de informe. En el segundo caso, anotamos la fecha y el nombre del médico o profesional que lo ha hecho, el tratamiento llevado a cabo y los resultados (ved las tablas 10 y 11).

3.3.7. Entrevistas y observaciones clínicas

Anotamos:

- La información relevante obtenida en las entrevistas no referida anteriormente. Nos centramos en la conducta problema actual y su impacto (ved el apartado 1.2.12 de la HC), en los síntomas presentes y ausentes que nos orientan para el diagnóstico.
- Las observaciones clínicas del paciente o la paciente y de los padres en las entrevistas mantenidas. Esto también se podría redactar en un apartado independiente.

Tabla 12. Ejemplo de algunos apartados de un informe diagnóstico de una niña con bajo rendimiento escolar.

MOTIVO DE CONSULTA

Los padres acuden a la visita a petición propia por bajo rendimiento escolar. Este semestre la hija ha suspendido cuatro asignaturas y ellos quieren que se valore un posible TDAH.

SITUACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL

La hija vive con sus padres. Es la pequeña de dos hermanas. Desde hace un año, su hermana estudia en la universidad en otra localidad. Refieren buena relación entre los miembros de la familia. Los padres tienen un nivel socioeconómico alto y un nivel educativo medio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Hay un familiar de cuarto grado diagnosticado de TDAH inatento hace dos meses.

ANTECEDENTES PERSONALES

El embarazo y el parto fueron sin complicaciones.

Las metas evolutivas están dentro de la normalidad.

Presenta buena adaptación escolar y social.

Los padres no refieren ningún problema de salud.

La psicopedagoga de 5.º de primaria descartó un TDAH (no se dispone de informe).

Recibe refuerzo escolar en casa cada día laborable desde 5.º de primaria.

De lunes a viernes hace actividades extraescolares deportivas.

ENTREVISTA CON X

X explica que ha venido a la consulta a causa de sus notas bajas. Nos comenta que no le gusta estudiar y que no le motiva. Afirma que trabajará en el negocio familiar y que para eso no le hace falta estudiar mucho. Su actitud es colaboradora y abierta.

No refiere tener problemas de relaciones u otros en la escuela o en casa. Tiene un grupo estable de amigas desde hace años. No refiere ni se observa sintomatología ansiosa o depresiva. Tampoco se observa distractibilidad ni hiperactividad motora.

Afirma que en el «repaso» hace los deberes y la maestra la ayuda a estudiar para los exámenes. Le hace esquemas y resúmenes. X siempre estudia o hace los deberes en el comedor de casa.

ENTREVISTA CON LOS PADRES

Los padres refieren que su rendimiento académico hasta 5.º de primaria fue «normal» (con notas medianas). A partir de entonces bajó las calificaciones a «aprobado» en algunas materias y empezó a recibir clases de refuerzo en casa. Actualmente les preocupa mucho su bajo rendimiento académico, además de su baja motivación para el estudio.

En el ámbito familiar, la madre refiere conflictos a la hora de ponerse a estudiar. Durante la entrevista, el padre comenta que la exigencia de la escuela es demasiado elevada. Se muestran ansiosos por solucionar rápidamente el problema. Se observa un estilo educativo permisivo en ambos progenitores. El padre está ausente del domicilio a menudo por motivos de trabajo.

ENTREVISTA CON LA TUTORA DE LA ESCUELA

En la entrevista, la tutora X destaca problemas de distractibilidad y baja motivación para el esfuerzo. Refiere que para la niña es más importante la socialización que el estudio. No refiere problemas de conducta ni con el resto de compañeros de clase.

PRUEBAS APLICADAS Y RESULTADOS

A los padres se les aplica el CBLC (Achenbach y Edelbrock, 1983).

A la tutora de la escuela se le aplica: Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad, EDAH (Farré y Narbona, 2013) y el T2 del *sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*, BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004).

A la niña se le administra: S2 del BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004), el *cuestionario Big Five de personalidad para niños y adolescentes*, BFQ-NA (Barbaranelli et al., 1998); el Autoconcepto Forma-5, AF5 (Musitu y García, 1999); la *escala de inteligencia de Wechsler para niños V*, WISC-V (Wechsler, 2015), y el *test Atención*, d2 (Brickenkamp, 2004).

PUNTUACIONES OBTENIDAS EN WISC-V (Wechsler, 2015)					
SUBTESTS	PD	PE	ÍNDICES	ΣPE	P C (95% IC)
Cubos	34	10	Comprensión verbal (ICV)	21	103 (94-111)
Cs	34	10	Visoespacial (IVE)	20	100 (92-108)
Cp	48	10	Razonamiento fluido (IRF)	20	100 (93-107)
Semejanzas	34	11	Memoria de trabajo (IMT)	22	107 (98-114)
Matrices	20	10	Velocidad procesamiento (IVP)	22	105 (95-113)
Dígitos	29	11	CI Total	73	103 (97-109)
DD	10	12	ÍNDICES SECUNDARIOS	ΣPE	PC (95% IC)
DI	10	10	Razonamiento cuantitativo (IRC)	20	100 (93-107)
DC	9	10	Memoria trabajo auditiva (IMTA)	22	106 (98-113)
Span DD	6	Tasa base 49,5	No verbal (INV)	63	103 (97-109)
Span DI	5	Tasa base 45,3	Capacidad general (ICG)	53	104 (97-111)
Span DC	5	Tasa base 82,1	Competencia cognitiva (ICC)	44	108 (100-115)
Claves	61	11			
Vocabulario	33	10			
Balanzas	22	10			
Puzles visuales	17	10			
Span de dibujos	32	11			
SpaneSD	4	Tasa base 87,4			
SpanrSD	5	Tasa base 100			
Búsqueda de símbolos	31	11			
Información	20	10			
Letras y números	19	11			
Span LN	5	Tasa base 43,2			
Cancelación	84	11			
CA aleatoria	39	11			
CA estructurada	45	11			
Comprensión	26	10			
Aritmética	22	10			

Nota. En los ejemplos de informes, con la X indicamos dónde tiene que ir el nombre de la niña, la tutora o los padres.

PC indica puntuación compuesta; IC indica intervalo de confianza. El resto de abreviaturas de las puntuaciones de todas las tablas se describen en la tabla 13.

(Continuaría con los resultados del resto de pruebas referidas.)

Observaciones clínicas

Durante la aplicación de los WISC-V, en los subtest de los cubos se observa la estrategia de ensayo-error en los ítems más complejos (3x3), y una tendencia a no perseverar en la tarea cuando no encuentra rápidamente la solución correcta. No se observan dificultades para mantener la atención sostenida ni distractibilidad al hacer las pruebas. Tampoco se observa baja tolerancia a la frustración. Necesita motivación frecuente al hacer los subtest.

Durante la aplicación de los subtest de atención d2 mantiene la atención en la tarea (atención sostenida) sin observarse distractibilidad, fatigabilidad o esfuerzo.

(Añadiremos las observaciones restantes realizadas en el resto de pruebas aplicadas.)

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

- WISC-V**
 El QI obtenido en el WISC-V es de 103 y está ubicado en la franja mediana. Todos los índices se sitúan en la franja mediana: comprensión verbal 103, visoespacial 100, razonamiento fluido 100, memoria de trabajo 107, velocidad de procesamiento 105, razonamiento cuantitativo 100, memoria de trabajo auditiva 106, no verbal 103, capacidad general 104, competencia cognitiva 108. En el análisis no se observan diferencias significativas entre índices ni variabilidad entre pruebas. Tampoco se detectan puntos fuertes o débiles en los índices o en los subtest. El rendimiento cognitivo es bastante homogéneo. Las puntuaciones escalares de los subtest están dentro

del intervalo de normalidad, concretamente en la media o una desviación típica por encima.

- *d2*

Las puntuaciones obtenidas en la prueba se sitúan dentro del intervalo de normalidad y por encima de la media, entre los percentiles 65 y 85. Muestran un buen rendimiento en la precisión y velocidad del procesamiento, la cantidad y calidad del trabajo llevado a cabo, el control inhibitorio y una carencia de variabilidad en la manera de trabajar del sujeto. Los resultados indican un buen rendimiento en atención selectiva y sostenida.

(Continuaría con los resultados y la interpretación del resto de pruebas aplicadas.)

3.3.8. Pruebas aplicadas y resultados

Para redactar este apartado, consultamos el apartado 1.3, «Resultados e interpretación de las pruebas y herramientas aplicadas» de la HC.

Es importante anotar:

- **Las pruebas que se han aplicado.** Hay que indicar el nombre completo del test, la abreviatura, el autor y el año de edición. El nombre completo de la prueba lo indicaremos la primera vez que nos refiramos al test. Posteriormente, podemos utilizar la sigla. El nombre del instrumento y de sus variables es mejor no traducirlo y mantenerlo en el idioma de la prueba aplicada (ved la tabla 12). También podemos especificar en cuántas sesiones se han aplicado las pruebas, y las fechas de aplicación.
- **Los resultados de las pruebas.** Las puntuaciones obtenidas tienen que estar en puntuaciones brutas y puntuaciones transformadas (típicas, T, percentiles, etc.). En la tabla 13 tenéis una explicación breve de estas puntuaciones, junto con recomendaciones sobre la interpretación de las puntuaciones del WISC-V.
- **Los aspectos cualitativos de las pruebas.** Por ejemplo, durante la aplicación de los cubos del WISC-V se observa baja tolerancia a la frustración y tendencia a perseverar en las respuestas incorrectas.
- **La conducta y la actitud observadas en la persona durante la realización de las pruebas.** Por ejemplo, si se muestra colaborador, negativista, ansioso, con hiperactividad motora (se mueve constantemente en el asiento), con distractibilidad fácil, etc.

En caso de informes diagnósticos, es básico especificar todas las puntuaciones obtenidas en las pruebas por las razones siguientes:

- Dan información a otros profesionales.
- Establecemos y facilitamos las puntuaciones basales en caso de hacer seguimiento.
- Facilitamos la información a los padres. En función del trastorno diagnosticado, se harán seguimientos a lo largo de los años (trastornos del neuro-

desarrollo, etc.), seguimientos que no siempre hará el mismo psicólogo o psicóloga. Por otro lado, solo tenemos la obligación legal de guardar unos años las historias. Por tanto, es necesario que los padres tengan una copia del informe con los resultados completos.

Tabla 13. Recordatorio de conceptos estadísticos

Recordatorio de conceptos estadísticos y de las puntuaciones WISC-V (Wechsler, 2015)

Puntuación bruta o directa (PD). Puntuación obtenida en la prueba aplicada siguiendo sus normas de corrección y puntuación.

Puntuación típica o estandarizada (z). Puntuación directa que hemos transformado a una escala con media de 0 y desviación típica de 1. Nos indica en cuántas desviaciones típicas de la media se sitúa la puntuación. Las puntuaciones pueden ser positivas (por encima de la media) o negativas (por debajo la media).

Puntuación típica derivada (T). Puntuación directa que hemos transformado a una escala con media de 50 y desviación típica de 10. Nos indica en cuántas desviaciones típicas por debajo de la media se sitúa la puntuación. Raramente habrá valores negativos.

Puntuación percentil o centil (P). Puntuación directa que se ha transformado normalmente a una escala con valores entre 1 y 99. Nos indica el porcentaje de sujetos que han obtenido valores inferiores a una puntuación. Por ejemplo, un percentil 16 nos indica que el niño o niña ha obtenido una puntuación igual a superior al 16% de los niños o niñas de la población de referencia (igual o inferior al 84% del resto de niños o niñas de referencia).

Puntuaciones WISC-V (Wechsler, 2015).

Puntuaciones escalares (PE). Puntuación bruta que hemos transformado a una escala con una media de 10 y una desviación típica de 3.

Puntuaciones compuestas (índices). Puntuación bruta que hemos transformado a una escala con una media de 100 y una desviación típica de 15.

Tasa base. Frecuencia observada en la población de referencia de una diferencia entre puntuaciones.

Criterio de alteración. Aunque depende de los autores, generalmente se consideran alteradas las puntuaciones obtenidas situadas dos desviaciones típicas por debajo de la media.

3.3.9. Interpretación de los resultados

Este apartado incluye la interpretación de los resultados obtenidos en las pruebas (apartado 1.3, «Resultados e interpretación de las pruebas y herramientas aplicadas» de la HC). Hay diferentes maneras de presentar la interpretación:

- Interpretar los resultados obtenidos con cada instrumento (ved la tabla 12).
- Interpretar los resultados por áreas: capacidad cognitiva general, psicoemocional, conductual, etc. (ved la tabla 14).
- Incluir en un mismo apartado los resultados y la interpretación de las pruebas. En este caso, recomendamos hacer la interpretación a continuación de la tabla de resultados de la prueba interpretada (ved la tabla 14). Recordad que no hay un formato único de informe. A veces incluso podemos indicar las puntuaciones de las pruebas al final del informe, en un anexo. Esto facilita la lectura cuando el informe no va dirigido a profesionales de la psicología, psiquiatría o psicopedagogía.

Tabla 14. Ejemplo de los apartados de pruebas aplicadas e interpretación de un informe de la misma niña con bajo rendimiento escolar de la tabla 12.

PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. Personalidad y autoconcepto

BFQ-NA (Barbaranelli et al., 2006)		
SUBESCALAS	PD	T
Conciencia	69	49
Apertura	23	43
Extraversión	46	58
Amabilidad	39	53
Inest. emocional	23	46

En el Cuestionario Big Five de personalidad para niños y adolescentes, BFQ-NA (Barbaranelli, Caprara y Rabasca, 2006) X obtiene una puntuación en *extraversión* situada en la franja alta, puntuaciones en *conciencia*, *amabilidad* e *inestabilidad emocional* situadas en la franja mediana, y puntuaciones en *apertura* en la franja baja. Los aspectos más destacables son: falta de apertura a la novedad; poco interés por la cultura, conocimiento y materias escolares; pocos intereses; convencionalidad; poca creatividad, y sociabilidad, optimismo y tendencia a hablar.

AF-5 (García i Musitu, 2014)		
SUBESCALAS	PD	Percentil
Académico	7,5	60
Social	8,15	70
Emocional	5,8	70
Familiar	9,15	70
Físico	7,73	80

En el cuestionario Autoconcepto Forma-5, AF-5 (García y Musitu, 2014) obtiene puntuaciones por encima de la media en todas las escalas. Se observa un autoconcepto social, emocional y familiar igual o por encima del 70% de la población de su edad, y del 80% en el caso del físico. El autoconcepto más bajo es el académico, igual o superior al 60% de la población de su edad.

(Continuaría con el resto de pruebas aplicadas e interpretación de resultados.)

CONCLUSIÓN

X acude a consulta a raíz de su bajo rendimiento escolar y para descartar un posible TDAH. Los resultados de las pruebas aplicadas a X nos muestran un perfil cognitivo con un rendimiento atencional y cognitivo dentro de la normalidad (Reynolds y Kamphaus, 2004; Farré y Narbona J., 2003). El cociente intelectual obtenido en el WISC-5 se sitúa dentro del intervalo de normalidad en la franja mediana-baja. En las puntuaciones obtenidas en el WISC-V no se observan rasgos observados frecuentemente en niños o niñas con TDAH inatento, por ejemplo: bajo rendimiento en IMT e IVP respecto a los otros índices; rendimiento bajo en el subtest de Claves; bastantes errores en tareas de investigación de símbolos, claves o cancelación, o ICC menor que la ICG. En la aplicación del d2, los resultados se sitúan dentro de la normalidad en todas las variables y con un buen rendimiento. Esta información coincide con la obtenida en las diferentes entrevistas y observaciones llevadas a cabo, y con los antecedentes personales, y también con los cuestionarios aplicados a los padres, la niña y la escuela (CBCL, EDAH y BASC S2 y T2), donde tampoco se detecta sintomatología de inatención ni hiperactividad. Así mismo, no se detecta sintomatología de trastornos psicoafectivos u otros. En las entrevistas y pruebas de personalidad y autoconcepto no se observan problemas de autoestima, y sí destaca un bajo interés y motivación para el aprendizaje.

En resumen, no se objetiva trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Los resultados obtenidos en la evaluación psicopatológica se sitúan dentro del intervalo de normalidad.

Se recomienda a los padres hacer una intervención psicológica breve de escuela de padres para trabajar la disciplina positiva y el estilo educativo democrático, y mejorar la gestión de los problemas cotidianos.



Firmado: María Inventado Inventado
Nº Col. 0001 COPC
Psicóloga infantojuvenil
Centro de Psicología UOC

Barcelona, 6/6/2019

3.3.10. Conclusión

Después de la interpretación de resultados integramos toda la información obtenida en la anamnesis, las entrevistas y la aplicación de pruebas. Así llegamos al diagnóstico diferencial y al diagnóstico o juicio clínico (ved la tabla 14).

En este apartado incluimos un resumen de lo que encontramos en la HC en los apartados 1.4, «Juicio clínico y diagnóstico», y 1.5, «Recomendaciones y pronóstico». Concretamente, incluimos:

- **Resumen con integración de la información expuesta en el informe y justificación del diagnóstico.** Seleccionamos la información de la historia clínica que consideramos relevante anotar. En este apartado no hablamos de puntuaciones. Es importante indicar las coincidencias y discrepancias entre las informaciones obtenidas, e interpretarlas. Tiene que quedar claro la causa que nos lleva a afirmar la existencia del trastorno o problema, o a declarar que no hay ningún trastorno. Esta integración de la información también se podría hacer en un apartado previo a la conclusión, un nuevo apartado ubicado entre el apartado 3.3.9, «Interpretación de los resultados», y el apartado 3.3.10, «Conclusión».
- **Diagnóstico o juicio clínico.** Emitir el diagnóstico siguiendo la codificación del DSM-5 (APA, 2014) o del CIM-11 (Organización Mundial de la Salud, 2019) facilita la comunicación entre profesionales. Recordad lo que hemos comentado en el apartado 1.4, «Juicio clínico y diagnóstico» de la HC. En algunos casos, dado que el problema será de cariz más psicológico o bien no habrá un trastorno codificado, podemos recurrir a las terminologías con más evidencia científica y frecuentes de nuestro ámbito.
- **Pronóstico.**

3.3.11. Recomendaciones

El objetivo de este apartado es dar unas indicaciones sobre los próximos pasos, además de pautas que puedan guiar a los padres y a otros profesionales implicados con el niño o niña o el adolescente (maestros, etc.). (ved la tabla 15).

En este apartado podemos incluir, entre otros:

- Derivaciones que recomendamos a otros profesionales (psiquiatra, logopeda, psicopedagogo o psicopedagoga, neuropsicólogo o neuropsicóloga, etc.).
- Recomendación de una nueva evaluación psicológica (seguimiento) y cuándo.
- Intervención psicoterapéutica y descripción breve.
- Breves pautas psicoeducativas sobre el problema diagnosticado dirigidas a los padres.
- Pautas y recomendaciones para la escuela.

Si hay pocas recomendaciones, las podemos incluir dentro del apartado 3.2.10, «Conclusión», en vez de hacerlo en un apartado independiente.

Tabla 15. Recomendaciones en un caso de una niña diagnosticada de TDAH inatento

RECOMENDACIONES

Para X:

- Hacer una intervención psicológica cognitivoconductual para trabajar psicoeducación sobre TDAH, autopercepción, motivación, autorregulación y habilidades metacognitivas (resolución de problemas, autoinstrucciones...) en nuestro centro.
- Continuar el seguimiento con su psiquiatra de referencia.
- Hacer una reevaluación psicológica al finalizar la intervención con los padres y la niña o a al cabo de 9 meses.

Para los padres:

- Hacer psicoeducación sobre TDAH y estilos educativos, aprendizaje de técnicas y estrategias de manejo de contingencias, control de estímulos y técnicas de autogestión de estrés en nuestro centro.

Para la escuela y las clases de refuerzo:

- En las actividades que implican hacer varias tareas simultáneamente o secuencialmente, se recomienda enseñarle a la niña a dividir las tareas en los pasos necesarios para hacerlas, y repetirlos mentalmente al mismo tiempo que hace la actividad (autoinstrucciones).
- Darle más tiempo para hacer tareas que implican un procesamiento mental rápido.
- En cuanto a los ejercicios nuevos, es importante trabajarlos con preguntas guiadas y darle más tiempo.
- Dada su tendencia a hacer atribuciones internas de los errores, es importante reforzar positivamente las tareas que hace correctamente. Siempre que hablamos de los errores, hay que darle información constructiva y elogiar las cosas que hace bien.
- Evitar tareas largas y monótonas. Recordarle la consigna frecuentemente y reforzarla positivamente por el esfuerzo hecho. Proponer tareas cortas y variadas. Le podemos pedir que explique los pasos que está haciendo.
- Para minimizar la tendencia a la dispersión, mantener el contacto ocular, colocarse cerca del estudiante, ubicarlo o ubicarla lejos de puertas y ventanas.
- Dar consignas claras. Utilizar lenguaje claro.
- Destacar aquello esencial del mensaje cambiando el tono de voz, gesticulando...

- Explicar los procedimientos paso a paso y pedir que los repita.
- Presentarle las actividades individualmente, no todas de golpe, y muy estructuradas.
- Facilitarle instrucciones simples, breves, concretas y claras.
- Evitar enunciados con frases largas, subordinadas y/o que impliquen hacer inferencias.
- Recordar la dificultad que presenta para planificar y resolver problemas, para generar soluciones alternativas a un mismo problema. Se recomienda darle más tiempo y hacerle preguntas para que aprenda a resolverlo (técnica de resolución de problemas).
- En cuanto a los exámenes, es importante darle más tiempo y recordarle que tiene que repasar el examen unos 10 minutos antes de entregarlo.
- Son más adecuados los exámenes con preguntas cortas que de desarrollo. Dado que le cuesta organizar los conceptos por escrito, puede saber el contenido pero tener dificultades para expresarlo.
- En los exámenes hay que evitar preguntas en las que tenga que deducir. Como que presenta dificultad para hacer inferencias, es mejor hacer preguntas concretas o guiarla sucesivamente con preguntas (es importante trabajarlo en el aula).
- Es mejor hacer varios exámenes cortos, que uno solo largo.



Firmado: María Inventado Inventado
Nº Col. 0001 COPC
Psicóloga infantojuvenil
Centro de Psicología UOC

Barcelona, 6/6/2019

3.3.12. Fecha y firma

Los informes son documentos legales, y por lo tanto tienen que ir siempre firmados y estar fechados. La firma del profesional, con el número de colegiado o colegiada, el nombre del colegio profesional, el cargo y la empresa van al final del documento, antes del anexo (ved la tabla 15). Sin embargo, os recomendamos también firmar cada una de las páginas del documento, como si se tratara de uno informe forense. En estas hojas no hace falta que anotéis también el número de colegiado y vuestro cargo. En la firma podéis obviar el nombre de la empresa si está también en el encabezamiento del documento.

3.4. Informes de la intervención psicológica

Los informes sobre la intervención psicológica los podemos hacer durante la intervención o en el alta. Tienen muchos aspectos comunes con el informe diagnóstico, aunque aquí nos centramos en la intervención. No buscamos emitir ni justificar un diagnóstico.

En el informe de alta del paciente, podemos hacer un breve resumen de su evolución (ved la tabla 16). Hay que detallar resumidamente:

- Diagnóstico según DSM-5 o CIM-11, sintomatología y problemas presentes objeto de la intervención.
- Objetivos y grado en que se han conseguido.

- Modelo psicoterapéutico utilizado (cognitivoconductual, sistémico, humanista, psicodinámico o integrador).
- Técnicas utilizadas, número y frecuencia de las sesiones.
- Persona a quien se le ha hecho la intervención (padres y niño o niña o adolescente, padre e hijo...).
- Observaciones: actitud y conducta de los participantes durante la intervención.
- Resultados e interpretación de las pruebas aplicadas en el seguimiento y comparación con las basales.
- Estado de la sintomatología del trastorno o del problema en el momento del alta.
- Recomendaciones de seguimiento.

Además de la información expuesta en el informe diagnóstico, hay que detallar los datos identificativos del psicólogo o psicóloga y paciente, el apartado de conclusión y el de recomendaciones, y también la fecha y nuestra firma con el número de colegiación.

El paciente ya dispone del informe con la evaluación inicial, y por lo tanto no hay que repetir datos que no sean imprescindibles. En el informe de la intervención podemos indicar que se puede consultar el informe de diagnóstico para una descripción más amplia (ved la tabla 16).

Tabla 16. Ejemplo de informe psicológico de alta

INFORME PSICOLÓGICO DE ALTA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre y apellidos: X X X

Fecha de nacimiento: 1/1/2009

Edad: 11 años y 3 meses

Lengua materna: castellanohablante

Nivel educativo: 5.º de primaria

Dominancia manual: diestro

MOTIVO DE LA INTERVENCIÓN

Con fecha 11/1/2019, X fue diagnosticado en nuestro centro con un 314.01 (F90.2) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), presentación combinada con gravedad moderada (ve el informe de evaluación psicológica del 11/1/2019). Los síntomas que provocan más alteración en casa y en la escuela son: impulsividad, irritabilidad, autoestima baja, baja tolerancia a la frustración y bajo rendimiento escolar. Los padres refieren no tener recursos para gestionar ni afrontar la situación.

Iniciamos intervención psicológica cognitivoconductual en nuestro centro el 16/1/2019.

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN TRABAJADOS

Objetivos dirigidos a los padres:

- Mejorar el conocimiento y comprensión sobre el TDAH
- Eliminar estrategias educativas ineficaces y sustituirlas por otras más adecuadas.
- Incrementar la sensación de autoeficacia

- Adquirir estrategias para hacer frente al propio estrés y a las emociones.

Objetivos dirigidos al niño:

- Mejorar el conocimiento y comprensión sobre el TDAH
- Autorregularse
- Controlar la irritabilidad
- Mejorar las relaciones familiares
- Mejorar las habilidades sociales
- Mejorar el rendimiento académico
- Mejorar la autoeficacia y la autoestima

Objetivos dirigidos a la tutora de la escuela:

- Mejorar el conocimiento y comprensión sobre el TDAH
- Fomentar el uso de la agenda
- Incorporar el listado de recomendaciones
- Incentivar la incorporación de la técnica de autoinstrucciones en las actividades escolares y la de resolución de problemas trabajadas en nuestras sesiones.
- Hacer adaptación curricular

METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Técnicas aplicadas a los padres: psicoeducación sobre TDAH y estilos educativos. Establecimiento de límites, reforzamiento positivo y extinción, tiempo fuera, coste de respuesta, contratos conductuales, estrategias de comunicación, técnicas de relajación y de gestión del tiempo. Psicoeducación sobre autoinstrucciones y técnica de resolución de problemas.

Técnicas aplicadas a X: psicoeducación, autoinstrucciones, autoobservación, autorrefuerzo y entrenamiento en autocontrol, técnica de la tortuga, entrenamiento en resolución de problemas, contratos conductuales con los padres y entrenamiento en habilidades sociales.

Técnicas aplicadas a la escuela: psicoeducación sobre TDAH, autoinstrucciones, técnica de resolución de problemas.

Con el niño hemos hecho 25 sesiones individuales de 40 minutos, con una frecuencia de dos por semana. Posteriormente, hemos realizado seguimiento al cabo de un mes y de tres meses.

Con los padres hemos hecho 10 sesiones semanales grupales y 2 de seguimiento al cabo de un mes y de tres meses. Con la escuela hemos hecho coordinaciones telefónicas o por vía de correo electrónico 1 vez cada 15 días el primer mes y mensualmente después.

ENTREVISTAS Y OBSERVACIONES

Tanto los padres como X han mostrado una buena adherencia terapéutica y han asistido a las sesiones regularmente. Se ha observado una actitud colaboradora y una adecuada motivación para cambiar, y han participado como coterapeutas en diferentes técnicas que practicar en casa. Las coordinaciones con la escuela han sido frecuentes y han permitido trabajar las técnicas de autoinstrucciones y de resolución de problemas, fuera de las sesiones psicoterapéuticas, y así se ha favorecido la generalización.

En las últimas entrevistas mantenidas con los padres, estos afirman que la irritabilidad de X se ha reducido. También se han reducido su impulsividad y las muestras de baja tolerancia a la frustración.

Según refiere su tutora, ha mejorado en rendimiento escolar y en la conducta impulsiva en la escuela.

PRUEBAS APLICADAS EN EL SEGUIMIENTO, RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

Pruebas aplicadas

(Indicaremos las pruebas aplicadas en el seguimiento.)

Resultados de las pruebas aplicadas

(Indicaremos los resultados de las pruebas obtenidas en el seguimiento. Seguiremos las recomendaciones previas del informe diagnóstico.)

Interpretación de resultados

La prueba d2 (Brickenkamp, 2004) y los subtest Claves de números, Cancelación y Búsqueda de símbolos del WISC-V (Wechsler, 2015) aplicados a X muestran diferencias significativas con las puntuaciones basales, aunque el rendimiento atencional se sitúa en la franja baja del intervalo de normalidad.

Los cuestionarios BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004) aplicados a los padres no muestran puntuaciones significativas en problemas de conducta y habilidad en el estudio, a diferencia de las puntuaciones basales. En el BASC aplicado a la tutora se normalizan puntuaciones anteriormente en riesgo: retraimiento, habilidades sociales, habilidades para estudiar e interiorizar problemas. En el autoinforme del BASC, X muestra mejoría en las puntuaciones de seguimiento respecto a las basales, en autoconfianza y autoestima. Actualmente no son significativas.

CONCLUSIÓN

Después de hacer la intervención psicológica, en X se observa mejoría en autocontrol, autorregulación, tolerancia a la frustración, irritabilidad y autoestima, tanto en casa como en la escuela. Los padres refieren haber adquirido estrategias para gestionar las situaciones problemáticas, prevenirlas y para gestionar la ansiedad. Las conductas que motivaron la intervención únicamente suceden esporádicamente y asociadas a situaciones estresantes. En la mayoría de los casos se reconducen fácilmente.

Se recomienda continuar aplicando las técnicas aprendidas y reducir las situaciones estresantes, y también un seguimiento telefónico al cabo de 6 meses.

Damos el alta el día de la fecha.

Firmado: María Inventado Inventado
Nº Col. 0001 COPC
Psicóloga infantojuvenil
Centro de Psicología UOC

Barcelona, 1/9/2019

3.5. Cuestiones para reflexionar

Cómo habéis visto, el informe es una herramienta básica de comunicación entre profesionales principalmente. A continuación encontraréis partes de informes psicológicos que hemos dirigido a diferentes destinatarios. Se trata que valoréis si el lenguaje es el más indicado para cada receptor y si el lenguaje, el contenido y/o la redacción son los adecuados.

- En un informe dirigido a un psiquiatra encontramos: «En las diferentes entrevistas mantenidas con el niño, observamos que siempre echa la culpa de lo que le pasa a los otros».
- En un informe dirigido a un maestro leemos: «El niño muestra una tendencia a hacer atribuciones internas, estables y globales de los hechos externos».
- En un informe dirigido a un psicopedagogo leemos: «El niño no se está quieto durante las sesiones: es un "culo inquieto" y lo toca todo».

- En un informe dirigido a los padres se afirma: «Las alteraciones de conducta del niño se deben a una carencia de disciplina por parte de los padres y a la sobreprotección de la madre».
- En un informe dirigido al pediatra leemos: «Se observa una baja tolerancia a la frustración y también dificultades en autorregulación y control de impulsos que dificultan las relaciones sociales con otros niños».

Bibliografía

- Achenbach, T. y Edelbrock, C. (1993). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. y Rescorla, L. (2001). *Teacher's Report Form*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Alda de Ochoa, I. (1995). Genogramas en terapia familiar. En I. Alda de Ochoa, *Enfoques en terapia familiar sistémica* (pp. 35-41). Barcelona: Herder.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Buenos Aires: Panamericana.
- Barbaranelli, C., Caprara, G., y Rabasca, A. (2006). *BFQ-NA. Cuestionario "Big Five" de personalidad para niños y adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones.
- Boggs, S. y Eyberg, S. (1990). Interview techniques and establishing rapport. En A. M. La Greca, *Through the eyes of the child: Obtaining self-reports from children and adolescents* (pp. 85-108). Boston: Allyn y Bacon.
- Brickenkamp, R. (2004). *d2, Test de atención*. Madrid: TEA Ediciones.
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. *Guía de protección de datos personales en psicología: implicaciones y buenas prácticas*. Recuperado el 5 de mayo de 2019, de <https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-de-proteccion-de-datos-personales-en-psicologia-implicaciones-y-buenas-practicas>.
- Comeche, M. y Vallejo, M. (2016). *Manual de terapia de conducta en la infancia*. Madrid: Dykinson.
- Conesa, A., Rovira, M., y Casanellas, J. (2010). *Historia clínica, tecnologías de la información y derechos del paciente*. Barcelona: Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (Cuadernos de la buena praxis, 8).
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua (2018)
- Enseñat, A., Roig, T., y García, A. (2015). *Neuropsicología pediátrica*. Barcelona: Síntesis.
- Ezpeleta, L. (2001). *La entrevista diagnóstica con niños y adolescentes*. Barcelona: Síntesis.
- Farré, A. y Narbona J. (2003). *EDAH Escalas para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fejerman, N. y Grañana, N. (2017). *Neuropsicología infantil*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Fodor, E. y Morán, M. (2012). Orientación para profesionales sobre la relación paterno-filial durante los tres primeros años de vida del niño. En L. Llavona y F. Méndez, *Manual del psicólogo de familia. Un nuevo perfil profesional* (pp. 97-114). Madrid: Pirámide.
- García, F. y Musitu, G. (2014). *Autoconcepto Forma-5*. Madrid: TEA Ediciones.
- Grupo de trabajo de la GPC de TDAH (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) en Niños y Adolescentes*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Institut d'Estudis Catalans, Fundació Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, TERMCAT Centre de Terminologia, Enciclopèdia Catalana SAU i Generalitat de Catalunya. Departament de Salut (2018). *Diccionari Enciclopèdic de Medicina (DEMCAT). Versió de treball. Recuperat el 29 d'abril de 2019.*, de www.termcat.cat/ca/diccionaris-en-linia/183.
- Montoya-Castilla, I. (2018). La evaluación psicológica en la psicología clínica infantojuvenil. En R. González e I. Montoya-Castilla, *Psicología clínica infantojuvenil* (pp. 43-98). Madrid: Pirámide.
- Nahoul, V. y González, J. (2016). *Técnicas de entrevista con adolescentes. Integrando modelos psicológicos*. Buenos Aires: Brujas.

Organización Mundial de la Salud (World Health Organization) (2019). *International classification of diseases*. Recuperado el 7 de mayo de 2019, de <https://www.who.int/classifications/icd/en/> .

Ortigosa, J., Méndez, F., y Riquelme, A. (2014). *Procedimientos terapéuticos en niños y adolescentes*. Madrid: Pirámide.

Rey, A. (1997). *Test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas* Madrid: TEA Ediciones.

Reynolds, C. y Kamphaus, R. (2004). *Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes, BASC*. Madrid: TEA Ediciones.

Roji, M. (1994). *La entrevista terapéutica: Comunicación e interacción en psicoterapia*. Madrid: UNED.

Wechsler, D. (2015). *Escala de inteligencia de Wechsler para niños V, WISC-V*. Madrid: Pearson.