

LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA

Y EL EXAMEN MENTAL

4.^a edición

booksmedicos.org

Daniel J. Carlat



Wolters Kluwer

LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA Y EL EXAMEN MENTAL

LA ENTREVISTA PSIQUIÁTRICA Y EL EXAMEN MENTAL

Cuarta edición

Daniel J. Carlat, M.D.

Publisher

The Carlat Psychiatry Report

The Carlat Child Psychiatry Report

The Carlat Addiction Treatment Report

Associate Clinical Professor of Psychiatry

Escuela de Medicina de la Universidad Tufts

Boston, Massachusetts

Practical Guides in Psychiatry

Daniel J. Carlat, M.D.

Founding Editor

 **Wolters Kluwer**

Philadelphia • Baltimore • New York • London
Buenos Aires • Hong Kong • Sydney • Tokyo



Av. Carrilet, 3, 9.a planta, Edificio D-Ciutat de la Justícia
08902 L'Hospitalet de Llobregat
Barcelona (España)
Tel.: 93 344 47 18
Fax: 93 344 47 16
Correo electrónico: consultas@wolterskluwer.com

Revisión científica

J. Nicolás Iván Martínez López
Psiquiatra Forense
Maestro en Ciencias Médicas
Candidato a Investigador Nacional SNI, CONACYT
Investigador en Ciencias Médicas en Instituto Nacional de Psiquiatría
“Ramón de la Fuente Muñiz”
Profesor de Licenciatura en Ciencias Forenses, Facultad de Medicina, UNAM

Traducción

Lic. Thaelman Urgelles

Dirección editorial: Carlos Mendoza

Editor de desarrollo: Cristina Segura Flores

Gerente de mercadotecnia: Juan Carlos García

Cuidado de la edición: Alberto S. Fernández Molina

Maquetación: Carácter Tipográfico/Eric Aguirre • Aarón León • Ernesto A. Sánchez

Impresión: R.R. Donnelley-Shenzhen /Impreso en China

Se han adoptado las medidas oportunas para confirmar la exactitud de la información presentada y describir la práctica más aceptada. No obstante, los autores, los redactores y el editor no son responsables de los errores u omisiones del texto ni de las consecuencias que se deriven de la aplicación de la información que incluye, y no dan ninguna garantía, explícita o implícita, sobre la actualidad, integridad o exactitud del contenido de la publicación. Esta publicación contiene información general relacionada con tratamientos y asistencia médica que no debería utilizarse en pacientes individuales sin antes contar con el consejo de un profesional médico, ya que los tratamientos clínicos que se describen no pueden considerarse recomendaciones absolutas y universales.

El editor ha hecho todo lo posible para confirmar y respetar la procedencia del material que se reproduce en este libro y su *copyright*. En caso de error u omisión, se enmendará en cuanto sea posible. Algunos fármacos y productos sanitarios que se presentan en esta publicación sólo tienen la aprobación de la Food and Drug Administration (FDA) para uso limitado al ámbito experimental. Compete al profesional sanitario averiguar la situación de cada fármaco o producto sanitario que pretenda utilizar en su práctica clínica, por lo que aconsejamos consultar con las autoridades sanitarias competentes.

Derecho a la propiedad intelectual (C. P. Art. 270)

Se considera delito reproducir, plagiar, distribuir o comunicar públicamente, en todo o en parte, con ánimo de lucro y en perjuicio de terceros, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la autorización de los titulares de los correspondientes derechos de propiedad intelectual o de sus cesionarios.

Reservados todos los derechos.

Copyright de la edición en español © 2017 Wolters Kluwer

ISBN de la edición en español: 978-84-16781-50-8

Depósito legal: M-2290-2017

Edición española de la obra original en lengua inglesa *The Psychiatric Interview*, 4th edition de Daniel J. Carlat, publicada por Wolters Kluwer.

Copyright © 2016 Wolters Kluwer

ISBN edición original: 978-1-4963-2771-0

Two Commerce Square

2001 Market Street

Philadelphia, PA 19103

A mis pacientes, pasados, presentes y futuros. Gracias por haberme permitido hacerles pregunta tras pregunta, y gracias por haber respondido con tanta honestidad.

Presentación

La entrevista psiquiátrica y el examen mental es una obra directa, práctica, sabia y, en su mayor parte, ligera y entretenida, una bocanada de aire fresco donde otras referencias comparables son aburridas y pesadas. Es extraordinariamente fácil para el lector. Presenta una revisión académica de las publicaciones sobre investigaciones, con un estilo sencillo y ligero, incluso jocoso. Es una obra actualizada y sirve como una útil introducción a muchas ideas, como las de la psicodinamia, que no son tan accesibles al estudiante contemporáneo.

Lo mejor de todo, el libro es vivaz, un logro extraordinario en vista del material tan detallado que presenta. Pone énfasis en la *persona que representa el paciente* y la necesidad de conformar una *alianza* con ese individuo para adquirir tanto información confiable como cooperación en el tratamiento. Los lectores *sienten a* los pacientes que presenta el doctor Carlat; no se trata de simples diagnósticos. El doctor Carlat derriba la reputación de la profesión de ser amargada y orientada a la patología; ilustra las muchas maneras en que se pueden formar relaciones efectivas y muestra cómo reparar relaciones que se han dañado, quizá, sobre todo, en el cierre de una entrevista.

La entrevista psiquiátrica y el examen mental se diseñó en un formato fácil y accesible, con apoyo a la memorización, apéndices para organizar la información y guías sensibles para mantener un registro. En otras palabras, es la enseñanza por medio de ejemplos en su mejor expresión, con casos vivos y al mismo tiempo precisos, de tal forma que se quedan grabados en la mente del lector.

Entender verdaderamente a otro ser humano es un reto abrumador, sin embargo no hay nada más importante si queremos aliviar el sufrimiento de almas devastadas. Este libro es una guía para alcanzar ese entendimiento.

*Leston Havens, MD.
Professor of Psychiatry, Emeritus
Harvard Medical School
The Cambridge Health Alliance
Cambridge, Massachusetts*

Prefacio

En el curso de una carrera profesional de 40 años, usted hará aproximadamente 100 000 entrevistas de diagnóstico. La entrevista de diagnóstico es por mucho la herramienta más importante en el arsenal de cualquier clínico, sin embargo, el programa de entrenamiento promedio dirige relativamente pocos recursos a entrenar las habilidades necesarias para su dominio. El supuesto general parece ser que si hace suficientes entrevistas con diferentes tipos de pacientes, es natural que desarrolle las habilidades necesarias. Eso podría ser verdad, pero puede tomar mucho tiempo, y el proceso de aprendizaje podría resultar doloroso.

Concebí este manual durante una noche de mi primer año como residente en psiquiatría. Al iniciar mi guardia en el servicio de psiquiatría aguda (SPA), noté a cinco pacientes en la sala de espera; el residente que me entregó el radiolocalizador de la sala de urgencia dijo que también había otros dos pacientes, ambos con sujeción. En ese momento, sonó el radiolocalizador y llamé al número. “¿Psiquiatría? Habla Ellison 6. Tenemos un paciente aquí arriba que dice estar deprimido y con tendencia a suicidarse. Por favor venga a evaluar [ruido de estática].” Eso quería decir que tenía un total de ocho evaluaciones de diagnóstico por hacer.

A medida que la noche avanzaba, mis entrevistas se hicieron más breves. Los antecedentes personales no patológicos eran lo primero por hacer, seguido rápidamente de una examinación formal del estado mental. Este proceso en parches continuó hasta que a las 5:00 a.m. alcanzó su absurda, pero inevitable conclusión. Mi entrevista entera consistía en poco más que la siguiente pregunta: “¿Ha pensado en suicidarse?”

Cuando le di el radiolocalizador de la sala de urgencias a mi colega a las 8:00 a.m. (había dormido 50 minutos, el tiempo de una consulta de psicoterapia), empecé a reflexionar sobre esas entrevistas. ¿Acaso fueron demasiado cortas? (Estaba seguro de que sí.) ¿Siquiera fueron eficientes? (Lo dudaba.) ¿Acaso alguien había desarrollado algún sistema para realizar evaluaciones de diagnóstico que fueran a la vez rápidas y suficientemente exhaustivas como para hacer justicia a los pacientes?

La búsqueda de tal sistema se convirtió en mi pequeño proyecto por el resto de mi residencia. Rotulé un fólter manila con el título *Claves para entrevistas* y empecé a lanzar allí pequeños fragmentos de información tomados de varias fuentes, incluyendo libros de texto sobre entrevistas, conferencias de nuestros seminarios de los miércoles y conversaciones con mis supervisores y otros residentes. Cuando me convertí en el jefe de residentes de la unidad de hospitalización, grabé casos de conferencias y tomé notas de técnicas efectivas de entrevista. Luego, en mi primer trabajo como psiquiatra,

practicué y perfeccioné estas técnicas con pacientes ingresados en el Hospital Anna Jaques y pacientes ambulatorios del Harris Street Associates.

Terminé con un compendio de sugerencias y claves que le facilitarán el hacer más eficientes sus entrevistas de diagnóstico y, espero, más entretenidas. Las mnemotecnias le harán más fácil recordar con rapidez la información que necesita. Las técnicas de entrevista le ayudarán a agilizar la entrevista sin alienar a sus pacientes. Cada capítulo inicia con un cuadro de conceptos esenciales que cataloga los temas del capítulo que de verdad debe retener y mantener consigo. Los apéndices contienen pequeños paquetes útiles, como “tarjetas de bolsillo” con información vital para fotocopiar y formularios que puede usar en sus entrevistas para asegurarse de que no se esté olvidando de nada importante.

Sin embargo, si está buscando la justificación teórica y evidencia punto por punto para la eficacia de estas técnicas, no la va a encontrar aquí. Consulte uno de los múltiples libros de texto sobre entrevistas psiquiátricas para ese propósito. Cada parte informativa de este manual tuvo que cumplir con el siguiente estándar riguroso: los conocimientos proporcionados tienen que ser inmediatamente útiles para el residente a punto de entrar al consultorio con un paciente nuevo.

LO QUE *SÍ* ES ESTE MANUAL

En primer lugar, esta obra es *sólo* un manual. No es una residencia o una pasantía. La forma de aprender a entrevistar pacientes es mediante una entrevista bajo buena supervisión. Sólo así usted podrá aprender las sutilezas de la entrevista y adquirir las habilidades para entender las interacciones entre usted y sus pacientes.

Este libro es una herramienta que le ofrece una guía en sus esfuerzos iniciales de entrevistar pacientes, de por sí un territorio confuso. Hay muchos errores que cometer y muchos momentos vergonzosos e incómodos por delante. Este libro no impedirá todo eso, pero catalizará el desarrollo de sus habilidades de entrevistador.

Esta obra es un manual para cualquier clínico principiante que haga evaluaciones de diagnóstico como parte de su entrenamiento. Esto incluye residentes de psiquiatría, estudiantes de medicina, pasantes de psicología, pasantes de trabajo social, estudiantes de enfermería, así como residentes de otros campos de la medicina que puedan necesitar hacer una evaluación de diagnóstico al momento, mientras se espera un interconsultante.

LO QUE *NO* ES ESTE MANUAL

Esta obra no es un *libro de texto* para entrevistas psiquiátricas. Está disponible una serie de libros de texto para entrevistas (Shea 1998; Othmer 2001; Morrison 2014), de los cuales mi favorito es *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding* (*Las entrevistas psiquiátricas: el arte de entender*), de Shea. Si bien los libros de texto son

más exhaustivos y enciclopédicos, tienen la desventaja de que no guían al principiante hacia la esencia de lo que necesita saber. Además, no son portátiles; yo quise escribir algo que pudiera llevar a todas sus diferentes locaciones clínicas. Aclarado esto, por favor compre un libro de texto y téngalo a la mano para cuando quiera leer con mayor profundidad.

Este libro tampoco es un manual de *trastornos* psiquiátricos. Se han publicado muchos que son muy buenos; yo escribí este manual para satisfacer la necesidad de una guía breve de los pasos para diagnosticar esos trastornos.

Por último, este libro no es un manual de *psicoterapia*. Hacer una evaluación de diagnóstico rápida no es psicoterapia, aunque al realizar ésta puede valerse de muchas de las habilidades que usa en la primera entrevista.

Espero que disfrute este libro y que le ayude a desarrollar la confianza necesaria para entrevistar. Mientras se embarca en ello, recuerde las palabras de Teodoro Roosevelt: “El único hombre que nunca comete un error es aquel que nunca hace nada.” ¡Buena suerte!

Introducción a la cuarta edición

Han pasado 17 años desde que se publicó la primera edición de *La entrevista psiquiátrica y el examen mental*. Lo que inició como un pequeño proyecto personal, mientras era jefe de residentes en el Massachusetts General Hospital en 1995, se ha convertido, para mi sorpresa, en el texto estándar para aquellos que buscan un manual de pasos breves para la entrevista psiquiátrica.

Esta última edición incorpora los cambios de los criterios de diagnóstico del DSM-5, la última versión de la categorización oficial de trastornos mentales de nuestro campo. Hay cambios significativos en cómo diagnosticar demencia (ahora llamada trastorno neurocognitivo mayor), abuso de sustancias, trastorno de la conducta alimentaria, TDAH y trastorno de somatización (que desapareció del DSM-5). Más allá de eso, hice una revisión de la bibliografía actualizada y, en consecuencia, realicé unas correcciones.

La entrevista psiquiátrica y el examen mental se ha traducido a varios idiomas: alemán, japonés, coreano, portugués y griego. Me es grato que clínicos de todo el mundo entiendan la importancia de escuchar activamente y de hacer las preguntas correctas en el tiempo adecuado. Convertirse en un gran clínico requiere dedicación de toda una vida. Como una vez dijo Vince Lombardi: “La perfección no es alcanzable, pero si la buscamos, podemos alcanzar la excelencia.”

Daniel Carlat, M.D.
Newburyport, Massachusetts, 2016

Agradecimientos

Comienzo esta cuarta edición como las tres ediciones previas, agradeciendo al doctor Shawn Shea, cuyo libro de texto clásico, *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding* (*Las entrevistas psiquiátricas: el arte de entender*), despertó mi interés en el tema. El doctor Shea ha sido un gran amigo y mentor a lo largo de mi carrera.

Mi padre, Paul Carlat, también psiquiatra, me ha conferido cualquiera de las cualidades personales que me han sido útiles mientras trabajo con los pacientes. Él continúa practicando la psiquiatría y ha alcanzado una mezcla única de psicoterapia y tratamiento médico; es un modelo a seguir tanto para mí como para muchos jóvenes psiquiatras del área de la Bahía de San Francisco, quienes se han beneficiado de su supervisión.

Muchos miembros del grupo de profesores del Massachusetts General Hospital (MGH), donde hice mi residencia psiquiátrica, fueron de gran ayuda en la conformación del manuscrito. En particular, externo mi agradecimiento al doctor Ed Messner (finado), cuya aproximación práctica al cuidado del paciente fue muy innovadora; al doctor Paul Hamburg, quien enseñó empatía y otros innumerables aspectos para conectar con los pacientes; al doctor Paul Summergrad, clínico consumado y director de la unidad de pacientes hospitalizados durante mi residencia principal, quien me apoyó en mis esfuerzos por crear un curso de entrevistas destinado a residentes; al doctor Carey Gross, quien me enseñó mucho sobre cómo hacer con rapidez el diagnóstico correcto a los pacientes más difíciles; y al doctor Anthony Erdmann, quien contribuyó generosamente con varias preguntas de selección. Además, mi más especial agradecimiento al doctor Leston Havens (finado), quien fue muy alentador a lo largo del proyecto.

También agradezco a los residentes de psiquiatría del MGH. Los residentes del PGY-2 de los años académicos de 1994 y 1995 fueron extremadamente serviciales a medida que desarrollaba mi plan de estudios del curso de Entrevistas mientras lo enseñaba; los residentes y compañeros psicólogos de mi propia clase me brindaron su apoyo sin cesar, en particular los doctores Claudia Baldassano, Christina Demopoulos y Alan Lyman; miembros del Harvard Gardens Club; y el doctor Robert Muller, psicólogo supremo.

Finalmente, agradezco al personal de la unidad de pacientes hospitalizados del Hospital Anna Jaques, donde “experimenté” muchas técnicas que se describen en el libro. Agradezco en especial al doctor Rowen Hochstedler, mi antiguo director médico en el hospital y amigo mío, quien es una prueba fehaciente de que la excelencia del seguimiento puede continuar más allá del alcance de la academia.

Contenido

Presentación

Prefacio

Introducción a la cuarta edición

Agradecimientos

Sección I. Principios generales de entrevistas eficaces

- 1. La entrevista inicial: introducción**
- 2. Preparación logística: qué hacer antes de la entrevista**
- 3. La alianza terapéutica: qué es, por qué es importante y cómo establecerla**
- 4. Hacer preguntas I: cómo abordar los temas amenazantes**
- 5. Hacer preguntas II: trucos para hacer recordar al paciente**
- 6. Hacer preguntas III: cómo cambiar de tema con estilo**
- 7. Técnicas para pacientes reticentes**
- 8. Técnicas para pacientes que hablan demasiado**
- 9. Técnicas para pacientes que simulan**
- 10. Técnicas para pacientes adolescentes**
- 11. Entrevistas a familiares y otros informantes**
- 12. Técnicas para otras situaciones de reto**
- 13. Psicodinámicas prácticas en la entrevista de diagnóstico**

Sección II. La historia clínica psiquiátrica

- 14. Obtención de la historia del padecimiento actual**
- 15. Obtención de la salud mental previa**
- 16. Descarte de condiciones médicas generales**
- 17. Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos**
- 18. Obtención de antecedentes personales no patológicos**

Sección III. Entrevista de diagnóstico: la revisión psiquiátrica de los síntomas

- 19. Cómo memorizar los criterios del *DSM-5***
- 20. Entrevistar para el diagnóstico: el arte de evaluar hipótesis**
- 21. Examen del estado mental**
- 22. Cómo evaluar la ideación suicida y homicida**
- 23. Cómo evaluar trastornos del ánimo I: trastornos depresivos**
- 24. Cómo evaluar trastornos del ánimo II: trastorno bipolar**
- 25. Evaluación de los trastornos de ansiedad, obsesivos y relativos al trauma**
- 26. Cómo evaluar el trastorno de abuso de alcohol**
- 27. Cómo evaluar trastornos psicóticos**
- 28. Evaluación de trastornos neurocognitivos: demencia y delirium**
- 29. Evaluación de los trastornos alimenticios y de síntomas somáticos**
- 30. Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad**
- 31. Evaluación de trastornos de personalidad**

Sección IV. Cómo entrevistar para el tratamiento

- 32. Cómo educar a su paciente**
- 33. Negociación del plan de tratamiento**
- 34. Cómo escribir los resultados de la entrevista**

Apéndices

- A Tarjetas de bolsillo**
- B Formularios de datos para la entrevista**
- C Folletos educativos para el paciente**

Referencias

Índice alfabético de materias



PRINCIPIOS GENERALES DE ENTREVISTAS EFICACES

1

La entrevista inicial: introducción

Conceptos esenciales

Las cuatro tareas:

- Construir una alianza terapéutica.
- Obtener el registro de la historia psiquiátrica.
- Entrevistar para diagnosticar.
- Negociar un plan de tratamiento con el paciente.

Las tres fases:

- Fase de apertura.
- Parte central de la entrevista.
- Fase de cierre.

CUATRO TAREAS DE LA ENTREVISTA DE DIAGNÓSTICO

Es importante hacer notar que a lo largo de este libro se opta por uno u otro género cuando se analizan pacientes teóricos, en vez de recurrir a la molesta frase “él o ella”; también se incluyen ejemplos de preguntas en que se habla de “tú” o de “usted” al paciente, en lugar de interrumpir la idea con las respectivas aclaraciones: “usted (tú) pensó (pensaste)”.

Cuando recibe a un paciente por primera vez, conoce muy poco de él, pero sabe que está sufriendo. Aunque esto parezca obvio, implica algo que a veces se pasa por alto. Nuestro trabajo, desde el primer “hola”, es aliviar el sufrimiento de los pacientes, y no hacer un diagnóstico.

No me malinterprete, el diagnóstico es importante. ¡De otra forma, no estaría sometiéndolo a otra edición de este libro! Pero diagnosticar es sólo un paso del camino para aliviar el sufrimiento. A menudo puede ayudar mucho a un paciente en la primera sesión sin tener una idea clara del diagnóstico oficial DSM.

En 2005, cuando se publicó la segunda edición de este libro, la psiquiatría había comenzado a cuestionar su propia fijación en el valor de las categorías diagnósticas. Nos hemos dado cuenta de que “depresión mayor” no implica una “enfermedad específica”, sino una amplia gama de problemas potenciales. En otras palabras, cada uno de nuestros

pacientes se presenta con su versión peculiar de depresión, y cada versión requiere de una aproximación de tratamiento individualizada. Para una mujer de 24 años que no sabe qué hacer luego de haberse graduado de la universidad hace unos años y que está deprimida, la solución podría consistir en ayudarla a aclarar sus metas. Para un gerente de relaciones públicas de 45 años que acaba de descubrir que su esposa ha estado teniendo un romance con otro y que está deprimido, la solución puede consistir en ayudarlo a decidir si puede confiar en ella lo suficiente como para participar en una terapia de pareja. Una mujer de 37 años con tres hijos bien posicionados y un buen matrimonio que afirma que su vida va bien, pero que está deprimida, podría necesitar un tratamiento con antidepresivos.

¿A dónde deseo llegar con estos ejemplos? Antes de sumergirlo en el proyecto valioso de convertirse en un experto en diagnósticos del DSM de clase mundial, experimente invertir la mayor parte del tiempo cara a cara con el paciente pensando en su vida, en lugar de en su diagnóstico con base en su vida. Utilice su empatía natural, compasión e intuición, porque éstas representan la esencia de la sanación psicológica. E incluso, a medida que progrese en su carrera y haya acumulado miles de horas con pacientes (como yo he hecho), siempre recuerde algo que un colega sabio, Brian Greenberg, una vez me dijo: “A veces pongo el manual DSM a un lado y me digo: ‘Brian, ¿cómo harás más fácil el viaje de esta persona?’”.

La entrevista diagnóstica tiene que ver en realidad con el tratamiento, no con el diagnóstico. Es importante tener esta meta general en mente durante la entrevista, porque si no lo hace, su paciente podría no regresar para una segunda sesión, y su diagnóstico estilo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Ed., (DSM-5)* tan elegantemente escrito se quedará inerte dentro de un expediente en el cuarto de archivo.

Hay estudios que muestran que hasta 50% de los pacientes se retira luego de la cuarta sesión de tratamiento, y algunos podrían nunca volver luego de la primera cita (Baekeland and Lundwall 1975). Las razones para las retiradas de los tratamientos son diversas. Muchos pacientes no vuelven porque establecieron una alianza débil con sus clínicos; otros porque nunca estuvieron lo suficientemente interesados en el tratamiento desde el primer momento y otros más porque tan sólo con la primera entrevista fortalecieron su autoconfianza lo necesario para vencer sus factores de estrés (Pekarik 1993). El punto es que la primera entrevista debería ir mucho más allá del diagnóstico: la construcción de una alianza, el fortalecimiento de la autoconfianza y la negociación del tratamiento son también vitales.

Las cuatro tareas de la entrevista inicial se mezclan unas con otras. Establece una alianza terapéutica a medida que aprende sobre su paciente. El propio hecho de las preguntas es un constructor de alianzas; tendemos a sentirnos cómodos con personas que están cálidamente interesadas en nosotros. A medida que hace preguntas, formula diagnósticos posibles, y el pensar en diagnósticos lo lleva de manera natural al proceso de negociar un plan de tratamiento.

Construir una alianza terapéutica

Una alianza terapéutica constituye la base de cualquier tratamiento psicológico. El capítulo 3, La alianza terapéutica: qué es, por qué es importante y cómo establecerla, se enfoca directamente en este pacto terapéutico, y los capítulos 4 a 13 ofrecen varios consejos para entrevistas que le van a ayudar a establecer un vínculo con su paciente.

Obtener el registro de la historia psiquiátrica

También conocido como la *historia clínica psiquiátrica*, el registro incluye información histórica relevante para la presentación clínica en cuestión. Estos temas se desarrollan en la sección II, La historia clínica psiquiátrica, e incluye antecedentes personales patológicos, antecedentes psiquiátricos (salud mental previa), antecedentes médicos, antecedentes psiquiátricos familiares (antecedentes heredofamiliares psiquiátricos), así como aspectos de antecedentes sociales y del desarrollo. Ahondar en esta información es la esencia de la primera entrevista, y a lo largo de este paso tendrá que trabajar en la construcción y mantenimiento de la alianza. También hará incursiones frecuentes en el próximo paso, entrevistar para diagnosticar.

Entrevistar para diagnosticar

Entrevistar para diagnosticar –sin sonar como si estuviera haciendo una lista de síntomas y sin desviarse por información de menor relevancia– es una de las habilidades supremas de un clínico, que afinará y desarrollará en el curso de su vida profesional. La sección III, Entrevista de diagnóstico: la revisión psiquiátrica de los síntomas, está dedicada a esta habilidad; contiene capítulos sobre cómo memorizar los criterios diagnósticos del *DSM-5* (capítulo 19), acerca del arte de la evaluación de hipótesis diagnósticas (capítulo 20) y varios capítulos sobre trastornos específicos, enfocados en cómo sondear y elaborar preguntas para cada uno de los trastornos mayores del *DSM-5* (capítulos 22 a 31).

Negociar un plan de tratamiento y comunicarlo al paciente

Este proceso rara vez se enseña en las residencias o en el posgrado; sin embargo, es lo más importante que usted puede hacer para asegurarse de que su paciente se adhiera a cualquiera que sea el tratamiento que le haya recomendado. Si su paciente no entiende su prescripción, si no está de acuerdo con su recomendación y no se siente cómodo diciéndoselo, sería mejor que la entrevista nunca hubiera sucedido. En la sección IV, Cómo entrevistar para el tratamiento, se encuentran sugerencias sobre el arte de educar al paciente y la negociación clínica.

Las tres fases de la entrevista diagnóstica

La entrevista diagnóstica, como la mayoría de las tareas de la vida, tiene un inicio, una parte central y un final. Aunque esto parezca obvio, con frecuencia los entrevistadores novatos lo pasan por alto y por ende no estructuran activamente la entrevista ni controlan su desenvolvimiento. El resultado, por lo general, es un final lleno de pánico, en el que 50 preguntas se hacen de manera abrupta en los últimos 5 minutos.

Es cierto que hay una enorme cantidad de información por obtener en la primera entrevista, y el tiempo parece ser el enemigo. Sin embargo, los excelentes entrevistadores rara vez se sienten abrumados por eso. Tienen la habilidad de obtener grandes cantidades de información en un periodo breve, sin que los pacientes sientan que se les está apresurando u obligando a encajar en una entrevista estructurada preestablecida. Uno de los secretos de un buen entrevistador es la habilidad de estructurar activamente la entrevista en tres fases.

Fase de apertura (de 5 a 10 minutos)

La fase de apertura consiste en conocer al paciente y saber un poco de su situación de vida, para luego guardar silencio y darle unos minutos ininterrumpidos para que diga el motivo de su consulta. Esto se discute con más detalle en el [capítulo 3](#), porque la fase de apertura es crucial para la construcción de la alianza; el paciente está en proceso de tomar una decisión respecto de su confiabilidad. La fase de apertura se basa en una cuidadosa preparación previa, tratada en el [capítulo 2](#), Preparación logística: qué hacer antes de la entrevista. Atender la logística asegura que usted esté totalmente en sintonía en la relación con su paciente en los primeros 5 minutos.

Parte central de la entrevista (de 30 a 40 minutos)

A lo largo de la fase de apertura, se le van a ocurrir algunas hipótesis iniciales del diagnóstico ([capítulo 20](#)) y va a decidir sobre algunas prioridades a explorar durante la fase central de la entrevista. Por ejemplo, podría decidir que depresión, ansiedad y abuso de sustancias son problemas probables para un paciente en particular. Trazará una estrategia en la entrevista para explorar estos tópicos, lo cual incluirá hacer preguntas sobre la enfermedad presente ([capítulo 14](#)); antecedentes de depresión, ideas suicidas y abuso de sustancias ([capítulos 22, 23 y 26](#)); antecedentes familiares de estos trastornos ([capítulo 17](#)) y una evaluación detallada de si el paciente cumple en ese momento con los criterios de *DSM-5* ([capítulos 20, 21 y 24](#)) de cada trastorno. Una vez que haya cumplido con estas tareas prioritarias, puede encaminarse hacia otros temas, como los antecedentes sociales y del desarrollo ([capítulo 18](#)), antecedentes médicos ([capítulo 16](#)) y una revisión de síntomas psiquiátricos ([sección III](#)).

Fase de cierre (de 5 a 10 minutos)

Aunque se vea tentado a continuar haciendo preguntas de diagnóstico hasta el final de la

hora, es esencial reservar al menos 5 minutos para el cierre de la entrevista. El cierre debe incluir dos componentes: a) una discusión de su evaluación, usando las técnicas para educar al paciente del capítulo 32, y b) un esfuerzo para llegar a un acuerdo negociado sobre el tratamiento y el plan por seguir (capítulo 33). Por supuesto, al principio de su carrera, va a ser difícil lograr una evaluación coherente al momento, sin el beneficio de horas de supervisión y lecturas posteriores a la entrevista. Esta habilidad mejorará con la práctica.

La pregunta más delicada del mundo sigue siendo inquisitiva y requiere una respuesta. En cierta medida, lleva consigo el recuerdo de todas las preguntas que no pudieron responderse o fueron muy vergonzosas o degradantes para reconocerlas.

Leston Havens, M.D.
A safe place



Preparación logística: qué hacer antes de la entrevista

Conceptos esenciales

- Preparar el lugar y el tiempo adecuados.
- Usar efectivamente las herramientas de papel.
- Desarrollar sus propios procedimientos.

El trabajo de la sanación psicológica comienza en un lugar seguro, comparable con la mejor experiencia de hospital o, en una época anterior, un santuario en la iglesia. El lugar psicológico seguro permite al individuo hacer gestos espontáneos y seguros y, al mismo tiempo, representa una comunidad que permite ambos gestos, además de ser valioso por sí mismo.

Leston Havens, MD
A safe place

La preparación logística para una entrevista es importante porque establece una experiencia más moderada y menos estresante tan to para usted como para el paciente. Con frecuencia, se lanza a los principiantes a la clínica sin el entrenamiento sobre cómo encontrar y asegurarse de contar con un espacio, cómo lidiar con la agenda o cómo documentar efectivamente la información. Con el tiempo, desarrollará un sistema que se ajuste a usted mismo; este capítulo le ayudará a acelerar ese proceso.

PREPARAR EL LUGAR Y EL TIEMPO ADECUADOS

Asegurar un espacio

En la mayoría de las clínicas suele desatarse una guerra por los espacios disponibles y los programas de entrenamiento, de modo que debe luchar para hacerse de un territorio. Una vez asegurado, cave trincheras, llame a la caballería y ejecute lo que sea necesario.

Recuerdo uno de mis primeros aprendizajes sobre esta realidad: tenía 2 meses en mi entrenamiento y acababa de terminar la supervisión en el Edificio Warren del campus del Massachusetts General Hospital (MGH). Eran las 12:55 p.m.; tenía agendada una sesión de terapia con un paciente a la 1:00 p.m. en la Clínica de Cuidados Ambulatorios, un edificio tan lejos del Edificio Warren que casi tenía su propio huso horario. Zigzagueé por

los pasillos entre empleados y pacientes rumbo a la cafetería y entré apurado a la clínica a la 1:05 p.m. Mi paciente estaba en la sala de espera y dio un buen vistazo al sudor que goteaba de mi frente. Revisé el programa de salas y descubrí que no había ninguna disponible. Me invadió el pánico, hasta que la secretaria señaló que el residente que tenía el consultorio 825 por aquella hora no se había presentado todavía. Así que conduje allí a mi paciente y comenzamos 10 minutos tarde; 5 minutos después, alguien llamó a la puerta. La abrí, y allí estaban el residente y su paciente. Devolví a mi paciente a la sala de espera y hurgué la lista en busca de algún otro consultorio.

No voy a torturarlo con el resto de la saga. Basta decir que también fuimos desalojados de la siguiente sala, de modo que la sesión de terapia fue, al final, de sólo 15 minutos, con mucha humillación de mi parte y gran diversión para mi amable paciente.

Las siguientes son algunas sugerencias que se justifican por el tiempo para asegurarse un consultorio y qué hacer con él una vez obtenido:

- **Programe sus sesiones a la misma hora todas las semanas.** Trate de asegurar su consultorio a la misma hora todas las semanas. De ese modo podrá acomodar en forma rutinaria a los entrevistados en su agenda semanal. Cuando se trata de entrevistas psiquiátricas, la rutina es su aliada. Los psicoterapeutas psicodinámicos llaman a esta rutina –misma hora, mismo lugar, mismo saludo– el “**encuadre**”. Hacer esto reduce invariablemente las distracciones de la exploración psicológica.
- **Personalice su sala de alguna manera.** Esto no es fácil cuando sólo se encuentra allí unas horas a la semana. Las políticas de la clínica podrían prohibir esto o considerarse de mala educación (p. ej., si usa la oficina que pertenece a un miembro del personal de base). Si es posible, coloque una fotografía en el escritorio o en la pared, traiga una planta, ponga algunos libros de referencia en los estantes, o algunos archivos. El consultorio se va a sentir más como su lugar, y su paciente lo sentirá más confortable. En mi oficina actual, tengo una fotografía de mis dos hijos sobre el escritorio. En el pasado, me preocupaba que este pequeño pedazo de revelación personal pudiera traer problemas con la transferencia. ¿Me envidiarán los pacientes solitarios por tener una familia? ¿Creerían los pacientes enojados que yo “**alardeaba**” al mostrar mi “hermosa familia”? De hecho, estos problemas no han ocurrido (al menos, no que yo sepa) –por lo general la imagen es un buen tema de conversación inicial y, ante muchos pacientes, me hace ver más humano y menos intimidante–.
- **Acomode los asientos de tal forma que pueda ver un reloj** sin que tenga que desviar demasiado su mirada. Un reloj de pared puesto justo detrás de su paciente funciona muy bien. Un reloj de escritorio o un reloj de muñeca puesto entre usted y su paciente también es aceptable. El objetivo es que usted haga seguimiento del transcurso del tiempo, sin que esto sea demasiado obvio para su paciente. Es una acción hostil para un paciente darse cuenta de que el clínico mira el reloj con frecuencia; el mensaje percibido es: “No puedo esperar a que acabe esta entrevista”. Usted tiene que monitorear el tiempo con el fin de cerciorarse de que

obtiene una gran cantidad de información en un periodo corto. De hecho, tener noción del tiempo lo mantendrá, paradójicamente, *menos* distraído y *más* presente para su paciente, pues siempre sabrá que está administrando su tiempo de manera adecuada.

Proteger su tiempo

El tiempo no es sino la corriente en la que voy a pescar.

Henry David Thoreau

Esto no quiere decir que deba ir de pesca con su paciente (aunque de alguna manera pesca algo durante una entrevista). En cambio, debe proteger el tiempo que agende para sus entrevistas, para que así tengan una misma calidad pacífica, casi sagrada. ¿Cómo lograrlo?

Llegar antes que el paciente

Necesita tiempo para prepararse emocional y logísticamente para la entrevista. Acomódese. Despliegue los formatos o folletos que necesite. Responda cualquier mensaje urgente que acabe de recibir en su bandeja de entrada. Respire, medite, haga un crucigrama o lo que suela hacer para relajarse.

Una vez me di cuenta de que un entrevistador estaba visiblemente ansioso. Cruzaba y descruzaba las piernas y sobaba sin cesar su mano izquierda con el pulgar derecho. De pronto, el paciente interrumpió la entrevista y preguntó: “¿Doctor, está bien? Se le nota nervioso”. Se rió. “Oh, estoy bien”, dijo. Y no, no se trataba de un residente, sino de uno de mis profesores.

Evitar interrupciones

Hay varias formas de evitar interrupciones:

- Pida a la secretaria de la clínica que le tome sus mensajes.
- Pida al operador de su bípér que retenga todos los mensajes, salvo los urgentes.
- Ponga su móvil en el modo de vibración y atienda sólo las llamadas de urgencia.
- Redirija los mensajes de su móvil a un colega.

No saturarse de pacientes

Conozca sus límites. Al principio, puede que le tome una hora y media completar una evaluación, sin considerar todo lo que tiene que escribir. Si es así, agende un solo paciente por cada espacio de 2 horas. Obviamente, su programa de entrenamiento no le permitirá que mantenga una agenda tan holgada por mucho tiempo, pero va a mejorar y

hacerse más eficiente. Eventualmente, usted podrá completar una evaluación y toda su escritura (o dictado) en una hora.

Dejar suficiente tiempo para las notas y el papeleo

El tiempo necesario para el papeleo variará, dependiendo tanto del lugar como del clínico. La clave es darse cuenta de cuánto tiempo requiere para esta tarea y luego hacerle espacio en su agenda. No caiga en la negación. Si resulta ser muy lento en el papeleo, admítalo y planee con la antelación necesaria.

Conozco a un excelente psiquiatra que ha aprendido por experiencia que tiene que dedicar 30 minutos a llenar el récord médico, telefonar y demás papeleo general relacionado con pacientes por cada hora de trabajo clínico que hace. Si dedica 6 horas a ver pacientes, agenda 3 horas cada noche para encargarse del trabajo colateral. Aunque su salario por hora decrece, gana la satisfacción de saber que está haciendo el tipo de trabajo que quiere hacer.

Ahora bien, eso no funcionaría para mí. Yo agendo ligeramente menos tiempo con pacientes, de tal forma que pueda llenar todo el papeleo colateral antes de atender mi próxima cita. El punto, como Polonius le dijo a Hamlet, es: “Conócete a ti mismo, para ser veraz contigo mismo”.

USAR LAS HERRAMIENTAS CLÍNICAS EFECTIVAMENTE

Con “herramientas clínicas” me refiero al cuerpo completo de formularios de entrevista, hojas de notas importantes o “acordeones”, así como folletos y cuestionarios para pacientes. Desde la última edición de este libro, muchos de nosotros hemos migrado a registros de salud electrónicos, de tal forma que llenemos los formularios en la computadora y podamos enviar a los pacientes folletos informativos por correo electrónico. Independientemente de eso, estas herramientas son indispensables cuando ve a muchos pacientes por día. Todas las versiones en papel de las herramientas que discuto más adelante están en los apéndices de este manual; siéntase en libertad de copiarlas y usarlas como lo desee. Es posible que encuentre útiles todas, algunas o ninguna; o bien, puede que quiera adaptarlas mejor a sus necesidades.

Formulario extenso de entrevista psiquiátrica

Este formulario extenso de entrevista psiquiátrica (disponible en el [apéndice B](#)) es una adaptación del que utiliza Anthony Erdmann, un psiquiatra de planta del MGH. Él toma notas mientras habla con los pacientes y las ordena en el récord médico.

Ventajas

El uso de este formulario asegura una evaluación de información exhaustiva y ahorra tiempo, porque es posible escribir las notas directamente en el **récord médico**.

Desventajas

Algunos pacientes podrían sentirse agredidos si lo ven más interesado en completar el formato, que en conocerlos mejor.

Formulario breve de entrevista psiquiátrica

El formulario breve (disponible en el **apéndice B**) puede emplearse para notas rápidas cuando vaya a dictar la evaluación o a asentarla después en una versión más extensa.

Ventajas

Este formulario representa una barrera menor entre el clínico y el paciente que el formulario extenso, y es fácil referirse a él mientras usted dicta.

Desventajas

El uso del formulario breve puede conducir a una evaluación menos completa.

Tarjeta de bolsillo de entrevista psiquiátrica

La tarjeta de bolsillo (disponible en el **apéndice A**) se usa como recordatorio de todos los temas por cubrir. Puede escribir algunas notas en una hoja de papel en blanco o incluso no tomar notas, si es que es capaz de recordar la mayor parte de la información.

Ventajas

La tarjeta maximiza la interacción entre el clínico y el paciente, en vista de que no hay ningún formulario que llenar.

Desventajas

La información necesaria no está completamente desplegada en la tarjeta, por lo que es necesario un mayor uso de la memoria.

Cuestionario para el paciente¹

Algunos clínicos dan un cuestionario a sus pacientes (disponible en el apéndice B) antes de su primera reunión, con el propósito de reducir el tiempo que se necesita para recaudar la información básica.

Ventajas

El cuestionario para el paciente permite, durante la primera sesión, destinar más tiempo a enfocarse en las preocupaciones inmediatas del paciente. Puede fortalecer la impresión del paciente de que participa en su propio cuidado.

Desventajas

Si se aceptan literalmente todas las respuestas del paciente, se puede recolectar información inválida. Algunos pacientes podrían ver el llenado del cuestionario como una carga.

¹Adaptación del cuestionario usado por el fallecido Edward Messner, M.D.

Material impreso para el paciente

Los pacientes por lo general agradecen recibir por escrito información sobre su trastorno (apéndice C), lo que puede favorecer la adherencia al tratamiento.

Ventajas

La información impresa incrementa el entendimiento del paciente acerca de su diagnóstico y le proporciona un sentimiento de colaborar en su tratamiento.

Desventajas

El material impreso podría representar más información de la que pueden digerir los pacientes al principio de su tratamiento. Además, la información podría malinterpretarse.

DESARROLLAR SUS PROPIOS PROCEDIMIENTOS

Desde la primera cita con un paciente se entabla una relación. Se tienen que determinar los parámetros de ésta, incluyendo asuntos como cuándo y cómo se le puede contactar, lo que el paciente debe hacer en caso de urgencia, con quien puede hablar usted respecto del paciente y cómo manejar las citas perdidas. A medida que se enfrenta a esta serie de decisiones, las siguientes sugerencias e ideas deberían ayudarle a desarrollar procedimientos que encajen con su personalidad y sus instalaciones clínicas.

Establecer comunicación con usted

Usted define los márgenes de la relación clínica al establecer límites de cuándo y dónde los pacientes lo pueden localizar. Haga esto desde el inicio; si no lo hace, terminará por sufrir las consecuencias.

Yo aprendí esto mediante una dura lección con mi primer paciente de terapia durante la residencia. Se trataba de una mujer de 40 años, a quien llamaré Sally, que tenía un trastorno de pánico y depresión. La primera vez que la vi fue en la clínica de crisis, a donde acudió luego de una conversación desagradable con su padre. Hablé con ella durante media hora, programé una cita de seguimiento para la siguiente semana, le di mi número de localizador y le dije que esa era una forma en que podía contactarme “en cualquier momento”. En la mañana del siguiente sábado, mientras leía el periódico y tomaba el desayuno, recibí mi primer mensaje: “Llamar a Sally”. Ella estaba en medio de un ataque de pánico que cesó después de una conversación de 10 minutos. Más tarde, ese mismo día, mientras iba en bicicleta recibí otro mensaje en mi localizador: “Llamar a Sally”. Estaba en alguna parte de un camino rural en Concord, Massachusetts, y lejos de cualquier teléfono. Después de 10 minutos, otro mensaje decía: “Llamar a Sally. Urgente.” En la siguiente hora recibí seis mensajes, cada uno sonaba más urgente a medida que el operador alarmado del hospital añadía más y más signos de admiración. El mensaje decía: “¡¡¡Llamar a Sally!!! ¡¡¡Urgencia!!!!” Cuando finalmente hallé un teléfono público, mi corazón retumbaba, Sally dijo: “¡Doctor! Acabo de tener otro ataque de pánico”.

Tuve la primera noción de lo que luego supe que se llama “contratransferencia”. En aquel momento lo identifiqué como “estar hasta la coronilla”. Intenté separar la irritación de mi voz mientras le decía que no tenía por qué llamarme cada vez que tuviera un ataque de pánico. En nuestra siguiente cita, luego de buena supervisión, establecí algunas reglas fundamentales. Sally podría contactarme únicamente durante la semana de 8 a.m. a 5 p.m. De otra forma, le indiqué que tendría que ir a la clínica de crisis. Esto en sí mismo ayudó a disminuir la frecuencia de sus ataques de pánico, al quitar el refuerzo de una conversación por teléfono con su terapeuta cada vez que sufriera un ataque.

Sugerencias

- Nunca dé su número telefónico de casa ni celular a sus pacientes, y considere mantener un número privado. Habiendo aclarado esto, reconozco que algunos de mis colegas están en desacuerdo y sí proporcionan su número de teléfono celular. Lo hacen en el entendido de que los pacientes sólo podrán usar este recurso en situaciones extraordinarias en las que estén en peligro. Me han dicho que muy rara vez abusan de este privilegio y que compartir su número da la señal a los pacientes de que les importan lo suficiente como para asegurarles que siempre los puedan

contactar.

- Puede dar el número de su bípé, pero especifique el tiempo en que podrá atender los mensajes. Diga a sus pacientes qué hacer si hay una urgencia en un momento en que usted no esté disponible; por ejemplo, pueden llamar a la clínica de crisis. Además, usted podría dejar instrucciones de que lo contacten luego de unas horas si el clínico de guardia juzga que la situación amerita su inmediata intervención.
- Si tiene un sistema de mensajes de voz, que los pacientes lo contacten allí. Su mensajería de voz es accesible las 24 horas del día y puede revisarla cuando quiera y cuando decida a quién y cuándo llamar. Algunos pacientes van a llamar sólo para calmarse al oír su voz.
- Cuando esté de vacaciones, le recomiendo que asigne a sus pacientes a otro clínico que conozca y en quien confíe, en vez de pedirles que llamen a la clínica de crisis en horas regulares. De esa forma se cerciora de que haya alguien que se pueda encargar de situaciones de crisis. Por ejemplo, puede que tenga pacientes con tendencia suicida crónica, pero que rara vez requieran hospitalización y pueden ser tratados en medio de una crisis con manejo fuera de la clínica. Informarle a su colega sobre estos pacientes puede impedir una hospitalización inapropiada. Antes de irse de vacaciones no olvide modificar su mensajería de voz para informar a los pacientes de cómo contactarlo. Es fácil redactar dos guiones: uno para mensajería regular y otro para vacaciones.

Muchos clínicos usan correo electrónico para ponerse en contacto con sus pacientes. Esto puede ahorrar tiempo, porque puede responder preguntas rápidas sin estar a merced de la disponibilidad del celular o mensajería de voz de su paciente. Pero, insisto, sin ciertas reglas fundamentales, esto podría (con certeza) salirse de control. Aclare a su paciente que el correo electrónico no es un medio de tratamiento. Especifique cómo está dispuesto a usar la comunicación por este medio. Por lo general, esta vía se utilizará para reagendar citas y solicitudes de recetas médicas. Si comienza a responder preguntas clínicas por correo electrónico tenga en cuenta que esto será parte del registro médico, y debería imprimir cualquier correo con esta información e incluirlo en el expediente médico. Además, muchas autoridades consideran que las regulaciones HIPAA lo obligan a usar un sistema de correo electrónico cifrado para todo tipo de comunicación electrónica. Dichos sistemas son costosos e inconvenientes, por lo que yo, en lo personal, no sigo este procedimiento. En cambio, adjunto un mensaje para los pacientes al final del correo diciendo: “Por favor, tenga en cuenta que la comunicación por correo electrónico puede ser interceptada y desviada. Por favor, considere comunicar cualquier tipo de información delicada por medio de una llamada telefónica, fax o correo tradicional. Si no desea que su información sea enviada por correo, por favor, contacte al emisor de inmediato (véase *El reporte Carlat de psiquiatría*, Octubre 2015, para información respecto de una variedad de métodos cifrados de comunicación con pacientes).

Establecer comunicación con el paciente

Asegúrese de conseguir los diferentes números de teléfono de su paciente (p. ej., casa, trabajo, programa de tratamiento diario) y dirección de correo electrónico (si se aplica en su práctica). Pregunte si está bien que usted se identifique cuando llame, porque algunos pacientes no quieren que sus familiares o compañeros de trabajo se enteren de que están en tratamiento. Obtenga el número de teléfono de familiares o amigos cercanos para contactarlos, ya sea para recaudar información clínica o en situaciones de urgencia. Debe conseguir el consentimiento de su paciente para esto antes de hacerlo.

Citas perdidas

La práctica común es que le diga a sus pacientes que le informen por lo menos con 24 horas antes de cualquier cancelación de una cita, o se les cobrará, salvo en caso de situaciones de urgencia. Como estudiante en entrenamiento con un salario, los aspectos financieros de esta política no son relevantes, pero hay beneficios clínicos importantes. Los pacientes que hacen el esfuerzo de presentarse a las sesiones muestran un nivel de compromiso que presagia el éxito de la terapia. Este procedimiento alienta ese compromiso.

¿Qué pasa si un paciente cancela citas en repetidas ocasiones (aunque a tiempo para evitar el cargo)? Primero, averigüe por qué cancela. ¿Es por algún motivo legítimo o está exteriorizando algún sentimiento de ansiedad u hostilidad? ¿Acaba usted de regresar de vacaciones? Si es así, este es un momento típico para que los pacientes actúen como si los hubiera abandonado.

Una forma de abordar este asunto es enfrentarlo:

Me percaté de que luego de mi regreso de vacaciones, has cancelado tres citas seguidas. ¿Qué está pasando? Algunas veces la gente se enoja con su terapeuta.

He notado que desde el momento en que empezamos a hablar de su bulimia, ha faltado a varias de sus sesiones. ¿Deberíamos ir más despacio respecto de este asunto?



La alianza terapéutica: qué es, por qué es importante y cómo establecerla

Conceptos esenciales

- Ser cálido, cortés y emocionalmente sensible.
- Apaciguar de manera activa la extrañeza de la situación clínica.
- Conceder al paciente la palabra de apertura.
- Ganar la confianza de su paciente proyectando competencia.

La alianza terapéutica es un sentimiento que debe generar a lo largo de la entrevista diagnóstica un sentido de afinidad, confianza y calidez. La mayor parte de la investigación acerca de la alianza terapéutica se ha hecho en el contexto de la psicoterapia, en lugar de en la entrevista diagnóstica. Jerome Frank, autor de *Persuasion and healing* (Frank and Frank 1991) y padre del estudio comparativo de la psicoterapia, encontró que la alianza terapéutica es el ingrediente más importante en toda psicoterapia efectiva: crear mutua confianza con el paciente es un arte y, por ende, difícil de enseñar, pero a continuación encontrará unas sugerencias que van a incrementar su éxito.

SER USTED MISMO

Aun cuando hay mucho que leer en libros e investigar sobre cómo ser un buen entrevistador, nunca disfrutará tanto la psicoterapia como cuando encuentre la manera de inyectar su propia personalidad en el estilo de trabajo. Si no logra hacer esto, siempre trabajará en contra de quién es usted, labor que terminará por extenuarlo.

CASO CLÍNICO

Mi amigo y colega Leo Shapiro trata pacientes internados y no internados. Es un personaje, no hay duda de ello. Como paciente, o lo ama o lo odia; en cualquier caso, “lo que ve es lo que recibe”.

Estos son dos ejemplos del estilo poco ortodoxo del doctor Shapiro:

1. Caminando por el pasillo de la unidad de hospitalización, el doctor Shapiro vio a un paciente que debía entrevistar después y le dijo: “¡Ey! ¿Qué tienes? ¿Te duele la cara?” El paciente: “No, no me duele la cara”. El doctor Shapiro: “¡Es que me está matando!” El paciente estalló en risa, y la confianza mutua se afianzó.
 2. La táctica de combate de pulgares del doctor Shapiro: conforme a los reportes del personal, un hombre enojado y deprimido exigía que lo dieran de alta de manera temprana. El doctor Shapiro estaba de acuerdo con que darlo de alta era arriesgado, en parte porque el paciente no había desarrollado una relación de confianza mutua con nadie. El doctor Shapiro: “¿Entiendo que usted quiere que le den de alta?” El paciente: “Por supuesto, este lugar es estúpido, nadie me está ayudando”. El doctor Shapiro: “Si me derrota en una lucha de pulgares, lo dejo ir”. El paciente: “¡¿Qué?!”. El doctor Shapiro (levantando su mano): “Es en serio, ¿o es que tiene miedo al reto?” El paciente (dándole la mano a Shapiro a regañadientes): “Esto es una locura”. El doctor Shapiro: “Uno, dos, tres... ¡vamos!” El doctor Shapiro ganó, como siempre. “Pues bien, creo que se tiene que quedar un día más. Hasta mañana”. El paciente (riéndose sin quererlo): “¿Eso es todo?” El doctor Shapiro: “¿Qué? ¿Quiere hablar? De acuerdo, hablemos”. Un cambio significativo tuvo lugar, y de hecho el paciente fue dado de alta esa noche con el seguimiento apropiado.
- No, no estoy respaldando la técnica de Shapiro. Funciona muy bien para él, porque esa es su personalidad, pero sería un desastre para mí, un californiano meloso de corazón. La clave es adaptar la propia personalidad a la tarea en cuestión: ayudar a los pacientes a sentirse mejor.

SER CÁLIDO, CORTÉS Y EMOCIONALMENTE SENSIBLE

¿Acaso hay técnicas específicas de entrevista que lleven a una buena relación de confianza mutua? Sorprendentemente la respuesta parece ser “no,” y eso es una buena noticia. Un grupo de investigadores de Londres ha estudiado esta cuestión a profundidad y ha publicado sus resultados en siete artículos académicos en la *British Journal of Psychiatry* (Cox et al. 1981 a,b; 1988). Su conclusión fue que varios estilos de entrevista fueron igualmente efectivos al provocar emociones. Siempre que los estudiantes a quienes observan se comporten con un sentido básico de calidez, cortesía y sensibilidad, no importaba mucho qué técnica utilizaran; todas funcionaban bien.

Ningún libro puede enseñar calidez, cortesía o sensibilidad. Estos son atributos que probablemente usted ya tiene, dado que se encuentra en una profesión de ayuda. Sólo

procure activar estas habilidades de manera consciente durante la entrevista inicial.

Sin embargo, existen técnicas específicas para construir una relación de confianza mutua de las que debería estar al tanto:

- **Afirmaciones empáticas o comprensivas**, por ejemplo: “Debió de sentirse terrible cuando lo abandonó,” comunican su aceptación y comprensión de emociones dolorosas. Tenga cuidado de no abusar de afirmaciones empáticas, pues pueden sonar artificiales o falsas si son forzadas.
- **Preguntas de sentimientos directas**, al estilo de: “¿Cómo se sintió cuando lo abandonó?”, también son efectivas.
- **Afirmaciones reflexivas**, por ejemplo: “Se escucha triste cuando habla de ella”, son efectivas, aunque tampoco debe abusar, porque puede parecer que recalca lo obvio.

¿Qué hacer si no le cae bien su paciente? Sin duda, algunos pacientes parecen desagradables, quizá por su enojo, pasividad o dependencia. Si le molestan esas cualidades, es útil que las vea como la expresión de psicopatologías, y con base en eso despertarán su compasión por el paciente. También podría ser que sus sentimientos negativos sean expresiones de contratransferencia, la cual se discute en el [capítulo 13](#).

APACIGUAR ACTIVAMENTE LA EXTRAÑEZA DE LA SITUACIÓN CLÍNICA

Es fácil perder de vista el hecho de que una entrevista psiquiátrica de una hora es una experiencia extraña y que provoca ansiedad. Se espera del paciente que revele sus secretos más ocultos y vergonzosos a un completo extraño. Hay varias formas de apaciguar esa extrañeza.

- **Salude a su paciente con naturalidad**. Si bien hay muchas formas perfectamente aceptables de saludarlo, una regla de sentido común es actuar con naturalidad, lo que significa presentarse uno mismo y tender la mano. Por lo general yo hago algo de plática en los primeros segundos, pues muchos pacientes tienen la visión distorsionada de que los psiquiatras son personas misteriosas y silenciosas que examinan críticamente hasta los gestos más pequeños. Una breve charla socava esta proyección y tranquiliza al paciente. Temas aceptables son el clima y las dificultades para llegar a la oficina.

“Hola, soy el doctor Carlat, mucho gusto en conocerlo. Espero que haya logrado cruzar el laberinto del hospital sin mucho problema”.

Pregunte al paciente cómo desea que usted se dirija a él y asegúrese de usar su nombre algunas veces durante la entrevista.

“¿Prefiere que le hable de usted y le llame señor Whalen o que lo tutee y le diga Michael, o de alguna otra forma?”

Usar el nombre del paciente, más que el apellido, es una manera muy buena de aumentar el sentimiento de familiaridad.

Advertencia: Algunos pacientes (como también algunos clínicos) ven la pequeña charla como poco profesional. Yo trato de evaluar a mi paciente visualmente antes de decidir cómo saludarlo. Por ejemplo, la charla pocas veces es apropiada para personas que están en un obvio sufrimiento emocional o para pacientes demasiado psicóticos, en especial si son paranoicos.

- **Primero conozca al paciente como persona.** Algunos pacientes se sienten incómodos revelando información sensible a un extraño. Si siente que este es el caso, podría querer comenzar por saber algo de ellos como personas.

Antes de abordar el asunto que le trae aquí, me gustaría saber un poco de usted como persona: dónde vive, qué hace, ese tipo de cosas.

Aprender un poco sobre la demografía de su paciente desde el inicio tiene la ventaja de ayudarlo a iniciar su hipótesis diagnóstica. Hay una razón por la cual la oración de apertura de la presentación de un caso, ya sea escrita u oral, es una descripción de la demografía: “Oficial de policía jubilado, viudo de 75 años, que vive solo en un pequeño departamento del centro de la ciudad”. Ya puede iniciar su hipótesis diagnóstica: “Es viudo, por lo que está en alto riesgo de sufrir depresión. Es un adulto mayor, por lo que tiene un alto riesgo de sufrir demencia. Aparentemente tiene una carrera policial, así que es probable que no sea esquizofrénico”, y así sucesivamente. Saber la demografía básica desde el inicio no le excusa de hacer todas las preguntas requeridas para una evaluación de diagnóstico, pero ayuda a establecer prioridades en la dirección del interrogatorio.

- **Eduque a su paciente sobre la naturaleza de la entrevista.** No todos los pacientes entienden la naturaleza de una entrevista de evaluación. Algunos pueden pensar que se trata de la primera sesión de una psicoterapia de largo plazo. Podrían llegar a la entrevista con una expectativa negativa y contaminada por los medios respecto de un clínico que permanece sentado en silencio, con una actitud de evaluador, mientras el paciente vierte su alma. Otros podrían no tener la menor idea de por qué están hablando con usted, habiendo sido referidos a un “doctor” por un internista que cree que hay factores psicológicos que están interfiriendo con el tratamiento médico. Por lo tanto, es útil iniciar preguntándole al paciente si sabe el propósito de la entrevista y luego darle una explicación, qué tipo de información le va a pedir y cómo continuará su tratamiento, si se requiere.

Entrevistador (yo): Entonces, señor Johnson, ¿le explicó su doctor el motivo de esta entrevista?

Paciente: Me dijo que podía ayudarme con mis nervios.

Yo: Sinceramente espero poder hacerlo. Esto es lo que llamamos una entrevista de evaluación. La reunión de hoy durará unos 50 minutos; le voy a hacer todo tipo de preguntas, algunas sobre sus nervios, otras sobre su familia y otras cosas, todas de tal forma que pueda entender qué podría estar causando los problemas que ha estado teniendo. Dependiendo de su problema, podríamos tener que reunirnos dos veces para completar esta evaluación, pero la forma como funciona nuestra clínica es que no necesariamente seré yo quien lo trate a largo plazo; dependiendo de lo que yo considere que esté sucediendo, podría referirlo a otro doctor para el respectivo tratamiento.

- **Atienda las proyecciones de su paciente.** Tenga en mente que se asocia mucha vergüenza con los trastornos psiquiátricos. Los pacientes por lo común proyectan sus propias imágenes negativas sobre usted. Podrían verlo como crítico o juicioso. Havens (1986) reconoce esto y motiva el uso de “afirmaciones contra el esquema” para incrementar el sentimiento de seguridad en el paciente:

“Podría ser vergonzoso para usted revelar todas estas cosas a un extraño. ¿Quién sabe cómo podría yo reaccionar? De hecho, yo estoy aquí para entenderlo y ayudarlo”.

CASO CLÍNICO

Por lo general, los pacientes paranoicos proyectan intenciones malévolas en el entrevistador. En este ejemplo, el clínico atiende estas proyecciones directamente:

Yo: ¿Le preocupa por qué le hago estas preguntas?

Paciente: Claro. Uno se pregunta: ¿Qué gana usted?, ¿cómo va a usar toda esta información?

Yo: La voy a usar para entenderlo a usted mejor y así poder ayudarlo. No va a ir más allá de este consultorio.

Paciente (sonriendo complacido): Ya he oído eso antes.

Yo: ¿Alguien la ha usado en su contra?

Paciente: Puede apostararlo.

Yo: Entonces puedo entender que usted va a ser cauteloso al hablar conmigo, probablemente piensa que voy a hacer lo mismo.

Paciente: Uno nunca sabe.

Habiendo sacado a la luz este obstáculo de desconfianza, el paciente fue más abierto durante el resto de la entrevista.

CONCEDER AL PACIENTE LA PALABRA DE

APERTURA

En un estudio de médicos, a los pacientes se les permitió hacer las oraciones de apertura sobre sus preocupaciones en sólo 23% de los casos (Beckman and Frackel 1984). Un periodo promedio de 18 segundos transcurrió antes de que los pacientes fueran interrumpidos. La consecuencia de este estilo de entrevista altamente controlado es que información clínica de importancia podría nunca salir de la boca del paciente (Platt and McMath 1979).

Debería darle a su paciente unos 5 minutos de “libertad de expresión” (Morrison 2014) antes de hacerle preguntas específicas. Esto logra dos objetivos: primero, dar al paciente la impresión de que le interesa escucharlo, por ende, establecer una relación de confianza mutua; segundo, aumenta las posibilidades de entender los asuntos que más perturban al paciente y, en consecuencia, formular un diagnóstico correcto. Shea (1998) ha llamado a esta fase inicial de escuchar la fase del “periodo de exploración”, porque puede usarla para explorar pistas sobre psicopatologías que quiera investigar luego en la parte central de la entrevista. Por su parte, Othmer y Othmer (2001) se han referido a esta fase como el periodo de “calentamiento”, porque el propósito es generar un nivel de comodidad entre usted y el paciente, para que este último no se sienta abrumado por la cantidad de preguntas de diagnóstico que se le harán.

Por supuesto, tiene que ser flexible. Hay pacientes que inician en un estilo tan vago y desorientado que va a tener que hacerles preguntas de inmediato, mientras que otros son tan articulados que, si los deja hablar por 10 o 20 minutos, le dirán todo lo que necesita saber.

Cada clínico desarrolla su propia primera pregunta, pero todas las primeras preguntas deben ser abiertas y deben invitar a que el paciente cuente su historia. En seguida se presentan ejemplos de primeras preguntas:

¿Qué le trajo hoy a la clínica?

¿Qué le indujo a visitarme hoy?

¿Qué clase de cosas le han estado perturbando?

¿Cómo puedo ayudarle?

¿Qué puedo hacer por usted?

Una forma distinta de abordar la primera pregunta es verla como una exploración inmediata a los objetivos del paciente respecto de la entrevista. Esta aproximación se denomina “entrevista enfocada en soluciones”, y la recomiendan Chang y Nylund (2013).

En vez de preguntar: “¿Qué le trae por acá?” o “¿qué le preocupa?”, ellos recomiendan: “¿Qué haría que esta visita fuera útil?” “¿Qué le gustaría ver diferente al venir aquí?” Esta aproximación puede funcionar muy bien con pacientes reticentes, que podrían creer que, para empezar, no tienen ningún problema.

Un tipo de pregunta relacionada es “la pregunta milagro”, que se construye de esta

manera: “Imagine que esta noche se va a dormir, como normalmente lo hace. Imagine que mientras está dormido... [pausa] ...un milagro sucede. Imagine que como resultado de este milagro, su depresión [o lo que sea que fuera el problema del paciente] se desvanece. ¿Cómo sería su día al amanecer?”

El paciente: “Pues bien, supongo que me levantaría; en vez de quedarme dormido, me levantaría y me alistaría en lugar de dejar todo para después. Entonces tomaría el desayuno en lugar de saltármelo, y mientras desayunamos todos nos llevaríamos mejor sin necesidad de pelear. Entonces iría al trabajo y tendría más confianza en mí mismo, por lo que respondería ‘no’ a personas que me piden hacer demasiado...”

GANAR LA CONFIANZA DEL PACIENTE PROYECTANDO COMPETENCIA

Esto es siempre un asunto engañoso para los entrevistadores principiantes, que se sienten todo menos competentes. De hecho, el paciente le da el beneficio de la duda en este punto, por algo llamado competencia “atribuida”. Ésta es aquella que su paciente le atribuye por el solo hecho de su conexión con la institución. Trabaja para el Hospital X o la Universidad Y, así que debe ser competente. La competencia atribuida le va a facilitar los primeros minutos de la entrevista, pero después de eso, se tiene que ganar el respeto de su paciente.

Ganarse la confianza de un paciente es más fácil de lo que piensa. Incluso siendo un novato, conoce mucho mejor los trastornos mentales que el paciente, y este conocimiento lo transmite por el tipo de preguntas que plantea. Por ejemplo, su paciente le dice que está deprimida. De inmediato le pregunta sobre su apetito y sus hábitos de dormir. Muchos pacientes se sorprenderán de su habilidad de extraer información útil por este medio.

Otras formas más prosaicas de proyectar competencia son vestirse de manera profesional y adoptar una actitud de confianza. Al final de la entrevista, su habilidad para ofrecer retroalimentación útil afianzará el respeto del paciente hacia usted.



Hacer preguntas I: cómo abordar los temas amenazantes

Conceptos esenciales

- Formular **preguntas normalizadoras** para disminuir el sentido de vergüenza del paciente sobre sus sentimientos y conductas.
- Usar las **expectativas de síntoma** y **reducción de culpa** para apaciguar la admisión de conducta vergonzosa.
- Emplear la **exageración de síntomas** para determinar la frecuencia real de conducta sensible o vergonzosa.
- Utilizar **lenguaje familiar** al preguntar acerca de conductas.

Siempre es hermosa la respuesta a una pregunta aún más hermosa.

E. E. Cummings

En el curso de una entrevista diagnóstica, muchas de sus preguntas van a ser amenazantes. La admisión simple de síntomas psiquiátricos es humillante para muchas personas, como lo es la admisión de conductas consideradas por la sociedad como indeseables o anormales. Dichas conductas incluyen abuso de drogas y alcohol, violencia y homosexualidad. Más allá de esto, hay otras conductas que sus pacientes podrían no querer admitir, pues podrían creer que los va a desaprobare personalmente. Algunos ejemplos son un historial de poco apego al tratamiento de salud mental, una experiencia laboral errática o una vida social deficiente.

Para mantener una autoestima saludable, los pacientes podrían mentir cuando se les pregunte sobre cuestiones que sientan amenazantes. Por años, este ha sido un problema significativo entre clínicos e investigadores, de modo que se ha desarrollado un repertorio de técnicas de entrevista, con el propósito de aumentar la validez de las respuestas a preguntas amenazantes (Bradburn 2004; Payne 1951; Shea 1998). Los buenos clínicos usan muchas de estas técnicas de manera instintiva y han descubierto por medio de ensayo y error que aquéllas aumentan la validez de las entrevistas.

NORMALIZACIÓN

La normalización es la técnica más común y útil para abordar material sensible o vergonzoso. La técnica implica presentar las preguntas con algún tipo de afirmación normalizadora. Hay dos formas de hacer esto:

1. Comience por decir que la conducta es una respuesta normal y entendible según el ambiente de la situación:

*Con todo el estrés que has tenido, ¿me pregunto si has estado bebiendo más últimamente?
Muchas veces, cuando las personas están muy deprimidas piensan en lastimarse a sí mismas.
¿En tu caso, esto es verdad?
A veces, cuando la gente está bajo mucho estrés o se siente solitaria, se atiborra de comida para sentirse mejor. ¿Esto es verdad para ti?*

2. Comience por describir a otro(s) paciente(s) que tiene(n) la misma conducta, para mostrar a su paciente que no está sola:

*He atendido a numerosas personas que me han dicho que su ansiedad les impide hacer cosas, como manejar en una autopista o ir de compras al supermercado. ¿Es esto verdad en tu caso?
He hablado con varios pacientes que me han dicho que su depresión les causa tener experiencias extrañas, como oír voces o pensar que los extraños se están burlando de ellos.
¿Te ha pasado esto?*

En ocasiones, se puede llegar demasiado lejos con la normalización, pues es imposible considerar ciertas conductas como normales o entendibles, por ejemplo, los actos de extrema violencia o abuso sexual. No use normalización para estos casos.

EXPECTATIVA DE SÍNTOMA

La expectativa de síntoma, también conocida como “suposición gentil” (Shea 1998), es similar a la normalización: con ella comunica que la conducta es de alguna forma normal y esperada. Parafrasee sus preguntas para insinuar que usted ya asume que el paciente ha adoptado ciertas conductas y que no se va a ofender por ello. Esta técnica es la más útil cuando tiene un alto índice de sospecha respecto de una conducta autodestructiva. A continuación se dan algunos ejemplos:

- **Uso de drogas.** Su paciente ha admitido con reservas que bebe alcohol en exceso, usted sospecha sobremanera que también hay abuso de drogas. La expectativa de síntoma podría motivar una respuesta directa y honesta.

¿Qué tipo de drogas usas cuando bebes?

- **Tendencia suicida.** Su paciente está profundamente deprimido y ha expresado

sentimientos de desesperanza. Sospecha una tendencia suicida, pero siente que el paciente podría sentirse avergonzado como para aceptarlo. En vez de preguntar con timidez: “¿Has pensado que preferirías estar muerto?”, podría decidirse a usar expectativa de síntoma, por ejemplo:

¿En qué tipo de métodos has pensado para herirte?

Recuerde usar esta técnica sólo cuando sospeche que el paciente ha adoptado estas conductas. Por ejemplo, la pregunta: “¿Qué tipo de drogas recreativas usas?” podría ser apropiada cuando entrevista a un hombre joven internado por un intento de suicidio estando intoxicado, pero sería muy improbable que lo fuera en el caso de una anciana de 70 años que ha sido diagnosticada con demencia.

EXAGERACIÓN DEL SÍNTOMA

Con frecuencia, un paciente minimiza el grado de su patología, para engañarte a ti o a sí mismo. La exageración del síntoma o amplificación (Shea 1998), que suele usarse con expectativa de síntoma, es útil para clarificar la gravedad de los síntomas. La técnica implica sugerir una frecuencia de la conducta problemática mayor a lo que espera, de tal forma que el paciente sienta que su frecuencia verdadera y menor no se percibirá como “mala”.

¿Cuántos vodkas bebes al día? ¿Dos quintos? ¿Tres? ¿Más?

¿Cuántas veces te atracas o te purgas? ¿Cinco veces al día?

¿Diez veces?

¿Cuántos intentos de suicidio has tenido desde tu última hospitalización? ¿Cuatro? ¿Cinco?

Al igual que en la expectativa de síntoma, debe reservar esta técnica para situaciones en que sea apropiada. Por ejemplo, si no tiene motivos para pensar que un paciente tiene problemas con la bebida, ¡preguntarle cuántos cartones de cerveza bebe al día podría resultar insultante!

REDUCCIÓN DE LA CULPA

Si bien es cierto que todas las técnicas de este capítulo pretenden aminorar la vergüenza y la culpa que el paciente siente, la de reducción de la culpa busca disminuir directamente la culpa del paciente acerca de una conducta, de tal forma que pueda descubrir lo que ha estado haciendo. Esta técnica es en especial útil para obtener la historia de violencia doméstica y otros comportamientos antisociales.

Violencia doméstica

Yo: *Cuando discute con su esposa, ¿ella le lanza cosas a usted?*

Paciente: *Claro que lo hace. ¿Ve esta cicatriz? Me lanzó un jarrón hace 2 años.*

Yo: *¿Usted contraataca?*

Paciente: *Pues sí. La he maltratado un par de veces. Nada comparado con lo que ella me ha hecho a mí.*

Otra versión de esta técnica es comenzar por hacer preguntas sobre otras personas:

Yo: *¿Tiene usted amigos que empujan y maltratan a sus respectivas esposas cuando discuten?*

Paciente: *Claro. A ellos también los maltratan.*

Yo: *¿Ha hecho usted lo mismo? ¿Ha golpeado a su esposa?*

Paciente: *Sí. No estoy orgulloso de ello, pero lo he hecho cuando la situación se ha salido de control.*

El doctor Mustafa Soomro ha encontrado útil la siguiente pregunta: “¿Alguna vez usted ha estado en una situación en la que haya ocurrido una pelea que lo haya afectado?”

Esta es otra variación de una aproximación no juiciosa. Si su paciente dice: “Sí”, usted puede indagar si su rol fue como testigo, víctima o perpetrador (Shea 2007).

Conducta antisocial

Yo: *¿Ha tenido alguna vez algún problema legal?*

Paciente: *Oh, de vez en cuando. Un pequeño robo. Lo normal.*

Yo: *¿En serio? ¿Qué es lo mejor que ha robado?*

Paciente: *¿Lo mejor? Pues bien, estuve robando carros por un tiempo. Pasé una semana paseando en un Porsche 924, pero lo devolví. Sólo me divertía un poco. Todo el mundo lo hacía en aquel entonces.*

En este ejemplo, el entrevistador indujo al alardeo para disminuir el sentido de culpa del paciente y llevarlo a admitir algo más grave que un pequeño robo.

USAR LENGUAJE FAMILIAR AL PREGUNTAR SOBRE CONDUCTAS

Bradburn (2004) comparó dos métodos para preguntar sobre el uso de alcohol y la sexualidad. En el primer método, usaron lenguaje “estándar” –palabras y frases del tipo *intoxicación* y *relaciones sexuales*–. En el segundo método, utilizaron lenguaje “familiar” o “poético” –el lenguaje que sus entrevistados usaban para la misma conducta, como *emborracharse* o *hacer el amor*–. Se encontró que el uso de este tipo de lenguaje

incrementó 15% las aceptaciones de dicha conducta.

Al parecer, los pacientes se sienten más confiados de aceptar conductas socialmente indeseables si sienten que el entrevistador “habla su lengua”. La tabla que se presenta a continuación sugiere varias expresiones coloquiales que puede usar en vez del lenguaje formal normal.

Uso del lenguaje familiar

<i>En vez de:</i>	<i>Diga:</i>
¿Tienes historia de uso de drogas intravenosas?	¿Te has metido drogas?
¿Fumas marihuana?	¿Fumas mota?
¿Usas cocaína?	¿Has probado coca?
	¿Te periqueas?



Hacer preguntas II: trucos para hacer recordar al paciente

Conceptos esenciales

- Anclar preguntas a eventos memorables.
- Etiquetar las preguntas con ejemplos específicos.
- Describir los síntomas en los términos de su paciente.

Pronunciar palabras es como tocar una nota en el tablero de la imaginación.

Ludwig Wittgenstein

A lo largo de la entrevista diagnóstica, la memoria de su paciente será su aliada y su enemiga al mismo tiempo. Incluso cuando la información que se desea obtener no es amenazante de ninguna manera, hay que mantenerse preparado para imprecisiones importantes y frustración, si el evento descrito ocurrió hace meses. No obstante, todos hemos tenido experiencia en entrenamiento al ver a un maestro excelente obtener cúmulos de información acerca de la historia de un paciente de quien apenas habíamos podido determinar la edad y el sexo. ¿Cómo lo hacen? A continuación, se presentan algunos trucos de la profesión.

ANCLAJE DE PREGUNTAS A EVENTOS MEMORABLES

Ciertos estudios han mostrado que la mayoría de la gente olvida fechas de eventos que ocurrieron hace más de 10 días (Azar 1997). En cambio, recuerda el pasado distante con relación a eventos o periodos memorables (Bradburn 2004), como transiciones mayores (graduaciones y cumpleaños), celebraciones, accidentes o enfermedades, compras mayores (una casa o un auto), eventos estacionales (“el huracán Katrina”) o eventos públicos (como el 11 de septiembre o la elección del presidente Obama).

Como ejemplo, suponga que está entrevistando a una mujer joven con depresión. Descubre a lo largo de la entrevista que tiene un historial de bebida grave y quiere determinar qué fue primero, el alcoholismo o la depresión. Podría preguntar: “¿Hace

cuántos años comenzaste a beber?”, y en seguida: “¿Hace cuántos años te deprimiste?” pero lo más probable es que no reciba una respuesta acertada para ninguna de las preguntas. En cambio, si aplica la técnica de anclar preguntas:

Entrevistador: *¿Bebiste cuando te graduaste de la secundaria?*

Paciente: *Bebía mucho en aquel entonces, cada fin de semana, por lo menos. La semana de la graduación fue una gran fiesta.*

Entrevistador: *¿Estabas deprimida también en aquel entonces?*

Paciente: *Creo que sí.*

Entrevistador: *¿Bebías en la época en que iniciaste la secundaria?*

Paciente: *Oh no, no empecé a beber en serio hasta que comencé a llevarme muy bien con mi mejor amigo, hacia el final del primer año.*

Entrevistador: *¿Estabas deprimida cuando empezaste la escuela?*

Paciente: *Oh sí, apenas y podía levantarme a tiempo para ir a clases, me sentía tan decaída.*

Ha triunfado en establecer que su depresión es previa a su alcoholismo, lo cual podría tener implicaciones importantes para el tratamiento.

ETIQUETAR PREGUNTAS CON EJEMPLOS ESPECÍFICOS

En el [capítulo 8](#) aprenderá sobre el valor de las preguntas de opción múltiple para controlar a los pacientes que hablan demasiado. Etiquetar con ejemplos es similar a hacer este tipo de interrogantes, pero se utiliza de manera específica en áreas en que al paciente le resulta difícil de recordar. Simplemente se etiqueta una lista de ejemplos al final de la pregunta.

Para cerciorarse de qué medicamentos ha tomado su paciente en el pasado para tratar la depresión, puede decir, por ejemplo:

Entrevistador: *¿Cuáles son los nombres de los medicamentos que tomabas en aquel entonces?*

Paciente: *¿Quién sabe? La verdad no me acuerdo.*

Entrevistador: *¿Prozac, Paxil, Zoloft, Elavil, Pamelor?*

Paciente: *Creo que Pamelor. Me daba una gran resequedad de boca.*

DEFINICIÓN DE LA TERMINOLOGÍA TÉCNICA

A veces, lo que parecen ser recuerdos vagos del paciente, de hecho, son una falta de

entendimiento de los términos. Por ejemplo, imagínese que entrevista a un hombre de 40 años con depresión y quiere determinar cuándo fue su primer episodio:

Entrevistador: *¿Cuántos años tenías cuando te sentiste deprimido por primera vez?*

Paciente: *No lo sé. Siempre he estado deprimido.*

Sospecha que usted y su paciente tienen ideas diferentes del significado de depresión, y cambia su estrategia:

Entrevistador: *Sólo para aclarar: no me refiero al tipo de tristeza que todos experimentamos de vez en cuando. Estoy tratando de entender cuándo fue la primera vez que tú sentiste lo que clínicamente se denomina depresión, y con ello me refiero a que estabas tan decaído que eso afectaba de manera importante tu funcionamiento, de tal forma que, por ejemplo, pudo haber interferido con tu sueño, tu apetito y con tu habilidad para concentrarte. ¿Cuándo fue la primera vez que experimentaste algo así de grave?*

Paciente: *Oh, eso empezó hace un mes.*



Hacer preguntas III: cómo cambiar de tema con estilo

Conceptos esenciales

- Usar transiciones suaves para señalar algo que el paciente acaba de decir.
- Utilizar transiciones referidas para señalar algo dicho antes en la entrevista.
- Emplear transiciones para introducir otro tema.

Entrevistar a un paciente por primera vez requiere indagar sobre temas muy variados en un breve periodo. Tendrá que cambiar de tema constantemente, lo cual podría resultar molesto y poco amable para ciertos pacientes, sobre todo cuando está hablando de un tema importante emocionalmente. Los entrevistadores hábiles son capaces de cambiar de tema sin distanciarse de sus pacientes, y usan varias transiciones para conducir la entrevista hacia lo que Harry Stack Sullivan (1970) denominó “una investigación colaborativa”.

TRANSICIONES SUAVES

En las transiciones suaves (Sullivan 1970) se señala algo que el paciente acaba de decir para introducir otro tema. Por ejemplo, una paciente deprimida insiste en los conflictos con su marido y sus hijastros; el entrevistador quiere obtener información sobre el historial psiquiátrico de la familia:

Paciente: *John ha sido bueno conmigo, pero no aguanto la forma como su hija espera que yo me vuelque por completo a hacerle la vida más fácil; ¡después de todo, son adultos!*

Entrevistador: *Hablando de familia, ¿hay alguien más en su familia que haya pasado por el mismo tipo de depresión por el que usted está pasando?*

TRANSICIONES REFERIDAS

En las transiciones referidas (Shea 1998) se alude a algo que el paciente dijo con

anterioridad en la entrevista para pasar a otro tema. Por ejemplo, al inicio de la sesión, una paciente deprimida mencionó con brevedad que “no podía aguantar más esta situación”. Ahora, adentrado en la evaluación, el entrevistador quiere evaluar por completo la tendencia suicida:

Paciente: *Mi doctor intentó medicarme por algún tiempo, pero no logró nada bueno.*

Entrevistador: *Antes mencionaste que no aguantabas más esta situación. ¿Alguna vez has pensado que estarías mejor muerta?*

TRANSICIONES INTRODUCIDAS

En las transiciones introducidas se presenta el próximo tema o serie de temas antes de abocarse por completo a ellos. Esta transición inicia casi siempre con una afirmación del tipo: “Ahora me gustaría cambiar un poco el tema...” o “Ahora me gustaría hacerte algunas preguntas diferentes”. Por ejemplo, necesita avanzar rápidamente por los PROS, pero no quiere que el paciente crea que usted le está preguntando sólo porque espera que él esté experimentando de hecho todos esos síntomas:

Entrevistador: *Ahora me gustaría cambiar un poco el tema y hacerte un montón de preguntas diferentes sobre síntomas psicológicos que a veces tiene la gente. Muchos de ellos, podrían no tener que ver contigo, lo que en sí mismo me es muy útil saberlo.*



Técnicas para pacientes reticentes

Conceptos esenciales

- Usar preguntas abiertas y comandos para incrementar el flujo de información.
- Usar técnicas de continuación para mantener el flujo abierto.
- Cambiar a terreno neutro cuando sea necesario.
- Programar una segunda cita cuando todo lo demás falla.

En ocasiones, usted se encuentra con la paciente ideal. Ella está preocupada y ansiosa de hablar. Con brevedad esquematiza los problemas que la llevaron a la cita y luego responde a plenitud todas las preguntas, deteniéndose para su próxima pregunta. Se dará cuenta de que ha obtenido toda la información que necesita en 30 minutos, así que se da el lujo de explorar su historial de desarrollo social a detalle. Se siente como un verdadero terapeuta. Su mente da zumbidos, y ya no puede esperar para desempolvar ese ejemplar de Freud que compró el día que entró a su programa de entrenamiento, pero que no ha tenido tiempo de revisar desde entonces.

Por lo regular, de hecho, su paciente va a estar en medio de los extremos del espectro de flujo de información. O no dice suficiente o dice demasiado, y no es su culpa. El paciente promedio no tiene forma de saber qué información es y no es importante para el diagnóstico de un psiquiatra. Educar al paciente y dirigir la entrevista apropiadamente es su tarea.

PREGUNTAS ABIERTAS Y COMANDOS

Puede usar preguntas abiertas y comandos para incrementar el flujo de información. Las primeras no pueden responderse con un simple “sí” o “no”.

¿Qué clase de síntomas ha causado tu depresión?

¿Qué clase de cosas ha hecho usted cuando se ha sentido maniaco?

Los comandos abiertos son preguntas modificadas ligeramente para que suenen más directivas.

Dime qué tipo de síntomas has tenido.

Describe algunas de las cosas que ha hecho mientras estaba maniático.

CASO CLÍNICO

La paciente era una mujer de poco más de 30 años de edad que había sido admitida en el hospital luego de una sobredosis. Estaba infeliz de haber sido internada de manera involuntaria, y al principio estaba reticente al responder preguntas.

Entrevistador: *Entiendo que consumiste una sobredosis de tu medicamento la semana pasada.*

Paciente: *Ajá.*

Entrevistador: *¿Qué crees que estaba pasando? (Una pregunta abierta.)*

Paciente: *No lo sé. (Lo que no lleva a ningún lado.)*

Entrevistador: *¿Te sentías deprimida?*

Paciente: *Quizá.*

Entrevistador: *Háblame un poco de cómo te estabas sintiendo. (Un comando abierto.)*

Paciente: *No hay mucho que decir. Tomé las pastillas, eso es todo. (Todavía sin resultados.)*

Entrevistador: *De verdad quiero ayudarte, pero la única forma como puedo hacer eso es entender qué estaba pasando por tu mente cuando tomaste las pastillas. (Educando un poco, combinando con otro comando más específico.)*

Paciente: *Creo que pensé que era buena idea tomarlas. Mi marido me estaba volviendo loca. (Ahora estamos yendo a algún lado.)*

TÉCNICAS DE CONTINUACIÓN

Las técnicas de continuación se emplean para que el flujo se mantenga continuo. Estas expresiones incentivan a los pacientes a continuar revelando información sensible:

Continúa.

Ajá.

Sigue con lo que estabas diciendo sobre...

¿En serio?

¡Vaya!

Con frecuencia se combinan con lenguaje corporal facilitador, como movimientos de cabeza, contacto de miradas constante, sosteniendo el mentón con el índice y el pulgar, y respuestas faciales emocionales al material. Por lo general, cuanto más espontánea y

genuina sea su respuesta a los pacientes reticentes, más probable será que los desarme.

TERRENO NEUTRO

Algunas entrevistas inician mal y se deterioran con rapidez. Por ejemplo, podría tener la experiencia de entrevistar a un paciente que se distancia más a medida que sus preguntas se hacen más “psiquiátricas”. Si esto sucede, trate de cambiar el tema a otro no psiquiátrico, con la intención de deslizarse a su territorio una vez que haya logrado la confianza del paciente.

Una vez entrevisté a un estudiante universitario que fue referido por su decano para evaluación psicológica, luego de haber dicho que se mataría si no le daban una mejor calificación en un curso. Era un participante reacio; se había presentado sólo porque lo habían amenazado con suspenderlo si no lo hacía.

Luego de los primeros 5 minutos de la entrevista, quedaba claro que no estaba interesado en hablar sobre lo que estaba pasando por su mente, así que cambié a un terreno más neutral.

Entrevistador: *¿Qué te parece la Universidad X?*

Paciente: *Está bien. Tiene un buen departamento de letras inglesas.*

Entrevistador: *¿En serio? ¿Alguna clase interesante en particular?*

Paciente: *El rey Lear y el mundo moderno.*

Entrevistador: *Hace tiempo que leí al respecto. ¿Cómo se relaciona el rey Lear con el mundo moderno?*

Paciente: *Todo se trata de dinero y poder. Todo el mundo abusa del rey Lear porque tiene toda esa tierra para repartir. Es lo mismo con los cabilderos en Washington, o con los profesores en una universidad.*

Entrevistador: *¿Es la forma en que sucede en tu colegio?*

Paciente: *Por supuesto. Los profesores se sientan en sus oficinas, gordos y felices, y los estudiantes no significan nada para ellos. A menos que logren que seas su esclavo.*

Esto condujo a una conversación sobre la frustración con la escuela, que a su vez llevó a que revelara la extensión de sus síntomas depresivos.

SEGUNDA ENTREVISTA

Cuando todo lo demás falla, tal vez tenga que agendar una segunda entrevista. Si no tiene ningún progreso con su paciente, no importa cuántos trucos de entrevista utilice, puede que tenga que cortar la entrevista con comentarios del tipo:

¿Por qué no nos detenemos por ahora y nos volvemos a reunir la semana que viene [o mañana, si se trata de pacientes internados]? Eso te permitirá pensar en el tipo de cosas que te están perturbando, y podemos partir de allí.

He hecho esto múltiples veces, y el paciente está más dispuesto en la siguiente entrevista. No estoy seguro por qué funciona esto. Quizá transmitir el mensaje de que acepto su reticencia, paradójicamente, los incentiva a que se abran o tal vez se sientan avergonzados de no responder preguntas dos veces consecutivas.

Por supuesto, para terminar la entrevista, usted debe sentirse cómodo con respecto a que el paciente no está en un riesgo inminente de suicidarse o de cualquier otra conducta peligrosa.



Técnicas para pacientes que hablan demasiado

Conceptos esenciales

- Usar preguntas cerradas o de selección múltiple para limitar el flujo.
- Perfeccionar el arte de la interrupción cordial.
- Educar al paciente sobre la necesidad de continuar con la entrevista.

Un hombre no busca encontrarse a sí mismo en el agua que fluye, pero sí en agua. Pues sólo aquello que puede mantenerse en calma puede transmitir calma a otros.

Chuang-tzu

Era el fin de un día largo en la clínica de crisis; tomé el último historial médico. Hice pasar a la paciente, una mujer de mediana edad, a la sala de entrevista. Era bien educada y se conducía socialmente con propiedad; sonrió con calidez al sentarse. Una buena señal, pensé. No parecía el tipo de persona que requiriera ser hospitalizada, que es un proceso extenuante y que consume mucho tiempo.

“¿Cómo puedo ayudarle el día de hoy?” pregunté.

“Estoy tan feliz de haber venido ahora”, respondió. “No puedo explicarle cuán terrible es mi vida. A veces pienso que no vale la pena continuar. Todo comenzó hace 21 años, cuando mi primer marido –un alcohólico bastardo, un completo mujeriego, alguien con quien nunca debí haberme involucrado, y no lo habría hecho si mis padres no se hubieran negado a cada chico que conocían–... y le puedo decir, no era ningún día de campo crecer en Westchester, porque incluso, aun cuando el salario promedio es de medio millón, tratan a sus hijos como basura.”

Un torrente de información vino a continuación. Por una hora, batallé para dirigir sus historias circunstanciales y divagantes, y llegar al meollo del asunto.

El problema con pacientes que hablan demasiado es cómo limitar el flujo de la información sin parecer insensible o impaciente. Cox et al. (1988), en un estudio experimental de técnicas de entrevista, halló útil las siguientes técnicas para “pacientes que se expresan demasiado”:

- Preguntas cerradas y de selección múltiple.
- Redireccionar preguntas a otro tema.
- Estructurar afirmaciones sobre información necesaria, procedimientos clínicos, o

ambos.

En general, encontraron que un “estilo enérgico y altamente controlado” era útil en limitar a pacientes que hablaban demasiado, sin alejarlos.

USO DE PREGUNTAS CERRADAS Y DE SELECCIÓN MÚLTIPLE

Aunque las preguntas abiertas deben emplearse con la mayoría de los pacientes, van a tender a incrementar la locuacidad de pacientes circunstanciales. Con dichos pacientes, las preguntas abiertas podrían dar como resultado algo como:

Entrevistador: *¿Cómo ha estado durmiendo?*

Paciente: *No muy bien, aunque quién sabe... ¿Usted cree que yo he llevado la cuenta de lo que he dormido, teniendo que atender a cada uno de mis hijos, con problemas diferentes, un niño al día, y con llamadas del trabajo para preguntarme cuándo voy a regresar, y...*

Las **preguntas cerradas** buscan respuestas breves de “sí” o “no” o se refieren a un rango limitado de posibles respuestas. Entonces,

¿Ha estado durmiendo normalmente en la última semana?

es una pregunta cerrada, porque puede responderse con un “sí” o un “no.” La siguiente pregunta sobre el sueño también es cerrada:

¿Cuántas horas de sueño tuvo anoche?

Aunque la interrogante anterior no puede ser respondida con un “sí” o un “no,” se refiere sólo a un número limitado de respuestas, desde “nada” hasta “12 horas”.

Las **preguntas de selección múltiple** limitan las respuestas a un rango mayor que las cerradas. Incluyen una lista de opciones de posibles respuestas a las preguntas, de manera que dan al paciente una guía del nivel de precisión esperado. A veces son útiles para indagar sobre síntomas neurovegetativos de depresión:

¿Cómo ha estado su apetito en las últimas semanas?

¿Mejor que normal, peor que normal o normal?

¿Qué tipo de problema de sueño tiene? ¿Problemas para conciliar el sueño? ¿Se despierta durante la noche? ¿Se levanta demasiado temprano en las mañanas?

Una crítica común a las preguntas de opción múltiple es que podrían sesgar al paciente a una de las respuestas preconcebidas. Cox et al. (1981b) examinó este problema y encontró que los pacientes no estaban sesgados en sus respuestas, y que las

preguntas de opción múltiple producían respuestas claras y pertinentes.

Por lo general, deberían incorporarse a lo largo de la entrevista preguntas cerradas y de opción múltiple para tomar las riendas y dirigir a un paciente que habla demasiado o alguno con quien se tuviera que cubrir demasiado terreno en poco tiempo, como en una evaluación en un consultorio de urgencias. Hay que ser juicioso al recurrir a este tipo de preguntas, porque algunos pacientes pueden llegar a distanciarse a causa de ellas, y se corre el riesgo de convertir un paciente locuaz en uno irreversiblemente reticente.

EL ARTE DE LA INTERRUPCIÓN CORDIAL

Aunque interrumpir al paciente podría parecer descortés, no se le hace ningún favor al dejarlo divagar tanto que no quede tiempo suficiente para llevar a cabo la evaluación. En algunos casos se tiene que tomar control de la entrevista activamente. Si se puede lograr esto con sensibilidad, se evitará que el paciente se distancie. En mi experiencia, los pacientes con un estilo circunstancial y divagante están tan acostumbrados a que los interrumpan, de modo que apenas se intimidan si se les interrumpe; de hecho, a veces parecen agradecerlo, en especial si están incrementando sus niveles de ansiedad o enojo, como producto de su flujo de pensamientos.

La interrupción cordial también se denomina “afirmación redireccional” (Cox et al. 1988), y viene en diferentes formas.

En la **interrupción empática** se añade una afirmación que manifieste empatía para disminuir el golpe:

Puedo darme cuenta de que esta situación te ha resultado difícil. ¿Has estado bebiendo recientemente para poder soportarlo?

En la **interrupción dilatoria** se reafirma al paciente que su tema es importante y que le gustaría retomarlo después:

Me puedo dar cuenta de la intensidad con que sientes los problemas de tu hija en la escuela, y es algo de lo que podemos hablar luego, pero justo ahora necesito preguntarte sobre los signos de depresión que estás experimentando. ¿Tu apetito era normal en todo este asunto?

Por supuesto, hay una nota de empatía en esa interrupción dilatoria.

La **interrupción educativa** incorpora una afirmación estructuradora con la que se educa al paciente sobre el tipo de preguntas que quedan por hacer, y la presión de tiempo bajo la cual se está trabajando. Casi siempre esto se hace sólo luego de que se ha echado mano de las otras dos interrupciones varias veces sin ningún resultado.

Lo siento, pero te tengo que interrumpir de nuevo. Nos quedan 20 minutos y tenemos que cubrir mucho territorio, incluyendo tu historial de tratamiento, tus antecedentes familiares y tu historial médico, y quiero asegurarme de que tengamos tiempo al final para hablar sobre algunos cambios de medicamento. Me puedes ayudar respondiendo las preguntas directamente, sin apartarte del tema central. ¿Qué te parece?

O bien:

Es importante que yo sepa más sobre cómo has estado comiendo y durmiendo, de tal forma que pueda decirte si estás sufriendo de una depresión clínica, así que tal vez continúe interrumpiéndote para obtener la información importante.

O, simplemente:

En verdad tenemos que cubrir mucho territorio en la siguiente media hora, así que voy a tener que hacer muchas preguntas. Esto podría significar que en ocasiones te interrumpa, ¿de acuerdo?



Técnicas para pacientes que simulan

Conceptos esenciales

Descartar simulación en caso de:

- Pacientes bajo régimen de discapacidad.
- Pacientes en proceso legal relacionado con su condición psiquiátrica.
- Pacientes en busca de una receta para una sustancia controlada durante la primera entrevista.

A medida que usted vaya acumulando más y más años de experiencia, se va a ir dando cuenta de que algunos de sus pacientes simulan sus síntomas para obtener ganancias secundarias. Nadie sabe qué tan común es esto, y seguramente no lo es tanto, pero va a tener que saber reconocer dichos pacientes y “expulsarlos”. Este capítulo ofrece algunas técnicas.

Antes de iniciar, conviene aclarar que es importante no confundir una simulación con un “trastorno ficticio” o síndrome de Munchausen. Este síndrome implica la autoaflicción de dolor o heridas sin ninguna ganancia secundaria alcanzada. Dichos pacientes podrían sentirse impulsados por motivaciones psicodinámicas inconscientes, y aunque ellos, como los simuladores, mienten sobre sus síntomas, el tratamiento es diferente, porque el síndrome de Munchausen representa un conjunto de síntomas psiquiátricos reconocibles en sí mismo, mientras que el simulador solamente miente, así de sencillo.

CASO CLÍNICO

Un hombre soltero de 34 años se presentó luego de haber sido referido por el departamento de salud de los empleados de su empresa manufacturera. Se veía algo desaliñado y se lanzó en una narrativa sobre una situación laboral, diciendo: “Todo comenzó el 6 de junio, cuando este capataz me llamó a su oficina.” Al empezar a describir su historia, alisté mi bolígrafo y el sujetapapeles. Respondió a mi movimiento con una reacción de sorpresa dramática, y luego explicó: “No sé qué es, pero empezó desde ese día en junio.” Lo invité a explicar, y describió a detalle una serie de eventos que lo llevaron a su actual discapacidad mental de corto plazo, incluyendo fechas específicas y los nombres de todos los actores involucrados. Durante la revisión de los síntomas psiquiátricos, cuando le pregunté sobre su memoria y concentración, afirmó:

“No puedo recordar nada desde junio; ni si quiera puedo leer”.

Obviamente hay una serie de pistas que apuntan a la simulación en este caso. La “reacción de sorpresa” fue exagerada hasta el punto de parecer una convulsión, y los problemas de concentración que describió quedaban en entredicho con su descripción talentosa y su habilidad para describir los eventos “traumáticos” del trabajo. Terminó por equivocarse al responder a cualquiera de los medicamentos usualmente útiles para síndrome de estrés postraumático (SEPT), y una vez que fue aprobado para una discapacidad de largo plazo, dejó de venir a las consultas. El *golpe de gracia* fue la falta de pago de sus cuentas ¡por bancarrota!

El primer paso para diagnosticar de manera correcta una simulación es tener un índice alto de sospecha de que existe. Todos los pacientes que se describen a continuación representan advertencias de posibles simulaciones:

- Cualquier paciente bajo régimen de discapacidad, bien sea por trabajo o por un seguro público.
- Cualquier paciente inmiscuido en un pleito legal relacionado con una enfermedad mental.
- Cualquier paciente que, pronto en la consulta, señala que espera terminar la cita con una receta para algún medicamento controlado.

No es mi intención parecer despiadado; en mi experiencia, la mayoría de los pacientes en régimen de discapacidad de verdad es discapacitada, y los procesos legales con frecuencia son le gítimos. Hay que tener levantadas las antenas contra la simulación con este tipo de pacientes, así rara vez se caerá en el engaño.

PISTAS DE ENTREVISTA PARA LOS SIMULADORES (Y ESTRATEGIAS PARA RESPONDER)

La historia es simplemente demasiado perfecta

Todos los síntomas son revelados en orden del DSM-5 casi perfecto. La cualidad de los síntomas es de libro de texto, en el sentido de que se presentan como si se hubiera leído sus descripciones más que como si se hubieran experimentado.

Estrategias sugeridas: tenga cuidado de no “guiar” a estos pacientes a través de los síntomas como lo haría con otros pacientes nuevos por el interés en el tiempo. Mantenga las preguntas abiertas. Si sospecha que están intentando vender un diagnóstico, hágalos perder el equilibrio preguntándoles algo sobre lo que es improbable que hayan leído mucho, por ejemplo: “¿Tuvieron tus padres algunos de estos síntomas SEPT?” Dependiendo de lo que sea la respuesta, actúe levemente sorprendido, diciendo: “¡Qué extraño! En mi experiencia es muy inusual que los padres de alguien con SEPT también hayan tenido lo mismo; ¿estás seguro?” El simulador va a intentar alterar su respuesta

para acomodarla mejor a sus expectativas: “Bueno, eso es lo que mi hermano decía; yo siempre pensé que eran bastante normales, y no creo que hayan visto alguna vez a un psiquiatra”.

La historia es demasiado vaga

Si usted parece demasiado instruido en sus preguntas (¡lo cual espero que suceda luego de leer este capítulo!), muchos pacientes simuladores se van a preocupar de que en cualquier momento van a “echarlo a perder” y revelar su engaño. Dichas personas pueden recurrir a responder preguntas de manera tan vaga que *no puedan* equivocarse; por ejemplo: “Es difícil decir cómo he estado durmiendo; últimamente ha habido mucho ruido fuera de mi ventana, y algunas veces, cuando me despierto, no puedo precisar cuánto tiempo he dormido.”

Estrategia sugerida: haga preguntas extremadamente cerradas para hacer precisiones (véase p. ej., el [capítulo 8](#)). Si eso no funciona, proceda a plantear preguntas con guías obvias, como: “En mi experiencia, los pacientes con ataques de pánico tienen estremecimiento en los labios, ¿le ha pasado eso?” Si las respuestas vagas anteriores de pronto se hacen precisas, por medio de esa inducción, tiene una pista bastante grande que señala una simulación.

Los síntomas no son realistas

El doctor Philip Resnick, un psiquiatra forense con especialidad en evaluar pacientes que simulan, enfatiza la importancia de entender las características usuales de los síntomas psiquiátricos y compararlos con las descripciones de los pacientes. Por ejemplo, en casos de inimputabilidad, los acusados suelen afirmar que unas voces les dijeron que cometieran actos ilegales.

Por ejemplo, el doctor Resnick señala que estudios de alucinaciones auditivas genuinas muestran que “de 66 a 88% de los pacientes reporta que las voces provienen de fuera de su cabeza; sólo 7% de las alucinaciones auditivas son vagas o inaudibles”. Es más, señala que “las alucinaciones auditivas son intermitentes, en vez de continuas. Un tercio de los pacientes que tienen alucinaciones reporta recibir órdenes; la mayoría de las personas que recibe alucinaciones de órdenes no siempre las obedece”. Y mientras que un tercio de las alucinaciones auditivas viene en forma de preguntas, por lo común son punitivas, y no búsquedas de información (Shea 2007).

Cuando sospeche que un paciente simula, use esta información para formular con cuidado preguntas detalladas sobre la naturaleza de las alucinaciones de los pacientes.

Entrevistador: *¿Por qué es tan difícil para ti dejar de robar en tiendas?*

Paciente: *Estas voces me ordenan hacerlo.*

Entrevistador: *¿Te dicen las voces qué hacer exactamente?*

Paciente: *Sí, dicen: “Entra a la tienda y toma este software”.*

Entrevistador: *¿Están las voces dentro de tu cabeza?*

Paciente: *Sí, son como una parte de mí.*

Entrevistador: *¿Te hacen preguntas?*

Paciente: *Sí, como: “¿Cuánto cuesta?” o “¿A qué hora abre la tienda?”*

En este caso, el entrevistador sospechaba en serio que el paciente simulaba, en especial porque no tenía historia previa de psicosis, antes de su arresto por robar en una tienda.

“Nada funciona, doc”

Si ya se ha establecido que se han probado varios tratamientos estándar y que todos han fallado, esto podría significar simplemente que el paciente tiene una condición de resistencia a tratamientos (lo cual sucede de manera legítima), pero podría representar un esfuerzo continuo de mantenerse en régimen de discapacidad para que continúen llegando los pagos.

Estrategia sugerida: preguntar a fondo sobre medicamentos y ejercicios de psicoterapia le va a dar un mejor sentido acerca de si el paciente de hecho cumplía con el tratamiento (p. ej., como regla de oro, debería establecer por lo menos una duración de 4 a 6 semanas de tratamiento con antidepresivos o por lo menos ocho sesiones de terapia). Si han intentado los tratamientos comunes y no se ha mejorado, asegúrese de ofrecer un tratamiento más agresivo. Dichos ofrecimientos pueden ser muy ilustrativos, como sucedió con uno de mis pacientes que se negó a intentar con varios antidepresivos alternativos, aludiendo a razones vagas. Le expliqué que me sería difícil continuar llenando sus formularios de discapacidad si no aceptaba el tratamiento requerido; esta resultó ser su última visita conmigo.

“Un amigo que tiene lo mismo que yo me habló de algo llamado ‘Klonopin’”

Los que abusan de medicametos controlados tienen que conseguir su suministro de algún lado, y un método favorito es brincar de doctor en doctor hasta que consiguen a alguien que les escribe la receta deseada. Las advertencias al respecto son:

- El paciente pregunta por el medicamento muy temprano en la evaluación.
- El paciente insiste rápidamente que ya ha intentado todas las otras opciones no adictivas, pero o no han funcionado o han causado efectos secundarios intolerables.
- El paciente dice que ha probado el medicamento de un amigo o familiar.
- El paciente tiene historia de abuso de alcohol y drogas.

Estrategias sugeridas: diga: “¿Está consciente de que (fármaco X) es un medicamento muy peligroso y adictivo?” Alguien que busque drogas puede responder de diferentes maneras. Podría hacer un gran show de verse sorprendido y decir: “¿En serio?” Podría

verse inmutado y tranquilo y responder: “Sé que la gente dice que es adictivo, pero nunca he tenido un problema con él”. Ninguna respuesta en particular es diagnóstico de simulación, pero podría orientarle en una dirección o en otra. Otra técnica útil es pedir hablar con los profesionales de la salud tratantes previos, sean doctores de atención primaria, practicantes de enfermería o psiquiatras. Cualquier evasiva o titubeo como respuesta a esta petición enteramente razonable es causa de sospecha.



Técnicas para pacientes adolescentes

Conceptos esenciales

- Involucrar a la familia.
- Superar el síndrome “no sé”.
- Desarrollar una estrategia para preguntar sobre drogas, sexo y problemas de conducta.

No te rías de un joven por sus inclinaciones; sólo está tratando de encontrar, rostro tras rostro, el suyo propio.

Logan Pearsall Smith

Hay tres razones para incluir un capítulo sobre adolescentes¹ en un libro dedicado, por el contrario, a la psicopatología de los adultos: a) el tratamiento de niños y adolescentes es parte de la mayoría de los programas de entrenamiento general; b) a muchos clínicos, primordialmente de “adultos”, se les llama para evaluar a adolescentes, y c) muchos pacientes “adultos” todavía siguen batallando con la adolescencia tardía, que comienza en los últimos años de la adolescencia y se extiende hasta cerca de los veintitantos. Si puede dominar las técnicas de evaluar adolescentes, va a encontrarse utilizándolas en muchos pacientes adultos, de *cualquier edad*.

LA ENTREVISTA EN FAMILIA

La primera entrevista con un adolescente incluirá a un miembro de la familia por lo menos durante una parte de la sesión, y a veces durante toda la sesión. Los adolescentes suelen minimizar y negar sobremanera, por lo tanto en ocasiones se tendrá que entrevistar a la familia por separado para determinar a cabalidad la presencia de un problema. Además, muchos trastornos psiquiátricos de la adolescencia están fuertemente relacionados con asuntos familiares, a veces con una dinámica familiar que contribuye a ellos (p. ej., trastorno negativista desafiante, depresión) y en otros casos, los conflictos familiares son resultado del trastorno (p. ej., trastorno por déficit de atención con hiperactividad [TDAH]). Por último, el tratamiento rara vez es posible sin el consentimiento y cooperación de los miembros de la familia.

¹ Con colaboraciones de David Sorenson, M.D., y Alan Lyman, M.D.

Por ende, para la primera consulta, se debe planear invitar a la familia entera al consultorio del clínico. Por lo común, yo salgo a la sala de espera, saludo al paciente presentándome y le doy la mano, luego miro a la familia, y les digo: “¿Por qué no entramos todos para la primera parte de la hora, y quizá entonces puedo tener un tiempo para platicar con _____ después?”.

Una vez dentro del consultorio, hay que permitir que la familia decida dónde sentarse, y luego callarse y escuchar por un tiempo, igual que como haría con pacientes adultos. Si hay un silencio inicial, puedes comenzar las cosas con preguntas como:

¿Qué nos reúne a todos el día de hoy?

¿Qué tipo de asuntos han estado surgiendo?

o, simplemente,

Muy bien, ¿quién quiere hablar primero?

Casi siempre comienza uno de los padres, y es importante que el clínico preste mucha atención, porque los deseos de la familia podrían ser del todo diferentes de lo que él sospeche o les pueda ofrecer.

CASO CLÍNICO

Una pareja trajo a su hijo de 17 años para una evaluación. En el consultorio, las palabras de la madre fueron: “Quiero que interne a mi hijo por adicción a las drogas”.

El hijo, sorprendido, se volteó hacia ella y dijo: “¿Estás loca?”

Lo que se desarrolló fue que los padres sospechaban que su hijo se drogaba, pero le habían dicho que esta era una terapia de familia para “trabajar unos asuntos de familia.” Las expectativas de la madre eran que el clínico hiciera que un policía se llevara al paciente de su consultorio a unas instalaciones de tratamiento por abuso de sustancias. El clínico explicó que esto no era posible y expuso los criterios legales para la internación involuntaria. Finalmente, el adolescente acordó un tratamiento externo por abuso de sustancias y depresión.

Es necesario permitir por lo menos 5 minutos de libertad de expresión, en los cuales simplemente se escucha a los miembros de la familia discutir su percepción del problema. Además de darle pistas al clínico sobre posibilidades de diagnóstico, esto le permitirá entender el estilo comunicativo y las dinámicas de familia. Luego de haber escuchado unos cuantos minutos, el médico va a querer abordarlos con varias preguntas para asegurarse de los elementos de antecedentes psiquiátricos y sociales. Es importante

asumir una actitud neutral para no parecer que se está asumiendo la posición de los padres. Si los padres están hablando sin cesar sobre el paciente (o viceversa), haga un comentario corrector, del tipo:

Todos, obviamente, tienen muchos sentimientos sobre este asunto, pero es importante que yo tenga la oportunidad de escuchar el punto de vista de todos sin mucha interrupción.

Luego de un periodo, el clínico querrá hablar con el adolescente a solas.

Fue un placer reunirme con ustedes, ahora me gustaría hablar con Matthew sobre algunas cosas. Luego, nos volveremos a reunir para discutir sobre lo que hemos hablado.

ENTREVISTAS INDIVIDUALES

Estrategias de preguntas iniciales

¿Cuánto tiempo debe dedicarse a la entrevista individual? No hay ninguna regla escrita sobre piedra. Una hora entera de discusión individual puede ser lo apropiado para un adolescente de 14 años sensible y refinado que sufre de depresión, mientras que un adolescente de 17 años enojado e indispuesto con un trastorno de conducta puede que no tolere estar a solas con el clínico más de 5 minutos. Cuanto más involucrado y locuaz parezca el paciente, mayor será la cantidad de tiempo que se apartará para la entrevista individual.

Los clínicos que pasan la mayor parte del tiempo con los adultos con frecuencia se paralizan cuando se encuentran en el consultorio solos con su paciente adolescente. ¿Qué le dices a un quinceañero, que podría sentirse muy incómodo y avergonzado, sobre todo ahora que sus padres ya no están allí?

Se quieren evitar silencios incómodos en la conversación lo más que se pueda, lo cual podría involucrar que usted hable más de lo que está acostumbrado. Cierta nivel de autorrevelación podría ser aceptable, para favorecer la compenetración. Se puede comenzar con algunas afirmaciones que liberen la tensión, por ejemplo:

Muy bien. Ahora voy a escuchar tu lado de la historia. Tenemos media hora más o menos para hablar confidencialmente. Espero que te sientas cómodo contándome tu versión de lo que ha estado pasando en la casa.

Si la discusión familiar estuvo intensa, conviene reaccionar a eso de alguna manera:

¡Vaya!, las cosas se pusieron intensas; ¿qué piensas de eso?

Hay que recordar que los adolescentes podían no tener ninguna experiencia previa con profesionales que hacen ese tipo de preguntas muy personales. Por ende, podría ayudar el comenzar con un comentario semejante a:

¿Te importa si te pregunto algunas cosas personales? Podría tener que preguntarte algunas cosas que te podría incomodar responder; y no tienes que responder si no quieres hacerlo.

En algún punto de la entrevista, hay que mencionar los límites de confidencialidad. Conviene afirmar lo que se dice en términos de “preocupación”:

No diré nada de lo que me digas a tus padres, a menos que esté muy preocupado de que tu vida esté en peligro.

Luego, antes de traer de regreso a la familia, es importante preguntar:

*¿Hay algo que no quieras que le diga a tus padres?
¿Está bien si le cuento a tus padres sobre estas cosas?*

Si dicen “sí”, se hace seguimiento con:

¿Quieres decírselo tú o quieres que yo lo haga?

De esta forma se maximiza el sentido de control del paciente.

El síndrome de “no sé”

A los adolescentes les cuesta trabajo describir sus estados emocionales internos. A veces es porque no quieren verse vulnerables; otras, porque su vocabulario emocional está poco desarrollado. Por ende, hacer preguntas directas sobre sentimientos llevará, probablemente, a este tipo de comunicación:

Entrevistador: *¿Te has sentido deprimido?*

Paciente: *No sé.*

Entrevistador: *¿Te has sentido enojado?*

Paciente: *No sé.*

Entrevistador: *¿Cómo te has sentido?*

Paciente: *Bien, supongo.*

¿Cómo se puede superar el síndrome de “no sé”? Una forma es darle al paciente el permiso de no responder:

Mira, si en verdad no sabes algo, no hay problema. Pero si no quieres decirme algo, eso también está bien. Simplemente di “no quiero decirlo”.

Otra estrategia es hacerle la pregunta de la “mosca en la pared”:

Si yo fuera una mosca en la pared cuando entras en tus estados de ánimo, ¿qué vería?

o, una variación ligera de la misma

¿Cómo se vería tu amigo si se viera como tú en uno de tus estados de ánimo?

Estas preguntas invitan al paciente a describir su conducta, una proposición menos amenazante que describir un estado subjetivo.

Una tercera estrategia es apoyarse en el mecanismo de defensa de desplazamiento. Habría que preguntar al paciente si tiene algún amigo con problemas:

¿Tienes amigos que estén en problemas? ¿Qué está pasando con ellos?

Esto podría conducir a una discusión elaborada de las actitudes antisociales y suicidas de algún amigo, que podría incluso ser autobiográfica.

Temas por cubrir

Con frecuencia, el truco con los adolescentes es ponerlos a hablar, más que pedirles que revelen información personal. La mejor estrategia es adoptar una actitud de curiosidad y respeto; el sentido del humor siempre es un plus.

La mayoría de los adolescentes está interesada en música, así que este es tan buen lugar para empezar como cualquier otro.

¿Te gusta la música? ¿Quién te gusta?

Es probable que el entrevistador nunca haya oído de su banda favorita. En ese caso, podría responder:

No tengo la menor idea de qué tipo de música es. A mí me gusta el jazz y, aunque me avergüenza admitirlo, también Barry Manilow.

Si el clínico es anticuado y disparatado, y muchos de quienes tienen más de 30 años lo son, hay que admitirlo. Esto desarma a la mayoría de los adolescentes, y es mejor que intentar la pose del “cool.”

Preguntas sobre la escuela y otras actividades

Otras preguntas que ayudan a que un adolescente impenetrable se abra se refieren a la escuela, amigos e intereses. Cada línea de investigación puede también funcionar como punto de partida para preguntas de diagnóstico.

¿A qué escuela vas?

¿Qué tal es esa escuela?

¿Es divertida?

¿Es fácil?

¿Cómo son los otros chicos allí?

¿Con quién te juntas?

Luego de hablar sobre estas cuestiones no amenazantes, hay que preguntar sobre calificaciones. Si sus calificaciones son bajas o si se ve decepcionado de éstas, se hace seguimiento con esta interrogante:

¿Siempre han sido así tus calificaciones o han cambiado recientemente?

Un cambio en las calificaciones podría señalar el inicio de una depresión o que está involucrándose en abuso de sustancias. También podrías preguntar:

¿Hay algunas materias que sean difíciles?

El DSM-5 clasifica los trastornos de aprendizaje bajo las categorías tradicionales de lectura, escritura y matemáticas, de modo que es posible detectar una pista de un trastorno de aprendizaje con estas preguntas. Sin embargo, a los niños se les diagnostica con discapacidad para el aprendizaje mucho antes de que lleguen a la adolescencia.

¿Qué haces al salir de la escuela?

¿Tienes alguna actividad extracurricular, como deportes o algún club?

¿Qué es lo que más te gusta hacer?

Además de ser buenas preguntas para que el paciente se abra y establecer una relación de autoconfianza, también son útiles para descartar depresión. El aislarse de actividades sociales es una de las características comunes de la depresión en adolescentes. Por el contrario, es menos probable que estén deprimidos los pacientes que demuestran un interés y emoción claros por *cualquier* actividad.

¿Cuántas horas de televisión ves en promedio durante una noche entre semana?

¿Cuántas horas pasas en la computadora?

Esto es otra indicación de qué tan socialmente involucrado está el paciente.

Preguntas sobre drogas y alcohol

Las técnicas que se expusieron en el [capítulo 4](#) son útiles para comunicar una actitud no juzgadora cuando se pregunta sobre el uso de drogas. Por ende, es posible recurrir a la normalización:

He escuchado que se bebe mucho y se consume mucha droga en tu escuela. ¿Conoces a alguien que use drogas? Se lee en el periódico que 90% de los niños consume drogas hoy en día. ¿Tú alguna vez has consumido drogas?

o bien, una expectativa de síntoma:

¿Qué tan frecuentemente te tomas un trago?

¿Qué drogas usas?

Otros pacientes responden bien a una pregunta directa:

¿Bebes o consumes drogas?

Preguntas sobre sexo

Aunque preguntar sobre sexo es importante cuando se entrevista a adolescentes, debe usarse el juicio y el sentido común para determinar cuándo tales preguntas son apropiadas. Si la relación de autoconfianza es débil, tal vez se desee posponer dichas preguntas para una visita de seguimiento, o podría decidirse no tratar el tema en absoluto. Es de crucial importancia que el paciente *no* vea las preguntas sobre sexo como ociosas o de intención pervertida, sino como un componente esencial de la evaluación psiquiátrica. La historia sexual es importante por diversas razones médicas y psiquiátricas, incluyendo determinar el riesgo de SIDA, descubrir algún historial de abuso sexual y evaluar la presencia de alguna manifestación en el área sexual como síntoma de depresión, manía, abuso de sustancias u otro trastorno.

Una buena forma de aproximarse a este tema incómodo es comenzar hablando sobre “romance”, en vez de “sexo”.

¿Tienes alguna relación romántica?

¿Cuánto tiempo has estado viendo a esta persona?

¿Cómo se llama?

¿Qué te gusta de ____?

Ahora que se le ha dado rostro humano a la relación, se puede introducir el tema del sexo:

¿Te sentirías cómodo si habláramos de tu vida sexual?

¿Eres sexualmente activo?

¿Usas protección?

¿Sabes algo del SIDA?

¿Haces cosas sexuales de las que luego te arrepientes, como no usar protección o tener relaciones con personas que no conoces del todo?

Otra forma de acercamiento al tema de la sexualidad es insertarla en la lista de preguntas relacionadas con la salud:

Quiero hacerte algunas preguntas sobre tu salud:

¿Tienes dolores de cabeza?

¿De estómago?

¿Tienes problemas sexuales?

¿Eres sexualmente activo?

¿Fumas?

¿Usas drogas o alcohol?

Si parece apropiado, se pregunta sobre orientación sexual:

¿Alguna vez te has preguntado si tus sentimientos sexuales son normales?

¿Piensas a veces que tus sentimientos sexuales son diferentes de los de otros niños?

Nótese que en ninguna de estas preguntas hay términos como *orientación sexual* o *identidad sexual*, pues cualquiera de las dos puede confundir o alejar a los adolescentes.

Preguntas sobre problemas de conducta

El trastorno disocial y el negativista desafiante son razones comunes para que a los adolescentes se les refiera con un clínico, por lo que a menudo éste se enfrenta con la tarea de hacer que los pacientes admitan conductas ilegales. Casi siempre, los padres habrán dado esta información durante la discusión en familia. Una buena forma de iniciar la conversación en tales circunstancias es como sigue:

Parece que tu mamá siente que ha habido mucho robo (o cualquiera que sea la conducta que se alegue), y no tengo forma de saber si es verdad, pero si tú estuvieras robando, estoy seguro de que debe haber un buen motivo para ello. ¿Quizá era la única manera en que podías conseguir algo? ¿O quizá tus amigos te retaron a hacerlo?

o, simplemente,

¿Sabes lo que tus padres han estado diciendo sobre lo que tú has estado haciendo?

Si la relación de autoconfianza es buena, y al entrevistador no le importa usar algo de humor, conviene aplicar la técnica de “inducir al alardeo”:

Bueno, he escuchado que eres un excelente ladrón. ¿Qué es lo mejor que te has robado?

Hay que tener en cuenta que estas preguntas no se le plantean al paciente simplemente para que confiese su mala conducta; en cambio, el clínico está interesado en conocer por qué hace estas cosas. ¿Se trata de presión de grupo? ¿O alguna forma de expresar ira contra sus padres? ¿Es un síntoma de un episodio maníaco? Ante una admisión de conducta antisocial, hay que hacer seguimiento con preguntas diseñadas para dirigirse a este tema.



Entrevistas a familiares y otros informantes

Conceptos esenciales

- Tratar de tener algún contacto con informantes, como parte de las primeras evaluaciones.
- Desarrollar una aproximación eficiente para preguntar a los informantes sobre el paciente.
- Prepararse para dar psicoeducación básica a los informantes.

Entrevistar a los informantes del paciente –es decir, sus familiares, amigos, compañeros de trabajo, etc.– es una parte crucial de muchas evaluaciones psiquiátricas, tanto que muchos clínicos no están dispuestos a ver a pacientes a menos que estén de acuerdo en que se lleve a cabo una reunión con un informante en algún punto del tratamiento. En mi experiencia, no siempre es necesario, pero cuando me he interesado en hacerlo, siempre ha contribuido en algo a mi comprensión del paciente.

Antes de adentrarme en sugerencias específicas, me ha sido de gran ayuda pensar en los siguientes tres objetivos para interactuar con familiares y otros informantes:

1. Hágle saber a la familia que no está sola.
2. Apóyela y aliente a los familiares a que le proporcionen información.
3. Transmita esperanza de cambio (adaptado de Mueser and Glynn 1999).

CÓMO ABORDAR EL ASUNTO DE HABLAR CON LOS INFORMANTES

Con frecuencia yo pregunto algo así:

“Como parte de mi evaluación de los pacientes, encuentro útil hablar con alguien involucrado en tu vida. ¿Eso te parecería bien?”

La mayoría de los pacientes va a estar conforme con esto y por lo general se impresionan de que uno se preocupe lo suficiente como para realizar un esfuerzo adicional al hacer su evaluación. Asumiendo que estén de acuerdo, debe averiguar quién es la mejor persona con quien hablar –el padre, la madre, una persona importante, un compañero de cuarto, un amigo, etcétera–.

Algunas veces los pacientes declinan tener un informante como parte del tratamiento, lo cual es, sin duda, su derecho. Pero es benéfico encontrar la raíz de su incomodidad. A veces, es algo que quieren esconder al clínico, como el uso de drogas u otras conductas que se contraponen a su recuperación. Pero otras veces, las razones son entendibles.

CASO CLÍNICO

Desde hace un par de años he estado atendiendo a un hombre de alrededor de 30 años de edad, quien ha mejorado de manera gradual en su tratamiento, aunque continúa quejándose de no sentirse particularmente realizado en su vida, y califica para el diagnóstico de distimia. Aceptó que uno de los asuntos más importantes en su vida era el hecho de que su esposa quería tener más hijos, pero él no. Varias veces, lo he incentivado a que traiga a su esposa a las consultas –no para terapia de pareja, sino para entender mejor la naturaleza de su relación, de tal forma que lo pueda ayudar en la terapia–. Por fin dijo que ella estaría dispuesta a asistir a nuestra próxima sesión. Pero vino solo.

“¿Dónde está tu esposa?”, pregunté sorprendido.

“Lo pensé, y estuve de acuerdo en que podría ayudar que mi esposa asistiera a la sesión. Pero entonces me di cuenta de que este es *mi* tiempo con usted”.

Al final, *mi* aceptación de esta decisión fortaleció nuestra alianza y mejoró la calidad de la terapia.

PREPÁRESE CON UNA LISTA DE PREGUNTAS

Su paciente ha traído a su madre como se lo pidió. ¿Qué tipo de preguntas le va a hacer? Usted podría sentirse presionado, pues esta reunión podría ser la única que tenga con un informante. Por ende, es mejor estar listo con una lista de preguntas.

Igual que al entrevistar pacientes, con los familiares va a querer empezar con una aproximación abierta y luego ahondar con preguntas más específicas.

Con frecuencia yo empezaría preguntando: “¿Cómo crees que le ha estado yendo a Nancy?” Algunos informantes llegarán rebosantes con un tesoro de información específica y útil, pero otros podrían responder más dispersos, con algo como: “Ha estado bien. Algunas veces se pone nerviosa, pero luego se toma sus pastillas de la felicidad y se siente mejor”.

En este caso, el informante no está hablando en su lenguaje clínico y necesita educación sobre el tipo de información específica que está buscando.

Murray-Swank y colaboradores recomiendan la siguiente serie de preguntas para entrevistas a informantes:

1. “¿Qué crees que ha causado estos problemas a [nombre]?”

2. “¿Le ha dado alguien un diagnóstico de los problemas de [nombre]?” (Si les han dicho un diagnóstico, es útil hacer un seguimiento con preguntas del tipo: “¿Qué entiendes por ese diagnóstico?”).
3. “¿Hay cosas que hacen sentir mejor a [nombre]?”
4. “¿Hay cosas que le hagan sentirse peor?”

Este tipo de preguntas permiten enseñarle al informante el tipo de vocabulario que le resulta a usted más útil para rastrear el progreso de su paciente.

De vuelta a nuestro caso de Nancy, la nerviosa, podría decir: “Creo que cuando dices que Nancy ‘se pone nerviosa’, está teniendo lo que nosotros consideramos un ataque de pánico, y que la ‘pastilla de la felicidad’ es Ativán, una medicina para la ansiedad que la ayuda a superar su problema de pánico”. Este tipo de psicoeducación puede al final ayudar a su paciente a entender cuándo tomar de manera apropiada el medicamento, pues la pone a ella y al informante en la misma página.

Los fragmentos de información determinada que quisiera obtener (dependiendo del problema específico) incluyen lo siguiente:

- Tendencia suicida.
- Violencia.
- Habilidad de funcionar en el día a día.
- ¿Van al trabajo?
- ¿Hacen algo o se sientan todo el día en el sofá?
- ¿Duermen?
- ¿Qué comen?
- ¿Se están concentrando bien?
- ¿Han estado así siempre, o es esto un cambio reciente?

Otra forma de organizar las preguntas es intentar precisar un día típico en la vida del paciente.

“Señora Smith, cuando veo a su marido, es sólo por media hora al mes más o menos, veo sólo una parte pequeña de su vida. Comenzando por el momento en que se levanta en la mañana, ¿cómo es un día típico en la vida de su marido?”

QUÉ HACER CUANDO UN INFORMANTE ES DESAFIANTE

A veces, cuando un familiar aparece, lo hace porque no está particularmente feliz con cómo le está yendo al paciente y podría estarse preguntando si es usted competente. Si yo siento que esto es verdad, confronto el asunto de manera directa.

“¿Cómo crees que me ha ido con Nancy? ¿Crees que la he estado ayudando del todo? ¿Soy el mejor doctor para ella? ¿Tienes algunas ideas de cómo la podría ayudar

más?”

Por su puesto, no le hace una consulta sobre el medicamento a un civil, pero se sorprendería de lo que emerge. En una situación yo había tratado a una mujer con una serie de antidepresivos, en ese entonces con citalopram, y pensaba que le estaba yendo razonablemente bien con el medicamento. Cuando su marido vino a la sesión, estaba más que claro que estaba insatisfecho con el tratamiento.

“No creo que le esté yendo muy bien con este medicamento”, dijo. “*Mi* hermana está tomando paroxetina y le está yendo de maravilla”.

Yo no tenía ningún problema con paroxetina –para mí, era uno más de una docena o más de antidepresivos igualmente efectivos–, pero desde el punto de vista psicológico, parecía que era lo que ambos, mi paciente y su marido, querían, así que lo prescribí, y a la paciente le fue bien –sin duda con un componente grande de placebo en juego–.

CUANDO UN INFORMANTE ES “ANTIMEDICAMENTOS”

De vez en cuando, algún paciente me dice que algún familiar está en desacuerdo con el tratamiento con medicamentos. Si creo que el fármaco es efectivo y necesario, insistiré con vehemencia en una consulta con ese informante. A veces, haré una llamada aquí y otra allá con el permiso del paciente.

Con frecuencia, el informante responde a reportes sensacionalistas de los medios respecto de los peligros de los fármacos psiquiátricos, por lo que una reunión breve ayuda a tranquilizar su mente. Otras veces, el informante es firme en que los medicamentos no son el camino, por lo que si siento que el paciente está en buenas condiciones y que le podría ir bien sin los fármacos, concordaré en una disminución gradual. En mi experiencia, en la mayoría de los casos, tanto el paciente como el informante retornan meses después con un pedido para reanudar los medicamentos –pero no siempre es el caso–.

A veces, podría parecer que el informante es “antimedicina”, cuando, por el contrario, está en contra de los fármacos inefectivos.

Por ejemplo, un paciente con trastorno bipolar había pasado literalmente por todos los medicamentos psiquiátricos que yo conocía en mi vida –yo era el último en una larga serie de psiquiatras–. La madre, supuestamente antimedamentos, entró y dijo: “Estoy cansada de que Jack sea un conejillo de Indias. Ustedes, los doctores, continúan metiéndolo en todos estos regímenes de fármacos, y pienso que en realidad lo agotan”.

Le pregunté si alguno de los medicamentos le había funcionado. “El único que en verdad funciona para él es el litio”. De manera paradójica, había discontinuado el litio varios meses antes. Por lo que la informante, que estaba catalogada como “antimedicas”, terminó convenciéndome de que pusiera al paciente de nuevo con un medicamento con un efecto secundario bastante considerable, pero que resultaba ser

muy efectivo.

QUÉ INFORMACIÓN QUIEREN LOS INFORMANTES

En mi experiencia, los informantes vienen a la consulta con una o varias de las siguientes preocupaciones en mente.

- ¿Va a jugar con los medicamentos que han mantenido estable a mi ser querido?
- ¿Me va a culpar por los problemas del paciente?
- ¿Me va a asignar un montón de nuevas responsabilidades?
- ¿Es un doctor competente?
- ¿Va a evaluar *mi* salud mental?
- ¿Es esto terapia de pareja o de familia?

No hay una respuesta específica a estas preocupaciones, pero es útil revisarlas antes de reunirse con su informante. En su conversación podría abordar alguna de éstas para afrontarla.

CÓMO MANEJAR LOS ASUNTOS PRIVADOS EN LA ERA DE LA HIPAA

La Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) le da, de hecho, *más*, y no menos, latitud en compartir la información de su paciente con otros proveedores de servicios de la salud. Una vez que su paciente llena un formulario de la HIPAA, usted tendrá permiso para hablar con terapeutas y otros doctores sin pedir permiso específico en todo momento. Sin embargo, la HIPAA no le permite hablar con los familiares sin su consentimiento. La excepción es cuando la vida del paciente está en peligro.

¿Qué pasa cuando un miembro de la familia *le* llama? ¿Puede hablar con él o ella? Sí, sí puede, siempre y cuando sea sólo receptor de información. Sin embargo, es frecuente que ellos tengan la falsa concepción de que no le pueden hablar salvo por una declaración firmada. Cuando un informante llama, diga: “Puedo escuchar todo lo que tenga que decirme, pero no puedo compartir nada de lo que su esposa me ha dicho sin el consentimiento de ella.”

Yo trato de obtener el acuerdo del informante para decirle al paciente de la llamada telefónica y de lo que me dijo. A veces, el informante tiene miedo de la posible reacción del paciente. Un escenario típico es una esposa que llama respecto de su marido, a quien estoy tratando de manera individual. La esposa me cuenta que su marido ha estado bebiendo más y se ha puesto verbalmente agresivo. Ella tiene miedo de que le informe de la llamada a su marido, y entonces él se vuelva más agresivo. Es obvio que si cree que su

informante está en peligro inminente por su paciente, está obligado a intervenir, sin importar las cláusulas de consentimiento. Sin embargo, en la mayoría de los casos, estas son decisiones de juicio. Si creo que la información es tan crucial que pueda afectar el tratamiento (como la revelación de que el paciente abusa de las drogas), podría insistirle a la informante en que concuerde con que la mencione por su nombre, porque en mi experiencia el paciente descubre de dónde obtuve la información con mucha rapidez.

TRABAJO CON HOSPITALIZADOS

Trabajar con informantes cuando se atienden pacientes internados tiene sus propios retos, y por ende merece una sección aparte en este capítulo. A continuación, presento un caso típico de un informante de alguien internado:

Son las 10:00 a.m., usted ha estado corriendo de aquí para allá en la unidad tratando de terminar pronto su trabajo, porque tiene que estar en la consulta externa a la 1:00 p.m. Mira su ficha y ve que hay ocho pacientes en su lista. Tiene que hablar con todos, reunirse con enfermeras y trabajadores sociales, además de escribir una nota.

Robert Jones es el próximo. Un joven de 23 años fue internado en el hospital hace tres días luego de un aparente intento de suicidio por sobredosis. Pero tras evaluarlo, se siente seguro de que en realidad no es un suicida. Descubre que su sobredosis fue con quince pastillas de clonazepan de 1 mg –casi nada como para ser dañino, en especial al considerar que su prescripción era de 3 mg al día–. La “sobredosis” vino inmediatamente después de una llamada telefónica con su exnovia donde ella se negó a reanudar la relación. Perturbado, ingirió las pastillas y en seguida llamó a su padre y al 911. En 10 minutos, estaba en la sala de urgencias local, y desde allí fue admitido a la unidad psiquiátrica. En el curso de los últimos 3 días, usted y su equipo han decidido que él no era ningún suicida, y desarrollan un plan de tratamiento externo que involucre para referencia una clínica local que integra mejor la psicoterapia con tratamiento psicofarmacológico.

El día de hoy, entra en su habitación para despedirse de él y asegurarse de que entiende el plan para darle de alta. Sin embargo, le sorprende ver a tres personas en el cuarto, que resultan ser sus dos padres y su hermana. La primera pregunta del padre es: “¿En serio lo están dando de alta? ¿Luego de sólo tres días? ¡Intentó suicidarse!”

¿Qué hace? Una reunión larga va a arruinar su agenda –aunque con claridad, la familia merece un contacto significativo con el psiquiatra de su ser querido–. Aunque desde su perspectiva este es uno de una larga lista larga de pacientes a los que debe ayudar, para la familia sólo hay una persona en la lista, su ser querido. Empatizar con la familia le va a llevar en la dirección adecuada para hacer lo correcto.

El camino *erróneo* sería responder: “Lo siento, no tengo el tiempo para una reunión en este momento, pero puedo apartar turno para que hablen con un trabajador social o una enfermera”. Para la familia, el mensaje subyacente es: “no me importa” o “no tengo tiempo para ustedes” o “los problemas de su ser querido no son lo suficientemente

importantes como para ocupar mi tiempo”.

En cambio, no importa qué tan apurado esté, respire profundo, sonría y diga: “Estoy muy contento de que tengamos la oportunidad de reunirnos”. Asegúrese de encontrar un lugar donde sentarse, pues nada dice más la palabra “apurado” que una reunión parados. Luego, explique sus complicaciones de tiempo de modo que se defienda y se disculpe por ello: “Me gustaría que tuviéramos una hora completa para hablar de Robert, pero hoy, por desgracia, sólo puedo hablar con ustedes 10 minutos. De verdad lo siento, pero también creo que podemos hacer mucho para ayudarlos a entender qué está pasando con Robert en esos 10 minutos. Y si tienen alguna otra pregunta, arreglaré una reunión entre ustedes y nuestro trabajador social”.

Psicoeducación

Para ser realistas, ¿qué va a lograr en esos miserables 10 minutos? Primero, va a educar a la familia sobre el propósito y las limitaciones de tratamiento hospitalizado. Las familias por lo general piensan que la hospitalización psiquiátrica debe “responder” a un problema que ha estado corriendo por años. Podrían esperar que venga con el medicamento perfecto y que va a resolver una gran gama de problemas, como asuntos de dinámica familiar, problemas en el trabajo, sociales o en la escuela. Si es así, ellos necesitan que los eduque en las realidades de hospitalizar a un paciente:

“En el pasado, la hospitalización duraba mucho tiempo, a veces muchos meses. Pero en estos días, son breves, y nuestro objetivo es resolver la crisis inmediata y asegurarnos de que los pacientes estén bien antes de irse. También trabajamos duro para montar un buen programa de pacientes externos, porque allí es donde tiene lugar el proceso de sanación –a largo plazo, afuera en el mundo real–”.

Algunos clínicos también mencionan al elefante blanco siempre presente en el cuarto –la compañía de seguros–: “Por desgracia, las compañías de seguros ya no pagan la hospitalización por más que unos días, a menos de que el paciente esté claramente en peligro si se le da de alta”.

Sin embargo, usted no quiere jugar mucho esta carta, pues la familia podría percibirlo como un mensaje de que da de alta al paciente porque no le están pagando.

Aprendiendo de la familia

La psicoeducación es una calle que va en ambos sentidos. ¿Qué tipos de preguntas *le son* más cruciales cuando entrevista a la familia de un hospitalizado? Pues bien, como esta es una crisis mayor, va a querer enfocarse en los detonantes inmediatos y las preocupaciones sobre su seguridad.

“Es importante que yo pueda entender los eventos que llevaron a que internaran a Suzie. Sinceramente quiero escuchar sus opiniones sobre lo que ha estado pasando”.

Con frecuencia, la familia le va a dar una versión bastante diferente de la impresión que tuvo cuando entrevistó al paciente.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 50 años se internó luego de haber entrado a la sala de urgencias diciendo que se quería morir. Dijo que creía que su marido ya no la amaba y que sospechaba que estaba viendo otra mujer. El psiquiatra tuvo una reunión con el marido y con la hija adulta de la paciente al día siguiente.

Entrevistador: *Vicki me dice que está preocupada por su relación.*

Esposo (confundido): *¿Qué quiere decir con “preocupada”?*

Entrevistador: *Me dijo que usted ha estado distante, pasando noches afuera, o incluso viendo a otra mujer.*

El esposo y la hija reaccionaron sorprendidos y negaron con la cabeza.

Esposo: *No he salido por la noche sin Vicki desde el invierno pasado, cuando fui a una fiesta de Navidad del trabajo a la que ella no quería ir. Básicamente estamos juntos para arriba y para abajo.*

Entrevistador: *¿Entonces qué ha estado pasando en los últimos días antes de que ella entrara a la sala de urgencias?*

Hija: *Mamá ha estado diciendo cosas extrañas. Ha estado preocupada por cualquier cosa. Fuimos al centro comercial juntas y no quería entrar a ninguna de las tiendas. Decía que eran peligrosas, que había un “código naranja” y que podía haber terroristas plantando bombas en las tiendas.*

En evaluaciones futuras, resultó que la paciente estaba sufriendo depresión psicótica con alucinaciones paranoicas de que su marido había estado durmiendo con una terrorista.

En resumen, si está evaluando a un paciente en una oficina o en un hospital, no ignore uno de sus recursos más valiosos: la gente que mejor conoce al paciente.



Técnicas para otras situaciones de reto

Conceptos esenciales

- El paciente hostil.
- El paciente seductor.
- El paciente que llora.

Sea firme, justo y comprensivo. Tome las riendas con una mano y un copito de azúcar con la otra.

Elvin Semrad
El corazón de un terapeuta

EL PACIENTE HOSTIL

Cuando un paciente se torna hostil durante la primera entrevista, recuerde que no es su culpa. A menos que usted sea ridículamente incompetente o un verdadero y completo estúpido, verá que el ataque hostil de un paciente no es sino producto de la patología que padece. Las causas comunes de enojo en los pacientes en la primera consulta incluyen psicosis paranoide, irritabilidad debido a depresión o manía y trastorno límite de personalidad. La mejor manera de disminuir la hostilidad es diagnosticar su causa y conforme a eso enfocarse en la intervención.

El paciente hostil y paranoide

El paciente hostil y paranoide está enojado con usted porque le percibe como una amenaza directa, o quizá como parte de una conspiración elaborada. Una buena manera de contrarrestar esta falsa proyección es usar humor autocrítico o una actitud graciosa en general, lo cual es más fácil de lograr. Por lo común, el paciente percibe esta actitud como inconsistente con intenciones malvadas.

CASO CLÍNICO

Una paciente con diagnóstico de trastorno bipolar se internó de manera involuntaria en la unidad de hospitalización por ideas paranoides respecto de su esposo, pues creía que la

quería matar. Desde el inicio de la entrevista fue claro que ella pensaba que había sido internada de manera equívoca y quería irse de inmediato.

Paciente: *¿Cómo me pueden mantener aquí? No tienen ningún derecho. Puedo llamar a un abogado.*

Entrevistador: *Sin duda puedes llamar a un abogado. La razón por la que nosotros...*

Paciente (interrumpiendo): *Puedo llamar a un abogado, pero no va a funcionar, ¿verdad? Todos los abogados son parte de un gran juego, y van a decir lo que ustedes quieren que digan.*

Entrevistador: *¿Qué clase de juego crees que es este? La última vez que revisé, esto era un hospital psiquiátrico.*

Paciente: *Tú sabes muy bien lo que está pasando aquí, y quita esa cara de inocente.*

Entrevistador: *No soy inocente. Me declaro culpable de ser un psiquiatra. Estoy intentando ayudarte. Y si tú crees eso, tengo un puente en Brooklyn en el cual puedes estar interesada.*

Paciente: *¿Qué puente?*

Entrevistador: *Oh, eso es sólo un chiste viejo, un chiste malo. Me he dado cuenta de que tengo que usar el humor para mantenerme cuerdo en este lugar ¿tú sabes, no? Pero es suficiente sobre mí. ¿De qué estábamos hablando?*

Paciente: *De la gente que intenta matarme.*

En este punto, la paciente se abrió de manera significativa, y una conversación productiva se desarrolló. El intento de humor fue lo suficientemente inesperado para obstruir una cadena de pensamientos que se hacía cada vez más hostil.

El paciente irritado y deprimido

Los pacientes deprimidos pueden tornarse hostiles, sin embargo es una hostilidad que recubre el sufrimiento que tienen en el fondo. Una buena técnica es hacer una interpretación más o menos directa, por ejemplo:

Suenas enojado, pero creo que hay tristeza debajo de tu enojo.

Puedo entender cuán enojada puedes estar conmigo, pero me pregunto si no hay algo debajo de esa furia que te esté carcomiendo.

El paciente con trastorno límite de la personalidad

Como en el paciente deprimido e irritable, la furia del paciente límite se sobrepone al dolor. Debido a la inmadurez de sus habilidades de enfrentamiento, él o ella no pueden “sentarse” con su dolor y racionalizar la solución del problema. En cambio, ellos tienden a proyectar y externalizar, lo que da por resultado latigazos que a usted le pueden resultar

muy incómodos. No es fácil mantener la compostura en estos momentos, pero ayuda si puede ver en este enojo una crisis de soledad. Sea compasivo y luche contra la tendencia natural de defenderse o de retroceder a una coraza protectora de indiferencia. Una actitud defensiva sólo sacará más de quicio al paciente, y la frialdad profundizará su sentido de abandono.

En su lugar, procure ser curioso, estar interesado y mostrar proveer cuidado. Las afirmaciones efectivas para con los pacientes con trastorno límite de la personalidad con frecuencia incluyen lo siguiente:

En honor a nuestra discusión, ¿qué crees que acaba de pasar? Estás muy enojada conmigo, y me pregunto de qué se trata ese enojo.

He hecho (o dicho) algunas cosas que te han enfurecido, y espero entender qué es para que podamos dejarlo atrás y dedicarnos al trabajo importante que tenemos para hacerte sentir mejor.

EL PACIENTE SEDUCTOR

Aunque con frecuencia la conducta seductora no se hace aparente hasta las sesiones de seguimiento, es útil tener una idea de cómo responder a los pacientes excesivamente seductores. Para empezar, renueve su compromiso absoluto de nunca involucrarse en el ámbito sexual con ninguno de sus pacientes. Además de romper los códigos de ética profesional, siempre es destructivo, tanto para usted como para su paciente. Cualquier facultativo que se sienta con frecuencia tentado a romper esta barrera debería tener terapia o supervisión o buscar otra carrera.

Esto no quiere decir que no va a tener deseos sexuales hacia sus pacientes. Por supuesto que los tendrá, pero si su compromiso de nunca actuar con base en dichos deseos es absoluto, entonces puede manejarlos al mismo tiempo que ofrece una atención excelente.

El comportamiento seductor viene en dos formas, sutil y descarado. Algunas conductas sutiles incluyen miradas significativas, ropa reveladora o curiosidad excesiva sobre la vida personal del entrevistador. Dicho tipo de conducta puede manejarse de las siguientes maneras:

- Mantenga la relación terapéutica relativamente formal.
- Use el título o apellido del paciente.
- Mantenga la entrevista enfocada en los síntomas presentes.
- Evite la plática casual.

Desvíe peticiones de información personal con afirmaciones como: “El propósito de esta entrevista es que podamos tener un mejor entendimiento de lo que te ha estado perturbando, y de verdad considero que ese debería ser el enfoque”.

Las conductas seductoras descaradas involucran preguntas más directas sobre la disponibilidad del entrevistador y peticiones de ser tocados o abrazados por el terapeuta o

de pasar algún tiempo afuera de la sesión de terapia con ellos. Estas conductas requieren de una respuesta directa y sin ambigüedades que deje claro que dicho tipo de contacto es inapropiado e imposible, y explique por qué. El siguiente caso ilustra este tipo de situación.

CASO CLÍNICO

La paciente es una mujer de aproximadamente 30 años que está en el proceso de divorciarse de su marido. Ha agendado una entrevista de diagnóstico para evaluar su depresión. El entrevistador es un hombre casado de alrededor de 30 años. La situación comienza al final de una entrevista, cuando el clínico ya ha recomendado un antidepresivo.

Entrevistador: *También considero que le va a ser útil ver a un terapeuta.*

Paciente: *¿Puede usted ser mi terapeuta?*

Entrevistador: *No, yo soy un psicofarmacólogo, y yo agendo visitas de seguimiento breves para revisar qué tan bien está funcionando el medicamento.*

Paciente: *Pero usted me agrada.*

Entrevistador (empezando a sentir una pista de seducción): *Eso está bien, porque continuaré vigilando su medicamento, pero creo que usted se beneficiará de ver a un terapeuta en sesiones más frecuentes.*

Paciente (sonriendo seductoramente): *Lo que en realidad quiero es conocer a alguien que sea a la vez mi terapeuta y mi amante.*

Entrevistador: *Espere un segundo. Retrocedamos un poco. Es muy destructivo para los terapeutas o psiquiatras tener otra cosa que no sea una relación profesional con sus pacientes. Eso nunca va a suceder durante nuestro tratamiento, ni tampoco va a suceder con el terapeuta a quien vaya a ver. De lo que usted me ha dicho hoy, puedo ver que se ha estado sintiendo sola, y creo que sería bueno para usted trabajar en reconstruir sus amistades, pero eso va a tener que pasar fuera del tratamiento.*

Al final la paciente aceptó ser referida a terapia y continuar el tratamiento sin ser demasiado seductora.

EL PACIENTE QUE LLORA

Muchos pacientes lloran durante su primera entrevista, y como clínico principiante podría sentirse perdido si esto pasara. Por lo general va a sentir su propio bagaje de emociones en estas situaciones, que podrían variar desde empatía dolorosa hasta ansiedad incómoda. Quizá quiera reaccionar de manera instintiva a como reaccionaría cuando un

amigo cercano o un familiar llora frente a usted, lo cual podría incluir un espaldarazo o un abrazo y palabras reconfortantes. Por lo general, esto es un error en una relación profesional. ¿Entonces qué puede hacer?

El enfoque adecuado variará de paciente a paciente. Cuando un paciente llora, trate de entender el significado de las lágrimas, lo cual no es siempre obvio. Por ejemplo, el paciente que llora al describir una separación marital reciente podría hacerlo por varios motivos, incluyendo un sentimiento de abandono, miedo a dificultades financieras futuras, un sentimiento de fracaso personal y un alivio de que la relación ya acabó.

Cuando un paciente se pone a llorar, recomiendo ofrecer pañuelos desechables, los que siempre debe haber en su oficina, esperando enfáticamente unos segundos, y luego hacer una de las siguientes preguntas:

¿Qué de lo que me estás diciendo es lo más doloroso?

Veo que te sientes muy emocional ahora; ¿a qué se deben tus lágrimas?

¿En qué estás pensando ahora que estás llorando?

También ayuda preguntar sobre la frecuencia del llanto:

¿Has estado llorando mucho por esto?

Es muy común para los pacientes decir que no han llorado hasta ese momento, lo que suele ser una validación de tus habilidades de entrevista.

Si un paciente expresa algún tipo de vergüenza por llorar, valida su llanto con una afirmación como:

Llorar puede ser una buena descarga.

Llora todo lo que tengas que llorar. Es bueno que te sientas lo suficientemente cómoda aquí como para permitirte llorar.

Llorar es una parte importante del proceso de sanar.

Por supuesto, para no dejarlo con la impresión de que llorar es una cosa maravillosa, debo recordarle que las lágrimas indican un dolor emocional inmenso, y debe alertarle por la posibilidad de tendencias suicidas ([capítulo 22](#)).



Psicodinámicas prácticas en la entrevista de diagnóstico

Conceptos esenciales

- Evaluar el nivel de distorsión de la realidad de su paciente.
- Detectar transferencias negativas y dejarlas atrás.
- Identificar los mecanismos de defensa y estrategias de afrontamiento.
- Usar su contratransferencia de manera diagnóstica.

Del psicoanálisis se puede decir que si le da su meñique, pronto tendrá toda la mano.

Sigmund Freud

Mantenerse atento al material psicodinámico puede ayudar al clínico de muchas maneras mientras conduce su entrevista de diagnóstico. Primero, puede incrementar la precisión de su diagnóstico, porque los síntomas con frecuencia son producto de circunstancias de la vida y maneras disfuncionales de responder a ellas. La psicodinámica provee lenguaje preeminente para describir los mecanismos de defensa, y también ayuda a entender cómo usar de manera productiva la contratransferencia hacia los pacientes. Segundo, entender los principios de la psicodinámica ayudará a manejar la entrevista en sí misma, en especial si el paciente tiene una transferencia negativa hacia el entrevistador. Por último, entender los mecanismos de defensa ayudará a diagnosticar los trastornos de personalidad, que se abordan con mayor detalle en el [capítulo 31](#).

DISTORSIÓN DE LA REALIDAD

La distorsión de la realidad suele ser la primera pista de que hay factores psicodinámicos que tienen lugar en la psicología de su paciente. La psicosis es la distorsión extrema de la realidad, pero muchos pacientes no psicóticos también distorsionan la realidad. Algunos ejemplos son la mujer deprimida que se castiga injustamente a sí misma por ser la causante de todas las desgracias en su familia, el narcisista que dice que todos sus terapeutas pasados han estado por debajo del estándar y, por ende han sido inútiles, y la alcohólica que afirma que su marido es un ridículo por criticar sus hábitos de bebida.

Con frecuencia, las distorsiones de la realidad le van a saltar a lo largo de la entrevista. En ocasiones, va a tener que escarbar para hallarlas. En el [capítulo 27](#), sugiero algunas preguntas de chequeo para sacar a relucir la presencia de alucinaciones. En estos pacientes, sin embargo, no estamos hablando de alucinaciones francas; estamos hablando de distorsiones leves. La manera de sacar a relucir las distorsiones es ser curioso sobre cómo los pacientes interpretan las motivaciones de los otros o cómo le dan sentido a los eventos en general.

CASO CLÍNICO

La paciente es una mujer de 25 años con historia de trastorno de pánico con agorafobia y abuso comórbido de alcohol. Hace poco terminó sus visitas al último psiquiatra porque él se negaba a prescribir benzodiacepinas para su trastorno de ansiedad.

Paciente: *El Dr. X dijo: “Absolutamente no. No te daré ningún Xanax”.*

Entrevistador: *¿Qué crees que pasaba por su mente cuando te dijo eso? (Está evaluando su manera de ver el mundo.)*

Paciente: *Si le soy sincera, no tengo idea. Quizá esa es su regla.*

Entrevistador: *¿A qué tipo de regla te refieres?*

Paciente: *Quizá no receta ese tipo de medicamentos para gente como yo.*

Entrevistador: *¿Gente como tú?*

Paciente: *Gente con ansiedad; gente que de verdad lo necesita.*

Entrevistador: *¿Por qué no recetaría medicamentos para gente que lo necesita?*

Paciente: *¿Quién sabe? Quizá ya lo desgastó su trabajo. La mayoría de los “loqueros” lo están.*

La paciente presenta una visión hastiada de los psiquiatras, posiblemente como una forma de reflejar una visión general del mundo como inhóspito. De manera alternativa, sus afirmaciones podrían reflejar el mecanismo de defensa de la proyección, en la que la paciente niega su propio enojo por ser privada de un medicamento adictivo y lo proyecta en su psiquiatra, quien de pronto le parece un sádico porque no prescribe los medicamentos a las personas que lo necesitan. Cualquiera que sea la naturaleza de su distorsión, puede estar seguro de que usted, no estará exento de ella, y podría comenzar por preparar sus propias estrategias para prevenir conflictos futuros. Esto podría incluir hacer afirmaciones que demuestren un entendimiento de su forma de ver el mundo:

A medida que te escucho, suena como si hubieras recibido una y otra vez la fea cara de la vida. No me sorprendería si asumieras que lo mismo te va a pasar aquí.

Una vez que detecte la distorsión de la realidad, determine cuál mecanismo de defensa o transferencia está en juego.

TRANSFERENCIA NEGATIVA

Cuando dos personas se encuentran, en realidad hay seis personas presentes: cada hombre como se ve a sí mismo, cada hombre como el otro lo ve y cada hombre como realmente es.

William James

En la transferencia, el paciente recrea de manera inconsciente una relación pasada y la transfiere a la relación presente; esto no representa necesariamente un problema en la entrevista inicial. Su paciente podría tener una transferencia positiva hacia usted, en donde le recuerde a una persona que admiraba, como su madre, lo que ocasiona que le atribuya en forma automática todo tipo de cualidades maravillosas. Sólo siéntese y disfrútelo.

La transferencia negativa, sin embargo, puede ser problemática, en especial cuando involucra furia. Su paciente pudo haber sido tratado con negligencia o abuso a lo largo de su vida, y espera que usted no sea diferente. Busque transferencias negativas cuando haya un sentimiento de tensión. Quizá su paciente haga comentarios con enojo o preguntas provocativas. Quizá responda con puros monosílabos a sus preguntas.

En la psicoterapia psicoanalítica, la transferencia negativa de hecho se saca a la luz, porque su interpretación es la columna vertebral del tratamiento. Sin embargo, casi siempre es contraproducente en la entrevista diagnóstica, así que la mejor manera de manejarla es identificarla y hacer un comentario empático para neutralizarla. Aunque no hay una forma sencilla de saber cómo hacer estos comentarios –más allá de la práctica, práctica y más práctica– la siguiente lista contiene algunas afirmaciones comunes (en *italicas*), hechas por pacientes durante la entrevista diagnóstica. La mayoría de estas afirmaciones reflejan transferencia negativa o alguna forma de mecanismo de defensa. Todas estas afirmaciones tienden a desequilibrar a los entrevistadores novatos.

Los posibles significados ocultos se mencionan después de cada afirmación de un paciente; se hace énfasis en que *son posibles*. A veces, dichas afirmaciones no tienen ningún significado oculto y son una afirmación de hecho. Por ejemplo, podría verse aburrido durante la entrevista y, de hecho, estar aburrido. Si el paciente está haciendo una observación acertada, no intente interpretar el comentario. Esto sería deshonesto e injusto para su paciente. Además, los significados ocultos que se mencionan son sólo ilustrativos. Esto no quiere decir que los pacientes en realidad quieran decir lo que yo sugiero. Usted debe interpretar cada comentario de manera individual, con base en el conocimiento que tiene del paciente en particular.

En general, las respuestas posibles son maneras de moverse más allá de la afirmación negativa, de tal forma que pueda proceder el trabajo de la entrevista diagnóstica. Note que esta es una aproximación muy diferente de la que utilizaría si estuviera aplicando una terapia psicodinámica.

No eres un doctor particularmente útil.

Significado oculto posible: *No le he importado nunca a nadie y tú no eres una excepción.*

Possible respuesta (mientras afirma empáticamente con la cabeza): “¿Sabes algo? No es la primera vez que oigo eso, y cuando no le soy útil a un paciente siempre me pregunto: ‘¿Cómo puedo ser más útil? Porque sinceramente quiero ayudar.’” (Esto comunica que de verdad le importa e implica que la alianza terapéutica no va a ser dañada por el comentario de su paciente, e incluso podría verse fortalecida).

Significado oculto posible: Soy un paciente muy especial, y deberías tratarme excepcionalmente bien.

Possible respuesta: “Apuesto a que te sientes decepcionada de no tener un doctor aceptablemente bueno. ¿Es posible, sin embargo, que me estés juzgando antes de tiempo?” (Empatice con el sentido de superioridad herido del paciente, y ofrezca una opción de salida para reparar la relación.)

Usted parece aburrido.

Significado oculto posible: Por supuesto que estás aburrido; soy una persona muy aburrida.

Possible respuesta: “De hecho no estoy para nada aburrido, ¿acaso piensas que las cosas que estás diciendo son aburridas?”

Significado oculto posible: Espero que respondas con amabilidad e inmediatamente a todo lo que te digo; si te mantienes en silencio, debo asumir que sientes algo negativo en mi contra.

Possible respuesta: “En mi profesión, el silencio rara vez significa aburrimiento. Casi siempre significa concentración e interés.”

¿Es eso todo lo que vas a hacer; sentarte ahí en silencio e inclinar la cabeza?

Significado oculto posible: Eres como mis padres, que nunca expresaron ningún interés por mí, que nunca respondieron a nada que yo les dijera.

Possible respuesta: “¿Te resulta poco útil? De hecho tengo mucho que decir, pero por lo general me muerdo la lengua para darles oportunidad a mis pacientes de que cuenten toda su historia. Por lo regular descubro que les ayudo más después de haberlos escuchado y entendido bien.”

¿Qué tipo de preparación y títulos tienes?

Significado oculto posible: Estoy sufriendo mucho, y no estoy seguro de que tú o quien sea puedan ayudarme.

Possible respuesta: (comience estableciendo rápidamente su preparación) “Soy (p. ej., internista, residente) en el (p. ej., nombre de la universidad u hospital). ¿Te preocupa mi capacidad para ayudarte?”

Significado oculto posible: Me han hecho sentir inútil toda mi vida, y quiero hacerte pasar por lo mismo para que veas cómo se siente. (Este es un ejemplo de mecanismo de defensa inmaduro conocido como identificación proyectiva).

Possible respuesta: (Establezca su preparación.) “Pero mi mejor carta de presentación es que estoy aquí contigo; quiero entenderte y ayudarte lo mejor que pueda.” (Aquí demuestra que la autoestima no depende de escuchar de los demás que es eficaz.)

No parece que sepas mucho de lo que estoy hablando.

Significado oculto posible: Estoy enojado contigo por no entenderme implícita y completamente sin necesidad de tener que ser explícito. Quiero que seas a la perfección el padre empático que nunca tuve.

Possible respuesta: “¿Sabes algo? No podría estar más de acuerdo. Es tan difícil para una persona entender a otra. Pero por qué no hablamos un poco más, y yo haré mi mayor esfuerzo.”

¿Eres casado?

Significado oculto posible: Desearía estar casada contigo.

Otro significado oculto posible: Apuesto a que eres casado y que tienes una esposa fabulosa, lo cual

demuestra cuán superior eres y cuán perdedora soy yo.

Possible respuesta (con una sonrisa): “¡Un momento! Pensé que era yo el que debía hacer preguntas aquí”.

Otra respuesta posible: “¿Sabes algo? Me he dado cuenta que empezar a responder preguntas sobre mi vida personal puede entorpecer mi entendimiento sobre ti, ¿y no es ese el punto de reunirnos esta hora?”

MECANISMOS DE DEFENSA Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Cuando surgen las emociones incómodas y desagradables, todos nosotros tenemos formas de disminuir el dolor que causan. Usamos mecanismos de defensa. La clasificación de la [tabla 13.1](#) es una adaptación de la jerarquía de Vaillant (1988) sobre los mecanismos de defensa.

TABLA 13.1. Clasificación de los mecanismos de defensa

Defensas maduras

- Supresión
- Altruismo
- Sublimación
- Humor

Defensas neuróticas

- Negación
- Represión
- Formación reactiva
- Desplazamiento
- Racionalización

Defensas inmaduras

- Agresión pasiva
- Rebeldía (*acting out*)
- Disociación
- Proyección
- Alternancia (idealización/devaluación)

Defensas psicóticas

- Negación de la realidad externa
- Distorsión de la realidad externa

Adaptado de Vaillant, G. E. (1988). Defense mechanisms. En A. M. Nicholi, Jr. (Ed.), *The New Harvard Guide to Psychiatry* (p. 81). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mecanismos de defensa principales

A continuación, hay definiciones breves y ejemplos de diferentes mecanismos de defensa. Los ejemplos aquí presentados son varias maneras de reaccionar de una paciente si, por ejemplo, la abandonó su marido.

Defensas maduras

Las defensas maduras surgen de, y conducen a, la salud psicológica más que de la disfunción.

Supresión

- Definición. La emoción permanece consciente, pero se suprime.
- Ejemplo: “Estoy decepcionada y triste, pero no voy a permitir que estas emociones interfieran con mi vida.”

Altruismo

- Definición. Suprimir la emoción haciendo algo bueno por otras personas.
- Ejemplo: “Voy a ser voluntaria en un refugio para mujeres.”

Sublimación

- Definición. Transformar la emoción en un esfuerzo productivo y a favor de la sociedad.
- Ejemplo: “Voy a empezar a escribir un libro sobre cómo lidiar con la separación.”

Humor

- Definición. Expresar la emoción de una manera indirecta y humorística.
- Ejemplos: “¡Esto es maravilloso! He estado intentando por años deshacerme de 80 asquerosos kilos de más.”

Defensas neuróticas (transicional)

Los mecanismos de defensa neuróticos son menos saludables que las defensas maduras porque tienden a causar angustia psicológica de inmediato, como represión o desplazamiento, o en el futuro, cuando el dolor real resurge con el tiempo.

Negación

- Definición. Negar que la emoción existe.
- Ejemplo: “La separación no me afecta en lo más mínimo.”

Represión

- Definición. Acumular la emoción fuera del estado de conciencia. (Desafortunadamente, la emoción regresa, casi siempre para perseguir al represor de maneras imprevistas).
- Ejemplo: “No me sentí mal en absoluto con que me abandonara, pero en las últimas semanas, he estado teniendo un dolor de cabeza intenso, y no sé por qué.”

Formación reactiva

- Definición. Olvidar la emoción negativa convirtiéndola en su opuesto.
- Ejemplo: “Nos hemos hecho tan amigos desde que pasó. Él es, en verdad, una persona maravillosa.”

Desplazamiento

- Definición. Desplazar la emoción de su objeto original a algo o alguien diferente.
- Ejemplo: “Mi jefe me ha estado sacando de quicio últimamente.”

Racionalización

- Definición. Invención de una razón convincente, aunque por lo común falsa, de por qué *no* te está perturbando.
- Ejemplo: “Había querido hacer cambios en mi vida de todas formas. Esto me está dando el impulso que necesitaba para hacer todas las cosas que había querido hacer.”

Defensas inmaduras

Las defensas inmaduras llevan a un distrés más grave y suelen tener un impacto negativo en otras personas.

Agresión pasiva

- Definición. Expresar furia indirecta y pasivamente.
- Ejemplo: “¡Oh, discúlpame querido! Le di toda tu ropa a la caridad la semana pasada. No pensé que la quisieras.”

Rebeldía (acting out)

- Definición. Expresar la emoción en acciones en vez de mantenerla consciente.
- Ejemplos: El paciente hace llamadas telefónicas acosadoras avanzada la noche.

Disociación

- Definición. “Desconectarse” en vez de sentir el dolor.
- Ejemplo: “La verdad, estuve como ida la semana pasada; mi recuerdo de él

abandonándome se ha tornado confuso.”

Proyección

- Definición. Negar la furia y adscribirla al objeto de la furia.
- Ejemplo: “Estoy convencida de que desde el momento en que me abandonó, ha estado hablando pestes de mí con todos nuestros amigos”.

Alternancia (idealización/devaluación)

- Definición. Describir a la persona que abandona como un ser totalmente malvado en oposición a haberlo visto como todo bueno antes de la separación, por lo tanto, transformar el dolor en furia y acusación.
- Ejemplo: “Siempre supe que era una persona horrible, y esto lo demuestra. Que se pudra en el infierno”.

Defensas psicóticas

Las defensas psicóticas disfrazan la realidad a tal grado que señalan un proceso de pensamiento psicótico.

Negación de la realidad externa

- La definición se entiende por sí misma.
- Ejemplo: “¡Él nunca me dejó!”

Distorsión de la realidad externa

- La definición se entiende por sí misma.
- Ejemplo: “¡Él no me dejó! Se fue por un viaje de negocios. Volverá la semana que viene.”

En la entrevista diagnóstica, identificar los mecanismos de defensa es útil para percibir rápidamente si el paciente tiene un trastorno de personalidad (como es típico en los pacientes que usan defensas inmaduras) y le dan una percepción de pronóstico (a los pacientes que tienden a usar mecanismos de defensa más altos les va mejor que a otros).

Mientras escucha a su paciente con oído psicodinámico, pregúntese lo siguiente:

- ¿De qué manera el paciente parece refugiarse en el dolor psicológico que le comparte?
- ¿Tiende a usar defensas maduras o inmaduras?
- ¿Sus defensas lo sacan de su propia miseria (defensas maduras) o lo hunden más en ella (defensas inmaduras y psicóticas)?
- Si fuera su terapeuta, ¿cuál de sus defensas promovería y cuáles le señalaría como improductivas?

Al final de la entrevista, antes de escribir su evaluación, encontrará útil revisar las defensas (vea la tarjeta de bolsillo en el [Apéndice A](#)) y determinar cuáles pareciera utilizar su paciente. Habitúese a pasar por lo menos unos momentos pensando sobre las defensas que usa su paciente. Esto le ayudará a reconocer mejor las defensas en un futuro.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Los estilos de afrontamiento y los mecanismos de defensa son conceptos similares. Vaillant (1988) diferencia las respuestas de afrontamiento de los mecanismos de defensa: “El afrontamiento –afirma– involucra obtener ayuda de personas apropiadas” y “esfuerzos cognitivos voluntarios como recopilar información, anticipar peligro y practicar respuestas al peligro” (Vaillant 1988, p. 200). Los mecanismos de defensa, por otro lado, son respuestas cognitivas *involuntarias* a factores de estrés que por lo común encajan en alguna de las categorías listadas en la sección anterior.

Piense en los estilos de afrontamiento como una serie de conductas activas y respuestas cognitivas diseñadas para superar el evento estresante. Típicamente va a poder evaluar el estilo de afrontamiento de su paciente al escuchar su padecimiento actual y prestar atención en cómo afrontó la angustia. No es sorprendente que las respuestas de afrontamiento de muchos pacientes psiquiátricos no sean muy efectivas.

¿Cómo respondió su paciente a los problemas principales descritos en el padecimiento actual? Si el problema es depresión, ¿lo afrontó de manera adaptativa, por ejemplo, al contactar a amigos o familiares en busca de ayuda, disminuyendo su responsabilidad por un tiempo, o haciendo algo que sabía que le daría placer, como ver una película o irse de vacaciones? ¿O lo afrontó inadaptadamente, aislándose, al castigar a personas cercanas o por medio de una conducta automutiladora?

Si la ansiedad es un problema mayor, ¿utilizó estrategias de adaptación positivas, como decirse a sí mismo que la ansiedad va a pasar, respirando profundo, yéndose a caminar? ¿O utilizó estrategias más negativas, como visitar excesivamente la sala de urgencias, consumir alcohol o drogas o atracarse con dulces?

Como con los mecanismos de defensa, busca motivar las respuestas positivas de afrontamiento y desincentivar las negativas.

USO DIAGNÓSTICO DE LA CONTRATRANSFERENCIA

La contratransferencia se refiere a una gama entera de emociones que usted puede sentir por su paciente, sean positivas o negativas. Los entrevistadores novatos tienen una tendencia de intentar suprimir o ignorar dichos sentimientos, sobre todo cuando son negativos. No lo haga. Estos sentimientos de contratransferencia representan algunos de

los materiales clínicos más valiosos disponibles. Cualesquiera que sean los sentimientos que su paciente le transmita son sentimientos que probablemente él mismo transmite a otros con quienes se topa en su vida. Conocer esto puede dar un conocimiento poderoso de la naturaleza de sus problemas.

CASO CLÍNICO

Un hombre de 45 años de edad fue internado en la unidad psiquiátrica por depresión e ideación suicida (IS). Había sido despedido recientemente de su trabajo, y se quejaba de estar solo, pues había perdido a la mayoría de sus amigos a lo largo de los años. Yo le hice la entrevista de admisión. El siguiente diálogo tuvo lugar a los 5 minutos.

Entrevistador: *¿Por cuánto tiempo te has sentido deprimido?*

Paciente: *Hace tiempo. Pero dime, ¿no eres acaso sólo un residente?*

Entrevistador (inmediatamente sintiéndome a la defensiva): *Pues sí, soy el jefe de residentes de esta unidad.*

Paciente (achicando los ojos): *Jefe de residentes. Ya veo. Esa es una posición muy política, ¿no es así?*

Entrevistador (sintiéndome cada vez más incómodo y sorprendido con la guardia baja): *No, no diría que es una posición particularmente política. Yo superviso a los otros residentes.*

Paciente: *Sí, pero siempre hay alguien vigilándote por encima, ¿no es así? Si lo hace bien, quizá pueda adquirir un buen trabajo en el departamento. Sé cómo funciona esto. Prefiero hablar con un médico adscrito, alguien que no tenga que estar todo el tiempo mirando sobre su hombro.*

Entrevistador (sintiéndome enfurecido y reprimiendo mi impulso de gritarle y sacarlo a patadas de la oficina): *De hecho, lo va a atender un médico adscrito en la mañana, pero yo necesito hablar con usted brevemente hoy.*

El paciente estuvo de acuerdo y procedió con la entrevista; respondió preguntas con brevedad y desprecio. Al analizarlo un poco más, emergió una imagen de trastorno narcisista de personalidad grave, y mi reacción con contratransferencia sacó a relucir cómo había alejado a todas las personas importantes de su vida, lo que lo llevó a su actual depresión.

El punto es que cuando sienta emociones negativas en contra de un paciente, no actúe con base en ellas. En cambio, analice la conexión posible con la psicopatología de su paciente.

LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA



Obtención de la historia del padecimiento actual

Preguntas esenciales

- ¿Qué ha ocurrido en las últimas semanas que lo hizo venir a la clínica?
- ¿Hay algunos eventos que piense que hayan causado su problema o empeorado?
- ¿Ha buscado tratamiento para este problema?

Tiempo recomendado: 10 minutos.

¿CÚAL ES LA HISTORIA DEL PADECIMIENTO ACTUAL?

La historia del padecimiento actual (PA) es quizá la parte más importante de la entrevista psiquiátrica. Sin embargo, hay desacuerdo respecto de lo que debe implicar. Incluso los clínicos experimentados difieren en cómo enfocarlo. Algunos consideran el padecimiento actual como la “historia de la crisis actual” y se enfocan en las semanas recientes. Tales clínicos comienzan sus entrevistas con preguntas de cómo: “¿Qué ha pasado últimamente como para que hayas venido a la clínica el día de hoy?” Otros inician obteniendo toda la historia del síndrome primario del paciente: “Háblame de tu depresión. ¿Qué edad tenías cuando te sentiste deprimido por primera vez?”. Estos clínicos trabajan desde el pasado hasta el episodio presente.

Los dos enfoques pueden ser útiles dependiendo de la situación clínica. Si un paciente tiene una historia relativamente breve y sencilla, tendría sentido explorarla primero y luego avanzar hacia el padecimiento actual. Si la historia psiquiátrica es larga, con muchas hospitalizaciones y personas que lo hayan atendido, comenzar desde el inicio de su padecimiento podría alejarlo demasiado del problema presente.

El error más común de los principiantes es que pasan demasiado tiempo en el padecimiento actual. Es fácil cometerlo, porque este es el momento en que su paciente comparte la parte más difícil y dolorosa de su historia, e interrumpirlo a la mitad por consideraciones de tiempo podría parecerle una falta de empatía. Por ende, la sugerencia ofrecida en la [sección I](#) sobre preguntas y cambios sensibles de tema es vital. Use estas técnicas para hacer con gentileza que el paciente regrese al padecimiento actual.

En las siguientes secciones se describen técnicas para los dos enfoques más importantes en el padecimiento actual; se deja al clínico la decisión de cuál utilizar con cada paciente.

Enfoque en la historia de la crisis actual

El *American Heritage Dictionary* define crisis como: “Un momento o situación crucial en el transcurso de cualquier cosa; un punto de quiebre.” Al comenzar la entrevista, pregúntese: “¿Ahora qué? ¿Por qué este es un momento crucial en la vida de esta persona? ¿Qué le ha sucedido que lo hizo venir a mi consultorio?” Con frecuencia, las crisis psiquiátricas ocurren en un periodo de 1 a 4 semanas, así que acote sus preguntas iniciales en este periodo.

¿Qué ha estado pasando las últimas semanas que le hizo venir a la clínica?

Hábleme de los focos de estrés que le hayan afectado en las últimas 2 semanas.

Enfoque en la historia del síndrome

De manera alternativa puede iniciar sus preguntas al precisar cuándo recuerda el paciente haber tenido por primera vez señales de la enfermedad.

¿Cuándo comenzaste a tener este tipo de problemas?

¿Cuándo fue la última vez que recuerda haberse sentido perfectamente bien?

Las preguntas que le siguen rastrean el curso de la enfermedad a través de los meses o los años hasta llegar al presente.

Ahora hablemos del episodio actual. ¿Cuándo empezó?

Una de las cosas buenas de este enfoque en el padecimiento actual es que la mayoría de los informes de casos están organizados en este formato –con frecuencia inician de esta manera: “El paciente no tenía ningún problema psiquiátrico hasta la edad de 18 años, cuando se deprimió...”–.



RECOMENDACIÓN: HACER QUE LA ENTREVISTA SEA ELEGANTE O “EL ENFOQUE BARBARA WALTERS”

En el mejor de los casos, una entrevista bien llevada se parece a un baile en que el intercambio entre clínico y paciente fluye sin esfuerzo a lo largo de una hora, dándole la impresión al paciente de que acaba de participar en una conversación fascinante sobre su vida, en vez de una entrevista “psiquiátrica”. Una forma de preparar el escenario para este tipo de experiencias es comenzar la entrevista mostrando un interés y una curiosidad genuinas por el trabajo, los *hobbies* o la vida del paciente, y permitir que éste oriente la discusión hacia los temas clínicos. Imagínese que es Barbara Walters entrevistando a una persona famosa y proyecte esa misma curiosidad intensa en su paciente:

Entrevistador: *Veo en tu hoja de admisión que trabajas para el SAT. ¿En qué*

trabajas?

Paciente: *Estoy en su centro de llamadas de atención al cliente, pero es sólo temporal.*

Entrevistador: *Así que si hablo al SAT para preguntar sobre un formulario, ¿tú podrías contestarme?*

Paciente: *Sí, pero hago muchas otras cosas. Respondo dudas sobre el retorno de impuestos de algún tributario.*

Entrevistador: *Momento, estás bromeando. ¿Si yo llamara y preguntara cuánto dinero debo al fisco, tú podrías darme esa información mientras yo permanezco al teléfono?*

Paciente: *Claro, tenemos disponible toda una base de datos, ¡por lo menos mientras no se cae el sistema! La verdad es que es un buen trabajo, mi primer buen trabajo, pero por lo general me despiden durante el verano, y no sé por qué (la paciente se ve abatida).*

Entrevistador: *Qué mal, ¿por qué te despiden? (La paciente comienza a describir las dificultades que conducen a su actual depresión.)*

EVOCAR UNA NARRATIVA CRONOLÓGICA CON ÉNFASIS EN LOS DISPARADORES

Muchos pacientes brincan de inmediato a una narrativa cronológica de sus problemas cuando los invitan con una de las preguntas precedentes. Si esto sucede, es momento de quedarse callado un tiempo y escuchar. Recuerde, este es su “periodo de exploración” (véase el [capítulo 3](#)), cuando observa, escucha y desarrolla una hipótesis. Sin embargo, si su paciente comienza a divagar entre otros temas y líneas temporales, va a querer reenfocarlo.

Paciente: *Me enojé tanto cuando mi esposa me gritó. Pero ella siempre ha sido así. Cuando iba a la facultad de derecho, me criticaba a cada rato. Tenía que trabajar en la biblioteca hasta tarde en la noche, y ella se negaba a entender.*

Entrevistador: *Me gustaría escucharte hablar de ese periodo luego, ahora enfoquémonos en lo que ha estado pasando en las últimas 2 semanas más o menos. Dijiste que te enfureciste con ella. ¿Qué pasó después?*

Pregúntele específicamente al paciente acerca de los disparadores potenciales de su sufrimiento:

¿Hay algún evento que pienses que haya causado tu problema o que lo haya empeorado?

A veces, el paciente niega que existan disparadores. Esto es cierto sobre todo en

aquellos que ven su enfermedad psiquiátrica desde un modelo médico, quienes podrían responder a la pregunta anterior de la siguiente manera:

No, no puedo pensar en nada que la haya causado. Me está yendo bastante bien en la vida; sólo que continúo sufriendo estas depresiones.

Sin duda, algunas enfermedades psiquiátricas, como el trastorno bipolar, pueden tener vida propia, pero es inusual que los pacientes se descompensen sin algún disparador. Con frecuencia, ellos no asocian eventos particulares con su dolor y simplemente necesitan que les refresquen la memoria. Practique explorar con preguntas sobre eventos específicos que por lo común desestabilizan a los pacientes (Tabla 14.1). Por supuesto, no necesariamente tiene que preguntar sobre cada asunto de la lista. Podría haber indicios por adelantado, obtenidos con anterioridad en la entrevista, de la alta probabilidad de alguno de estos eventos. Mientras se haga estas preguntas, recuerde que correlación no es igual a causalidad. Un evento psicológico estresante podría haber ocurrido en el tiempo de un problema psiquiátrico, y sin embargo no estar relacionado.

TABLA 14.1 Disparadores comunes de los síntomas psiquiátricos

Discusiones con familiares o amigos
Rechazo o abandono
Muerte o enfermedad grave de algún ser querido
Aniversario de un evento negativo, como la muerte de alguien o un divorcio
Enfermedades médicas mayores o deterioro del funcionamiento, producto de la edad
Eventos estresantes en la escuela o el trabajo
Médico tratante en salud mental que se va de vacaciones
Incumplimiento con los medicamentos
Abuso de sustancias

ABORDAR LAS PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO EN FORMA CORRECTA

Uno de los secretos de la entrevista de diagnóstico rápida y eficiente es una gentil tenacidad; cuando un paciente menciona un estado de ánimo depresivo, evalúe inmediatamente la presencia de los criterios diagnósticos de depresión.

Paciente: *Creo que uno de los problemas que he tenido en las últimas 2 semanas es que me he sentido muy decaída.*

Entrevistador: *¿Ese sentimiento ha afectado tu sueño?*

Paciente: *No he podido dormir más de 2 o 3 horas por noche, y al día siguiente, apenas y puedo ir al trabajo. De todas maneras, debería renunciar; es un trabajo*

aburrido.

Entrevistador: *¿Has estado teniendo problemas de concentración en tu trabajo, como producto de tu depresión?*

Aquí, el entrevistador se mantiene sobre el tema de la depresión al escuchar lo que el paciente ha dicho acerca del trabajo (vea el análisis acerca de la transición fluida en el [capítulo 6](#)). Si el clínico no ha estructurado activamente la entrevista de esta manera, el paciente pudiera haber hablado de los detalles del ambiente de su trabajo, lo que sería menos relevante para el diagnóstico de una depresión mayor. Más adelante, cuando se determine los antecedentes personales no patológicos, el entrevistador se referirá a lo que el paciente dijo acerca del trabajo:

Entrevistador: *Al principio mencionaste que tu trabajo es aburrido. ¿Cómo llegaste a esa conclusión? (Observe el uso de la transición referida.)*

NIVELES DE FUNCIONAMIENTO ACTUAL Y PREMÓRBIDOS

El esquema obsoleto de diagnóstico *DSM-IV-TR* incluía un “Eje V” en el que se anotaba el “GAF” de los pacientes, o la evaluación global del funcionamiento, en una escala de 0 a 100. Aunque yo nunca encontré útil asignarle un número específico al funcionamiento (sólo las compañías de seguros estaban obsesionadas con ese número), sí creo que el Eje V era un recordatorio importante para los entrevistadores al preguntar sobre los niveles de funcionamiento actual y de línea base.

Para evaluar el funcionamiento general pregunte sobre los tres aspectos básicos de la vida: amor, trabajo y diversión. El amor incluye todas las relaciones importantes: familia, pareja y amigos cercanos. Además del trabajo asalariado, *trabajo* incluye escuela, actividades de voluntariado y las actividades diarias en las que participan muchos pacientes con trastornos mentales crónicos. *Diversión* se refiere a los pasatiempos y actividades recreativas.

¿De qué manera tu enfermedad ha afectado tu trabajo, tus relaciones, tus ratos de ocio?

Automáticamente, el parafraseo de esta pregunta se dirige al funcionamiento premórbido del paciente. A algunos pacientes les cuesta distinguir la enfermedad psiquiátrica del resto de su vida. Si ese es el caso, va a tener que hacer seguimiento con otra pregunta, para evaluar su funcionamiento de línea base.

Antes de tener estos ataques de ansiedad (o cualquier otro síntoma), ¿cómo te iba en el trabajo?

¿Cómo te iba con tu familia? ¿Y con tu esposa?

¿Qué tipo de cosas hacías para divertirte?

Para pacientes con enfermedades más crónicas, con múltiples exacerbaciones y remisiones, haga el mismo tipo de preguntas sobre los periodos entre las exacerbaciones:

Piensa en la última vez que te sentías en las mejores condiciones, cuando no oías ninguna voz y no te sentías con ganas de morir: ¿Cómo te iba en la vida? (Haga seguimiento con preguntas sobre amor, trabajo y diversión.)

Preguntar sobre el funcionamiento actual en comparación con la línea base es importante en términos del diagnóstico. El ejemplo clásico es la diferencia entre esquizofrenia y trastorno bipolar. En la esquizofrenia, los niveles de funcionamiento del paciente decrecen de manera gradual a lo largo de los meses y los años, mientras que en el trastorno bipolar, el paciente pudo haber estado funcionando drásticamente mejor en las últimas semanas. También, es muy importante determinar la línea base del funcionamiento para establecer las metas del tratamiento. Podría apuntar a ayudar al paciente a lograr los mejores niveles de funcionamiento que ha tenido en los últimos años, por ejemplo.

CASO CLÍNICO

Un residente se encontraba trabajando en una clínica de urgencias psiquiátricas muy concurrida, y entrevistó a una paciente que llegó en ambulancia por conducta psicótica y desorganizada. La paciente era una mujer de 32 años con diagnóstico de “trastorno esquizoafectivo” en el registro del departamento de urgencia anterior. La frase “historia de múltiples hospitalizaciones psiquiátricas” escrita en el historial hizo que el residente asumiera que la paciente era una mujer con un funcionamiento crónico muy reducido, que apenas y podía estar fuera del hospital. Al evaluar su funcionamiento psicosocial, el residente se sorprendió al saber que la paciente había estado trabajando como secretaria en el departamento de investigación de un hospital local hasta un año antes, cuando tuvo la primera de una serie de hospitalizaciones. Esta información hizo que el residente prestara más atención a la posibilidad de un diagnóstico diferente, como el de trastorno límite de personalidad o TEPT, que encajaban mejor en el funcionamiento premórbido de la paciente.

Obtención de la salud mental previa

Preguntas esenciales

Historia del síndrome:

- ¿Cuántos años tenías cuando tuviste estos síntomas por primera vez?
- ¿Cuántos episodios has tenido?
- ¿Cuándo fue el último episodio?

Mnemotecnia para la historia del tratamiento Go CHaMP:

- Preguntas **G**enerales
- ¿Quién es tu **C**uidador médico actual?
- ¿Has estado **H**ospitalizado en instituciones psiquiátricas?
- ¿Has tomado **M**edicamentos para estos síntomas?
- ¿Has recibido **P**sicoterapia?

Tiempo recomendado: 10 minutos.

Existe un riesgo de que la salud mental previa (SMP) se convierta en un ejercicio tedioso de documentación. Usted debe evitar esta situación dándose cuenta de lo vital que la SMP es para sus dos objetivos de establecer un diagnóstico y formular un plan de tratamiento.

Los trastornos psiquiátricos específicos tienen historias naturales específicas, con factores de riesgo, signos prodrómicos, edad de inicio y pronósticos característicos. El obtener una salud mental previa detallada sobre un paciente le permite comparar el curso de la enfermedad con la versión del libro de texto que habla del curso de las enfermedades, lo que incrementa la probabilidad de que haga el diagnóstico correcto.

Con frecuencia, llegarán pacientes que han recibido tratamiento durante muchos años. Una de las razones por las cuales este tipo de pacientes son referidos a psiquiatras expertos es porque éstos son muy buenos en obtener la *historia detallada de tratamientos anteriores*. Además, pueden determinar con exactitud qué es lo que se ha intentado en el pasado y si los tratamientos han sido adecuados. Con esta información presentan recomendaciones sobre lo que se debe intentar la próxima vez. Y pueden hacer todo esto en una o dos sesiones de 50 minutos.

Las complicaciones potenciales a la hora de obtener la salud mental previa son similares a las que asechan durante el padecimiento actual (PA). Al final del proceso,

algunos entrevistadores quedan tan atrapados en las minuciosidades de la salud mental previa que utilizan la mayor parte del tiempo de evaluación en ello, en detrimento de, por ejemplo, la revisión de síntomas psiquiátricos (RSP). Por otro lado, la SMP se convierte en un ejercicio de rutina, que pudiera obtenerse de manera superficial, lo que privaría al entrevistador de la información necesaria para establecer un diagnóstico firme.

OBTENCIÓN DE LA HISTORIA DEL SÍNDROME

Por lo general, el padecimiento actual toma entre 5 y 10 minutos, por lo que al final usted deberá tener algunos diagnósticos provisionales en mente. Su próxima tarea es obtener la historia de estos síntomas. Específicamente, usted quiere saber la edad en que iniciaron, el funcionamiento premórbido y la historia de los episodios subsecuentes hasta el presente.

Edad en que iniciaron los síntomas

¿Cuántos años tenías cuando tuviste por primera vez los síntomas?

Saber la edad en que empezaron los síntomas puede ayudarle a decidir sobre los diagnósticos potenciales; el trastorno de ansiedad inicia mucho más temprano que cualquiera de los otros trastornos o esquizofrenia (Jones 2013).

Funcionamiento premórbido y funcionamiento de línea base

Vea el [capítulo 14](#) para el análisis sobre el funcionamiento premórbido y el funcionamiento de línea base.

Historia y disparadores de episodios subsecuentes hasta el presente

Incluya preguntas sobre la gravedad de los episodios y las exacerbaciones, como también acerca de su duración. A menudo esta información surge mientras obtiene el historial de tratamiento. Por ejemplo, episodios de manía o exacerbaciones de esquizofrenia corresponden, con frecuencia, con hospitalizaciones.

Al igual que con las hospitalizaciones, un método que ahorra tiempo al interrogar sobre episodios es preguntar sobre el primero, el último y el número total de éstos.

¿Cuándo tuviste tu primer episodio?

¿Cuántos has tenido en total?

¿Cuándo fue el último?

OBTENCIÓN DEL HISTORIAL DE TRATAMIENTOS

Cuando pregunta acerca de los tratamientos previos, lo hace, por lo general, para tomar las decisiones respecto de los tratamientos futuros, aunque también para ayudarse a precisar el diagnóstico. Por ejemplo, si el litio fue de ayuda para un episodio afectivo, el trastorno bipolar va a estar en el primer lugar de su lista. Lo que usted quiere saber es qué fue lo que se ha intentado en el pasado y si ha funcionado. La precisión y el detalle son importantes en esto, porque un historial de tratamiento poco riguroso lleva a malas decisiones de futuras terapias. Por ejemplo, los pacientes pueden ser etiquetados erróneamente como “resistentes a tratamiento” con base en los registros que indiquen que muchos medicamentos “se probaron, pero sin éxito.” Al preguntarles con precisión, dichos pacientes pudieran revelar haber tenido tan sólo unos pocos intentos adecuados de medicación.

Sugiero el siguiente formato para obtener el historial de tratamiento:

G	Preguntas G enerales
C	C uidadores médicos actuales
H	Historia de H ospitalizaciones
M	Historia de M edicación
P	Historia P sicoterapéutica

Utilice la mnemotecnia **Go CHaMP** (en inglés: vamos, campeón) para evitar que se le olvide alguna categoría.

No necesariamente tiene que hacer las preguntas en el orden anterior –de hecho, usted va a obtener mucha de esta información durante la averiguación del padecimiento actual–, pero es útil pensar en estos cinco aspectos del historial de tratamiento para que se asegure que no haya pasado por alto ninguna pregunta importante. En algún punto de la entrevista, revise mentalmente si ha obtenido suficiente información sobre cada una de estas categorías.

Preguntas generales

¿Qué tipo de tratamiento has tenido para tu depresión?
¿Qué fue lo más útil?

Los pacientes más abiertos y educados le dirán casi todo lo que necesita saber sobre el historial de tratamiento en respuesta a preguntas generales. Otros pacientes requieren preguntas más específicas:

¿Qué estaba pasando en tu vida en el tiempo en que no sufrías depresión?

En algunos casos, el mejor “tratamiento” para algún paciente en particular fue una relación cercana con alguien o su separación de alguna relación disfuncional. Esto se

puede aprender a partir de una historia detallada, y forma parte de sus recomendaciones de tratamiento.

Actuales cuidadores de salud

Usted tiene que saber a qué médico está viendo en la actualidad. Si es un paciente nuevo, quizá usted sea solamente el único cuidador de salud. Si está entrevistando a un paciente con una enfermedad mental crónica, es probable que él tenga tanto un terapeuta como un psicofarmacólogo, e incluso podría contar con un trabajador social, un terapeuta de grupo y un doctor de atención primaria (un practicante de medicina familiar o un internista) y podría estar recibiendo tratamiento diario o tratamiento en su domicilio.

Historia de hospitalización

¿Alguna vez has sido hospitalizado por algún problema psiquiátrico?

En el caso de pacientes que hayan sido hospitalizados múltiples veces, no se preocupe en recabar los nombres de cada hospital ni las fechas de cada admisión; esto podría tomarle los 50 minutos enteros. En su lugar, averigüe cuándo fue la primera y la última ocasiones en que fue hospitalizado, y más o menos cuántas veces se le ha ingresado en su vida. Si un paciente ha tenido muchas hospitalizaciones, trate de averiguar si están concentradas alrededor de años específicos. Algunos pacientes tendrán al inicio varias hospitalizaciones en el curso de sus trastornos, debido a que entonces tenían poco conocimiento de sus problemas y no cumplían con los medicamentos. Con el pasar de los años, sus hospitalizaciones pudieran haberse espaciado mucho más. Por otro lado, el patrón opuesto pudiera aparecer, en el que un trastorno afectivo empeora con la edad. Considere las hospitalizaciones como indicadores de la gravedad de la enfermedad.

¿Cuándo fuiste hospitalizado por primera vez?

¿Cuántas hospitalizaciones has tenido en tu vida?

¿Cuántas veces te han hospitalizado en el último año?

¿Cuándo fue tu última hospitalización?

Además de hacer estas preguntas, por lo general es útil preguntarle a su paciente por qué ha sido hospitalizado:

En general, ¿qué tipo de cosas ocasionaron que necesitara estar en un hospital?

Recuerde que sus suposiciones sobre las razones para una hospitalización podrían ser erróneas, como lo ilustra el siguiente ejemplo.

CASO CLÍNICO

Un paciente con esquizofrenia dijo que lo habían hospitalizado muchas veces en los últimos 2 años. El residente supuso que era por descompensación psicótica, pero cuando se lo preguntó, supo que la mayoría de las admisiones había sido por desintoxicación de alcohol. Esto lo alertó para que obtuviera un historial de abuso de sustancias mucho más completo que el que había planeado.

Historia de medicación

El límite más importante en la biodisponibilidad de la medicación no tiene que ver con la farmacodinámica o la farmacocinética, sino con el incumplimiento de los pacientes.

Dr. Ross Baldessarini
Jefe de Farmacología
McLean Hospital

¿Has tomado medicamentos para la depresión?

Documente en lo posible todos los medicamentos que ha utilizado el paciente. Muchos pacientes no recuerdan los nombres de los genéricos o quizá sólo recuerden cómo se veía la pastilla o el efecto secundario que causaba. Resulta obvio que, cuanto más sepa de los nombres, las formas y los efectos secundarios de los medicamentos, más eficiente será al obtener esta historia. Considero muy útiles las aplicaciones de los teléfonos inteligentes como Epócrates, porque tienen fotografías de los medicamentos, lo que ayuda a los pacientes a identificarlos. Se han publicado varios libros que enseñan acerca de la psicofarmacología básica para psicólogos y trabajadores sociales, que no son doctores en medicina, y recomiendo que se familiarice con esta información.

¿Por cuántas semanas tomaste tu medicamento?

Muchos fármacos psiquiátricos tardan varias semanas en tener el efecto terapéutico. Los antidepresivos tardan entre 4 y 6 semanas. Los antipsicóticos tardan de una a 2 semanas o más, dependiendo de la situación clínica. Por ende, la sola documentación de que un paciente haya intentado un medicamento en particular no significa que lo haya empleado de manera *correcta*.

En este punto, es adecuada una pregunta de normalización:

Con frecuencia, la gente no necesariamente toma sus medicamentos todos los días, sino de vez en cuando, dependiendo de cómo se sienten. ¿Es este tu caso?



RECOMENDACIÓN: ¿QUÉ TAN PRECISOS SON LOS PACIENTES CUANDO RECUERDAN TRATAMIENTOS ANTERIORES?

Un estudio fascinante examinó esta pregunta clínicamente relevante pero poco explorada (Posternak and Zimmerman 2003). Un evaluador independiente entrevistó a 73 pacientes que habían sido tratados en una clínica psiquiátrica escolar por un promedio de 3.5 años.

Después de la entrevista, los investigadores revisaron las tablas clínicas para determinar qué tan exactos habían sido los pacientes al recordar sus pruebas antidepresivas. ¿El resultado? Les fue muy bien, en general, recordaron 80% de los tratamientos de monoterapias (medicamentos únicos) de los últimos 5 años. Sin embargo, sólo recordaron 26% de los tratamientos de potenciación (p. ej., cuando se agrega un segundo medicamento para potenciar la respuesta del primero). *Nadie pudo recordar* los tratamientos de potenciación que se extendieron 2 años. En conclusión, su paciente va a recordar con precisión los medicamentos que se han intentado sólo si el régimen era simple, pero aquellos que probaron combinaciones de medicamentos son mucho menos confiables.

CASO CLÍNICO

Un residente estaba haciendo una evaluación psicofarmacológica a una mujer de 46 años, casada, con varios años de historia de depresión y ansiedad. Durante el historial de tratamiento, la paciente afirmó que había tomado varios antidepresivos de distintas clases con un mínimo de efectividad. El residente le hizo una pregunta de normalización sobre si había tomado medicamentos de manera consistente; ella respondió que los había tomado sólo cuando se sentía ansiosa, lo cual variaba desde todos los días hasta una vez cada 2 semanas. De hecho, el residente no fue capaz de documentar ni un solo tratamiento de *ningún* antidepresivo; por ende, se enfocó en educar a la paciente en la necesidad de tomar los medicamentos de manera consistente.

Historia psicoterapéutica

En los últimos años, las psicoterapias se han diseñado para hacerlas cada vez más dirigidas a trastornos específicos; la evidencia de su efectividad se ha hecho irrefutable (Barlow 2014). Además, ha quedado claro que la psicoterapia puede tener efectos secundarios negativos, como en el caso de los medicamentos. Por ende, es importante obtener la historia psicoterapéutica.

¿Has recibido alguna vez consultas o terapia por causa de tu problema?

¿Con cuánta frecuencia veías a tu terapeuta?

¿Por cuánto tiempo lo/la viste?

Estos parámetros básicos de frecuencia de las sesiones y de duración del tratamiento no suelen ser amenazantes y son fáciles de obtener.

¿Qué tipo de terapia tuviste?

¿Tenía algún nombre, tipo “terapia cognitiva”, “terapia de conducta” o “terapia psicodinámica”?

Lo más probable es que su paciente no sepa el nombre de la terapia que recibió.

Usted puede compensar esto describiendo la terapia.

- ¿Se enfocaba tu terapeuta en “pensamientos automáticos” que te generaban ansiedad o depresión?*
- ¿Te asignaba tareas entre sesiones?*
- ¿Te pedía que practicaras cosas que te causaban ansiedad? (Para terapia cognitivo-conductual)*
- ¿Tu terapeuta se enfocaba en las experiencias de tu infancia y en cómo éstas afectaban tu vida actual? (Para terapia psicodinámica).*

También puede hacer preguntas más abiertas:

- Sin caer en detalles, dime ¿en qué tipo de cosas se enfocaba en la terapia?*
- ¿Su terapeuta era psicólogo, psiquiatra o trabajador social?*

Saber esto podría, o no, ser de ayuda. Por ejemplo, un paciente podría decir que tenía un terapeuta, cuando la verdad es que estaba viendo a un psiquiatra una vez al mes en citas breves. Lo más probable es que este caso haya sido de administración de farmacología más que de psicoterapia.

- ¿Qué te parecía el trabajo con tu terapeuta?*
- ¿Fue útil la terapia?*
- ¿De qué forma fue útil?*

Esta información es particularmente valiosa al evaluar si es apropiado brindar más terapia en su caso.

- ¿Cómo abandonaste el tratamiento?*

La forma como un paciente abandonó un tratamiento dice mucho sobre cómo lo veía, y lo puede ayudar a planear el que usted tenga pensado para él. Algunos pacientes, por ejemplo, tienen historia de terminar terapias simplemente no volviéndose a presentar a la próxima sesión. Otros podrían haber terminado de forma turbulenta; otros más podrían haber terminado “al pie de la letra,” pero continúan sintiendo tristeza o emociones ocultas y enojo hacia el terapeuta.

Descarte de condiciones médicas generales

Preguntas de descarte

Mnemotecnia **MIDAS**:

- ¿Está tomando algún **M**edicamento ahora?
- ¿Tiene alguna enfermedad (*Illness*) diagnosticada?
- ¿Tiene algún **D**octor de atención en primer nivel?
- ¿Ha tenido alguna vez **A**lergias, reacciones o efectos secundarios a algún medicamento?
- ¿Ha tenido alguna cirugía (*Surgery*)?

Interrogatorio por aparatos y sistemas.

Tiempo recomendado: 3 minutos.

Hay dos razones primordiales para preguntar sobre la historia médica de pacientes psiquiátricos:

- **Para descartar padecimientos médicos.** Muchos pacientes psiquiátricos, en particular aquellos con esquizofrenia en sistemas de salud pública, pasan por seguimientos de mala calidad, tanto porque son indigentes, como porque sus trastornos psiquiátricos los llevan a un cumplimiento deficiente de las consultas (Hall et al. 1980). Por ende, tienen un alto índice de condiciones médicas no diagnosticadas. Si estas condiciones afectan su estado psiquiátrico o no, el clínico les haría un gran favor al descartar condiciones médicas para las cuales no han recibido tratamiento.
- **Para descubrir enfermedades médicas que causen trastornos psiquiátricos.** Varias enfermedades médicas y fármacos provocan síndromes y empeoran los padecimientos preexistentes (David and Fleminger 2012). Esta es una sección conveniente de la entrevista para preguntar acerca de dichas enfermedades.

Si usted desarrolla el toque **MIDAS**, nunca se le va a olvidar preguntar sobre la historia médica:

Medicamentos.

Historia de la enfermedad (*Illness*).

Doctor de atención en primer nivel.

Alergias.

Antecedentes quirúrgicos (*Surgical*).

Medicamentos

Obtenga una lista de fármacos, incluyendo los que tratan las condiciones médicas generales. Asegúrese si el paciente los ha estado tomando como se le prescribió.

Historia de enfermedades médicas

Puede comenzar con preguntas de descarte, por ejemplo:

¿Tiene usted algún problema médico?

¿Has tenido algún padecimiento médico?

Sin embargo, un problema común con esta estrategia ocurre cuando el paciente responde que “no” sin pensar mucho en ello, como ilustra el siguiente caso.

CASO CLÍNICO

A una mujer de 36 años con historia de varias hospitalizaciones por depresión se le preguntó si tenía algún problema médico, a lo que respondió que “no”. Luego, cuando el residente preguntó qué medicamentos tomaba, enumeró una serie de psicotrópicos y después dijo: “Y también tomo levotiroxina” A lo que el residente replicó: “Pensé que no tenía problemas médicos.” Entonces, la paciente respondió: “No los tengo, antes sufría de hipotiroidismo, pero eso se resolvió con la levotiroxina.”

Doctor de atención en primer nivel

En el caso clínico anterior, las preguntas sobre enfermedades recabaron información inválida. Una forma de incrementar la validez de sus interrogantes del historial médico es primero preguntar al paciente si es tratado por otro doctor.

¿Ves a algún doctor con regularidad?

¿Para qué te está tratando?

Al referirse a una relación con otro doctor, va a estimular la memoria del paciente con respecto a diagnósticos y tratamientos del pasado. También obtiene información sobre el carácter del paciente:

Entrevistador: *¿Ves a algún doctor con regularidad?*

Paciente: *Sí, veo a uno en la clínica. Eso no quiere decir que mi caso a él le importe un bledo.*

Este tipo de afirmaciones se exploran con más detalle y son una pista de los aspectos del carácter que podrían interferir con el tratamiento, como aspectos pasivo-agresivos o derrotistas.

Mientras esté enfocado en ello, pregúntele al paciente si puede usted contactar al doctor para compartir información. Hablar sobre el paciente con su médico de atención primaria le ayudará a cerrar la evaluación, a la vez que ofrecerá información útil al doctor que refirió al paciente con usted.

Alergias

La pregunta de descarte usual es:

¿Eres alérgica a algún medicamento?

Esto podría funcionar, pero de nuevo hay desventajas. Ciertos pacientes tienen un entendimiento idiosincrático de lo que es una alergia. Algunos quizá piensen que usted se refiere a reacciones alérgicas graves, como un broncoespasmo, y por ende podrían responder negativamente, incluso cuando tienen reacciones alérgicas leves. Además, podrían no darse cuenta de que usted está interesado en saber cualquier reacción a los medicamentos, y no sólo las alergias *per se*. Es mejor preguntar:

¿Has tenido alguna vez alergias, reacciones o efectos secundarios a los medicamentos?

Una paciente podría decir que es alérgica a un número de medicamentos que sólo producen reacciones alérgicas verdaderas en ocasiones raras, como los neurolépticos y antidepresivos. Si es así, averigüe la naturaleza de la alergia.

¿Qué tipo de reacción sufrió con ese medicamento?

Si la respuesta de su paciente es vaga, haga algunas sugerencias con base en su conocimiento de los efectos del fármaco:

¿El haloperidol le provocó espasmos musculares? ¿Causó que sus manos temblaran o que su cuerpo se moviera con lentitud?

Cuando usted documente alergias en su informe, especifique la naturaleza de la reacción. Por ejemplo, anotar que un paciente quizá sea “alérgico a los neurolépticos” resulta impreciso, y podría implicar que nunca más se le ofrezcan neurolépticos, incluso

cuando podría beneficiarse de ellos. Una afirmación más precisa sería: “El haloperidol le causa distonía”. Esto deja abierta la posibilidad de que se intente con otros neurolépticos.

Antecedentes quirúrgicos

Es importante preguntar específicamente acerca de las cirugías pasadas; muchos pacientes no dan esta información de manera automática cuando se les pregunta sobre los “problemas médicos,” quizá porque fue hace demasiado tiempo o porque no consideran que una operación representaba un problema médico en sí mismo.

CASO CLINICO

Un hombre de 54 años de edad con depresión profunda había mencionado la gastritis como su único problema médico. A la mitad de la entrevista, señaló: “me divorcié de mi esposa en el 84 más o menos, justo después de que me quitaron una parte del páncreas”. En una exploración más profunda, el paciente consideró que esa operación fue un parteaguas en su vida, ya que él tomó la decisión de dejar de beber en ese momento y mantenerse sobrio desde entonces.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

El propósito de revisar los síntomas es anotar problemas médicos que se le hayan olvidado al paciente al responder las preguntas MIDAS. No hay consenso respecto de si es necesario hacer una revisión de síntomas para cada paciente. Las preguntas MIDAS podrían pasar por alto síntomas menores que pudieran indicar un problema mayor, como tos esporádica que señala un cáncer de pulmón. Pero la revisión de los síntomas toma mucho tiempo, y muchas clínicas de salud mental de todas formas refieren a sus pacientes a un internista para exámenes clínicos.

TABLA 16.1. Revisión breve contra revisión completa de los síntomas

<i>Revisión de los síntomas</i>	<i>Paciente</i>	<i>Razón lógica</i>
Breve	Joven; clase media o alta	Estadísticamente, menos problemas médicos; buen seguimiento con los médicos
Completa	Anciano; enfermo mental crónico	Estadísticamente, más problemas médicos; seguimiento pobre con los médicos

Este es un punto medio. En seguida se esbozan dos aproximaciones a la revisión de los síntomas, una revisión breve de síntomas (1 minuto) y una más extensa (5 minutos) (Tabla 16.1). Cuál de las dos es mejor depende del paciente y del lugar clínico.

Tanto la revisión de síntomas breve como la completa comienzan con preguntas sistémicas y continúan en orden de cabeza a pies, lo que las hace fáciles de recordar y le asegura que no se le vayan a olvidar preguntas importantes.

Revisión breve de los sistemas

Voy a preguntarle si tiene problemas en varias partes del cuerpo, comenzando por la cabeza y terminando por los pies. ¿Algún problema de jaquecas o convulsiones epilépticas? ¿Problemas de la vista o del oído? ¿Problemas de olfato, de boca o garganta? ¿Problemas de la tiroides? ¿Problemas con sus pulmones, como tos o neumonía? ¿Problemas del corazón? ¿Problemas del estómago como úlceras o estreñimiento? ¿Problemas al orinar? ¿Problemas en las articulaciones? ¿Problemas al caminar?

Revisión extendida de los sistemas

General

En general, ¿te sientes saludable?
¿Tienes problemas en las articulaciones o en la piel? (podría indicar lupus sistémico).
¿Sufres de hemorragias excesivas o anemia? (la anemia provoca depresión).
¿Sufres de diabetes o problemas de la tiroides? (La diabetes provoca letargo; problemas de la tiroides causan depresión o manía.)
¿Has tenido cáncer?
¿Tienes infecciones, como VIH o tuberculosis (TB)? (El VIH se asocia con muchos trastornos psiquiátricos; TB puede presentar depresión.)

COONG, acrónimo de Cabeza, Ojos, Oídos, Nariz y Garganta

¿Tienes dolores de cabeza? (pudieran ser causa de un tumor cerebral).
¿Has tenido alguna vez una lesión en la cabeza? (los traumatismos craneoencefálicos provocan condiciones neuropsiquiátricas).
¿Problemas con la visión o la audición??
¿Ves o escuchas cosas de las que los demás no se percatan? (permite preguntar convenientemente sobre fenómenos psicóticos de una forma que no es amenazante).
¿Te sangra la nariz?
¿Percibes olores que otras personas no? (a veces es señal de epilepsia del lóbulo temporal).
¿Cómo están tus dientes?
¿En ocasiones te duele la garganta?

Cardiovascular y respiratorio

¿Tienes problemas del corazón?
¿Tienes dolores en el pecho; sientes palpitaciones en tu corazón?
¿Tienes presión alta?
¿Te falta a veces la respiración? (enfisema, enfermedad de la arteria coronaria).



NOTAS

Diferencie el ataque de pánico de la enfermedad de la arteria coronaria; descarte insuficiencia cardiaca congestiva como la causa de letargia y fatiga, que pudieran ser diagnosticadas por error como depresión. Busque pistas para diagnosticar la presencia de cáncer de pulmón, el cual puede simular la anorexia y la pérdida de peso por la depresión.

- ¿Toses excesivamente? (cáncer de pulmón).*
- ¿Respiras con dificultad? (asma).*

Gastrointestinal

- ¿Presentas náusea o vómito frecuentemente?*
- ¿Alguna vez te has provocado el vómito? (filtro del comportamiento de purgas).*
- ¿Tienes problemas para tragar?*
- ¿Tienes estreñimiento o diarrea?*
- ¿Has notado algún cambio en tus heces?*



NOTAS

Descarte cáncer de colon o de estómago; diagnostique síndrome de intestino irritable, que con frecuencia se acompaña de quejas psiquiátricas. Las respuestas a estas preguntas facilitan la decisión sobre la medicación (p. ej., usted va a querer evitar un antidepresivo tricíclico en pacientes con historia de estreñimiento).

Genitourinario y ginecológico

- ¿Tienes problemas al orinar? ¿Hay mucho ardor al orinar?*
- ¿Retienes orina o sufres de incontinencia?*
- ¿Tienes problemas con tu funcionamiento sexual o tu deseo sexual?*
- ¿Has tenido alguna vez una enfermedad venérea? (VIH, sífilis).*
- ¿Cuándo fue la última vez que te hiciste la prueba de Papanicolaou y una mamografía?*
- ¿Tienes problemas al menstruar? ¿Cuándo fue tu último periodo menstrual?*
- ¿Podrías estar embarazada?*



NOTAS

Descarte cáncer de vejiga, cáncer de próstata, en hombres, y cáncer uterino, de ovario y de mama, en mujeres. Identifique amenorrea por anorexia nerviosa. Determine contraindicaciones al uso de medicamentos anticolinérgicos, como en el caso de una próstata crecida.

Neurológico

- ¿Has tenido epilepsia?
- ¿Alguna vez te has desmayado?
- ¿Has sufrido un evento vascular cerebral?
- ¿Has sentido hormigueo en los brazos o piernas?
- ¿Has tenido algún problema al caminar, coordinar o con el equilibrio?
- ¿Has tenido algún problema al hablar o pensar?
- ¿Ha habido algún cambio en tu escritura?



NOTAS

Detecte tumor de cerebro, epilepsia y derrame cerebral. Descarte esclerosis múltiple, mal de Parkinson y demencia.

Evaluación del riesgo de VIH

Establecí una categoría separada para el riesgo de VIH¹ porque es particularmente importante, y pudiera ser un tema incómodo traerlo a colación. Durante la entrevista, cuando hablen de la historia social, usted va a preguntar sobre las relaciones íntimas para evaluar la capacidad de su paciente de relacionarse. Aquí, usted debe enfocarse en el funcionamiento sexual relacionado con el riesgo de VIH, pero esto podría llevar a una discusión sobre otras preocupaciones.

Comience con una frase introductoria

Ahora te voy a hacer preguntas que hago de manera rutinaria. Algunas podrían ser incómodas; hazme saber si lo son.

Ahora le pido permiso para preguntarle sobre su historia sexual, pues mucha gente se preocupa cuando se habla de SIDA.

Luego, continúe con las preguntas de descarte de VIH:

- ¿Eres sexualmente activo? ¿O te has inyectado drogas en algún momento?
- ¿Tienes razones para creer que estás en riesgo de haber contraído VIH?

¹Agradezco a Stephen Brady, Ph.D., que me haya sugerido muchas de estas preguntas.

Continúe con estas preguntas, dependiendo de si está hablando con un hombre o una mujer:

(Para los hombres): ¿Has tenido relaciones sexuales con un hombre en los pasados 15 años? (si la respuesta es sí, continuar indagando): ¿Puedo preguntar qué tipo de sexo fue? ¿Fue sexo oral o anal? ¿Usaste condón?

(Para mujeres): ¿Has tenido relaciones sexuales con un hombre que haya dormido con otro hombre o que se haya inyectado drogas?

(Tanto para hombres como para mujeres): ¿Cuántos compañeros sexuales has tenido en los últimos años?

En este punto, usted ya ha hecho una evaluación adecuada sobre el riesgo de VIH. Pero podría querer hacer seguimiento con las preguntas generales sobre el funcionamiento sexual, que se presentan a continuación, que con frecuencia tienen impacto en los trastornos psiquiátricos, y en los medicamentos que se utilizan para tratarlos.

¿Está satisfecha con su funcionamiento sexual?

¿Sientes que tu funcionamiento sexual cambia cuando te deprimes (o sustituya con otro síntoma psiquiátrico relevante)?

Si sospecha que la persona que está entrevistando ha sufrido de abuso sexual o violación, este es un buen momento para preguntarle al respecto.

A veces las personas tienen relaciones sexuales en contra de su voluntad. ¿Te ha pasado a ti?

¿Alguna vez ha sido coaccionada para tener relaciones sexuales?



NOTAS

Estas preguntas evitan términos negativos como *violación*, *falta de respeto* y *abuso*. Esto es útil en el caso de pacientes que hayan sido sexualmente coaccionados por su pareja o por un familiar, y que podrían no querer pensar en sus experiencias en esos términos.

Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos

Preguntas de descarte

- ¿Tiene algún familiar que haya padecido de nervios, ataque de nervios, depresión, manía, psicosis o esquizofrenia, abuso de drogas o alcohol, intentos de suicidio u hospitalizaciones por nervios?
- ¿Tiene algún familiar con alguna enfermedad médica o neurológica, como del corazón, diabetes, cáncer, epilepsia o senilidad?

Tiempo recomendado: 2 minutos para lo básico; 5 minutos para el genograma.

Los antecedentes heredofamiliares se abordan de una de dos maneras. La primera es una forma básica, que apunta a asegurarse de los riesgos hereditarios del paciente de desarrollar un trastorno psiquiátrico o médico. La segunda es más exhaustiva, es una manera de empezar la parte de la entrevista que se enfoca en la historia social. A continuación se describen las dos formas para que decida cuál considera la mejor para usted.

LA APROXIMACIÓN BÁSICA

Haga la siguiente pregunta larga enfocada en maximizar información, que es una adaptación de la pregunta sugerida por Morrison y Munoz (2009):

¿Tienes algún familiar que haya padecido de nervios, ataque de nervios, depresión, manía, psicosis o esquizofrenia, abuso de drogas o alcohol, intentos de suicidio u hospitalizaciones por nervios?

En vista de que la pregunta es tan larga, usted debe hacerla pausadamente, deteniéndose luego de cada trastorno para darle al paciente el tiempo necesario para pensarlo. Además, no olvide definir el término *familiar*.

Con familiar me refiero a sus padres, hermanos, hermanas, tíos, tías, abuelos y primos.



RECOMENDACIÓN

Si el paciente responde con un “no” categórico, puede continuar. Si hubo un “sí”, entonces debe determinar con precisión de qué diagnóstico se trata. A menos de que su paciente esté en el campo de la salud mental y esté familiarizado con su argot, esto podría ser difícil. Resulta útil preguntar sobre tratamientos específicos que el pariente haya recibido, como litio, carbamazepina, valproato de sodio (pistas de trastorno bipolar), antipsicóticos (los ejemplos más antiguos son haloperidol y clorpromazina; y como ejemplos más recientes, risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol), terapia electroconvulsiva, TEC (una pista de depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia, dependiendo de cuándo fue administrado el tratamiento), antidepresivos y ansiolíticos. Recuerde que los medicamentos eran utilizados de forma diferente hace 20 años. Por ejemplo, antaño, el diazepam era administrado a muchos pacientes para tratar la depresión, mientras que hoy un historial de tratamiento con benzodiazepina es una pista de algún trastorno de ansiedad.

Para determinar problemas médicos y neurológicos hereditarios del historial familiar, pregunte:

¿Tiene algún familiar con alguna enfermedad médica o neurológica, como enfermedad del corazón, diabetes, cáncer, epilepsia o senilidad?

¿En qué ayuda al diagnóstico saber si un paciente tiene algún pariente de primer grado con trastorno psiquiátrico? La [tabla 17.1](#) enlista aquellos trastornos psiquiátricos con evidencia significativa de herencia familiar. El riesgo relativo compara el riesgo de la gente con dicho historial familiar en contraste con el riesgo de las personas de una población general, a quienes se le asigna un riesgo de 1. Por ejemplo, el riesgo relativo de desarrollar un trastorno bipolar es de .25; esto significa que, si el padre de su paciente es bipolar, ella tiene 25 veces más probabilidades de desarrollar trastorno bipolar que una persona promedio. La frecuencia de la línea base en la vida para cada trastorno también se menciona en la tabla.

TABLA 17.1. Trastornos psiquiátricos con evidencia significativa de heredabilidad

<i>Trastorno DSM-5</i>	<i>Riesgo relativo en la vida si un pariente de primer grado tiene el trastorno^a</i>	<i>Frecuencia en la vida de la población general^b</i>
Trastornos bipolar I-II	25	4
Esquizofrenia	19	1
Bulimia nerviosa	10	2 ^c
Trastorno de pánico	10	5
Abuso de alcohol	7	13
Trastorno de ansiedad generalizada	6	6
Anorexia nerviosa	5	1 ^c
Fobia específica	3	12
Trastorno de ansiedad social	3	12
Depresión mayor	3	17
Trastorno obsesivo-compulsivo	¿?	2 ^b
Agorafobia	3	5

^aLos datos del riesgo relativo son de Reider RO, Kaufmann CA, et al. Genetics. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA (eds.). *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994. Ver el texto para la explicación.

^bLos datos de la frecuencia en la vida de Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

^cDatos de Hudson JL, Hiripi E, Pope HG, et al. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 61:348-358.

Por lo general, se utiliza información sobre la familia en paralelo con otro tipo de información clínica. Por ejemplo, el historial familiar es crucial para decidir si el paciente con primer episodio psicótico tiene esquizofrenia o está en la fase maníaca de un trastorno bipolar.

EL GENOGRAMA: ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES COMO HISTORIA SOCIAL

Hacer un genograma toma tiempo, lo cual explica por qué es impopular entre la mayoría de los clínicos. Pero no toma *tanto* tiempo y, por lo general, el tiempo que se utiliza para hacerlo trae buenos resultados y una gran cantidad de información. El genograma también le permite introducirse a los antecedentes de desarrollo del paciente.

La técnica es simple. Comience por decirle a su paciente que a usted le gustaría trazar un diagrama de su familia para entenderla mejor. Dibuje cuadros sencillos para hombres y círculos para mujeres. Obtenga la siguiente información sobre cada uno de

sus parientes:

- Edad.
- Si ya murió, año, edad y causa de muerte (ponga una barra inclinada sobre el cuadro o el círculo para marcar a los fallecidos).
- Presencia de algún problema psiquiátrico, abuso de sustancias o problemas médicos mayores.
- Estado de la relación con el paciente (p. ej., cercano, alejado, agresor o víctima de abuso sexual o físico).

Comience por dibujar a los parientes de primer grado, con los parientes más viejos a la derecha (Figura 17.1).

Una vez que tenga el esqueleto de un diagrama, pregunte sobre cada familiar y llene el diagrama con la información. Aunque es probable que usted desarrolle sus propias preferencias, es estándar escribir la edad dentro del cuadro o círculo, usar barras inclinadas para representar a los enfermos y una doble barra inclinada para representar un divorcio. En el ejemplo de la figura 17.2, el paciente es un hombre divorciado de 34 años con dos hijos y antecedentes heredofamiliares psiquiátricos significativos por alcoholismo y depresión.

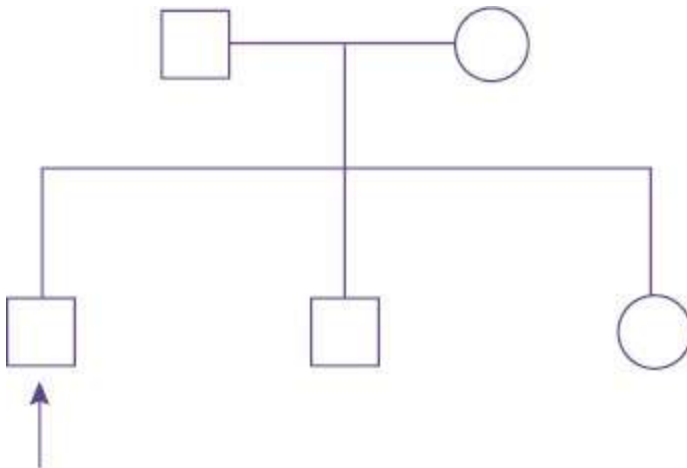


FIGURA. 17.1. Genograma básico.

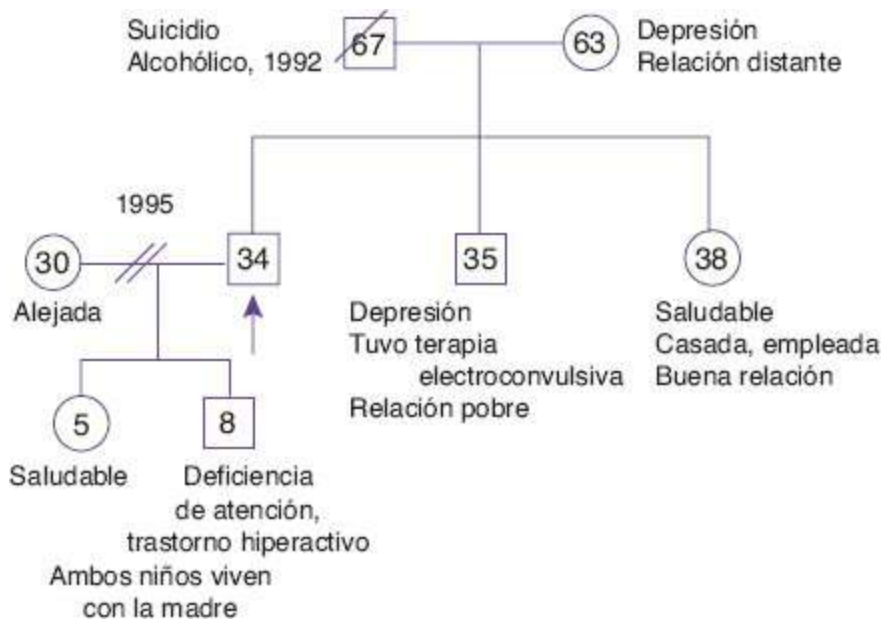


FIGURA. 17.2. Genograma elaborado.

Completar el genograma le permite tres cosas: a) tener los antecedentes heredofamiliares psiquiátricos; b) contar con la historia médica de la familia; y c) obtener la historia de desarrollo social de la familia pura y simple. Además, el esquema físico del genograma es una forma rápida de que recuerde el estado social de su paciente, un elemento muy bueno si usted lo ve de manera esporádica.



Obtención de antecedentes personales no patológicos

Conceptos esenciales

- ¿Puede contarme un poco sobre su pasado, dónde creció y cómo fue el entorno?
- Explore los siguientes temas cronológicamente:
 - Vida familiar temprana.
 - Experiencia en la escuela, con énfasis en las amistades.
 - Experiencia laboral.
 - Relaciones íntimas e historia sexual.
 - Redes sociales actuales.
 - Objetivos y aspiraciones.

Tiempo recomendado: 5 minutos.

En los días en que el psicoanálisis predominaba, los antecedentes personales no patológicos *eran* la entrevista psiquiátrica. A los residentes se les ordenaba que cubrieran todo, desde la etapa de lactancia materna hasta las primeras fantasías sexuales del paciente, un proceso que puede fácilmente tomar varias horas. Los resultados eran anotados y utilizados para desarrollar una hipótesis psicoanalítica enfocada en nociones freudianas de conflicto psicosexual.

A veces, en nuestra era psicofarmacológica, los entrevistadores se van al extremo opuesto, y apenas preguntan algo más que el trabajo y el estado marital antes de aplicar las preguntas de diagnóstico *DSM-5*.

¿Cuál es el propósito de los antecedentes personales no patológicos en una breve entrevista de diagnóstico? ¿Qué tan extensos deben ser? La utilidad de los antecedentes personales no patológicos se concentra en dos formas interrelacionadas: a) permite conocer al paciente como *una persona*, más que como un *diagnóstico*, y b) puede acercarse al diagnóstico de un trastorno de personalidad por medio de la historia social (véase el [capítulo 31](#)).

Las preguntas esenciales toman 5 minutos, mientras que la versión extendida toma de 10 a 20 minutos, y debe ser reservada para cuando tenga dos sesiones de evaluación disponibles.

VIDA FAMILIAR TEMPRANA

Comience con la siguiente pregunta introductoria:

¿Puedes contarme un poco sobre tu pasado, dónde creciste y cómo fue el entorno?

Luego proceda a preguntas más específicas, haciéndolo cronológicamente a través de las etapas de la vida.

¿Cuántos hermanos tuviste y en qué orden de nacimiento te encuentras tú?

Cada configuración familiar tiene un impacto único en el desarrollo psicológico. Entre los escenarios típicos está el del hijo único y solitario, el hijo mayor de una familia grande que fue forzado a tomar el rol de padre, el niño del medio ignorado por todos, y el hijo menor que creció siendo el consentido de su mamá.

¿En qué trabajaban tus padres?

El trabajo de los padres puede afectar la relación que los pacientes tienen con ellos. Por ejemplo, un padre que trabajaba en ventas con viajes frecuentes podría no haber estado tanto tiempo en la casa. Esta pregunta también le da información sobre la situación socioeconómica: ¿Creció el paciente en medio de riqueza o de pobreza?

¿Cómo te llevabas con tus padres?

Aunque no hay suficiente tiempo en la entrevista diagnóstica como para tratar este tema como es debido, estas preguntas le van a dar una probada de cómo era el ambiente general de la casa. ¿Se trataba de un ambiente pacífico y amoroso o era violento y caótico?

¿Qué hacían ellos cuando desobedecías?

Esta pregunta introduce sutilmente el tema de abuso sexual. Dependiendo de la respuesta, usted hará el seguimiento con una pregunta más explícita del tipo:

¿Abusaron sexualmente de ti cuando todavía estabas creciendo?

¿Algún otro adulto importante vivía en tu casa?

A veces otro pariente adulto resulta ser un factor crucial en la vida temprana del paciente, con efectos tanto positivos como negativos.

¿Cómo te llevabas con tus hermanos?

Con frecuencia, una buena relación con los hermanos compensa una mala relación con los padres.

¿Con quién eras más cercano en el proceso de crecimiento?

EDUCACIÓN Y TRABAJO

¿Disfrutabas la escuela?

Esta pregunta le dará un sentido de cómo el paciente se enfrentaba a sus primeras experiencias sociales fuera de la familia.

¿Tenías muchos amigos o preferías estar solo?

¿Tenías algún mejor amigo?

Casi siempre el patrón de vida del paciente se ve reflejado en los primeros años de escuela.

¿Qué calificaciones obtenías?

Las calificaciones son una medida genérica de la inteligencia y la perseverancia.

¿Qué hiciste después de graduarte (o de salirte) de la escuela?

¿Te incorporaste directamente a la universidad o al campo laboral? ¿O anduviste disperso por un tiempo, sin estar seguro de qué hacer con tu vida?

Preguntas sobre el trabajo

Aunque haya presentado las interrogantes sobre el trabajo bajo la categoría de historia de desarrollo social, forman parte de algo sobre lo que usted va a preguntar antes en la entrevista, cuando “rompa el hielo”. Pero, ¿cómo hacer esta pregunta que está cargada de negatividad para ciertos pacientes? Para algunos de ellos, algo tan directo como: “¿Cómo se gana la vida?” es totalmente apropiado. Pero si usted sospecha que su paciente podría estar desempleado, podría echar mano de un par de averiguaciones delicadas, como: “¿Tienes empleo o te encuentras en un periodo entre empleos?”; o bien: “¿Tienes trabajo actualmente?” Quizá la pregunta más segura es: “¿Cómo te mantienes?” Este tipo de preguntas le permiten al paciente con incapacidad responder: “Estoy incapacitado” o le brindan la oportunidad a algún esposo desempleado de decir: “Mi esposa es la que trae el dinero a la casa” (sugerencias adaptadas de Shea 2007).

¿Te gustaba tu trabajo?

¿Qué tal te llevabas con tus colegas y tus empleadores?

¿El patrón del paciente de relacionarse se mantiene constante desde que entró al campo laboral?

¿Tiene problemas al tratar con figuras de autoridad?

RELACIONES ÍNTIMAS

¿Cómo preguntar sobre la sexualidad? Es siempre un tema incómodo, y los pacientes siempre son recelosos de revelar información sexual, en especial cuando se refiere a su orientación sexual. Un estudio ha mostrado que es cuatro veces más posible que los adolescentes revelen una historia de contacto homosexual a una computadora que a una persona, pero incluso las respuestas reveladas a una computadora estuvieron muy por debajo de los estimados de la frecuencia real de homosexualidad en adolescentes (Turner et al. 1996). Por ende, se requiere de sensibilidad adicional a la hora de preguntar sobre las relaciones íntimas (historia sexual).

Recuerde que en el [capítulo 16](#) se sugirieron algunas preguntas sobre historia sexual en el contexto de los antecedentes médicos, así como la evaluación del riesgo de VIH. Una táctica alternativa es acercarse a estos temas desde los antecedentes personales no patológicos. Aquí, la lógica para obtener la historia sexual no es tanto para evaluar el riesgo de VIH, sino para evaluar la calidad de las relaciones íntimas del paciente. ¿Es capaz de intimar con otras personas? ¿Son estables sus relaciones o son caóticas y transitorias, como en el caso de los pacientes con trastorno límite de la personalidad?

Como con el resto de los antecedentes personales no patológicos, proceda de manera cronológica:

¿Cuándo fue la primera vez que empezaste a salir con alguien?

Con el tiempo usted decidirá una manera de preguntar sobre la sexualidad que le resulte cómoda. El truco es no juzgar.

¿Has sentido atracción por los hombres, las mujeres o por ambos?

La siguiente pregunta debe hacerse de una forma muy casual, con el mensaje implícito de que no le va a perturbar si el paciente dice que ha sentido atracción por el mismo sexo.

Algunas otras opciones a continuación:

- Prepare su pregunta con una afirmación normalizadora, como: “Los adolescentes a veces experimentan con diferentes estilos de vida sexuales; ¿es eso verdad en tu caso? ¿Cuál es tu preferencia sexual en la actualidad?”
- Al inicio de la entrevista, introduzca su pregunta en su hoja de preguntas rutinarias: “¿Cuál es tu edad? ¿Cuál es tu estado civil? ¿Y tu preferencia sexual?”
- Pregunte durante la historia médica cuando indague sobre los factores de riesgo de VIH: “¿Tienes factores de riesgo de VIH? ¿Has tenido relaciones homosexuales?”

¿Estás satisfecho con tu vida sexual?

¿Hay cosas sobre tu vida sexual o sobre tus deseos sexuales que te hacen sentir incómodo?

¿Cuándo tuviste tu primera relación importante?

¿Qué te hizo sentir atraído hacia esa persona?

¿El paciente es capaz de entablar una relación íntima? ¿Puede describir a otras personas en términos tridimensionales?

CASO CLÍNICO

Un clínico de guardia estaba atendiendo a un hombre divorciado de 40 años por depresión en el hospital. Su esposa y su hija lo habían abandonado hacía 2 años. Había tenido un patrón toda su vida de relaciones cortas y vacías. El siguiente diálogo tuvo lugar cuando el clínico de guardia exploraba el historial de relaciones:

Entrevistador: *Háblame de tus novias.*

Paciente: *Eran animales.*

Entrevistador: *Elige una y háblame de ella.*

Paciente: *Conocí a una mujer el año pasado; era un gato callejero.*

Entrevistador: *¿Por qué dices que era un gato callejero?*

Paciente: *No tenía ningún tipo de conexión.*

Entrevistador: *¿Qué te atraía de ella?*

Paciente: *Su cuerpo.*

Entrevistador: *Muy bien. ¿Qué fue lo que notaste de su personalidad más adelante?*

Paciente: *¿Qué quiere decir?*

Entrevistador: *Si yo la conociera, ¿de qué cosas me daría cuenta?*

Paciente: *Es una respuesta difícil. Su actitud.*

Entrevistador: *¿Cómo era?*

Paciente: *Era buena.*

El paciente fue incapaz de hablar sobre personas importantes en su vida en términos que no fueran superficiales, lo que reflejaba su miedo a la intimidad.

RELACIONES Y ACTIVIDADES ACTUALES

¿Qué te atrajo de tu pareja?

¿Cómo ha estado tu matrimonio (o relación)?

¿Tienes amigos cercanos (además de tu pareja)?

¿Estás en contacto con tu familia?

¿Tiene el paciente alguna red de apoyo social? ¿A quién llamaría si estuviera en problemas?

¿Qué haces durante tu tiempo libre?

¿Disfruta los deportes, los hobbies, leer, ver películas u otras actividades o solamente trabaja?

¿Qué crees que vas a estar haciendo dentro de 5 años y qué te gustaría estar haciendo?

Esta pregunta abre una ventana a la visión que el paciente tiene sobre su propio futuro, sobre sus sueños y aspiraciones.

CASO CLÍNICO

Un clínico de guardia atendía a una mujer de 32 años que se había desempeñado como una abogada exitosa hasta hacía 1 año, cuando fue despedida estando en medio de una depresión mayor. Cuando se analizaba su historia social, ella comentó que los médicos, en general, le disgustaban, porque su padre abusivo había sido médico.

Hacia el final de la entrevista, el clínico de guardia preguntó:

Entrevistador: *¿Qué crees que estarás haciendo dentro de 5 años y qué te gustaría estar haciendo?*

Paciente: *Probablemente esté muerta. Me gustaría ser doctora.*

El clínico de guardia exploró con buenos resultados el significado de su deseo aparentemente paradójico de convertirse en médico.

**ENTREVISTA DE
DIAGNÓSTICO:
LA REVISIÓN
PSIQUIÁTRICA DE
LOS SÍNTOMAS**

Cómo memorizar los criterios del *DSM-5*

Conceptos esenciales

Mnemotecnia DSM-5:

- Los **P**acientes **D**eprimidos **S**uenan **A**nsiosos, **S**abiamente **C**omentan los **P**siquiatras.
- Trastornos **P**sicóticos.
- **D**epresión y otros trastornos del estado anímico.
- Trastornos de abuso de **S**ustancias.
- Trastornos de **A**nsiedad.
- Trastornos **S**omáticos.
- Trastornos **C**ognitivos.
- Trastornos de **P**ersonalidad.

Todo debe ser tan simple como es, pero no más simple.

Albert Einstein

En este capítulo se describe la técnica para memorizar los criterios de los trastornos del *DSM-5*. Estas mnemotecnias son una manera de arreglar la información de forma que sean fragmentos manejables. Los investigadores que han estudiado la manera de pensar de los clínicos de experiencia encontraron que este proceso de “fragmentar” es común (Kaplan 2011). El padre de esta técnica, Miller (1957), mostró que los seres humanos sólo pueden procesar $7 (\pm 2)$ fragmentos de información a la vez, lo que explica el porqué los números telefónicos sean sólo de siete dígitos. Usted tiene que poder procesar más de siete asuntos para dominar el *DSM-5*, pero las mnemotecnias ayudan a agrupar los temas en fragmentos compactos de información.

MEMORICE LAS SIETE CATEGORÍAS DE DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES

Comience por dominar la siguiente mnemotecnia para las siete categorías de diagnósticos mayores en adultos del *DSM-5*:

Los **P**acientes **D**eprimidos **S**uenan **A**nsiosos, **S**abiamente **C**omentan los **P**siquiatras.

Trastornos **Psicóticos** (esquizofrenia, trastorno esquizofrenicoafectivo, trastorno delirante).

Depresión y otros trastornos del estado anímico (depresión profunda, trastorno bipolar, distimia).

Trastornos de abuso de **Sustancias** (uso de alcohol y drogas, síndromes psiquiátricos inducidos por el uso de alcohol y drogas).

Trastornos de **Ansiedad** (trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de la ansiedad generalizado [TAG], trastorno obsesivo-compulsivo [TOC]).

Trastornos **Somáticos** (trastorno somatomorfo, trastornos alimenticios).

Trastornos **Cognitivos** (demencia, retraso mental, TDAH).

Trastornos de **Personalidad**.

Vea que éstas categorías se desvían un poco del dogma *DSM-5*. Por ejemplo, yo uso las denominaciones TDAH y “trastorno cognitivo”, mientras que el *DSM-5* clasifica este padecimiento como un “trastorno del neurodesarrollo”. Además, yo clasifico los trastornos alimenticios bajo el rubro de trastornos somáticos, mientras que el *DSM-5* los reúne en un capítulo separado. Mi propósito no es crear una nueva clasificación de trastornos psiquiátricos, sino reacomodarlos en siete categorías de fácil memorización.

ENFOQUE EN CRITERIOS POSTIVOS

Una vez que haya memorizado los trastornos más frecuentes, debe memorizar los criterios diagnósticos. Comience por descartar las diversas exclusiones y modificadores enlistados por el *DSM-5* y concéntrese, en cambio, en las conductas reales y afectos necesarios para hacer el diagnóstico.

Por ejemplo, el *DSM-5* establece un criterio de seis categorías para la esquizofrenia, etiquetadas desde la *A* hasta la *F*. La condición que usualmente establece que el trastorno causa una disfunción significativa es la *B*, lo cual es cierto para todos los trastornos, por lo que usted no necesita memorizarlo. La *D* le indica que debe descartar trastornos del estado anímico y esquizoafectivos antes de diagnosticar esquizofrenia –otra información obvia; no use neuronas valiosas memorizándolo–. La *E* le recuerda descartar el abuso de sustancias o alguna condición médica, lo cual debe hacer antes de cualquier diagnóstico, y la *F* trata del asunto místico de diagnosticar esquizofrenia en un paciente autista. Por ende, sólo le quedan dos criterios esenciales: la *A* (síntomas) y la *C* (duración).

Esta sección enlista mnemotecnias para la mayoría de los trastornos más frecuentes, pero no cubre cómo establecer con seguridad dichos diagnósticos, lo que requiere la habilidad para usar preguntas de descarte y seguimiento. Éstas se tratan con detalle de los capítulos 23 a 31, donde se exponen por completo los criterios *DSM-5*.



PUNTO CLAVE

¿Cómo usar estas mnemotecnias? Son, primordialmente, una ayuda para que recuerde preguntar respecto de los criterios de diagnósticos más frecuentes. No haga las preguntas en el mismo orden de la mnemotecnica; hacerlo conducirá a una entrevista muy superficial. Trate de hacer preguntas de diagnóstico en el momento en el que encajen de manera natural en el contexto de la entrevista, utilizando las técnicas de transición discutidas en los capítulos 4 y 6.

A menos que diga lo contrario, estas mnemotecnias son producto de mi propio cerebro desordenado.

Trastornos del estado de ánimo

Depresión mayor: SIC-E-CAPS

Cuatro de los siguientes ocho criterios, cuando incluyen ánimo deprimido o anhedonia, durante 2 semanas significan depresión mayor:

Trastorno de Sueño (incremento o decremento del sueño).

Déficit de Interés (anhedonia).

Culpa (minusvalía, desesperanza, arrepentimiento).

Déficit de Energía.

Déficit de Concentración.

Trastorno del Apetito (incremento o decremento del apetito).

Retardo o agitación Psicomotor.

Ideación Suicida.

La mnemotecnica SIC-E-CAPS (SIGECAPS, en inglés), desarrollada por el doctor Carey Gross del Departamento de Psiquiatría de MGH, se refiere a lo que podría escribirse en una receta para los pacientes deprimidos y anérgicos: SIG: CÁPSulas energéticas (SIG: *Energy CAPSules*, en inglés). Cada letra se refiere a uno de los criterios de diagnósticos para un trastorno depresivo mayor. Para cumplir con el criterio de un episodio de depresión mayor, su paciente debe presentar cuatro de los síntomas anteriores, y un ánimo deprimido o anhedonia por lo menos por 2 semanas.

Trastorno depresivo persistente (distimia): ACHEWS

Dos de estos seis, con ánimo deprimido, por 2 años significan un trastorno depresivo persistente:

Trastorno del Apetito (incremento o decremento del apetito).

Déficit de Concentración.

Desesperanza (en inglés, *Hopelessness*).

Déficit de Energía.

Minusvalía (en inglés, *Worthlessness*).

Trastorno de Sueño (incremento o decremento del sueño).

El paciente distímico es “alérgico” a la felicidad; por ende, la mnemotecnia se refiere a los estornudos (achús) del paciente distímico cuando experimenta la felicidad. Para cumplir con el criterio, el paciente ha transcurrido con 2 años de ánimo deprimido con dos de los seis síntomas de la mnemotecnia.

Episodios maníacos: DIGFAST

Ánimo elevado con tres de los siguientes siete criterios o ánimo irritable con cuatro de los siguientes siete criterios durante 1 semana significa un episodio maníaco:

Distraibilidad.

Indiscreción (“participación excesiva en actividades placenteras...” del *DSM-5*).

Grandiosidad.

Fuga de ideas o agitación psicomotora.

Incremento de Actividad.

Falta de Sueño (disminución de la necesidad de dormir).

Platicador, habla apresurada (en inglés, *Talkativeness*).

No sé a quién se le ocurrió esta joya, pero yo la uso todo el tiempo. Al parecer, *DIGFAST* se refiere a la velocidad con la que un paciente en manía cavaría un hueco si se le impone esta tarea (DIG FAST, cava rápido). Una complicación surge en el diagnóstico si el ánimo es primordialmente irritable, pues, en ese caso, cuatro de los siete criterios deben cumplirse para calificar de manera adecuada.

Trastornos psicóticos

Esquizofrenia: El anunciador de delirios provoca cambios negativos en el esquizofrénico

Se requiere de dos síntomas por 1 mes, más 5 meses de síntomas prodrómicos o residuales. Por lo menos debe haber uno de los tres síntomas centrales señalados (delirios, alucinaciones y discurso desorganizado).

Mnemotecnia: El Anunciador de Delirios Provoca Cambios Negativos en el Esquizofrénico.

Alucinaciones.

Delirios.

Pensamientos/habla desorganizados.

Comportamiento desorganizado.

Síntomas Negativos.

Trastorno de abuso de sustancias

La misma mnemotecnia, **T**entación **A**l **C**oñac, se utiliza para ambos, la dependencia del alcohol y la de las drogas (se necesitan dos de los siguientes 11 criterios):

- **T**olerancia, es decir, la necesidad de incrementar las cantidades de alcohol para alcanzar la intoxicación.
- Síndrome de la **A**bstinencia.
- Pérdida del **C**ontrol del uso del alcohol (le siguen nueve criterios):
 - Consumo de alcohol mayor al que el paciente planeaba.
 - Intentos fallidos de detenerse.
 - Mucho tiempo perdido en actividades relacionadas con la obtención o la recuperación de los efectos del alcohol.
 - Ansiedad (*craving*) por alcohol.
 - Consumo continuo del alcohol a pesar de que el paciente conoce los problemas psicológicos y físicos que ocasiona.
 - Reducción de actividades sociales, laborales o recreacionales importantes por el consumo del alcohol.
 - Fallos en el cumplimiento de las principales obligaciones en el trabajo, la escuela o el hogar.
 - Problemas sociales e interpersonales continuos producto del consumo del alcohol.
 - Consumo recurrente de alcohol en situaciones en el que es físicamente peligroso.

Para el consumo de alcohol, se utiliza con frecuencia el cuestionario **CACE**:

“¿Siente que debería cortar la bebida?”

“¿Lo ha atormentado alguien con comentarios sobre sus hábitos de bebida?”

“¿Se ha sentido culpable por sus hábitos de bebida?”

“Ha tomado alguna vez una bebida alcohólica por la mañana para energizarse y quitarse la resaca?”

Dos o más respuestas afirmativas indican una probabilidad alta de un trastorno de consumo de alcohol (Ewing 1984).

Trastorno de ansiedad

Ataque de pánico (4 de 13)

Con tantos criterios separados que deben aprenderse (13 en total), no es práctico

intentar recordarlos por medio de un acrónimo o una frase. Mi truco es dividir los síntomas en tres bloques: a) el corazón, b) la respiración y c) el miedo. Para recordarlos, yo visualizo a un paciente con las manos en el pecho (bloque del corazón), hiperventilando (bloque de la respiración) y temblando de miedo (bloque del miedo). Por último, lo imagino gritando: “¡Tres, cinco, cinco! ¡Tres, cinco, cinco!” –quizá en un intento por distraerse del ataque de pánico–. Los números se refieren al número de criterios en cada bloque: el bloque del corazón tiene tres criterios y los otros dos tienen cinco cada uno.

Admito que todo esto suena algo excéntrico, pero créame, si lo aplica ¡nunca va a olvidar los criterios!

Bloque del corazón: tres

Pienso en los síntomas que con frecuencia acompañan los ataques del corazón:

- Palpitación.
- Dolor de pecho.
- Náusea.

Bloque de la respiración: cinco

Pienso en síntomas asociados con la hiperventilación, que incluyen mareos, tambaleos, estremecimiento de las extremidades (parestesia) y espasmos fríos o calientes:

- Falta de aire.
- Sensación de asfixia.
- Mareo.
- Parestesia.
- Espasmos de frío o calor.

Bloque del miedo: cinco

Yo asocio el temblor y la transpiración con el miedo. Para recordar la desrealización, piense en eso como una manera psicológica de escapar del pánico.

- Miedo a morir.
- Miedo a volverse loco.
- Temblar.
- Sudar.
- Desrealización o despersonalización.

Además de recordar los nombres de los bloques, tenga en mente el patrón 3-5-5 para que no se le olvide ninguno de los 13 criterios. Su paciente debe haber experimentado cuatro para cumplir con el criterio de un ataque de pánico completo.

Agorafobia

No tengo ninguna mnemotecnia para la agorafobia, porque hay sólo dos criterios: el miedo a estar en un lugar del cual podría ser difícil escapar y los esfuerzos para evitar ese tipo de lugares. Para más detalles vea el [capítulo 25](#).

Trastorno obsesivo compulsivo

El requisito para diagnosticar TOC es la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas, a tal grado que causa una disfunción significativa. Las definiciones de obsesiones y compulsiones son fáciles de recordar (véase el [capítulo 25](#)), por lo que no es necesaria una mnemotecnia. En cambio, he escogido algunos de los síntomas más comunes registrados en la práctica clínica; el *DSM-5* no requiere de manera específica que ninguno de ellos esté presente.

Lavar y Acomodar Mantiene Casas Aseadas:

Lavar.

Acomodar (rituales para ordenar).

Rituales Mentales (p. ej., palabras mágicas, números).

Corroborar.

Acumulación (ahora el *DSM-5* establece un “trastorno de acumulación” separado).

Trastorno por estrés postraumático

El paciente con TEPT Recuerda Eventos Nucleares Atroces.

Reexperimentar el trauma por medio de recuerdos intrusivos, recuerdos recurrentes (*flashbacks*) y pesadillas (**uno de los cuales es necesario para el diagnóstico**).

Evitación de cualquier estímulo asociado con el trauma.

Alteraciones Negativas en la cognición y el estado anímico (p. ej., amnesia del trauma, creencias negativas sobre uno mismo o el mundo, culparse a uno mismo por el trauma de forma irracional, estado emocional negativo, intereses y actividades restringidas, desapego y la imposibilidad de tener emociones positivas; **son necesarias dos para el diagnóstico**).

Aumento de Alerta, como el insomnio, irritabilidad, hipervigilancia, respuesta abrupta, comportamiento temerario y problemas de concentración (**son necesarias dos para el diagnóstico**).

Trastorno de ansiedad generalizada (3 de 6)

La primera parte del diagnóstico de TAG es fácil: el paciente ha estado excesivamente preocupado por algo en los últimos 6 meses o más. La parte difícil es recordar los seis

síntomas de ansiedad, tres de los cuales deben estar presentes. La siguiente mnemotecnica se basa en la idea de que antes de matar al rey Duncan, Macbeth tenía TAG:

Macbeth se **F**lagela **C**onstantemente **I**ntentando **I**nhibir sus **P**ecados.

Tensión **M**uscular.

Fatiga.

Problemas de **C**oncentración.

Inquietud o sensación de estar atrapado.

Irritabilidad.

Problemas para dormir.

Si este acrónimo tan elaborado no es de su agrado, una alternativa consiste en lo que usted sentiría si estuviera constantemente preocupado sobre esto o aquello. Tendría, **insomnio**, lo cual produciría **fatiga** durante el día. La fatiga, a su vez, es causa de **irritabilidad** y **problemas de concentración**, y una preocupación constante genera **tensión muscular** e **inquietud**.

Trastornos alimentarios

Bulimia nerviosa

En los **A**tracones **S**ientes **P**referencia por el **P**astel (los cuatro):

Atracones.

Sentimiento de falta de control al comer.

Preocupación respecto de su imagen corporal.

Purgas.

Anorexia nerviosa

Los anoréxicos se **D**esesperan por el **M**iedo a subir de **P**eso (los tres):

Distorsión de la imagen corporal.

Miedo a engordar.

Peso significativamente bajo.

Trastornos cognitivos

Demencia

Por lo menos uno de los siguientes síntomas:

LAPSUS de **Memoria**

1. **L**enguaje.
2. **A**tención (compleja).
3. Motor **P**erceptual.
4. Cognición **S**ocial.
5. **F**Unciones ejecutiva**S**.
6. **M**emoria.

Vea los capítulos **21** y **28** para más información a la hora de evaluar estos síntomas.

Delirio

PRÁCtica **M**édica (los cinco):

- Alteración del **P**ensamiento.
- Inicio **R**eciente.
- Incapacidad de **A**tención.
- C**urso fluctuante.
- Causa **M**édica de la incapacidad cognitiva.

En vista de que el delirio es causa de una enfermedad médica, tener una buena “práctica médica” ayuda a diagnosticarlo. Para que amerite el diagnóstico, los cinco criterios deben estar presentes. Para más detalles, revise el **capítulo 28**.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Hay 18 criterios separados, aunque a veces redundantes, para TDAH, lo cual hace imposible memorizarlos, a menos de que se tenga una memoria fotográfica (**Tabla 19.1**). Como con el trastorno de pánico, yo sugiero dividir los síntomas en cuatro categorías amplias, que son recordadas con la mnemotecnía MPAD [usted va a necesitar **MPAD** (**M**ucha **P**aciencia **A**ntes de **D**ar clase) a los niños hiperactivos]:

- M**ovimiento en exceso (hiperactividad).
- P**roblemas de organización (dificultad para terminar tareas).
- Problemas de **A**tención.
- D**iscurso impulsivo.

TABLA 19.1 CRITERIOS *DSM-5* PARA TDAH

1. Seis de nueve síntomas de desorganización/atención o seis de nueve síntomas de impulsividad/hiperactividad deben estar presentes.
 Síntomas de desorganización/atención:
 - Problemas de organización
 - No puede organizar tareas

- Pierde cosas necesarias para la tarea
- Problemas para terminar tareas:
 - Problemas de atención
 - Concentración deficiente
 - Se distrae fácilmente
 - No escucha
 - Olvida con facilidad
 - Comete errores por descuido
 - Evita tareas que requieran concentración
 - Síntomas de impulsividad/hiperactividad
 - Discurso impulsivo
 - Excesiva locuacidad
 - Responde bruscamente
 - Interrumpe a otros
 - No puede jugar en silencio
- Se mueve en exceso:
 - Está inquieto y se retuerce
 - Abandona el asiento
 - Muestra inquietud
 - Siempre está en marcha
 - No puede esperar su turno
- 2. Algunos de los síntomas deben haber estado presentes antes de la edad de 12 años.
- 3. Los síntomas ocurren en por lo menos dos lugares, como la escuela (o el trabajo) y el hogar.

Tomado del American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Trastornos de personalidad

En el [capítulo 31](#) se esquematiza un sistema para diagnosticar trastornos de personalidad en general, incluyendo mnemotecnias para los 10 trastornos de personalidad, que no se repiten en este capítulo.



Entrevistar para el diagnóstico: el arte de evaluar hipótesis

Conceptos esenciales

- Usar el momento de libertad de expresión para generar hipótesis.
- Investigar cada hipótesis con preguntas de descarte y sondeo.
- Hacer transiciones amables a las preguntas diagnósticas a lo largo de la entrevista.
- Utilizar los PROS para “limpiar”.

El reto es trazar un diagnóstico completo y atinado en un periodo muy breve. Al principio del entrenamiento, esto no le parecerá importante, cuando le pidan dedicar lo que creará que es muy poco tiempo a entrevistar pacientes. Después, usted se dará cuenta de la correlación entre el número de pacientes que usted ve al día y su capacidad de pagar la hipoteca de su casa. Así que se verá en la disyuntiva de hacer las cosas rápido o hacerlas bien.

La manera como se hacen las cosas en la mayoría de las clínicas comunitarias concurridas no es, probablemente, muy “buena”. Un estudio comparó los “diagnósticos rutinarios” mostrados en las tablas médicas con un “diagnóstico estándar de oro” generado por la SCID (Structured Clinical Interview for *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition [DSM-III-R]*), sumado a una revisión de tablas y a una entrevista adicional llevada a cabo por un psiquiatra o psicólogo altamente calificado. Sólo hubo 50% de concordancia entre los diagnósticos rutinarios y estándar de oro, y la mitad de los casos estaba en discordancia, la retroalimentación dada a los clínicos originales produjo cambios significativos en el cuidado de los pacientes (Ramirez Basco et al. 2000).

¿Con esto quiero decir que usted debe hacer la SCID a todos sus pacientes antes de la entrevista? Por fortuna no, porque las técnicas discutidas en esta sección, incluyendo las preguntas de descarte y sondeo, son un reflejo del estándar de oro de la SCID, adaptada a las realidades de la práctica clínica.

Uno podría pensar que la mejor forma de alcanzar el diagnóstico es seguir dos pasos:

1. Obtener toda la información relevante sobre el paciente.

2. Examinar la información para determinar cuál diagnóstico encaja mejor.

Esta estrategia sería muy buena si el tiempo fuera ilimitado. Pero como no lo es, los clínicos han desarrollado maneras de determinar por adelantado la información relevante para cada paciente en particular, y con eso han incrementado enormemente la eficiencia de la entrevista diagnóstica.

¿De qué manera los clínicos expertos hacen los diagnósticos? Varios investigadores han hecho estudios de observación para responder a esta pregunta (Elstein et al. 1978; Kaplan 2011) y han hallado que los clínicos expertos **comienzan escuchando con cuidado la queja inicial del paciente y haciendo preguntas abiertas.** Con base en esta información preliminar, generan un número limitado de hipótesis de diagnóstico (cuatro en promedio) al principio de la entrevista, por lo general en los primeros 5 minutos. **Luego hacen una serie de preguntas cerradas para verificar si cada hipótesis es verdadera.** Este proceso es conocido como *búsqueda de patrones*, en el que los patrones sintomáticos de un paciente son comparados con los patrones sintomáticos requeridos para un diagnóstico.

Otra forma de ver esta estrategia es concebirla como un “cono cerrado” de preguntas (Lipkin 2002). Las preguntas iniciales son abiertas para invitar a la explicación; se hacen más cerradas para rastrear algún diagnóstico específico hasta alcanzar un punto de verificación o descarte.

De acuerdo con estas concepciones con base en estudios, yo sugiero los siguientes cuatro pasos para establecer con rapidez un diagnóstico durante la entrevista psiquiátrica.

PERIODO DE LIBERTAD DE EXPRESIÓN

En el [capítulo 3](#) hago énfasis en el valor de darle al paciente la palabra de apertura para ayudarlo a crear la **alianza terapéutica**, pero esto también es valioso para el proceso de formulación de hipótesis. La generación de diagnósticos inicia desde el momento en que usted ve a su paciente por primera vez y prosigue a lo largo de la entrevista. Es importante que su mente esté activa durante los primeros minutos.

Recuerde la mnemotecnía “Los **p**acientes **d**eprimidos **s**uenan **a**n sio sos, **s**abiamente **c**omentan los **p**siquiatras”, mientras escuche a su paciente. ¿Se observa la paciente deprimida o maniática? ¿Habla coherentemente y es buena su percepción de la realidad? ¿Se muestra ansiosa? ¿Luce lista y despierta o cognitivamente incapacitada? ¿Inicia la entrevista con quejas sobre numerosos síntomas somáticos? ¿Huele su aliento a alcohol? ¿Se muestra exageradamente arrogante o enojada? Usted va a poder generar una lista mental de diagnósticos, a la que debe dar seguimiento más adelante en la entrevista con las preguntas de descarte y sondeo apropiadas.

PREGUNTAS DE DESCARTE Y SONDEO

Una vez que haya creado su pequeña lista de diagnósticos, evalúe sus hipótesis. Comience haciendo una **pregunta de descarte** que apunte al núcleo del trastorno. Cada capítulo de la **sección III** se enfoca en un trastorno y sugiere una o más preguntas de descarte. Por ejemplo, una pregunta de descarte para el trastorno bipolar (véase el **capítulo 24**) es:

¿Alguna vez has tenido un periodo de una semana, más o menos, en el que te sentiste tan feliz y lleno de energía, que tus amigos te llegaron a decir que estabas hablando demasiado rápido o que estabas actuando de manera extraña o diferente?

Si el paciente responde: “Sí”, vuelva a la mnemotecnia para los episodios maníacos (DIGFAST) y haga preguntas cerradas para cada criterio. Si la contestación del paciente es: “No” y usted está seguro de que sí entendió la pregunta, debería concluir que el trastorno bipolar es un diagnóstico improbable y proseguir con la entrevista.

Entrevistar para diagnosticar es un proceso activo de sondeo en el que usted podría tener que hablar tanto como su paciente. ¿Un estilo participativo es más efectivo para adquirir información que uno silencioso y pasivo? El sentido común nos dice que así es, cosa que los investigadores del Hospital Maudsley confirman. En uno de sus ensayos académicos en los que examinaron técnicas para obtener información factual (Cox et al. 1981b), hallaron que con un estilo enfocado y directivo, en el que los entrevistadores usaban muchas preguntas de sondeo y con frecuencia pedían información detallada, lograban mejor información que con el estilo pasivo. La mejor información era obtenida cuando los entrevistadores hacían por lo menos nueve preguntas de sondeo por cada síntoma. La información fue juzgada “mejor” cuando, además de la simple mención de los síntomas, como depresión, los entrevistadores obtenían datos como: la frecuencia, duración, severidad, contexto y cualidades de los síntomas, todo lo cual es extremadamente importante para tomar la decisión respecto del diagnóstico.

Sin embargo, continúa siendo una preocupación que el estilo directivo, incluso cuando con él se adquiriera mucha información, provoque que el paciente se cierre emocionalmente con tantas preguntas y la poca importancia que se le da a escucharlo. Cox y colaboradores (1981a) examinaron este tema y encontraron que, de hecho, los entrevistadores más directivos lograban que los pacientes externaran más sentimientos que aquellos cuyo estilo era menos directivo.

TRANSICIÓN AMABLE A LAS PREGUNTAS DE DIAGNÓSTICO



PUNTOS CLAVE

No intente convertir la entrevista diagnóstica en una larga lista de preguntas de diagnóstico. Esto hace que la entrevista se sienta mecánica y disminuya el *rappport* con el

paciente. En cambio, haga preguntas de diagnóstico en momentos relevantes de la entrevista, usando las habilidades de transición del [capítulo 6](#). En buena parte de la [sección III](#) se ofrecen recomendaciones sobre cómo lograr dichas transiciones. A continuación hay algunos ejemplos al respecto.

Transiciones ilustrativas a las áreas de diagnóstico

- Depresión.
Con las cosas marchando tan mal en tu matrimonio, me pregunto cómo ha afectado eso tu estado de ánimo.
- Obsesivo compulsivo.
Dijiste que por lo general llegas tarde. ¿Sigues rituales en la casa que te hacen llegar tarde, como revisar y limpiar cosas?
- Abuso de sustancias.
Dado todo el estrés por el que has pasado, ¿bebes de vez en cuando para poder lidiar con eso?
- Suicidabilidad.
Con las cosas marchando tan mal en la vida, me pregunto si te cuestionas si ¿vale la pena continuar viviendo?
- Trastorno límite de la personalidad.
Antes mencionaste que tu esposo te abandonó hace años, ¿cómo lidias con ese rechazo?
- Psicosis.
Has pasado por tanto estrés últimamente, ¿tu mente te hace jugadas, como oír voces o tener ideas extrañas?

REVISIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS SÍNTOMAS



SUGERENCIA

No es raro olvidar preguntas importantes durante la entrevista, incluso cuando usa todas las mnemotecnias del [capítulo 19](#). Los PROS son una manera útil de prevenir que esto le suceda. En algún punto, cuando esté llegando al final de la entrevista, revise mentalmente la mnemotecnia del *DSM-5* (los **P**acientes **D**eprimidos **S**uenan **A**nsiosos, **S**abiamente **C**omentan los **P**siquiatras), y haga preguntas de descarte para cualquier trastorno que no haya explorado hasta ese momento. Este paso se parece a la estrategia de sondeo que describí con anterioridad, pero es algo breve, porque en este punto usted ya habrá cubierto los temas prioritarios.

Es mejor comenzar con los PROS con una frase de transición introductoria, por ejemplo:

Ahora bien, me gustaría cambiar de tema y preguntarte sobre un montón de síntomas psicológicos diferentes que algunas personas muestran.



Examen del estado mental

Conceptos esenciales

Mnemotecnia para los elementos del examen del estado mental:

Aparentemente la **C**onducta de los pacientes **L**ímite se **A** semeja a **P**ersonajes **C**omplicados y **C**onflictivos.

ACLAPCC

- **A**specto o apariencia.
- **C**onducta o conación.
- **L**enguaje.
- **A**fecto y humor.
- **P**roceso del pensamiento.
- **C**ontenido del pensamiento.
- Evaluación de **C**ognición.

No hay nada que se malinterprete más en la evaluación de un psiquiatra que el examen del estado mental (EEM). Dos malinterpretaciones se han extendido ampliamente. La primera es que el EEM se realiza al evaluar la orientación y la memoria. De hecho, el EEM tiene lugar a lo largo de toda la entrevista, pues usted está constantemente evaluando el afecto, la concentración, la memoria y la percepción. El segundo mito es que el EEM es idéntico al miniexamen de estado mental Folstein (MEEM). De hecho, el MEEM Folstein es una evaluación especial para la demencia. Cada vez más se ha cuestionado su uso rutinario en la entrevista psiquiátrica, pero hablaremos de eso más adelante.

El EEM es la evaluación que hace el psiquiatra del estado actual del funcionamiento cognitivo y emocional del paciente. Aunque la mayor parte de la entrevista inicial se enfoca en el pasado de esa persona, para hacer un EEM excelente se requiere que le preste igual atención a su presente. Aquí entra en escena su “intuición”. ¿Cómo está su paciente mostrándose a sí mismo? ¿Cómo es su proceso de pensamiento? ¿Cómo expresa sus emociones? Le va a tomar años afinar su capacidad de observación, y esta es, sin duda, la parte más interesante de la entrevista de diagnóstico.

El EEM cumple dos objetivos. Primero, ayuda a hacer el diagnóstico, en especial en esos casos en el que la información histórica es equívoca o no es de confiar. Un paciente podría enviarle un correo electrónico enlistando todos sus síntomas, pero evaluar el grado

de angustia y la necesidad de tratamiento requiere de observación directa, es decir del EEM. Segundo, el EEM le permite crear para sus archivos una descripción vívida del paciente. Al usarlo, usted va a poder rastrear con facilidad el progreso de su paciente de una entrevista a otra, y le puede dar a los clínicos a quienes lo refiera un sentido de su condición.

ELEMENTOS DEL EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El EEM tiene siete componentes, más o menos. Esta mnemotecnica lo ayudará a recordarlos:

Aparentemente la Conducta de los pacientes Límite se A semeja a Personajes Complicados y Conflictivos

Aspecto o apariencia

Conducta o conación

Lenguaje

Afecto y humor

Proceso del pensamiento

Contenido del pensamiento

Evaluación de Cognición

Aspecto o apariencia

¿Cómo le ayuda la apariencia de su paciente en su evaluación? En los extremos, un diagnóstico específico podría resultar evidente en sí mismo. Por ejemplo, un hombre desaliñado que vista capas de ropa absurdas y no combinadas padece de esquizofrenia hasta que demuestre lo contrario. De igual forma, una mujer extravagante, vestida seductoramente, con maquillaje brillante y que entre en su consultorio con exceso de energía sugiere que se encuentra en manía.

Sin embargo, en la práctica clínica usual, estas presentaciones patognomónicas son inusuales, y las apariencias ofrecen información más sutil, aunque no por eso menos útil. Cualidades en las cuales fijarse incluyen:

- Autoestima. ¿Se preocupa el paciente por su apariencia? Compare las dos descripciones de los pacientes siguientes:

El paciente era un hombre con ligero sobrepeso, de cabello negro rizado revuelto, que vestía pantalones de mezclilla que no eran de su talla y una playera tan ajustada que su estómago sobresalía sobre el cinturón.

El paciente era un hombre flaco que aparentaba menos años que los 47 que tenía, con un estilo de cabello corto y a la moda, una camisa de botones, planchada, pantalones de mezclilla nuevos y mocasines pulidos.

Los dos pacientes fueron diagnosticados con depresión, pero ambos se presentaron con estilos muy diferentes y, por ende, requirieron planes de tratamiento distintos.

- **Declaración personal.** ¿Dice la apariencia de su paciente algo sobre sus intereses, actividades y actitudes?

El paciente entra al consultorio con uniforme de electricista, con su nombre cocido sobre el bolsillo.

La paciente usaba una playera con el eslogan: “Todos los días me veo obligada a añadir un nombre a la lista de gente que me hace enojar”.

- **Aspectos memorables.** Describa todo lo que le salte a la vista del paciente. Por ejemplo, si es una mujer particularmente atractiva, anótelo, en vista de que el nivel de belleza es, por lo general, relevante para la opinión personal. Sin embargo, todavía no he visto un solo informe donde se describa al paciente como “feo”, y no lo recomendaría, porque implica que a usted le desagrada. En su lugar, describa los aspectos desagradables.

El paciente era un hombre de tamaño promedio cuyo rostro era redondo, cubierto de acné, y era calvo, con excepción de unos cuantos cabellos negros y engrasados a ambos lados de su cabeza.

A veces, alguna característica le brinca por completo:

Tenía cabello castaño, ensortijado y corto; su ojo izquierdo estaba evidentemente desviado hacia la izquierda, lo que le infundía una apariencia algo incómoda.



SUGERENCIA

Cuanto más viva sea la anotación, mejor. Encuentro útil anotar algunas descripciones al inicio de la entrevista, en el periodo de libertad de expresión.

Comentarios sobre el tamaño y complexión; color de cabello, estilo, calidad, incluyendo vello facial, si tiene; características faciales, incluyendo los ojos; ropa; movimientos; y cualesquiera características en su apariencia, como tatuajes o cicatrices.

Podría parecer que la [tabla 21.1](#) (incluida en el apéndice A como tarjeta de bolsillo) reafirma lo obvio, pero me resulta útil cuando carezco de palabras descriptivas.

TABLA 21.1. Términos de apariencia

<i>Aspecto de la apariencia</i>	<i>Descriptores</i>
Cabellera	Calvo, quedándose calvo, rapado, corto, largo, a la altura de los hombros, corte de soldado, liso, ensortijado, ondulado,

	tieso, cola de caballo, trenzas, afro, relajado, rastas, corte disparejo, rígido, grasiento, seco, enmarañado
Vello facial	Afeitado y limpio, barba bien recortada, barba larga y desaseada, barba “de chivo”, sin afeitar
Rostro	Atractivo, bien parecido, placentero, sencillo, pálido, rojizo, enrojecido, huesudo, delgado, ancho, forma de luna, nariz roja, grueso
Ojos	(mirada) Contacto visual bueno o evasivo, mirada desconfiada, alerta, penetrante, fija, dilatada, decaída, fuerte, intensa, agresiva, punzante
Cuerpo	Flaco, caquético, encorvado, frágil, raquítico, complexión normal, fornido, rechoncho, sobre peso, moderadamente obeso, obeso, con obesidad mórbida, pequeño, tamaño mediano, alto, brazos tatuados
Movimientos	Ningún movimiento anormal, movimientos nerviosos, rodillas temblorosas, tic en el rostro, se muerde los labios, se pellizca los labios, tembor, tembloroso, ansioso, se sujeta las manos, estático, rígido, cojea, tenso, desganado
Ropa	Ropa casual, limpia, apropiada, profesional, inmaculada, a la moda, holgada, no le queda bien, pasada de moda, extravagante, sexualmente provocativa, manchada, sucia, estrafalaria, con letreros o leyendas estampadas

Conducta o conación

¿Cómo se portó la paciente con usted la primera vez que la tra tó? ¿Fue amigable y cooperativa o indiferente y antipática? ¿Se sentó de inmediato y lo miró a los ojos o estaba agitada, caminando alrededor del consultorio y hablando con rapidez sin atender a ninguna de sus preguntas? El contexto de la entrevista también es importante para entender el comportamiento del paciente. ¿Fue la entrevista una evaluación programada o tuvo lugar en una sala de urgencia?

Los descriptores de actitudes son similares a los descriptores del afecto (Tabla 21.2), pero el énfasis está sobre palabras que describen relaciones con otras personas. Con frecuencia, una oración descriptiva es importante. A continuación, hay algunos ejemplos:

Llegó como alguien que sentía una gran ansiedad de contar su historia y de sentirse aliviado de sus síntomas. Tenía una actitud de respeto sumiso, diciendo cosas como: “¿Cree que pueda ayudarme, doctor? ¿Qué cree usted que tenga...?”

Llegó indiferente y antipática. Su actitud general era la de alguien que había pasado por muchas de estas entrevistas, y que ninguna había resultado de ayuda.

Frecuentemente, la actitud del paciente hacia usted cambia conforme se desenvuelve la entrevista.

TABLA 21.2. Términos del afecto

<i>Afectos</i>	<i>Términos</i>
Normal	Apropiado, calmado, agradable, relajado, normal, amigable, cómodo, sin mayor expresión
Feliz	Alegre, brillante, enérgico, contento, satisfecho, gracioso, risueño, eufórico, extasiado, exaltado
Triste	Triste, decaído, taciturno, deprimido, pesimista, malhumorado, desesperanzado, descorazonado
Ansioso	Ansioso, preocupado, tenso, nervioso, aprehensivo, asustado, aterrorizado, abrumado, paranoico
Enojado	Enojado, irritable, desdeñoso, amargado, arrogante, a la defensiva, sarcástico, molesto, encolerizado, hostil
Indiferente	Indiferente, vacío, superficial, tranquilo, distante, apático, huraño, aburrido, ausente, sin emociones, desinteresado, cínico

Al principio, el paciente estaba reacio a responder las preguntas y parecía irritable. A lo largo de la entrevista, se fue volviendo más dispuesto a revelar sus sentimientos y pensamientos más privados y al borde del llanto.

Lenguaje

La descripción del discurso se superpone a la descripción de la estructura de pensamiento, porque sólo podemos enterarnos de los pensamientos de los pacientes a través de lo que dicen. Las siguientes cualidades del habla deben considerarse:

- **Velocidad.** ¿Habla rápido o lento? El discurso rápido o “presionado” está, casi siempre, apegado a uno de un paciente en manía, pero debe tener cuidado de no sobrepatologizar. Un discurso rápido podría ser signo de ansiedad o incluso el patrón normal de habla. Todos conocemos a personas que hablan muy rápido y no por eso tienen manía.
- **Volumen.** Los pacientes que hablan alto pudieran tener manía, estar irritables o ansiosos. Un volumen bajo podría significar depresión o timidez. De nuevo, un habla a alto o bajo volumen pudiera ser una variante no patológica de lo normal.
- **Latencia de respuesta.** Normalmente, cuando a alguien se le hace una pregunta, la persona espera una fracción de segundo antes de responder. Esta es la latencia normal al responder. Los pacientes en manía responden tan rápido que pareciera que estuvieran brincando sobre la pregunta cuando usted todavía no la ha terminado. Los pacientes deprimidos o psicóticos podrían manifestar una latencia

mayor al responder, esperando varios segundos antes de responder preguntas simples.

- **Calidad general.** ¿Su paciente habla con ideas completas y un estilo articulado, o divaga en forma inconexa, haciéndose difícil de entender? Los términos de la [tabla 21.3](#) se estudian con mayor detalle en el [capítulo 27](#), en la sección sobre los trastornos de la estructura de pensamiento.

Afecto y humor

La teoría tradicional establece una diferencia entre ánimo y afecto, en la que ánimo se define como el reporte subjetivo que el paciente da de sus sentimientos, y *afecto* se refiere a la impresión que el clínico tiene del estado emocional del paciente. Aunque muchos doctores no hacen esta distinción en el trabajo clínico, usted debería familiarizarse con ella, porque es ampliamente utilizada.

TABLA 21.3. Términos del lenguaje

Normal
Pensativo
Articulado
Inteligente
Rápido
Entrecortado
Apresurado
Divagante
Continuo
Alto
Suave
Apenas audible
Lento
Con pausas

De igual forma que las observaciones sobre la apariencia y la conducta, una observación atinada sobre el afecto es una habilidad que toma años afianzar. Aunque el ambiente emocional general es casi siempre obvio, las sutilezas y grados no lo son, y evaluar los grados de afecto podría ser de vital importancia para cosas, como detectar la inminencia de tendencias suicidas, o bien para predecir la probabilidad de una reacción agresiva.

Con frecuencia, usted no va a necesitar preguntarle a su paciente cómo se ha estado sintiendo, porque él va a decirlo de manera espontánea. Sin embargo, ¿qué se puede hacer con un paciente que responda vagamente respecto de sus emociones o de uno que sea reticente a revelar lo que le pasa en su interior?

La estrategia obvia (y la más fácil) es preguntar directamente y sin tapujos:

¿Cómo te sientes en este momento? ¿Cómo te has sentido de ánimo en los últimos días?

Si el paciente responde con términos vagos, haga seguimiento con preguntas dirigidas a conseguir términos más precisos que describan el afecto, una descripción en la que los dos puedan concordar, pero que usted no se la haya dado al paciente.

CASO CLÍNICO

Entrevistador: *¿Cómo te has estado sintiendo en los últimos días?*

Paciente: *No muy bien.*

Entrevistador: *Hmmm. No muy bien. ¿Podrías darle algún nombre a ese sentimiento?*

Paciente: *Sólo... de veras, mal.*

Entrevistador: *Me refiero a alguna palabra emocional, como triste, nervioso, enojado, etc.*

Paciente: *Triste, supongo.*

Una situación particularmente difícil es cuando su paciente dice que siente que su ánimo “sube y baja” o que tiene “cambios de humor”. De pronto usted se encuentra con un diferencial enorme de diagnósticos. ¿Tiene el paciente trastorno bipolar? ¿Padece ciclotimia? ¿Sufre de depresión con reactividad anímica? ¿Tiene algún trastorno de personalidad? ¿O un trastorno de ansiedad? ¿Algún trastorno de abuso de sustancias? Todas estas opciones son compatibles con un estado anímico de “sube y baja”.

Su estrategia al preguntar debe enfocarse en intentar precisar un estado anímico duradero y persistente debajo de las variaciones. O, en el caso de inestabilidad anímica, usted debe determinar si los periodos bajos cumplen con los criterios de depresión mayor, y si los altos satisfacen los de una manía. Se tratará más este tema en los capítulos 23 y 24, pero a continuación presento una estrategia que, por lo general, funciona:

CASO CLÍNICO

Entrevistador: *¿Cómo te has sentido últimamente?*

Paciente (agitando la cabeza con mirada penetrante): *Por completo en sube y baja.*

Entrevistador: *Háblame primero de los bajones. ¿Cuándo dices “baja”, estás hablando de tristeza o depresión, o de otra cosa?*

Paciente: *En serio deprimido.*

Entrevistador: *¿Te sientes deprimido todos los días?*

Paciente: *A veces sí me siento feliz.*

Entrevistador: *También quiero que hablemos sobre los momentos de felicidad, pero más tarde. Enfoquémonos ahora en los momentos bajos, ¿tienes episodios de depresión casi todos los días?*

Paciente: *Sí.*

Entrevistador: *¿Estos periodos depresivos afectan tu concentración?*

[El entrevistador cubre los síntomas neurovegetativos (SNV) característicos de depresión y determina que el paciente cumple con criterios de un episodio de depresión mayor.]

Entrevistador: *Ahora, háblame de los momentos verdaderamente felices que has tenido. ¿Qué quieres decir con “sube”?*

Paciente: *Me siento de maravilla, como si estuviera en la cima del mundo.*

Entrevistador: *Muy bien. ¿Te sientes así de bien casi todos los días?*

Paciente: *No, no todos los días. Pero a veces sí.*

Entrevistador: *En las últimas dos semanas, ¿cuántos días dirías que te has sentido así de bien?*

Paciente: *Oh, un par de veces. Mis padres me regalaron un automóvil por mi graduación. Estaba muy feliz.*

Entrevistador: *¿Cuánto te duró ese ánimo alegre?*

Paciente: *Un par de días.*

Entrevistador: *¿Y luego cómo te sentiste?*

Paciente: *Triste, como siempre.*

El diagnóstico eventual fue una depresión mayor, porque el estado de ánimo del paciente persistente había sido la depresión, con varios síntomas neurovegetativos requeridos para conformarlo. Las “subidas” resultaron ser respiros del persistente ánimo depresivo.

La [tabla 21.2](#) (incluida en el apéndice A como una tarjeta de bolsillo) es una referencia útil al realizar un examen del estado mental. Úsela para enriquecer su vocabulario emocional, así evitará emplear la misma palabra para describir a todos los pacientes con un tipo particular de afecto.

Cualidades del afecto

Hay cuatro cualidades del afecto que se enseñan comúnmente, pero, igual que la diferencia entre ánimo y afecto, la utilidad de estas distinciones es controversial. Mi opinión es que en la psiquiatría académica se intenta demasiado distinguir entre detalles

nimios, y que el trabajo clínico es más sencillo y tan efectivo sin estas minuciosidades académicas que expongo a continuación. Sin embargo, muchos están en desacuerdo con esta opinión; usted debe, por lo menos, estar familiarizado con los términos, ya sea que los use o no:

1. *Estabilidad del afecto*. Esto se refiere a un *continuum* que viene del afecto *estable* (casi siempre definido como normal) hasta el afecto *lábil* (por lo general, anormal). Labilidad marcada en el afecto (p. ej., cuando el paciente alterna sollozos entrecortados e incontrolables) es, por lo general, una característica de manía o psicosis aguda, pero también podría ser visto como demencia u otro síndrome neuropsiquiátrico.
2. *Sentido de propiedad*. Un paciente que se ríe de manera incontrolable al hablar de la muerte de su madre manifiesta un afecto inapropiado, y este es un dato útil. Un afecto inapropiado es visto, por lo general, como psicosis o manía. Pero no sobrepatologice; mucha gente sin problemas sonríe cuando hablan de cosas tristes. Esto podría representar un mecanismo de defensa, en vez de una psicosis.
3. *Rango del afecto*. Los seres humanos mentalmente saludables exhiben una amplia gama en el afecto. A veces se sienten felices; en otras ocasiones están enojados; y en otras, tristes. Se dice de los pacientes deprimidos muestran un afecto *encogido*, y que los pacientes con esquizofrenia exhiben un afecto *plano*. El problema, por supuesto, es que mucha gente saludable manifiesta un rango angosto en el afecto. Esto podría resultar verdadero en medio de la entrevista psiquiátrica, en vista de que los pacientes pueden sentirse inseguros emocionalmente al exponer sus asuntos privados a un extraño. Por ende, la especificidad del diagnóstico sobre una gama limitada de afecto es sospechosa, y no debería interpretarse de manera excesiva.
4. *Intensidad del afecto*. A veces es difícil diferenciar entre la intensidad y la gama del afecto; y, al igual que la gama, la especificidad del diagnóstico resulta desconocida. El argot tradicional describe tres grados: intenso, plano y embotado. *Plano* y *embotado* se reservan para describir pacientes gravemente deprimidos o con síntomas negativos de esquizofrenia. *Intenso* suele emplearse para pacientes histriónicos o en manía, pero hay que tener en mente que muchos pacientes por completo saludables a veces son apasionados o intensos.

Proceso del pensamiento

La estructura del pensamiento se refiere al *flujo de los pensamientos* (coherente vs. incoherente). Este tema se trata con mayor detalle en el [capítulo 27](#).

Contenido del pensamiento

El *contenido del pensamiento* se refiere a ideas inusuales y peligrosas, e incluye ideaciones suicidas, ideaciones homicidas (véase el [capítulo 22](#)); síntomas psicóticos

como delirios y alucinaciones (véase el [capítulo 27](#)); y cualquier otro tema que haya surgido durante la entrevista relacionado con el diagnóstico psiquiátrico.

Evaluación cognitiva

¿Cuáles son los componentes esenciales del examen de descarte cognitivo? No hay consenso acerca de este tema, y muchos clínicos cuestionan lo que por lo común se enseña respecto de la evaluación cognitiva (Rapp 1979). Por ejemplo, la mayoría de los programas de entrenamiento siguen enseñando la prueba de resta en serie de siete (PRSS) para evaluar atención, incluso cuando hay estudios que han demostrado su poca validez al distinguir entre pacientes saludables y pacientes con demencia (véase la sección sobre atención y concentración, para un análisis más completo). Muchos de los elementos adicionales que se enseñan para la evaluación cognitiva son igualmente sospechosos, incluyendo la prueba de retención de dígitos, abstracción, similitudes, proverbios y preguntas de juicio (Keller y Manschreck 1989).

Yo me enfoco aquí en lo que en realidad le resultará útil para diferenciar entre una cognición normal y una dañada. Usted debería estar al tanto, sin embargo, de que esta es sólo una aproximación basada en descarte. Las pruebas especializadas de habilidades cognitivas, que en general aplican los neuropsicólogos, deben implementarse si su propia evaluación de descarte indica un problema potencial.

▼ **Advertencia:** Existen estudios que han demostrado que los logros educacionales bajos están correlacionados con un desempeño malo en evaluaciones cognitivas, cuando no existen demencia u otras incapacidades orgánicas (Manly et al. 1999; Murder et al. 1991). La mayoría de los estudios definen *educado pobremente* cuando se cuenta con 8 años de educación o menos –es decir, sin educación secundaria–. La implicación para los clínicos es que usted debe preguntar sobre el nivel educativo antes de hacer las pruebas y ser cauteloso para no sobreinterpretar anomalías cognitivas en los pacientes con un bajo nivel educativo.

Los elementos cognitivos que usted debe evaluar son:

- Nivel de conciencia o estado de alerta.
- Atención y concentración.
- Memoria.
- Juicio.
- Introspección (*insight*).

La precepción también es importante, por supuesto, pero su evaluación se analiza en el [capítulo 27](#).

Nivel de conciencia o estado de alerta



PUNTO CLAVE

La continuidad en el estado de alerta oscila entre comatoso y completamente alerta. Determinar el nivel del estado de alerta es importante por dos razones. Primera, proporciona una pista acerca de ciertos diagnósticos, como el uso de benzodiacepina o alcohol en un paciente somnoliento, o manía o abuso de estimulantes en el paciente hiperalerta. Segunda, ofrece una guía sobre cómo proseguir con el resto de la evaluación cognitiva. Por ejemplo, una examinación cognitiva completa no es válida para un paciente que afirma con la cabeza a lo largo de toda la entrevista.

La evaluación sobre el estado de alerta es bastante fácil. Los primeros 10 segundos con el paciente son suficientes para darse cuenta de si se halla alerta y es capaz de saludarlo y presentarse de manera apropiada. Si se ve somnoliento, usted tiene a su disposición un vocabulario entero para describir grados de somnolencia: adormilado, cansado, aletargado, somnoliento, soporífero, soporoso, estuporoso, obnubilado y comatoso. En vista de que no hay definiciones consensuadas respecto de estos términos, es mejor describir el nivel de somnolencia en simple español. Por ende, en vez de “estuporoso”, diga:

El paciente estaba somnoliento y sólo podía despertarlo mencionando su nombre en voz alta y agitando su hombro.

En vez de “cansado”, diga:

*El paciente bostezaba con frecuencia durante la entrevista, pero entendía bien todas las preguntas.
El paciente afirmaba con la cabeza frecuentemente y se le hacía difícil retomar su línea de pensamiento.*

Estas descripciones ayudan al lector de su evaluación a obtener conclusiones sobre el nivel de confianza del resto de la EEM.

Atención y concentración

Es necesario que evalúe si su paciente puede mantener su atención por un periodo. El *continuum* de atención va de estar atento y concentrado en un extremo a estar confundido y distraído en el otro.

La mayoría de los programas de entrenamiento enseñan dos evaluaciones para probar la atención: el examen de retención de dígitos y el SSST. En el examen de retención de dígitos, se le dan al paciente entre cinco y siete números y se le pide que los repita para adelante y para atrás; en el SSST, al paciente se le pide que reste 7 a 100 y que continúe contando en retroceso hasta que se le pida que se detenga. Estas dos pruebas parecen evaluaciones razonables de la atención; sin embargo, hay estudios que no las han corroborado.

En un estudio (Smith 1967) se les dio el SSST a 132 adultos normales con edades de entre 18 y 63, todos con empleo y muchos de ellos hasta con 16 años de educación. Las profesiones representadas incluían psiquiatras, psicólogos, neurólogos y pediatras. Sólo 42% de esta población muestra hizo el SSST sin ningún error. En total, 31 de los entrevistados cometió entre 3 y 12 errores, y 14 dieron o respuestas estereotipadas (supuestamente en concordancia con enfermedad del lóbulo frontal) o abandonaron el ejercicio del todo. En otro estudio (Milstein et al. 1972) se les dio el SSST a 325 pacientes psiquiátricos hospitalizados. No apareció ninguna diferencia con los 50 sujetos saludables, como tampoco había ninguna asociación entre hacer la prueba mal y la presencia de discapacidades cognitivas orgánicas. Respecto del examen de retención de dígitos, Crook et al. (1980) no encontraron diferencias en la capacidad para recordar siete dígitos entre 60 pacientes mayores que tenían discapacidades de memoria, y 44 personas mayores que estaban por completo saludables.

Por otro lado, la prueba de meses a la inversa (PMI), en la que se les pide a los pacientes que reciten los 12 meses del año en reversa, parece ser bastante sensible. La vasta mayoría de los adultos cognitivamente normales pueden terminar esta tarea en unos 20 segundos, y cualquier error u omisión sugiere con vehemencia una discapacidad cognitiva (Meagher et al. 2015). Tan sólo pida a su paciente que recite los meses del año de diciembre a enero.



SUGERENCIA

La mejor manera de evaluar la atención y concentración es simplemente hablar con su paciente y observar cómo piensa. ¿Su paciente puede concentrarse en sus preguntas? ¿Puede mantener un hilo de pensamiento a medida que usted le hace preguntas? Si la respuesta a estas preguntas es “sí”, la atención de su paciente está intacta.

Memoria

Usted debería evaluar tanto la memoria de corto plazo (la de las cosas aprendidas algunos minutos o días antes) como la de largo plazo (aquella de las cosas aprendidas hace varios días). Hay estudios que han documentado que las pruebas clínicamente más válidas son: a) orientación; b) recuerdo de tres objetos; c) recuerdo de eventos personales lejanos y d) recuerdo de información cultural general (Keller and Manschreck 1989).

Orientación

Con frecuencia se piensa en la orientación a persona, lugar y tiempo como una prueba de delirio o confusión, pero es, de hecho, una prueba de memoria. El nombre propio, la ubicación donde uno se encuentra y la fecha son fragmentos de información que deben aprenderse y retenerse. Aunque el nombre propio sea invariable, y por ende codificado en la memoria de largo plazo, tanto la fecha como el lugar cambian con frecuencia, lo

cual ofrece maneras ideales para probar si la gente es capaz de retener información nueva.

En vista de que puede ser vergonzoso preguntarle a alguien dónde está y qué fecha es, a continuación hay algunas formas para transitar con delicadeza a estas cuestiones. Usted puede hacer todas sus preguntas respecto de la memoria con una afirmación similar a:

Me gustaría cambiar el tema y hacerle algunas preguntas para evaluar su memoria.

Con frecuencia, se pueden hacer transiciones delicadas usando algo de la información que acaba de obtener:

(El paciente le acaba de decir que su padre tenía Alzheimer.) Hablando de eso, ¿cómo se ha estado portando tu memoria? Me gustaría hacerte algunas preguntas para evaluar tu memoria.

(La paciente acaba de decir que su concentración se ha deteriorado en los momentos en los que ha estado deprimida.) Hablando de concentración, me gustaría hacerle algunas preguntas para evaluar cómo están su memoria y su concentración.

Una vez que haya introducido la necesidad de evaluar la memoria, usted puede avanzar a las preguntas de orientación con preguntas del tipo:

¿Mantiene una buena noción del tiempo?

Independientemente de la respuesta, usted puede hacer, por ejemplo, este seguimiento:

¿Podrías decirme qué fecha es hoy?



SUGERENCIA

Si a su paciente se le dificulta y le cuesta trabajo recordar, una su gerencia para ahorrar tiempo es preguntarle componentes específicos, yendo de lo más fácil a los más difícil.

¿En qué año estamos? ¿En qué mes estamos? ¿Qué día de la semana es hoy? ¿Qué fecha es?

▼ **Advertencia:** No interprete en exceso una fecha mal dada. Mucha gente cognitivamente intacta no mantiene un registro exacto de la fecha. Para probarse esto a usted mismo debe preguntarse la fecha de hoy. Si se equivoca por un día, usted está normal. Por ende, al asentar su EEM, en vez de escribir “el paciente no estaba orientado a la fecha,” anote lo que el paciente dijo. Asumiendo, por ejemplo, que la fecha correcta es lunes 30 de noviembre de 2016, hay una enorme diferencia entre el paciente que contesta: “Lunes 29 de noviembre de 2016”, y el que responde: “Algún día del año 1998.”

Recuerdo de tres objetos

Se ha demostrado que recordar tres objetos luego de por lo menos dos minutos es una prueba útil para diagnosticar incapacidad cognitiva (Hinton and Withers 1971). Dígale a su paciente:

Repita las siguientes palabras: pelota, silla, púrpura.

Asegúrese que su paciente las pueda repetir correctamente antes de avanzar. Usted debe quedar convencido de que el paciente ha registrado las tres palabras, porque de otra forma la prueba de memoria no será válida. Algunos pacientes mayores podrían tener dificultades repitiendo las palabras por problemas del oído. (Uno de mis pacientes con problemas de oído llegó a repetir las palabras como “remota, villa, pulula.”) En estos casos, repita más alto las palabras hasta que queden bien registradas. Podría encontrarse con un problema similar si el idioma principal de su paciente no es el español. Por supuesto, si su paciente está extremadamente demente o confundido, no va a poder repetir las palabras por esa sencilla razón. Sin embargo, los pacientes con incapacidades cognitivas tan severas ya deben haber sido diagnosticados, en vista de sus dificultades para responder a preguntas sobre información básica durante la entrevista.

Una vez que usted quede satisfecho con el registro de las tres palabras por su paciente, diga:

Ahora quiero que recuerde esas tres palabras, porque en un par de minutos le voy a pedir que las repita.

Mientras tanto, haga preguntas de conocimiento general (véase más adelante) sobre cultura general e información personal. Entonces pídale que repita las tres palabras.

Si su paciente está batallando, dé las siguientes pistas:

Una de las palabras es algo con lo que se puede jugar.

Una es un mueble.

Una es un color.

Cognitivamente, las personas normales por lo general recuerdan las tres palabras, y si se les olvida una, suelen recordarla luego de las pistas. Si el desempeño es peor que el anterior indica un problema potencial con la memoria de corto plazo.

Conocimiento de cultura general

Ciertos conceptos culturales e históricos se enseñan tanto, que usted puede asumir que cualquier ciudadano de su país con por lo menos educación secundaria los ha aprendido. La incapacidad de recordar la mitad de estos temas es evidencia preliminar de que existe una incapacidad relacionada con la memoria a largo plazo.





SUGERENCIA

La prueba tradicional es que el paciente nombre los últimos cinco presidentes, aunque no hay evidencia de que haya algo mágico en el número cinco. En la práctica, los pacientes cognitivamente intactos podrían tener problemas al recordar que, por ejemplo, en el caso de Estados Unidos, George Bush fue antes de Clinton y que Reagan estuvo antes de Bush. Por ende, yo recomiendo preguntar sobre los últimos *tres* presidentes del país correspondiente.

- Los últimos tres presidentes. Comience con esta pregunta:

¿Quién es el presidente actual?

- Después pregunte:

¿Quién fue presidente antes de Barack Obama?

¿Quién lo fue antes de George W. Bush?

- Otras personalidades famosas. Yo pregunto acerca de personajes que son tan famosos, que una persona promedio no puede pasar un mes sin haber escuchado alguna referencia a dicho individuo.

¿Quién fue _____? ¿Por qué era famoso?

- A continuación hay algunas de estos personajes famosos, junto con una breve información que una persona cognitivamente intacta debería ser capaz de recordar:

George Washington, primer presidente de Estados Unidos

Abraham Lincoln, derogó la esclavitud

Princesa Diana, princesa inglesa que murió en un accidente automovilístico.

Martin Luther King, líder del movimiento de los derechos civiles en Estados Unidos.

Miguel de Cervantes, escritor.

Cristóbal Colón, descubridor de América.

- Fechas famosas. Al hacer las siguientes preguntas usted no debería esperar una respuesta correcta precisa, sino una respuesta que mencione un año más o menos correcto.

¿Cuándo ocurrió la Segunda Guerra Mundial? (cualquier año de las décadas de 1930 y 1940 es adecuado). ¿Cuándo fue asesinado John F. Kennedy? (en la década de los años sesenta).

- Lista de elementos. Una estrategia muy atinada para descartar demencia es la *prueba de conjunto*, descrita por primera vez en 1973 (Isaacs and Kennie 1973). El procedimiento es pedirle a su paciente que mencione tantos conceptos como pueda recordar (un máximo de 10) para cada una de las siguientes cuatro categorías:

colores, animales, frutas, ciudades. De un máximo de 40, un puntaje de 25 o por encima excluye el diagnóstico de demencia en el estudio original.

Conocimiento personal

El conocimiento personal incluye aspectos de la vida presente y la memoria de los eventos personales remotos. Los pacientes cognitivamente intactos deberían ser capaces de decir:

- Su dirección y número de teléfono.
- Nombres y edades de pareja, hermanos e hijos.
- El cumpleaños de la pareja, aniversario de bodas, lugar y fecha de matrimonio (si es casado).
- Los nombres de los padres y sus cumpleaños (principalmente para los pacientes más jóvenes que no estén casados).



SUGERENCIA

¿Cómo sabe si las respuestas de su paciente son correctas? La dirección, el teléfono y el nombre de la pareja casi siempre se recogen en la hoja de registro. Usted puede verificar más información al mencionar los nombres de otros familiares. Por lo general, sin embargo, los pacientes no tienden a confabular exageradamente, con excepción de los que tienen demencia alcohólica. Usted puede obtener un sentido del estado cognitivo sin tener que pasar por el proceso de hacer llamadas telefónicas.

Inteligencia

Al igual que con la concentración, usted puede tener una idea general del nivel de inteligencia del paciente a lo largo del resto de la entrevista. Piense que la inteligencia es la habilidad de manipular la información. Niveles altos de educación y de logros profesionales por lo común se correlacionan con una inteligencia alta.



SUGERENCIA

Como una medida rápida e informal de coeficiente intelectual (IQ), usted puede utilizar la *Prueba rápida de inteligencia aproximada Wilson fácil de recordar* (Wilson 1967) (Tabla 21.4). Comience con 2×48 como prueba de descarte. Si el paciente puede calcular esto, es muy improbable que se encuentre en el rango de límite o con retardo leve, y puede finalizar la prueba. Es probable que los pacientes que no pueden calcular 2×24 cumplen con el criterio IQ de retraso mental, y deben ser referidos sin duda alguna a pruebas formales neuropsicológicas. Aquí aplica la advertencia usual respecto del nivel educativo: usted debe aplicar esta prueba sólo a los pacientes que hayan concluido la

secundaria.

Insight



PUNTO CLAVE

Aunque el término *insight* tiene muchas capas de significado, para los intereses de la entrevista de evaluación, a usted le interesa saber si el paciente sabe que tiene una enfermedad y si tiene una idea realista de sus causas y posibles tratamientos.

TABLA 21.4. Prueba rápida de inteligencia aproximada Wilson fácil de recordar

<i>Inteligencia</i>	<i>Mejor esfuerzo</i>	<i>IQ (estimado general)</i>
Retrasado	2×6	< 70
Límite	2×24	70-80
Tonto normal	2×48	80-90
Promedio	2×384	90-110
Brillante normal	$2 \times 1\,536$	110-120
Superior	$2 \times 3\,072$	120-130

A veces, la carencia de *insight* del paciente es notoria. Es el caso de muchos individuos con manía y esquizofrenia, quienes pueden estar absolutamente convencidos de la veracidad de sus delirios. En dichos casos, documentar un *insight* malo es fácil, pero en muchos otros casos, usted debe evaluar el nivel de *insight* al preguntar, con frecuencia al final de la entrevista:

Ahora bien, ¿por qué crees que has estado teniendo estos problemas?

¿Qué cree usted que deba pasarle para que su vida mejore?

Los pacientes con *insight* son capaces de identificar algún causante de estrés psicosocial relacionado con su trastorno (bien sea como causa o como efecto). Los pacientes con poco *insight* podrían responder lo siguiente:

No lo sé. Usted es el doctor.

La gente tiene que dejar de presionarme (un paciente paranoico).

Aunque una falta total de *insight* se manifiesta en trastornos psicóticos y demencia, un *insight* débil podría llevarlo a diagnosticar un trastorno de personalidad o una inteligencia baja.

Juicio

Hoy está reconocido ampliamente que la prueba estándar para evaluar el juicio no ayuda a evaluar el tipo de juicio en el que están interesados los clínicos:

¿Si te encontraras tirado en la acera un sobre con dirección y timbre postal, qué harías?

Al contrario, usted debería evaluar el juicio con base en la información recolectada a lo largo de la entrevista. ¿Buscó el paciente ayuda cuando se sintió deprimido? ¿Aplicó para obtener beneficios de desempleo cuando perdió su trabajo? Esto muestra un buen juicio. ¿Decidió que su mejor tratamiento para la depresión era consumir cocaína? Esto muestra un juicio deficiente.

Con frecuencia, los estudiantes empaquetan pruebas de abstracción con pruebas de juicio. Estas incluyen la interpretación de proverbios, así como el reconocimiento de similares. Estas pruebas son de poca confianza (Andreasen et al. 1974), no tienen ninguna utilidad probada a la hora de diagnosticar problemas orgánicos, y un buen rendimiento está correlacionado con la inteligencia (Keller and Manschreck 1989), que no se supone que debería ser lo que la prueba evalúe.

¿DEBERÍA USAR EL MINIEXAMEN DE ESTADO MENTAL FOLSTEIN?

El MEEM Folstein (Folstein et al. 1975) contiene once categorías de preguntas evaluadas. La calificación mayor posible es 30, y las calificaciones por debajo de 30 podrían indicar una discapacidad cognitiva, dividido específicamente por edades y nivel educativo. La sensibilidad de la prueba es alta –es improbable que se pasen por alto los casos de demencia– pero la especificidad es baja, lo que significa que muchos pacientes mentalmente saludables podrían calificar como dementes. En cierto estudio, esto sucedió en 17% de los pacientes (Anthony et al. 1982).

Un tema de gran debate es si el MEEM debería utilizarse en todas las evaluaciones psiquiátricas. Los que se oponen argumentan que la capacidad predictiva positiva de la evaluación es inaceptablemente baja, y que es menos sensible y específica que los juicios clínicos derivados de la totalidad de la entrevista (Harwood et al. 1997; Tangalos et al. 1996). Los que lo proponen argumentan que su sensibilidad alta la hace esencial, y que una medida numérica es de gran ayuda al hacer seguimiento al tránsito de la demencia. Pero incluso la capacidad del MEEM en rastrear el deterioro de la cognición ha sido cuestionada. Los investigadores han examinado grupos grandes de pacientes con Alzheimer, y seguido las calificaciones del MEEM a través de los años. Aunque descubrieron que había un deterioro anual de 3.4 puntos, el margen de error resultó ser casi tan alto (2.8), e incluso luego de 4 años de seguimiento, 15.8% de los pacientes no sufrió ningún deterioro significativo de sus calificaciones MEEM.

El MEEM es más útil para clínicos con poca experiencia en la entrevista que necesitan un formato estandarizado para hacer una serie de preguntas. Es menos útil para los clínicos de salud mental, porque se puede deducir el funcionamiento cognitivo de la

entrevista en su totalidad y hacer preguntas para evaluar áreas específicas de discapacidad mental. Adicionalmente, el MEEM incluye una prueba que ha sido invalidada para evaluar la discapacidad cognitiva (SSST) y *no* incluye otras preguntas de importancia para evaluar la demencia, como las preguntas sobre conocimiento personal y general.

Aceptando las limitaciones del MEEM, es tan utilizado en tantos establecimientos clínicos que usted debería estar familiarizado con él.

MINI-COG

Un reciente método de descarte simplificado para demencia, llamado Mini-Cog, ha sido validado y es fácil y de rápida implementación. Combina dos pruebas: recordar tres ítems (igual de famoso que el MEEM), y la tarea de dibujar un reloj (TDR). Estudios que comparan el Mini-Cog con el MEEM han demostrado que no hay una diferencia real en sensibilidad y especificidad, con la diferencia que el Mini-Cog es más rápido de implementar, además de que evita las barreras culturales y de lenguaje asociadas con el MEEM (Tsoi et al. 2015).

El Mini-Cog se implementa en dos pasos. Primero, usted debe preguntarle al paciente si puede hacerle una prueba de memoria al pedirle que repita y memorice tres palabras simples (usted escoge las palabras). Luego le entrega un papel y una pluma, y le pide que dibuje un reloj, con las manillas apuntando las “11:10” (o usted puede escoger cualquier hora en el que las manillas estén en lados opuestos del reloj). Una vez que haya terminado de dibujar el reloj, debe pedirle que repita las tres palabras.

¿Cómo se interpreta el desempeño del paciente? Use el resultado de recordar tres objetos como prueba de descarte. Los pacientes que recuerden las tres palabras no sufren de demencia, aquellos que no recuerden alguna sí la padecen, mientras que aquellos que recuerden una o dos pudieran sufrir de demencia. Para los pacientes que se ubican entre los extremos, su desempeño en el TDR ofrece información crucial que podría llevarlo a usted a decidir si necesitan pruebas neuropsicológicas.



Cómo evaluar la ideación suicida y homicida

Conceptos esenciales

Ideación suicida:

- Aprenda el factor de riesgo **SAD PERSONS** (personas tristes) de suicidio.
- Use la estrategia CASE para evaluar el riesgo de suicidio.
- Evalúe la tendencia suicida pasiva.
- Evalúe la tendencia suicida activa.
- Evalúe algún plan inminente.

Ideación homicida:

- Descubra los factores de riesgo para un homicidio.
- Pregunte sobre ideación homicida.
- Conozca sus responsabilidades Tarasoff.

No podemos arrancar ni una sola página de nuestra vida, pero podemos lanzar el libro entero al fuego.

George Sand

FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

La razón por la que es necesaria una evaluación de la tendencia suicida en toda entrevista de diagnóstico es bastante obvia: se espera prevenir el suicidio. Sin embargo, el campo de la salud mental no ha logrado desarrollar herramientas para predecir el comportamiento suicida en cada paciente en particular. Por otro lado, algunos investigadores han descubierto cierto número de factores que incrementan el riesgo de suicidio. Es importante estar al tanto de tales factores de riesgo mientras entrevista a cualquier paciente potencialmente suicida.

Usted tiene dos objetivos al evaluar la tendencia suicida en la primera entrevista. El primero, y el más importante, es evaluar si existe un riesgo inminente de intento de poner fin a la propia vida. Su segundo objetivo es determinar la tendencia suicida pasada y presente, de tal forma que le sirva de ayuda para formular un diagnóstico *DSM-5* correcto. Usted puede lograr ambos objetivos con la misma línea de preguntas.

Antes de revisar los tipos de preguntas que debe hacer, familiarícese con los factores de riesgo de suicidio. Una mnemotecnia excelente para los factores de riesgo mayores es SAD PERSONS (personas tristes), ingenjada por Patterson et al. (1983).

Mnemotecnia: **SAD PERSONS** (factores de riesgo de suicidio):

Sexo. *Es más probable que las mujeres intenten suicidarse; es más probable que los hombres lo logren.*

Años (edad). *La edad entra en una distribución bimodal; los adolescentes y ancianos tienen el riesgo más alto.*

Depresión. *Hasta 15% de los pacientes con depresión muere por suicidio.*

Intentos Previos. *Hasta 10% de quienes han intentado suicidarse finalmente muere por suicidio.*

Abuso de Etanol. *Hasta 15% de los alcohólicos se suicida.*

Pérdida del pensamiento Racional. *La psicosis es un factor de riesgo, hasta 10% de los pacientes con esquizofrenia muere por suicidio.*

Apoyo Social o redes de apoyo deficientes.

Plan Organizado. *Un plan bien formulado para suicidarse es una bandera roja.*

No casado. *Estar divorciado, separado o haber enviudado es un factor de riesgo; ser responsable de niños es un protector estadístico en contra del suicidio.*

Sufrimiento por enfermedad. *Los padecimientos crónicos son un factor de riesgo.*

Aunque estos factores de riesgo son útiles para determinar el riesgo de que un paciente se suicide a largo plazo, no lo son para evaluar el riesgo inminente, y evaluar precisamente este riesgo es el factor más importante de la entrevista diagnóstica. Aunque no se han estudiado mucho los factores de riesgo inminentes, la American Association of Suicidology estableció los siguientes signos de alerta a corto plazo para el comportamiento suicida (Rudd et al. 2006):

- Enojo.
- Irresponsabilidad.
- Sentirse atrapado.
- Incremento de uso de sustancias.
- Aislamiento social.
- Ansiedad/agitación.
- Insomnio o hipersomnia.
- Cambios del estado de ánimo.
- Falta de razón o propósito para vivir.



PUNTO CLAVE

La tendencia suicida es un tema difícil de abordar, sin embargo usted debe preguntar al respecto en cada entrevista diagnóstica. Es raro que los pacientes se enojen o avergüencen con las preguntas sobre tendencias suicidas. La mayoría de los pacientes

deprimidos tiene por lo menos algunos pensamientos suicidas de vez en cuando (Winokur 1981), y se sienten reconfortados cuando se les pregunta al respecto, porque les permite revelar la profundidad real de su depresión. Si realmente no tienen pensamientos sobre el suicidio, van a decir algo como: “Oh no, yo nunca podría hacer algo como eso”, y le van a explicar por qué no.

CÓMO EVALUAR LA IDEACIÓN SUICIDA: ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA

Otro desincentivo común para preguntar sobre el suicidio es el miedo a recibir una respuesta afirmativa. Usted quizá sienta pánico la primera vez que se tope con un paciente con ideación suicida, pero con la experiencia va a aprender que hay niveles de tendencia suicida, y que no todos estos pacientes necesitan ser hospitalizados con urgencia.

La estrategia CASE

Por mucho, el mejor método para evaluar el riesgo de suicidio es la estrategia CASE, que desarrolló uno de mis mentores, el doctor Shawn Shea, y que publicó en su libro *The Practical Art of Suicide Assessment* (Shea 2011). Le recomiendo mucho que lea esta obra, como lo he hecho yo, pues desarrolla mucho más a detalle esta técnica e incluye innumerables casos clínicos.

CASE son las siglas en inglés de *Chronological Assessment of Suicidal Events* (evaluación cronológica de los eventos suicidas), y le va a ayudar a recordar las preguntas, sobre todo, lo relevante respecto de cualquier paciente con riesgo suicida. La técnica consiste en los siguientes pasos:

1. Comience por evaluar la ideación suicida o evento suicida.
2. Obtenga información sobre cualquier ideación suicida en los últimos 2 meses.
3. Explore ideaciones suicidas pasadas.
4. Regrese al presente y explore cualquier tendencia suicida inminente.

La lógica es que el proceso de explorar el evento presente y el pasado le permite establecer *rapport* con su paciente. Esta compenetración (*rapport*) hará más probable que él o ella se abra con usted sobre cualquier plan de suicidio inminente, que es lo que en realidad usted debe evaluar en la entrevista.

¿Cómo logra uno preguntar lo requerido por la estrategia CASE? Independientemente del tiempo que esté explorando, el asunto de la tendencia suicida puede ser abordado de numerosas maneras. La aproximación directa es perfectamente aceptable. Por ejemplo, como parte de su evaluación de los *SIC-E-CAPS* para depresión, usted puede decir:

¿Te han dado ganas de suicidarte?
¿Has tenido pensamientos de querer hacerte daño?



SUGERENCIA

En algunas situaciones, sin embargo, el paciente podría sentir desapacible esta aproximación, y una transición sutil podría ser mucho mejor:

Algunas veces, cuando las personas se sienten deprimidas, piensan que estarían mejor muertas. ¿Ha pasado ese pensamiento por tu mente?

Considerando todas las cosas que me ha dicho, ¿ha llegado a sentirse tan mal que le ha parecido que vivir no vale la pena?

Ambas son preguntas normalizadoras que investigan ideaciones suicidas “pasivas”. Si el paciente responde: “Sí”, entonces debe preguntar sobre ideaciones suicidas activas.

¿Has pensado en el suicidio?

¿En qué maneras de lastimarse ha pensado? (planteado como expectativa de conducta).

Mucha gente con depresión leve o moderada se aferra a ideaciones suicidas pasivas, pero niega tener pensamientos de lastimarse a sí misma en verdad. Esta es una distinción clínica importante, y usted podrá respirar con tranquilidad si las ideaciones suicidas de su paciente no han pasado la fase pasiva. Sin embargo, si su paciente admite tener ideaciones suicidas activas, debe hacer una serie de preguntas adicional. Usted tiene que averiguar qué tan elaborado y realista es el plan suicida.

¿Has pensado en cortarte?
¿En tomar una sobredosis?
¿En saltar de una ventana?
¿En dispararte?
¿En colgarte?

No se preocupe de poner ideas en su cabeza. Al preguntar de manera específica sobre comportamientos suicidas comunes, usted da al paciente el permiso de sentir confianza y le comunica que está familiarizado con este tema tan difícil, y que no va a sentir aversión de una respuesta positiva.

¿Qué tan cerca has estado de causarte daño?
¿Has ideado algún plan?
¿Has conseguido alguna cosa que necesitarías para hacer algo?

Aquí usted pregunta acerca de la existencia de un plan y se da una idea de qué tan cerca está el paciente de llevarlo a cabo.

¿Has llegado a tener las pastillas en la mano y el vaso de agua frente a ti?
¿Has puesto las pastillas en tu boca?
¿Qué te impidió tragarlas?

Esto continúa con preguntas más específicas. La misma línea de preguntas se puede usar para cualquier método que el paciente con ideación suicida haya fantaseado.

¿Tienes un arma en tu casa?
¿Tienes acceso a una cuerda?
¿Tienes pastillas en tu casa?

Usted debe evaluar qué tan realista es el plan de su paciente. Si el paciente dice que se quiere disparar, esto suena muy serio, pero ¿acaso tiene un arma? Si no, ¿tiene acceso al arma de un amigo o un familiar? ¿Acaso ha acudido a algún lugar donde sepa que puede comprar armas?

¿Has escrito alguna nota suicida?
¿Has hecho cualquier cosa para poner tus asuntos en orden en preparación de tu muerte?

Arreglos como estos son indicadores particularmente amenazantes de un intento suicida inminente.

¿Sientes que quieres suicidarte en este momento? ¿Tienes algún plan para hacerte daño?

Aquí pregunta sobre la inminencia de la intención, de tal forma que pueda determinar si es necesaria la hospitalización o cualquier otra intervención de urgencia.

¿Qué te ha impedido suicidarte?

Este es un tema muy útil. Muchos pacientes desesperados se oponen rotundamente a suicidarse por razones específicas, con frecuencia porque tienen hijos que dependen de ellos o por motivos religiosos. Si usted identifica factores persuasivos que mantengan a su paciente en el mundo de los vivos, refuércelos.

Si sintieras más ganas de suicidarte en los próximos días, ¿podrías prometerme que vas a tomar el teléfono y hablar con alguien antes de lastimarte?, ¿o sentirías tanto dolor que no querías pedirle ayuda a nadie?



SUGERENCIA

De lo que se trata es que usted descubra si el paciente es capaz de “comprometerse por seguridad o pacto terapéutico”. La noción de un compromiso por seguridad es controversial, y dicho compromiso puede, sin duda, darle un sentido de seguridad falso al clínico. Mi opinión es que los compromisos por seguridad no lastiman y probablemente han salvado vidas, porque ofrecen un plan concreto a una persona que podría experimentar tanta ansiedad que no pueda pensar con claridad. Un buen compromiso por

seguridad incluye los nombres y números de personas a quien el paciente se compromete a contactar, así como una buena forma de comunicarse con usted o con su suplente.

CÓMO EVALUAR LA IDEACIÓN HOMICIDA



PUNTO CLAVE

Aunque he combinado la evaluación de ideaciones homicidas con la evaluación de ideaciones suicidas, se trata de diferentes “criaturas”. Usted debe evaluar las ideaciones suicidas de todos los pacientes que entreviste, pero sólo preguntará sobre ideaciones homicidas a pacientes que considere que pueden causar la muerte de alguien. Esto incluye a pacientes en grupos que han sido identificados por investigadores con alto riesgo de ser homicidas (Asnis et al. 1994; Tardiff 1992), como el caso de los paranoicos, antisociales o quienes abusan de sustancias o los que le dicen que están enojados con alguna persona en particular.

El tema de las ideaciones homicidas no es el más fácil de abordar durante la entrevista. Las técnicas de entrevista (véase el [capítulo 4](#)) como la normalización y la reducción de la culpa son de utilidad aquí. Una vez que haya introducido el tema, su estrategia debe consistir en determinar con exactitud quién es el blanco de la ideación homicida, y luego evaluar la seriedad de la ideación. Este proceso es análogo a la evaluación de las ideaciones suicidas, en el cual usted debe precisar la ideación en un *continuum* de pasivo a activo, hasta llegar a cualquier plan inminente.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 35 años fue admitida en el hospital por delirios de que una impostora había reemplazado a su madre e intentaba quedarse con la casa de la familia. Admitiendo que la paranoia es un factor de riesgo de ideación homicida, el entrevistador decidió evaluar dicha posibilidad.

Entrevistador: *¿Qué siente por esta mujer? (refiriéndose a la madre “impostora”).*

Paciente: *¿Cómo se sentiría usted? Se está apoderando de todo lo que me pertenece.*

Entrevistador: *Yo estaría furioso.*

Paciente: *Dígame usted mismo. Me están robando.*

Entrevistador: *Imagino que alguien en su situación haría todo lo posible para prevenirlo (usando normalización).*

Paciente: *Así es.*

Entrevistador: *¿Incluso querer deshacerse de esa persona?*

Paciente: *Está destruyendo mi herencia. La muerte sería demasiado buena para ella.*

Entrevistador: *Parece alegrarse con la idea de que muera.*

Paciente (mirando al entrevistador con incredulidad): *Por supuesto.*

(En este punto el entrevistador detectó una ideación homicida pasiva; ahora debe evaluar si existe una ideación homicida activa).

Entrevistador: *¿Ha pensado en matarla usted misma?*

Paciente: *Ojalá pudiera. Pero hay demasiados como ella. Si la matara, ellos sabrían quién lo hizo y vendrían por mí.*

Entrevistador: *¿Entonces no se le ha ocurrido un plan para matarla?*

Paciente: *Muchos planes, ¿pero a dónde me llevarían? Ya le dije, no lo podría hacer.*

Entrevistador: *¿Qué tipo de planes?*

Paciente: *La mejor manera sería incinerarla en la casa que tanto quiere.*

Entrevistador: *¿Quiere decir incendiar la casa?*

Paciente: *Sin duda me rompería el corazón perder la casa, pero podría ser necesario.*

El entrevistador concluyó que la paciente tenía un riesgo alto de proseguir con su plan de incendiar la casa de su madre como intento de homicidio.

Esta breve descripción de caso recuerda la importancia de lo que se debe hacer cuando el paciente expresa ideación homicida. La decisión Tarasoff de 1976 ofrece guías a profesionales de la salud mental (Felthous 1991). En esencia, usted tiene la responsabilidad de proteger a la víctima potencial. En general, esto implica informar tanto a la víctima potencial como a la policía.

Si usted decide emitir una advertencia Tarasoff, es una buena idea informar dicha decisión a su paciente. En tales casos, lo mejor es abordarlo directamente.

La ley me obliga a hacer todo lo que pueda para salvaguardar a las personas en peligro. Eso quiere decir que voy a tener que llamar a esa mujer, y también a la policía.

Tal vez a usted le preocupe que si informa a su paciente acerca de su decisión, se dañe la alianza terapéutica. Sin embargo, de acuerdo con el único estudio que ha indagado sobre este asunto, en la mayoría de los casos, el emitir una advertencia tuvo un efecto negativo mínimo, o incluso positivo, en la alianza (Binder and McNiel 1996).



Cómo evaluar trastornos del ánimo I: trastornos depresivos

Conceptos esenciales

Preguntas de descarte

- ¿Está deprimido?
- ¿Has vivido algún periodo de 2 años (para diagnosticar distimia) en el que te hayas sentido triste la mayor parte del tiempo?

Mnemotecnia SIC-E-CAPS

Tiempo recomendado: un minuto si el descarte resulta negativo; 5 minutos si el descarte es positivo.

El diagnóstico de diferentes tipos de trastornos depresivos comienza con realizar el del episodio depresivo mayor (Tabla 23.1). Una vez que se convierta en un experto en la evaluación de la presencia de los síntomas neurovegetativos (SNV) de la depresión, usted será capaz de diagnosticar con rapidez una depresión mayor, una depresión atípica, un trastorno afectivo estacional (SAD, triste en inglés) y un trastorno depresivo resistente o distimia.



PUNTO CLAVE

Es igualmente importante que usted sepa cuándo *no* diagnosticar un trastorno depresivo. La depresión mayor tiende a recibir una atención desproporcionada en la educación de salud mental, en parte por ser tan común y en parte porque somos buenos tratándola. Sin embargo, usted le haría un daño al paciente si lo diagnostica con una depresión mayor cuando, por el contrario, tiene un trastorno de adaptación con estado de ánimo deprimido, por lo que se beneficiaría mucho más de un tratamiento psicoterapéutico breve que con medicamento.

TABLA 23.1. DSM-5 Criterios para un episodio depresivo mayor

Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes en las últimas 2 semanas;

por lo menos uno de los síntomas es: a) ánimo deprimido o b) pérdida de interés o placer.

Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días

Marcada disminución de interés o placer por todas o casi todas las actividades

Pérdida del apetito o pérdida significativa de peso

Fatiga o pérdida de energía

Insomnio o hipersomnia

Agitación o retraso psicomotor

Fatiga o pérdida de energía

Sentimientos de impotencia o culpa excesiva o inapropiada

Disminución en la concentración o indecisión

Pensamientos sobre la muerte o ideación suicida

Mnemotecnia: **SIC-E-CAPS**

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washinton, DC: American Psychiatric Association.

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

Mnemotecnia: SIC-E-CAPS

Una útil mnemotecnia para guiar sus preguntas sobre los SNV de depresión es **SIC-E-CAPS**. La desarrolló el doctor Carey Gross en MGH, y se refiere a lo que uno podría escribir en una hoja de prescripción para un paciente deprimido y anérgico: SIC: CÁPSulas Energéticas (SIGECAPS, en inglés). Cada letra se refiere a uno de los criterios de diagnósticos mayores para un trastorno de depresión mayor:

Trastorno de **S**ueño (bien sea incremento o decremento del sueño).*

Déficit de **I**nterés (anhedonia).

Culpa (minusvalía*, desesperanza*, arrepentimiento).

Déficit de **E**nergía.*

Déficit de **C**oncentración.*

Trastorno del **A**petito (bien sea incremento o decremento del apetito).*

Retardo o agitación **P**sicomotor.

Ideación **S**uicida

Para trastorno distímico, dos de los seis síntomas marcados con asterisco deben estar presentes.

Cómo preguntar sobre síntomas de depresión

La dificultad principal para los clínicos principiantes es traducir la terminología del *DSM-*

5 a un lenguaje que el paciente pueda entender. Una dificultad relacionada con esto es distinguir entre respuestas positivas verdaderas y respuestas positivas falsas a las preguntas sobre los síntomas. La mayoría de las personas experimenta cierto grado de uno de los síntomas de una depresión mayor en algún punto de su vida. Para establecer que su paciente tiene síntomas lo suficientemente intensos como para aplicar a los criterios del *DSM-5*, se requiere de creatividad, persistencia y experiencia.

En este capítulo discuto las técnicas para evaluar cada uno de los SNV en su debido momento. Primero, aquí hay algunas recomendaciones generales:

- Establezca que el síntoma es un cambio verdadero de la línea base. Muchos pacientes pueden tener problemas potencialmente crónicos con la concentración, la energía, el apetito y demás, sin embargo podrían no tener nada que ver con la depresión. Si es así, estos síntomas no pueden “contar” para su diagnóstico de un episodio de depresión mayor.
- Establezca si el síntoma ha ocurrido casi todos los días en las últimas 2 semanas. Muchos pacientes pueden reaccionar a eventos molestos con varios días de SNV. Esto no constituye un episodio depresivo mayor, aunque sí podría ser un trastorno de adaptación con ánimo deprimido. Es bueno recordar a los pacientes que usted pregunta sobre periodos específicos.

Recuerda con detenimiento: ¿Te has sentido deprimido casi todos los días en las últimas 2 semanas?

- Trate de no hacer preguntas inductivas. Un ejemplo de una pregunta inductiva es: “¿Es tu depresión causa de que te cueste concentrarte?” Esto implica que una pérdida de concentración es de esperarse, y un paciente sugestionable o simulador podría responder con un “sí” falso. Ejemplo de una pregunta no inductiva es: “¿Crees que tu concentración ha sido mejor o peor en las últimas 2 semanas?” Por supuesto, usted puede sustituir “concentración” por cualquiera de los SNV en este ejemplo.

CASO CLÍNICO

Un internista entrevistaba a un dueño de un club nocturno de 45 años. Cuando se le preguntó, “¿Cómo has estado durmiendo en las últimas 2 semanas?” El paciente respondió: “Terrible. No me puedo quedar dormido antes de las 4 de la madrugada, y luego me levanto a las 10. Siempre estoy cansado”. El residente consideró que esta declaración era suficiente para cumplir con los criterios de insomnio por depresión, hasta que el paciente mencionó que este había sido el patrón de sueño en los últimos 6 años, y que no había cambiado en las últimas 2 semanas. Se refirió al paciente a una clínica del sueño y terminó siendo diagnosticado con apnea del sueño.

Preguntas de descarte

¿Estás deprimido?

Un estudio demostró que esta pregunta tan simple tuvo 100% tanto de sensibilidad como de especificidad para diagnosticar una depresión mayor en quienes tienen una enfermedad terminal y superó instrumentos de descarte elaborados como el Inventario de Depresión Beck (Chochinov et al. 1997).

¿Cómo ha estado tu humor recientemente?

Esta es una pregunta no inductiva, pero nótese que es más específica que preguntar: “¿Cómo te ha ido?” o incluso, “¿Cómo te has sentido?” Si su paciente empieza en este punto a hablar de su angustia, vaya a las SNV de la depresión. Sin embargo, si dice “bien”, debe orientarse a preguntas más específicas:

¿Te has sentido tan mal o deprimido, que tu vida entera se ha visto afectada por lo menos durante 2 semanas?

Preguntas SIC-E-CAPS

- Trastorno de Sueño.

¿Has estado durmiendo con normalidad? (una buena pregunta de descarte para problemas de sueño.) ¿Cómo ha sido tu patrón de sueño recientemente?

(Dependiendo de la adecuación de la respuesta de su paciente a esta pregunta, usted podría hacer, o no, seguimiento con las siguientes interrogantes.)

¿A qué hora te acuestas?

¿A qué hora te quedas dormido?

(Para diagnosticar la dificultad de quedarse dormido.)

¿Duermes bien toda la noche o te despiertas con frecuencia a mitad de la noche?

(Para diagnosticar la frecuencia con la que se despierta.)

¿A qué hora sueles despertarte en la mañana?

¿Por lo general te sientes descansado cuando te despiertas?

¿Te sientes más o menos deprimido cuando te despiertas?

¿Cómo cambia tu estado de ánimo conforme transcurre el día?

(Para diagnosticar si se despierta temprano en la mañana y la variación diurna del estado anímico.)

- Déficit de **Interés** (anhedonia). La anhedonia es un síntoma sorprendentemente difícil de determinar. Por supuesto, ningún paciente va a decir de manera directa: “Doctor, he estado muy anhedónico últimamente”. Usted va a escuchar afirmaciones como: “Todo el tiempo estoy aburrido”. “No me siento motivado”, o “nada me importa”. Uno de los problemas es que los pacientes podrían no entender cuando nosotros les preguntamos: “¿Podrías describirme tu nivel de interés?” o “¿Has estado obteniendo placer de las cosas?” Un paciente podría asociar placer sólo con experiencias extraordinarias, como irse de vacaciones o podría decir que sí ha estado interesado en cosas, cuando en realidad su nivel de interés ha decrecido en forma notable desde el inicio de la depresión. Es importante ser específico con las preguntas para evitar estos reveses.

Antes de que te sintieras tan triste, ¿qué tipo de cosas hacías para divertirte o relajarte?

¿Qué tipo de pasatiempos tenías?

¿Leías?

¿Jugabas o te mantenías informado de algún deporte?

¿Ibas al cine?

¿Salías con amigos?

Esto establece una línea base contra la cual comparar el periodo de depresión. Entonces puede proceder a preguntar cómo la depresión ha afectado las actividades del paciente:

Desde que te sentiste deprimida, ¿has notado si has estado menos interesada en estas actividades?

¿Ha notado si es capaz de disfrutar esas cosas como antes lo hacía?

¿Has dejado de hacer algo que antes disfrutabas?



SUGERENCIA

Si la persona que usted está evaluando ya está tomando antidepresivos, en especial si se trata de un inhibidor de recaptación de serotonina, podría parecer que tiene anhedonia, mientras que en realidad podría sufrir de “síndrome de apatía” secundario a un antidepresivo. Esto ocurre en 20 a 30% de los pacientes con nuevos antidepresivos, y podrían causarlos niveles reducidos de dopamina cerebral.

- **Culpa**, sentido de que no vale nada, desesperanza. Aquí, usted quiere descubrir cuán negativo de sí mismo se siente el paciente. Funciona iniciar con preguntas para evaluar la autoestima:

¿Cómo te has sentido contigo mismo, en términos de autoestima, desde que estás deprimido?

¿Siente que es, en esencia, una buena persona o tiene sus dudas?

¿Te has sentido especialmente crítico hacia ti, recientemente?

Estas preguntas abordan de manera específica el tema de la desesperanza:

¿Cómo ves tu futuro?

¿Espera que las cosas mejoren o ve todo bastante mal?

¿Te sientes impotente de cambiar tu situación?



SUGERENCIA

Al evaluar la culpa, la simple pregunta: “¿Te sientes culpable?” podría no ser suficiente, porque el paciente podría no sentirse culpable en ese momento, incluso cuando se ha estado sintiendo así en las últimas semanas. Por esta razón, es importante preguntar sobre aspectos específicos de su forma de vida, de los que a menudo se sienten culpables los pacientes deprimidos.

¿Se siente culpable o agradecido por cosas que haya o no haya hecho, como no ser productivo, no alcanzar su potencial o ser una carga?

- Déficit de **E**nergía. Comience con una pregunta de descarte.

¿Cómo ha estado tu nivel de energía en las últimas 2 semanas?

Si el paciente responde: “Bajísimo”, asegúrese que la baja energía coincide con el inicio de la depresión, en vez de ser una característica constante de su estado físico.

¿Representa esto un cambio para ti? ¿Te sentías más energética antes de tu depresión?

- En vista de que una enfermedad médica causa anergia en ausencia de depresión, usted podría confundirse en la causa de pérdida de energía, en especial con pacientes que sufren enfermedades médicas crónicas o pacientes geriátricos. En esos casos, es útil preguntar sobre el patrón de energía a lo largo del día. Los pacientes con enfermedades médicas se sienten más enérgicos al momento de despertar, y se van sintiendo peor a medida que el día avanza, mientras que los pacientes deprimidos, con frecuencia, se despiertan sintiéndose bajos en energía y se sienten mejor conforme transcurre el día.
- Déficit de **C**oncentración.

¿Te has podido concentrar bien últimamente? ¿Cómo ha estado tu concentración?

(A veces, estas preguntas generales son suficiente para motivos de descarte.)

¿Te has sentido más despistado (o distraído) de lo usual?

¿Ha notado algún cambio en su memoria?

(Estas interrogantes abordan laseudodemencia que a veces está presente en la

depresión.)

¿Ha tenido problemas para tomar decisiones?

A veces, la primera señal de problemas de concentración es la dificultad en la toma de decisiones, por ejemplo: “¿Qué debo hacer para la cena?” o “¿Debería salir hoy en la noche o no?”

Si te sentaras con un periódico frente a ti, ¿serías capaz de leer un artículo entero desde el principio hasta el final sin perder la concentración o tendrías que leer la misma oración una y otra vez?

¿Puedes ver un programa de televisión por media hora sin perder la concentración?

¿Ha notado que no es capaz de hacer la misma cantidad de trabajo que antes?

Preguntas sobre concentración como las anteriores pueden ser ajustadas a los pacientes, dependiendo del tipo de actividades que frecuentan. Un estudio de 31 pacientes deprimidos halló que las actividades más comúnmente reportadas como afectadas fueron: ver televisión (71%), leer (68%) y hacer quehaceres del hogar (65%) (Pilowsky and Boulton 1970).



PUNTO CLAVE

Nos enseñan a enfocarnos en la pérdida del apetito y la consecuente pérdida de peso por depresión, con las excepciones de depresión atípica y SAD. Sin embargo, estudios muestran que ganar peso es, de hecho, común y típico en la depresión mayor de igual forma (Stunkard et al. 1990; Weissenburger et al. 1986). En un estudio de 93 pacientes con depresión atípica, 37% ganó peso, 32% perdió peso y 31% no mostró ningún cambio (Weissenburger et al. 1986). Por ende, usted debe formular su pregunta respecto del apetito de forma no inductiva.

- **Apetito.**

En vista de que has estado deprimido, ¿has notado que tu apetito ha incrementado, disminuido o permanecido igual?

¿Has ganado o perdido peso desde que estás deprimido?

¿Te queda de diferente manera tu ropa?

¿Cuántas comidas haces al día?

Con frecuencia, estas preguntas llevan a una información más acertada; usted puede cuantificar cuánto está comiendo el paciente, y de hecho él o ella podría sorprenderse al darse cuenta de que ha estado comiendo más o menos de lo usual.

¿Te saben bien los alimentos?

A veces, los pacientes deprimidos no identifican tanto sus problemas alimenticios

como una pérdida de apetito, sino como que la comida ha perdido sabor o ya no es disfrutable, “con sabor a cartón”, como una vez me dijo un paciente.



SUGERENCIA

Esta parte de la entrevista ofrece una transición natural para preguntar sobre los síntomas de trastornos alimenticios. Por ejemplo, si un paciente le dice que come demasiado cuando se deprime, pregúntele si intenta vomitar o se purga de igual forma (véase el [capítulo 29](#)).

- Agitación y retraso **Psicomotor**. Aunque el *DSM-5* especifica que usted debe diagnosticar agitación o retraso psicomotor con base en lo que usted observe durante la entrevista, las siguientes preguntas lo pueden ayudar:

Algunas veces, cuando las personas se deprimen, perciben que sus movimientos se hacen lentos, como si sus miembros estuvieran hechos de plomo. ¿Te ha pasado algo parecido? (para retraso psicomotor.)

¿Se ha sentido más inquieto que de costumbre? ¿Ha estado caminando en círculos, le tiemblan las manos o le cuesta sentarse durante un largo periodo? (para agitación psicomotora.)

- Tendencia **Suicida** (véase el [capítulo 22](#))

OTROS SÍNDROMES DEPRESIVOS

Trastorno depresivo persistente (distimia)

Mnemotecnia: **ACHEWS** (pronunciado en inglés como “achús”). Dos de estos seis síntomas, con ánimo deprimido, durante 2 años significan un trastorno depresivo persistente, que en el *DSM-IV* se denomina “distimia”.

Trastorno del **A**petito (bien sea incremento o decrecimiento del apetito).

Déficit de **C**oncentración.

Desesperanza (**H**opelessness, en inglés).

Déficit de **E**nergía.

Sentido de irrelevancia (**W**orthlessness, en inglés).

Trastorno de **S**ueño (bien sea incremento o decrecimiento del sueño).

El paciente distímico es “alérgico” a la felicidad; por ende, la mnemotecnia se refiere a los estornudos (achús) del paciente distímico cuando experimenta la felicidad. Para cumplir con el criterio, el paciente ha debido tener 2 años de ánimo deprimido con dos de los seis síntomas en la mnemotecnia.

El trastorno depresivo persistente (TDP) suele ser diagnosticado temprano en la entrevista en el contexto de la queja principal. Cuando un paciente presenta síntomas de depresión, una buena pregunta de descarte para TDP es:

¿Cuándo fue la última vez que recuerdas no haberte sentido deprimido?

El paciente con el TDP típico le va a responder “hace muchos años”. De hecho, la duración promedio del trastorno es de 16 años (Klein et al. 1993).

Junto con estado anímico depresivo, usted también debe establecer la presencia continua de por lo menos dos de los síntomas de ACHEWS. La manera más eficiente de hacer esto es empezar con los síntomas depresivos que su paciente ya haya mencionado, en vez de seguir su lista. Por ende, si usted ya oyó sobre su letargo, pregúntele al respecto:

En los últimos 2 años en los que ha dicho que ha estado deprimida, ¿ha estado baja su energía la mayor parte del tiempo?

Depresión atípica

La depresión atípica es un subtipo de depresión caracterizado por SNV “reversos” (p. ej., *incremento* en el apetito, en vez de anorexia, e *incremento* en la necesidad de dormir, en lugar de insomnio), reactividad anímica (la habilidad de alegrarse por eventos positivos), un patrón de sensibilidad al rechazo a lo largo de la vida adulta y un sentimiento de ser arrastrado (“parálisis pesada”).

Una investigación ha puesto en duda la validez de este diagnóstico (Lam and Stewart 1996), pero sigue valiendo la pena preguntar al respecto, porque es probable que los pacientes con estas características respondan particularmente bien a los antidepresivos IMAO.

Trastorno afectivo estacional

Una vez que haya establecido que el paciente tiene episodios depresivos mayores, pregúntele si esos episodios siguen algún patrón estacional. El patrón más común es depresión en invierno y eutimia en verano.

¿Has notado si tu depresión emerge o empeora de manera consistente en invierno y luego desaparece cuando mejora el clima?

El SAD es similar a la depresión atípica en que los SNV reversos están usualmente presentes, como el deseo de carbohidratos (con aumento de peso en consecuencia) e hipersomnía.

Si a su paciente le está costando recordar algún aspecto estacional de la depresión, usted puede ayudar a su memoria preguntando:

¿Frecuentas lugares soleados durante las vacaciones de invierno? ¿Sientes que tu ánimo mejora de manera considerable durante tales vacaciones?

Obviamente, el ánimo de todo el mundo mejora durante las vacaciones, pero el paciente con SAD va a reportar un cambio de ánimo más extremo que por lo general dura varias semanas después de haber regresado, con una recaída gradual en la depresión a partir de allí. Ésta responde a la terapia con luz.



Cómo evaluar trastornos del ánimo II: trastorno bipolar

Conceptos esenciales

Preguntas de descarte:

- ¿Ha tenido alguna vez un periodo de una semana donde se haya sentido tan feliz y enérgica, que no haya necesitado dormir y que sus amigos le hayan dicho que estaba hablando demasiado rápido, o que se estaba comportando diferente o de manera extraña?
- ¿Has tenido periodos en los que hayas presionado a otras personas todo el tiempo y te hayas peleado con ellas?

Mnemotecnia DIGFAST

Tiempo recomendado: un minuto si el descarte es negativo; 5 minutos si el descarte es positivo.

EPISODIO MANÍACO

El trastorno bipolar tiende a ser subdiagnosticado por los clínicos principiantes. Muchos de los pacientes que se presentan a una entrevista psiquiátrica se ven desmoralizados, deprimidos o ansiosos, y uno no se siente intuitivamente movido a preguntar sobre periodos de felicidad. Es importante darse cuenta de que el trastorno bipolar por lo común se presenta primero como una depresión mayor, y que 20% de los pacientes con depresión evoluciona luego a trastorno bipolar (Blacker and Tsuang 1992).

Incluso cuando usted sí recuerde preguntar sobre manía, hay otro obstáculo: una tendencia alta de respuestas afirmativas falsas. Muchos pacientes reportan periodos de euforia y alta energía que representan variaciones normales del estado anímico, en vez de manía. Por ende, las mejores preguntas de descarte para manía indagan sobre la percepción de otras personas, tanto como la autopercepción del paciente.

En general, usted debería continuar refiriéndose a algún periodo en particular a medida que haga preguntas, porque muchas personas experimentan el criterio de diagnóstico de manía separado en varios momentos de su vida (p. ej., hacen gastos

insensatos, hablan excesivamente rápido, se distraen con facilidad), pero a menos que un número de estos síntomas haya ocurrido en un intervalo de tiempo discreto (por lo menos una semana o 4 días para hipomanía), no puede diagnosticarse un episodio maníaco (Tabla 24.1).

TABLA 24.1. DSM-5 Criterios de episodio maníaco

1. Un periodo bien definido de estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dure por lo menos 1 semana, o de cualquier duración si la hospitalización es necesaria
2. Persistencia de tres o más de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) durante el periodo de alteración del ánimo:
Mnemotecnia: **DIGFAST**
Distraibilidad
Indiscreción (“participación excesiva en actividades placenteras”, que tienen posibilidades de consecuencias dolorosas)
Grandiosidad
Fuga de ideas
Incremento de **A**ctividad o agitación psicomotora
Falta de **S**ueño
Pla**T**icador, habla apresurada (en inglés, *Talkativeness*)

Fuente: Tomado de: American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

Preguntas de descarte

¿Ha tenido alguna vez un periodo de una semana donde se haya sentido tan feliz y enérgica, que no haya necesitado dormir y que sus amigos le hayan dicho que estaba hablando demasiado rápido o que se estaba comportando diferente o de manera extraña?

Si recibe un “sí”, indague cuándo fue y cuánto duró, y luego continúe refiriéndose a ese periodo cuando pregunte sobre los criterios de diagnóstico para manía. Si el paciente no puede recordar que un periodo en particular haya durado una semana, usted debería concluir que la manía no es el diagnóstico. Estar muy alegre por un par de días luego de haberse graduado de la universidad, por ejemplo, no es manía.

¿Has pasado por algún episodio en el que te hayas sentido lo opuesto a deprimido, de tal forma que por una semana te hayas sentido con adrenalina y que hayas podido conquistar el mundo?

La pregunta anterior sobre manía es útil si usted acaba de preguntar sobre síntomas de depresión.

¿Experimentas cambios de ánimo bruscos en los que te sientes increíblemente bien por una semana o

más y luego colapsas de nuevo en la depresión?

Interprete con cautela las respuestas a estas preguntas, porque muchos de los pacientes que responden con un “sí” enfático se refieren a episodios recurrentes de depresión sin manía o hipomanía.

¿Has tenido periodos en los que hayas presionado a otras personas todo el tiempo y te hayas peleado con ellas?

Esto lleva al diagnóstico de irritabilidad, mezclada, o manía disfórica. Resulta obvio que respuestas afirmativas falsas abundan en este tema, y no es una tarea menor hacer seguimiento con preguntas que establezcan que este periodo de irritabilidad representa de hecho un episodio maníaco, en vez de una depresión o simplemente un estado de ánimo negativo temporal.

¿Alguien te ha dicho alguna vez que padeces de manía o que tienes un trastorno bipolar?

Si alguien le responde: “Sí”, preste mucha atención. No es común que gente saludable sea llamada maníaca por otras personas.

Use DIGFAST para obtener criterios de diagnóstico

El autor de la joya DIGFAST es desconocido, pero ésta es muy útil para recordar los criterios de diagnóstico de episodio maníaco. En apariencia, DIGFAST se refiere a la velocidad con la que un paciente en manía cavaría un hueco si se le impone esta tarea (DIGFAST significa “cava rápido”, en inglés).

Mnemotecnia **DIGFAST**:

Distraibilidad.

Indiscreción (“participación excesiva en actividades placenteras” del DSM-5).

Grandiosidad.

Fuga de ideas.

Icremento de **A**ctividad.

Falta de **S**ueño (disminución de la necesidad de dormir).

Platicador, habla apresurada (en inglés, *Talkativeness*).

Además de los estados anímicos expansivos, el paciente debe calificar en tres de los siete síntomas de DIGFAST, o cuatro de los siete si el estado anímico primario es irritabilidad.

Cuando pregunte sobre los síntomas de manía, prepare sus preguntas con algo semejante a: “En el periodo del año pasado en el que te sentiste elevada, ¿estabas en tu...?” De esta forma, usted asegura que todos los síntomas ocurrieron en el mismo periodo.





SUGERENCIA

Asegúrese de preguntar si estas conductas ocurrieron en el contexto de abuso de alcohol o drogas. Si es así, usted debe juzgar si la conducta maníaca es de hecho secundaria a un problema de abuso de sustancia o si el abuso de sustancia es secundario a la manía. Por lo general este es un asunto difícil de descifrar.

Distraibilidad

¿Tuviste entonces problemas para concentrarte o pensar? ¿Sucedía esto porque las cosas a tu alrededor te distraían por completo?



PUNTO CLAVE

Recuerde que la tendencia de un paciente maníaco a distraerse es diferente de una concentración deteriorada de una persona deprimida. Un individuo con manía se distrae no porque su pensamiento esté ralentizado, sino porque su mente funciona tan rápido y a tanta velocidad que cualquier estímulo mental, interno o externo, lo saca por completo de su base.

Indiscreción

Durante el periodo del que hemos estado hablando, ¿cómo pasaba usted el tiempo?

¿Hiciste cosas extrañas o que no eran típicas de ti?

Estas son buenas preguntas para empezar, porque son relativamente objetivas y es improbable que lleven al paciente a respuestas inválidas.

¿Hiciste cosas que te metieron a ti o a tu familia en problemas?

Esta es una buena pregunta porque no implica un juicio de valor a ningún comportamiento en particular –tan sólo indaga si el comportamiento ocasionó problemas a alguien–.

¿Hiciste cosas que mostraban falta de juicio, como manejar demasiado rápido, pasándote la luz roja, o gastar demasiado dinero?

¿Tuviste alguna conducta sexual inusual para ti durante este tiempo?



PUNTO CLAVE

Aunque usted corre el riesgo de presionar al paciente hasta el punto de sentirse juzgado por estas preguntas, la mayoría responde sin tapujos, en especial si el *rapport* es bueno.

Una desventaja potencial es asumir que cualquier periodo de gasto de dinero exagerado es diagnóstico de un episodio de manía. De hecho, algunos pacientes pasan por periodos de compra compulsiva sin tener manía; esta conducta de compras podría estar motivada por la necesidad de reducir sentimientos de depresión o ansiedad (Lejoyeux et al. 1997).

Grandiosidad

Durante este periodo, ¿te sentiste especialmente confiado, como si pudieras conquistar el mundo?

¿Tuviste ideas particularmente buenas?

¿Sentías que tenías la razón mientras que todos los demás estaban equivocados?

Con frecuencia, este es un buen momento para descubrir las ideas delirantes de grandeza tan comunes en una manía:

¿Sentía que tenía algún poder especial?

¿Te sentías más religioso de lo normal?

Fuga de ideas

¿Tenías entonces tantas ideas que no podías mantenerlas organizadas?

¿Se movían las ideas con demasiada rapidez en tu cabeza?

¿Las demás personas tenían problemas para entender sus ideas?

Cuando evalúe la fuga de ideas, tenga en mente que “pensamientos a la carrera” no son en sí mismos específicos de trastorno bipolar. Los pacientes con trastornos de ansiedad, TDAH o depresión con pensamientos ansiosos suelen describir sus pensamientos como “a la carrera”. Una buena forma de distinguir pensamientos emergentes maníacos de los pensamientos emergentes ansiosos es preguntar:

¿Fluían tus pensamientos en forma positiva o de manera desagradable, preocupada o deprimida?

Los pacientes que experimentan episodios maníacos tienen, con frecuencia, una sensación de tener pensamientos “acelerados”, similar a una carrera placentera en un automóvil robado. Los pacientes con ansiedad o depresión se sentirán de manera muy diferente.

Incremento de actividad

El criterio de incremento de actividad es similar al de indiscreción, pero se enfoca de manera específica en la naturaleza frenética de la actividad.

¿Estuviste más activo que lo usual?

¿Estuvo iniciando nuevos proyectos y pasatiempos constantemente?
¿Tenía tanta energía que sentía que le era difícil calmarse?

Falta de sueño (disminución de la necesidad de dormir)

¿Necesitaba entonces dormir menos que ahora?
¿Llegó a quedarse despierto toda una noche haciendo todo tipo de cosas, como trabajar en proyectos y ha ciendo llamadas?



SUGERENCIA

Tenga cuidado de no confundir la falta de sueño de la depresión o la ansiedad con la manía. Los pacientes con manía se quedan despiertos porque tienen muchas cosas en que pensar y hacer, mientras que los pacientes deprimidos se mantienen despiertos porque se sienten torturados por sus sentimientos. Por ende, asegúrese de preguntar a los pacientes qué tipo de cosas hacen cuando no pueden dormir. Los pacientes con manía van a reportar actividades productivas, mientras que los deprimidos leen o ven televisión mientras esperan la tranquilidad necesaria para dormir.

Platador (en inglés, *talkativeness*)

¿Se te dificultaba mantenerte callado?
¿Te decían otras personas que les costaba entenderte?
¿Se veían obligados sus amigos a interrumpirle para lograr decir alguna cosa?
¿Utilizaba su teléfono más de lo usual?

Otras sugerencias para diagnosticar manía

- **Historia de hospitalización.** Si un paciente fue hospitalizado durante un periodo “híper,” es muy probable que este haya sido un episodio maníaco.
- **Entrevístese con familiares y amigos.** Uno de los sellos de la manía es falta de sentido común, lo que hace particularmente importante verificar la información histórica.
- **Historia familiar de trastorno bipolar.** El trastorno bipolar es uno de los trastornos psiquiátricos que con mayor facilidad se heredan (véase el [capítulo 17](#)).

TABLA 24.2. DSM-5 Criterios de episodio hipomaniaco

Lo mismo que los criterios para los episodios maníacos excepto:

1. El periodo de ánimo expansivo o irritable necesita durar sólo 4 días en vez de una semana

2. El episodio no es lo suficientemente severo como para causar “deficiencias pronunciadas en el funcionamiento social y ocupacional”

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

TRASTORNO BIPOLAR, TIPO II: EL EPISODIO HIPOMANÍACO

En el trastorno bipolar tipo II los pacientes tienen una historia de episodios depresivos e hipomaníacos. La hipomanía es difícil de diagnosticar ([Tabla 24.2](#)). En esencia, equivale a un diagnóstico psiquiátrico de felicidad exuberante y con frecuencia muy productiva. Sin embargo, los pacientes con bipolar II pasan mucho de su tiempo no hipomaníaco en depresión, por lo que es importante no pasarlo por alto. Use las mismas preguntas de DIGFAST para diagnosticar hipomanía como lo hace con la manía. El paciente con hipomanía describe periodos altos bien definidos que no causan problemas reales en su vida. Cuando los periodos hipomaníacos se alternan con periodos depresivos, el diagnóstico apropiado es *bipolar, trastorno tipo II*.



Evaluación de los trastornos de ansiedad, obsesivos y relativos al trauma

Preguntas de descarte

- ¿Estás preocupado?
- ¿Ha tenido alguna vez un ataque de pánico o ansiedad?
- ¿Te sientes incómodo en situaciones sociales?
- ¿Tiene algún miedo en especial, como miedo a insectos o a viajar en avión?
- ¿Tienes síntomas de TOC, como la necesidad de lavarte las manos todo el tiempo porque te sientes sucio o estás constantemente revisando cosas, o tienes pensamientos molestos que una y otra vez irrumpen en tu mente?
- ¿Sufres de TEPT, es decir, tienes recuerdos dolorosos o sueños sobre una experiencia terrible, como haber sido atacado por alguien o haber sobrevivido a un desastre natural?

Tiempo recomendado: 3 minutos.

La ansiedad es un síntoma común y para los entrevistadores novatos puede ser frustrante diagnosticarla, por la gran cantidad de trastornos que presentan ansiedad. Por ejemplo, muchos pacientes con depresión mayor, manía y esquizofrenia también reportan ansiedad significativa, inclusive en ausencia de un trastorno de ansiedad (Brown et al. 2001).

Sin embargo, es importante ser sistemático al diagnosticar trastornos de ansiedad, en especial porque se han desarrollado muchas psicoterapias enfocadas en estos trastornos. Por ejemplo, el método cognitivo conductual para el tratamiento de trastorno de pánico es muy diferente a aquel para la fobia social (Barlow 2014).

Usted debería desarrollar una estrategia sistemática para preguntar sobre los trastornos de ansiedad más frecuentes del *DSM-5*, además de TOC y TEPT (en el *DSM-5* se eliminaron los últimos dos trastornos de su sección sobre ansiedad, pero yo todavía considero que resulta más útil catalogarlos como trastornos de miedo/ansiedad).

1. Trastorno de pánico.
2. Agorafobia.

3. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG).
4. Trastorno de ansiedad social.
5. Fobia específica.
6. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC).
7. Trastorno por estrés postraumático (TEPT).

Incluso si usted hace todas las preguntas correctas, distinguir entre algunos de estos trastornos, especialmente los primeros cuatro, puede ser engañoso. Una ayuda útil es el *DSM-5 Handbook of Differential Diagnosis* (First 2013), que contiene cuadros excelentes como guía para diferenciar un trastorno de otro.

A continuación, encontrará preguntas sugeridas para diagnosticar trastornos de ansiedad, al mismo tiempo que recordatorios breves de los criterios de diagnóstico para cada trastorno.

TRASTORNO DE PÁNICO

El primer paso para diagnosticar un trastorno de pánico es establecer si su paciente ha sufrido ataques de pánico. Recuerde, sin embargo, que un ataque de pánico no implica un trastorno de pánico. De hecho, ~35% de la gente saludable reporta haber tenido algún ataque de pánico en el último año (Norton et al. 1986), mientras que sólo 4.7% de la población desarrollará alguna vez un estado avanzado del trastorno de pánico (Kessler et al. 2005). Los ataques de pánico suelen ser respuestas a situaciones específicas que las personas pueden lograr evitar (p. ej., claustrofobia, fobias específicas). El pánico podría señalar un trastorno diferente del trastorno de pánico, como la fobia social o TEPT. Por último, mucha gente experimenta pánico o ansiedad en un nivel que no es lo suficientemente severo como para cumplir con los criterios de trastorno del *DSM-5* (Tabla 25.1).

La pregunta de descarte inicial para el pánico es directa:

¿Has tenido algún ataque de pánico o ansiedad?

La mayoría de las personas ha escuchado el término *ataque de pánico*. Sin embargo, una respuesta positiva a esta pregunta demanda una verificación, porque mucha gente define un ataque de pánico como un nivel de ansiedad subpánico. Esto es particularmente cierto en pacientes con TAG, quienes podrían responder: “Siempre tengo ataques de pánico. Tengo uno en este momento”. Otros pacientes le podrían preguntar qué quiere decir con un ataque de pánico. Usted debe dar una buena definición en términos comunes para diagnosticar un ataque de pánico efectivamente:

TABLA 25.1. DSM-5 Criterios del trastorno de pánico

1. Ataques de pánico repentinos y recurrentes (debe tener cuatro de los 13 síntomas):

mnemotecnia para ataques de pánico: corazón, respiración, miedo

Grupo del corazón: palpitaciones, dolor de pecho, náuseas

Grupo de la respiración: falta de aire, sensación de asfixia, mareo, parestesia, espasmos de calor/frío

Grupo del miedo: miedo a morir, miedo a volverse loco, sudor, sacudidas temblorosas, desrealización/ despersonalización

2. Como mínimo, uno de los ataques siguió a un mes (o más) de por lo menos uno de los siguientes tres síntomas:

Miedo a otro ataque de pánico

Preocupación persistente sobre las implicaciones o consecuencias del ataque

Un cambio de conducta significativo producto del ataque

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Un ataque de pánico es un torrente repentino de miedo y nervios en el que el corazón golpea, te falta el aire y tienes miedo de perder el control, incluso morir. ¿Te ha pasado algo así?

En mi experiencia, esta pregunta es muy sensible y específica para diagnosticar el verdadero ataque de pánico. Los pacientes que oyen esta definición y dicen sin tapujos: “Oh no, he estado nervioso antes, pero nada como eso”, probablemente nunca han tenido un ataque de pánico. En el caso de los pacientes que responden: “Sí”, pídeles que describan su experiencia:

¿Cuándo fue la última vez que tuviste uno de esos ataques? ¿Podrías describírmelo? ¿Qué estabas haciendo cuando te dio? ¿Cómo te hizo sentir y cuánto tiempo duró?

La mejor manera de evaluar el significado clínico de un ataque de pánico es oír al paciente describiéndolo. Va a descubrir qué síntomas de ansiedad están presentes y si los ataques tienen algún detonante específico.

Cuando tienes estos ataques, ¿te percatas de alguno de los siguientes síntomas?: ¿sudor; temblor; estremecimiento de las manos y labios, falta de aire, asfixia, tu corazón palpita con fuerza, dolor de pecho, náusea o el sentimiento de que estás a punto de morir o de volverte loca?

Aunque he listado todos los síntomas en un sólo párrafo, por conveniencia, usted debe preguntar uno por uno para darle tiempo al paciente de pensar en cada uno de ellos. Use la técnica de agrupación de síntomas (corazón, respiración, miedo) para recordar cada síntoma.

Cuando tienes un ataque de pánico, ¿surge sin motivo alguno o más o menos sabes qué es lo que lo desencadena?

Recuerde que, para cumplir con los criterios de trastorno de pánico, los ataques de pánico tienen que ser inesperados (p. ej., de la nada). De otra forma, los ataques de pánico podrían significar una fobia social, si el detonante es una situación social; TEPT,

si el detonante es un recuerdo; agorafobia, si el detonante es un lugar del cual es difícil de escapar; o una fobia específica con una variedad posible de disparadores.

¿Te han despertado alguno de estos ataques en medio de la noche?

¿Recuerdas cuándo tuviste tu primer ataque de pánico?

Estas dos preguntas incrementarán la especificidad de su exploración. Si el paciente se despierta de noche por pánico, es muy probable que sea un ataque de pánico verdadero e inesperado. (Algunos clínicos preguntarían sobre historial de abuso sexual.) Además, la gente con trastornos de pánico reales recuerda, con frecuencia, su primer ataque con bastante precisión.

Más allá de establecer el diagnóstico puro y simple, usted debe intentar evaluar si el paciente podría ser un buen candidato para terapia cognitivo-conductual (TCC). En muchos casos, la TCC funciona mejor que los medicamentos para el trastorno de pánico, en particular a largo plazo (Barlow et al. 2000). Los pacientes que responden bien a la TCC son aquellos que identifican la “cognición catastrófica” en respuesta a las sensaciones de pánico. El siguiente es un diálogo característico:

Entrevistador: *Cuando tienes un ataque de pánico, ¿qué pasa exactamente por tu cabeza?*

Paciente: *Siento que me voy a desmayar, o peor.*

Entrevistador: *¿Piensas que te vas a morir?*

Paciente: *Sí, es cuando realmente me da miedo.*

Entrevistador: *¿Quieres decir que las sensaciones de pánico se intensifican cuando tienes esos pensamientos?*

Paciente: *Definitivamente.*

Entrevistador: *¿Pero has llegado a desmayarte?*

Paciente: *No.*

Entrevistador: *¿Crees que sea posible que tus pensamientos hacen que te sientas aún más ansioso?*

Paciente: *Nunca lo había pensado de esa manera, pero supongo que tiene razón.*

Dichos pacientes son buenos candidatos para ser referidos a terapia cognitivo-conductual luego de haber terminado la entrevista diagnóstica.

AGORAFOBIA

La agorafobia (Tabla 25.2) se desarrolla, con frecuencia, como una complicación del trastorno de pánico, y se piensa que podría ser un trastorno separado en sí mismo (American Psychiatric Association, 2013). Casi siempre el paciente padece algunos ataques de pánico y de manera gradual comienza a evitar las situaciones que asocia con

esos ataques, un proceso llamado *evitación fóbica*. El agorafóbico evita situaciones de las cuales le es difícil escapar. Ejemplos típicos incluyen lugares con mucha gente (p. ej., restaurantes, tiendas, trenes, autobuses), manejar un automóvil, especialmente en medio del tráfico o lejos de casa.

¿Has evadido cosas por tus ataques de pánico?

Haga esta pregunta a cada paciente con trastorno de pánico. La agorafobia acompaña el trastorno de pánico con tanta frecuencia que el *DSM-III-R* no describe ningún diagnóstico de agorafobia separado del trastorno de pánico.

TABLA 25.2 DSM-5 Criterios de agorafobia

1. La ansiedad de estar en lugares o situaciones de las que podría ser difícil o vergonzoso escapar.
2. Las situaciones se evitan o se soportan con mucha angustia

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

¿Tienes problemas con las multitudes?, ¿autobuses o metro?, ¿restaurantes?, ¿puentes? ¿lugares con tráfico?

Asegúrese de no confundir la agorafobia, un miedo generalizado a una variedad de situaciones en las que escapar podría ser difícil, con fobias específicas a puentes o autobuses, o con TEPT, en el cual una situación específica es reminiscente de un trauma del pasado y podría provocar una respuesta de miedo.

¿Te produce ansiedad salir de tu casa?

En el peor de los casos, el mundo del agorafóbico se constriñe tanto, que abandonar el hogar es una situación aterradora.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El paciente con TAG es el prototipo de preocupación, angustiado sobre varias cosas sin acabar durante meses y es incapaz de relajarse.

Comience con la pregunta de descarte:

¿Estás preocupado?

Igual que la pregunta de descarte para el trastorno de pánico, es muy improbable que esta interrogante se responda con un “no” por alguien que de verdad tenga TAG.

¿Qué te preocupa?

Tópicos comunes de ansiedad generalizada incluyen la salud de los familiares (especialmente niños), la calidad de una relación romántica, desempeño en la escuela y el trabajo, y la posibilidad de que posesiones personales sean robadas o se derrumben. Sin embargo, algunas angustias sugieren otros diagnósticos. Por ejemplo, una preocupación excesiva sobre el desempeño en situaciones sociales podría indicar una fobia social, preocuparse de un ataque de pánico inminente sugiere un trastorno de pánico, una preocupación exagerada sobre sensaciones corporales señala un trastorno de somatización. No cometa el error de sobrediagnosticar TAG, cuando el diagnóstico verdadero es algo más específico.

Por otro lado, algunos pacientes experimentan ansiedad flotante sin enfocarse en nada en particular. Estos pacientes no cumplen con los criterios de TAG o cualquier otro trastorno de ansiedad; las posibilidades de diagnóstico que deben ser consideradas incluyen depresión mayor, esquizofrenia o un efecto secundario a medicamentos como acatisia (p. ej., un sentimiento de intranquilidad ocasionado por medicamentos antipsicóticos).

TABLA 25.3 DSM-5 Criterios de TAG

-
1. Ansiedad o preocupación excesiva, que ocurre la mayoría de los días en un periodo de por lo menos 6 meses, sobre una serie de eventos o actividades.
 2. Dificultad en controlar la preocupación
 3. Ansiedad asociada con por lo menos tres de los siguientes seis síntomas, con la mnemotecnia: **M**acbeth se **F**lagela **C**onstantemente **I**ntentando **I**nhibir sus **P**ecados
Tensión **M**uscular
Fatiga
Problemas de **C**oncentración
Inquietud o sensación de estar atrapado
Irritabilidad
Problemas para dormir
-

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

En estos últimos meses de preocupaciones, ¿te has estado sintiendo inquieta?, ¿irritable? ¿Sientes tensión en tus músculos? ¿Te cansas con facilidad? ¿Sufres de insomnio? ¿Tienes problemas de concentración?

El *DSM-5* requiere que los pacientes con TAG experimenten por lo menos tres de los NVS anteriores (Tabla 25.3). De otra forma, muchas personas que se preocupan todo el tiempo y que son, de hecho, felices y funcionales, recibirían diagnósticos psiquiátricos.

TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL

La persona con fobia social teme la vergüenza y la humillación en una gama de situaciones públicas, como hablar en público, conocer a alguien nuevo o comer en frente de otros. Todos nosotros tememos estas situaciones en alguna medida, pero el miedo de los fóbicos sociales es inusualmente intenso, hasta el punto de tener un ataque de pánico (Tabla 25.4). Con frecuencia, los fóbicos sociales le van a dar una pista de su condición con el sólo hecho de ser tímidos y raros en medio de la entrevista, evitando contacto visual y riéndose con nerviosismo.

TABLA 25.4. DSM-5 Criterios de fobia social

1. Miedo al desempeño en situaciones sociales donde la persona está expuesta a gente que no le es familiar o al posible escrutinio por parte de los demás
2. La exposición a la situación temida casi siempre provoca ansiedad que puede llegar a convertirse en un ataque de pánico

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

La pregunta de descarte es:

¿Te incomodan las situaciones sociales?

Puede que usted tenga que especificar la situación a la que se refiere:

Me refiero a situaciones como hablar en público, hacer preguntas en frente de un grupo o bien estar en una fiesta o una reunión.

Si usted recibe un “sí” a la pregunta de descarte, pregunte a continuación:

¿Qué tan incómodo te sientes? ¿Llegas al punto de sufrir un ataque de pánico?

¿Es tu ansiedad tan intolerable que preferirías evitar todo tipo de situación social?

FOBIA ESPECÍFICA

Con las siguientes preguntas, una fobia específica es fácilmente diagnosticable:

¿Tiene algún miedo especial, como miedo a insectos o a los aviones?

¿Alguna vez ha tenido un ataque de pánico estando cerca de aquella cosa que le da miedo?

Si recibe respuestas afirmativas a estas preguntas, usted debe establecer si la fobia específica interfiere de manera significativa con el funcionamiento psicosocial (Tabla 25.5).

TABLA 25.5 DSM-5 Criterios de fobias específicas

1. Miedo excesivo e irracional a un objeto o situación específicos
 2. Exposición al estímulo fóbico causa una ansiedad intensa
-

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

El TOC es comúnmente ignorado en los diagnósticos porque los pacientes pocas veces admiten síntomas tan vergonzosos sin que se les pregunte. Por ende, es particularmente importante que incluya las preguntas de TOC como parte de su rutina PROS.

Comience con la siguiente pregunta de descarte que ofrece mucha información:

¿Tienes síntomas de un trastorno obsesivo compulsivo, como la necesidad de lavar tus manos por sentirte sucia, verificar cosa o tener pensamientos intrusivos, ansiogénicos, que aparecen en tu cabeza una y otra vez?

Aunque esto pueda sonar como una pregunta excesivamente larga, tanta información está compactada en ella de tal forma que, si usted recibe un simple “no”, es improbable que usted consiga un TOC explorando más allá. Un “sí” demanda evaluar aún más, porque los pacientes van a decir que verifican sus cosas o que se lavan las manos, pero al preguntar con más detalle, podrían no presentar los criterios de TOC ([Tabla 25.6](#)).

Por ejemplo, si un paciente dice que revisa sus cosas, usted debe establecer si está *impulsado* a ello de manera incómoda:

TABLA 25.6 DSM-5 Criterios de TOC

Mnemotecnia: **L**avar y **A**comodar **M**antiene **C**asas **A**seadas

Lavar

Acomodar (rituales para ordenar)

Rituales **M**entales (p. ej., palabras mágicas, números)

Corroborar

Acumular

Debe tener por lo menos obsesión o compulsión

Obsesiones:

Pensamientos recurrentes e intrusivos

Impulsos

Imágenes que causan ansiedad y que la persona intenta ignorar o suprimir

Compulsiones:

Conductas o actos mentales repetidos que la persona siente un impulso de realizar en respuesta a una obsesión

Conductas o actos apuntados a prevenir o reducir la angustia

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Cuando verificas que la puerta esté cerrada, ¿sientes que debes cerciorarte de ello y si no lo haces te sientes muy incómoda?

Usted debe establecer que la revisión de las cosas consume suficiente tiempo como para interferir de manera significativa con las actividades diarias de la persona:

¿Cuántas veces verificas la puerta? ¿Es solamente una vez o dos veces o tienes que verificarla 10 o 20 veces para sentirte satisfecha de que está cerrada?

Los pacientes podrían presentar numerosos tipos diferentes de obsesiones y compulsiones. Usted puede indagar sobre obsesiones y compulsiones en la misma pregunta:

¿Te lavas las manos de manera excesiva porque te preocupa que estén sucias o con gérmenes?

¿Siente la necesidad de verificar cosas en su casa por miedo a que algo malo podría pasar si no lo hace?

¿Sientes la necesidad de guardar cualquier pedacito de papel por miedo a que lo podrías necesitar en algún momento?

Para los rituales mentales, pregunte:

¿A veces te pones a contar o a ponerle nombre a las cosas sin ninguna razón aparente?

Para determinar el grado de impedimento funcional ocasionado por los síntomas, puede preguntar:

¿Cuánto tiempo necesitas para prepararte para salir de tu casa en la mañana?

Un paciente con muchos rituales de limpieza y vestimenta podría tardarse 2 o 3 horas en bañarse y vestirse.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

En vista de que la mayoría de la gente ha escuchado del TEPT, las preguntas de descarte pueden incluir el término, junto con una descripción menor.

¿Sufres de trastorno por estrés posttraumático, lo que significa que tienes recuerdos o sueños de experiencias terribles, como ser atacado por alguien o haber sobrevivido a un desastre natural?

Investigadores han descubierto que listar ejemplos de eventos traumáticos aumenta

las probabilidades de que el paciente con TEPT caiga en cuenta de ello (Solomon and Davidson 1997). Si su paciente responde que “no” a estas preguntas, el TEPT es muy improbable. Una respuesta afirmativa requiere que usted establezca la presencia de los criterios *DSM-5* (Tabla 25.7).

¿Qué tipo de experiencia fue?

Preguntar de esta forma general, en vez de investigar de manera directa sobre la experiencia, le da a su paciente el permiso de responder vagamente, pues podría no tolerar mucho más. No olvide que el sello de TEPT es la necesidad de evitar el recuerdo del trauma; permítale a su paciente hacer esto si él o ella lo necesita.

Una vez que haya establecido que una experiencia traumática ocurrió, pregunte sobre cada uno de los criterios.

- Reexperimentar (**R**ecuerda):

¿La experiencia regresa a ti como persiguiéndote de vez en cuando?

¿Has tenido pesadillas o flashbacks con esta experiencia?

TABLA 25.7. DSM-5 Criterios del trastorno por estrés postraumático

Mnemotecnia: **R**ecuerda **A**taques **N**ucleares **A**troces

1. La persona ha experimentado un evento traumático que involucraba una muerte inminente o amenaza de muerte o a la integridad física del propio ser o de otros
2. El evento traumático es **R**experimentado persistentemente por medio de memorias, sueños, recuerdos recurrentes (*flashbacks*) o una ansiedad intensa cuando la persona se expone a eventos simbólicos del evento original
3. Estímulos asociados con el evento son constantemente **A**partados, por ejemplo, evitando ciertas actividades o pensamientos, amnesia del evento
4. La persona experimenta cogniciones y sentimientos **N**egativos, como creencias negativas sobre sí mismo o el mundo, la incapacidad de tener emociones positivas, disminución del interés por muchas actividades o sentido de un futuro apocado
5. Ocurre aumento del estado de **A**lerta: sueño perturbado, irritabilidad, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, respuesta exaltada exagerada
6. La perturbación dura por lo menos un mes

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Si su paciente no entiende lo que usted quiere decir por *flashbacks*, usted puede replantear la idea de esta manera:

¿Siente que, al recordar el evento, es como si estuviera viviendo nuevamente la situación?

- Activar la evitación (**A**troces):

¿Evitas cosas que asocias con el recuerdo?

Preguntar sobre actividades o situaciones específicas relacionadas con el trauma real es mejor que usar una pregunta general. Por ejemplo, si el trauma fue una violación, usted podría preguntar:

¿Elude salir con hombres para evitar recordar lo que pasó?

Si la experiencia fue un accidente automovilístico, usted podría preguntar:

¿Evitas manejar o incluso subirte a un automóvil después del evento?

- **Negatividad (Nucleares).** En el DSM-IV este criterio era denominado “embotamiento”. En el *DSM-5* se amplió para incluir no sólo embotamiento, sino también otro tipo de negatividades emocionales o cognitivas. Muchos son síntomas similares a la depresión, especialmente anhedonia y energía disminuida. Otros se relacionan con un sentido más general de infelicidad (como miedo, enojo y vergüenza) o una visión negativa general de uno mismo o del mundo.

Desde el trauma, ¿ha ido disminuyendo tu interés por la vida?

Su paciente podría describir un rango de actividades disminuidas.

¿Has perdido amigos? ¿Te ha costado desarrollar sentimientos amorosos hacia otros?

¿Has cambiado tu impresión del futuro?

Un paciente con TEPT podría responder con “no veo futuro” o “ni siquiera pienso en el futuro”.

¿Cree que el mundo es en general bueno o malo?

Aunque simplista, esta pregunta es valiosa para abrir a la gente a una discusión sobre cómo el trauma afectó su forma de ver el mundo.

- **Aumento de la activación (Ataque).** Igual que en el caso de embotamiento, muchos síntomas de hiperactivación son típicos de una depresión mayor, como el insomnio, la dificultad de concentrarse o la irritabilidad. La hipervigilancia y las reacciones exaltadas son más específicas de TEPT.

Desde el trauma, ¿te has sentido hiperalerta o nervioso la mayor parte del tiempo?

¿Te asustas con facilidad?



Cómo evaluar el trastorno de abuso de alcohol

Conceptos esenciales

- ¿Se toma un trago de vez en cuando?
- Haga las preguntas **CACE**
- ¿Usas drogas recreacionales, como mariguana, LSD o cocaína?

Tiempo recomendado: 2 minutos para descartar; 5 o 10 minutos de evaluación, si el descarte resulta positivo.

Primero uno se bebe un trago, luego el trago se toma otro trago, después el trago lo toma a uno.

F. Scott Fitzgerald

En una entrevista inicial de diagnóstico, usted probablemente no va a tener tiempo de evaluar la historia, extensión y consecuencias del problema de abuso de sustancias del paciente. Dicha evaluación requiere en sí misma de una sesión entera. ¿Cuáles son, entonces, sus objetivos más limitados? Son tres:

1. Determine si su paciente cumple con los criterios del *DSM-5* de trastorno de uso de alcohol/drogas.
2. Evalúe la gravedad del problema.
3. Determine cómo interactúa el uso de alcohol con cualquier otro trastorno psiquiátrico comórbido presente.

La sugerencia más importante para los principiantes es **no juzgar**. Esto demanda una evaluación autocrítica porque la mayoría de nosotros tiene prejuicios negativos sobre los que abusan de sustancias, y tendemos a verlos como moralmente sospechosos. Sea consciente de hasta qué punto usted tiene esas actitudes, y evalúe si está en lo correcto. Intente reunirse con alcohólicos rehabilitados. Sus historias son, con frecuencia, conmovedoras, lo cual le va a ayudar a desarrollar una actitud más empática y compasiva. Aprenda sobre el modelo de enfermedad del alcoholismo (Vaillant 1995). Mientras vea el alcoholismo cada vez más similar a los otros trastornos psiquiátricos que usted atienda, menores serán los prejuicios que mantenga.

TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

Preguntas de descarte



SUGERENCIA

La mejor forma de descartar alcoholismo es el cuestionario probado y verdadero CACE (ver a continuación; Ewing 1984), en el que respuestas afirmativas a dos o más de los reactivos implica una probabilidad de 95% de abuso o dependencia del alcohol. Sin embargo, un estudio (Steinweg and Worth 1993) sugiere que la manera como los entrevistadores transitan a las preguntas CACE afecta profundamente la sensibilidad del cuestionario. Los investigadores dividieron en dos grupos a 43 alcohólicos demostrados. En el grupo I, el CACE fue introducido por medio de una pregunta abierta, por ejemplo: “¿Se toma un trago de vez en cuando?” En el grupo II, a los pacientes se les pedía que cuantificaran primero el alcohol que bebían con la pregunta: “¿Cuánto bebe?” La sensibilidad de las preguntas CACE fue considerablemente mayor en el grupo I (95%) en comparación con el grupo II (32%), lo que demuestra la importancia de que la pregunta inicial no juzgue al paciente.

Cuestionario CACE

Cortar: “¿Siente que debería cortar con la bebida?”

Atormentado: “¿Lo ha atormentado alguien con comentarios sobre sus hábitos de beber?”

Culpable: “¿Se ha sentido culpable por sus hábitos de beber?”

Energizado: “¿Se ha tomado alguna vez una bebida alcohólica por la mañana para energizarse y quitarse la resaca?”

Comience el descarte con una pregunta que no sea amenazadora:

¿Disfruta de un trago de vez en cuando?

Si el paciente responde: “Yo nunca bebo”, usted debe preguntar: “¿Por qué no?” La mayoría de las personas en la cultura occidental se bebe un trago de vez en cuando; la gente que dice no beber como un punto de honor es inusual. Podrían evadir la bebida por ser alcohólicos rehabilitados, porque tienen a un familiar con problemas serios de bebida o por razones religiosas o éticas. La mayoría de las personas responde algo como: “Oh, me tomo una copa de vino durante la cena” o “Me tomo una cerveza cuando hago una reunión en mi casa”.



SUGERENCIA

Kevin Rice, LCSW, afirma: “Cuando se les pregunta sobre el abuso de una sustancia, me doy cuenta de que la palabra ‘experimentar’ casi siempre produce información más acertada que la palabra ‘consumir’. Una investigación sobre el consumo o abuso de la marihuana debe comenzar así: ‘¿alguna vez ha experimentado con marihuana?’” (Shea 2007).

Una vez que haya precisado cualquier uso de alcohol u otra sustancia, vaya directamente a las preguntas CACE:

Cortar: ¿Alguna vez ha intentado cortar de tajo mientras bebe?

Una característica cardinal del alcoholismo es la pérdida de control de la bebida, y esta pregunta va directamente al asunto. Si el paciente responde: “Sí”, haga seguimiento con lo siguiente:

¿Qué le hizo querer cortar de tajo la bebida?

La respuesta a esta pregunta lo va a llevar, probablemente, a una exploración de las consecuencias adversas que el paciente ha experimentado por causa de la bebida (ver la próxima sección).

Atormentado: “¿Lo ha atormentado algún amigo o familiar con comentarios sobre sus hábitos de beber?”

El alcohólico grave no solamente habrá recibido críticas de sus seres queridos, sino que habrá alienado a la mayoría de las personas importantes en su vida.

Culpable: “¿Se ha sentido culpable por sus hábitos de beber?”

De nuevo, una respuesta afirmativa es un llamado a continuar explorando.

Energizado: “¿Se ha tomado alguna vez una bebida alcohólica por la mañana para energizarse y quitarse la resaca?”

Esta conducta es un buen indicador de pérdida de control de la bebida.

Como última pregunta de descarte, pregunte directamente:

¿Cree que tiene un problema con la bebida?

Me sorprende cuántos pacientes responden “no” a todas las preguntas CACE y luego responden “sí” a esta última.

Si el paciente ha respondido que “no” a las preguntas CACE y a la pregunta del problema de alcohol, y si no había ninguna pista a un problema con el alcohol (p. ej., aliento alcohólico), el paciente no tiene problemas con el alcohol, y entonces puede hacer la pregunta general:

¿Consume alguna droga recreacional, como marihuana, LSD o cocaína?

Si el paciente responde negativamente, usted puede apartarse del área del abuso de sustancias.



SUGERENCIA

Si el paciente ha admitido un problema de bebida, la técnica de entrevistas *expectativa de síntomas* me ha resultado útil para preguntar sobre el abuso de otro tipo de sustancias:

*Aparte de la bebida, ¿qué otro tipo de drogas recreacionales usa regularmente?
¿Cocaína?, ¿mariguana?, ¿éxtasis?, ¿heroína?*

El parafraseo de esta pregunta no sólo le dice al paciente que usted asume que él ha usado estas drogas, pero que además las usa de manera regular; este es un ejemplo de exageración de síntomas. El resultado es que el paciente que abusa de estas drogas en ocasiones se sentirá menos avergonzado de admitirlo (p. ej., “No las uso todo el tiempo – he ‘jalado coca algunas veces’, y me he inyectado en algunas ocasiones, pero lo mantengo bajo control–”).

Preguntas de prueba

Criterios DSM-5 de trastorno de abuso de alcohol

La siguiente lista se refiere a la mnemotecnia: **T**entación **A**l **C**oñac. Para el diagnóstico de trastorno de uso de alcohol, el paciente debe cumplir con por los menos **dos** de los siguientes once criterios:

- Tolerancia, es decir, la necesidad de incrementar las cantidades de alcohol para lograr la intoxicación.
- Síndrome de la **A**bstinencia.
- Pérdida del **C**ontrol del uso del alcohol (nueve criterios le siguen):
 - Consumo de alcohol mayor al que el paciente planeaba.
 - Intentos fallidos de detenerse.
 - Mucho tiempo perdido en actividades relacionadas con la obtención o la recuperación de los efectos del alcohol.
 - Ansiedad (*craving*) por alcohol.
 - Consumo continuo del alcohol a pesar de que el paciente está al tanto de los problemas psicológicos y físicos que ocasiona.
 - Reducción de actividades sociales, laborales o recreacionales importantes por el consumo del alcohol.
 - Fallos en el cumplimiento de las obligaciones mayores demandas por el trabajo, la escuela o el hogar.
 - Problemas sociales e interpersonales continuos producto del consumo del alcohol.
 - Consumo recurrente de alcohol en situaciones en el que es físicamente peligroso.

Una vez que sus preguntas de descarte hayan establecido que su paciente tiene un problema de sustancias, el próximo paso es hacer preguntas de prueba para establecer de manera definitiva el diagnóstico *DSM-5* de trastorno de consumo de sustancias y evaluar su gravedad. Una forma de abordar el establecimiento del diagnóstico es ir de manera descendente en la lista de criterios, comenzando con tolerancia, y simplemente preguntar cada uno. Aunque esto podría ahorrar tiempo, tiende a producir información no confiable, en particular en el paciente que se avergüenza de su adicción o está intentando esconder su intensidad por otras razones.

La mejor aproximación es hacer preguntas abiertas sobre la historia de bebida de su paciente y moverse a preguntas específicas sobre los criterios *DSM-5*, a medida que avanza.

¿Recuerda su primer trago?

Con frecuencia, los alcohólicos recuerdan con claridad su primer trago e incluso les brillan los ojos. Para muchos, fue la primera vez que se sintieron en paz consigo mismos.

¿Cuándo empezó a beber con frecuencia?



PUNTO CLAVE

Cuanto más temprano haya comenzado el alcoholismo, más probable es que el problema se haya vuelto más grave y recurrente. Estudios muestran que 25% de los bebedores hombres tiene una forma de alcoholismo de inicio temprano llamado alcoholismo *tipo II*. Esto casi siempre se hereda del padre y es una forma particularmente grave del trastorno, con una alta prevalencia de violencia y depresión comórbida y *suicidabilidad* (Cloninger et al. 1996).

¿Cuándo ha consumido bebidas alcohólicas de una manera más intensa?

Esta pregunta le permite precisar el tipo de situaciones de vida que están más asociadas con consumo fuerte de bebida, y también sirve como punto de partida para una serie de preguntas relacionadas con la tolerancia, la abstinencia y consecuencias adversas.

¿Ha pensado que hoy necesita más bebida para poder llegar al mismo nivel de embriaguez?

Los bebedores frecuentes desarrollan una tolerancia a los efectos del alcohol. Una regla general de sentido común es que una persona no alcohólica con el estómago vacío se va a sentir ebria luego de tres o cuatro bebidas en promedio en un periodo de una hora (Clark 1981). Un alcohólico podría necesitar dos o tres veces esa cantidad.

Cuando reduces o abandonas la bebida por algunos días, ¿comienzan a presentarse problemas como insomnio, temblores o convulsiones?

Usted debería familiarizarse con el curso temporal regular de los síntomas de la abstinencia de alcohol. Por lo general los pacientes repiten patrones de abstinencia que ya han vivido. Es importante que usted sepa esto, así puede decidir si le recomienda a un paciente que acaba de dejar el alcohol que se hospitalice para su desintoxicación.

¿Ha visto que con el paso de los años ha tenido problemas para controlar su ingesta de alcohol?

Básicamente, este es un parafraseo de la pregunta “cortar” del cuestionario CACE, y aborda el asunto crucial de la pérdida del control del consumo de alcohol, como lo expresan los criterios 3 y 4 del *DSM-5*.

Las siguientes preguntas se dirigen a encontrar si el consumo de alcohol ha tenido un efecto negativo en la vida del paciente de forma objetiva. Recalco lo de objetivo porque muchos alcohólicos niegan tener un problema subjetivo; por medio de una hábil entrevista, usted puede demostrar que el alcohol ha causado problemas. De esta forma, su evaluación puede, en sí misma, contribuir a las primeras fases del tratamiento de alcoholismo, en donde el alcohólico acepta que tiene un problema.

En el caso de un paciente con adecuado *insight* y cooperador, usted puede obtener información de confianza sobre los efectos adversos al hacer preguntas directas:

¿Cómo se han visto afectadas sus relaciones por el alcoholismo? ¿Su trabajo? ¿Otros aspectos de su vida? ¿Se ha metido en peleas o ha sido arrestado por haber bebido?



SUGERENCIA

Cuando entreviste a un paciente en negación, usted va a tener que obtener esta información de manera indirecta, por medio de los antecedentes personales no patológicos y patológicos. Los antecedentes personales no patológicos en un caso severo de alcoholismo van a estar llenos de relaciones fallidas, cambios de trabajo y dificultades legales; los antecedentes patológicos reflejarán una historia significativa de visitas a la sala de urgencias u hospitalizaciones por heridas ocasionadas por alcohol. A medida que usted recaude esta información, introduzca con cautela el asunto del consumo de alcohol:

Se debió haber sentido muy mal cuando lo abandonó su mujer. ¿Era la bebida una forma de consuelo?

Fíjese que esta es una pregunta de normalización, con el mensaje implícito: “Cualquiera en una situación similar se hubiera acercado a la botella; no es nada de lo cual se deba avergonzar”. Si su paciente admite que bebe, haga seguimiento:

¿Era la bebida un problema con su esposa? ¿Lo abandonó por ese motivo?

Emplee la misma técnica con otros aspectos de los antecedentes personales no patológicos. Cuando oiga alguna pista de consecuencias adversas relacionadas con el alcohol, pregunte si éste tuvo algo que ver.

Finalmente, una vez que haya obtenido el historial previo de alcoholismo, usted debe preguntar sobre el consumo reciente. Esto lo va a ayudar a determinar si es necesaria una hospitalización para desintoxicación, y el punto en el que el uso reciente de alcohol podría estar afectando el estado mental del paciente. Para estas preguntas, usted debe intentar precisar tanto las cantidades consumidas, como la frecuencia.

Necesito saber cuánto ha estado bebiendo en las últimas 2 semanas, más o menos, de tal forma que pueda proponerle algunas ideas de tratamiento. ¿Cuántos tragos se ha podido tomar en un día? ¿Uno?, ¿dos?, ¿más?

Esta pregunta combina un número de estrategias para apaciguar. Primero, introduzca la pregunta aclarando que la hace no para condenar al paciente, sino para ayudarlo. Segundo, debe apelar al narcisismo de su paciente diciendo: “¿Cuántos tragos se ha podido tomar en un día?” Por último, use exageración de síntomas para sugerir un grado mayor de consumo que el que usted sospecha: uno, dos o dos... veces cinco al día.

TÉCNICA “CULPE AL ALCOHOL”

Otra forma de ayudar a su paciente a reflexionar sobre las maneras en las que el alcohol pudo haberse convertido en un problema (descrito por White and Epton 1990) es darle una identidad exterior, casi como si fuera otra persona. De esta forma, usted y su paciente pueden unirse en contra de este “enemigo” externo. Por ejemplo, usted puede hacer preguntas como: “Si fuera posible, ¿le gustaría limitar la forma en que el alcohol lo obliga a hacer cosas?... ¿Cómo lo ha estado engañando el alcohol para alejarse y apartarse de la gente?... ¿Cómo sería su vida si el alcohol no estuviera en su entorno?”

TÉCNICAS ESPECIALES EN DIAGNÓSTICO DUAL

Si su paciente tiene un problema de abuso de sustancias, lo más probable es que también tenga otro trastorno psiquiátrico. De acuerdo con el estudio más grande de epidemiología estadounidense, 37% de los alcohólicos y 53% de los que abusan de las drogas tienen otro trastorno psiquiátrico en algún punto de su vida (Regier et al. 1990). Usando un ejemplo particularmente común, como lo es la depresión combinada con alcoholismo, dos trastornos que pueden interactuar uno con otro de dos maneras: la depresión puede llevar a una persona a beber, o la bebida podría causar depresión, bien sea de manera directa, como efecto depresivo en las células nerviosas o en forma indirecta, por medio del caos psicosocial que produce el alcoholismo.

Los pacientes con diagnóstico dual son complicados y usted pudiera necesitar agendar dos sesiones para completar la evaluación del diagnóstico. A continuación, presento unas sugerencias para hacer más fácil esta evaluación. Para facilitar la presentación, utilizo el ejemplo de depresión y alcoholismo, pero cualquier otro

diagnóstico dual puede ser abordado de manera similar.

¿Cuándo fue su periodo más largo de sobriedad?

Usted necesita identificar un periodo de sobriedad de por lo menos 2 meses, aunque es preferible que sea más largo. Refiérase a ese periodo con las preguntas siguientes.

¿Cómo le estaba yendo en la vida en ese periodo? ¿Sufrió de depresión o ansiedad?

Trate de determinar si el paciente cumplía con los criterios *DSM-5* para un episodio de depresión mayor en el periodo de sobriedad. No cuenta el hecho de que la persona haya estado deprimida tan sólo un par de semanas luego de haber dejado de beber y que la depresión se haya resuelto por sí misma. Esa es la conclusión típica de una depresión inducida por alcohol. Busque una depresión que haya estado separada del uso del alcohol por lo menos durante un mes.

¿Por qué volvió a beber?

¿Fue por la depresión o porque la tentación de beber era demasiado grande?

¿Cuál cree que es un problema mayor para usted, la dependencia del alcohol o la depresión?

A veces el paciente tiene una buena idea de cuál trastorno es su problema principal. Sin embargo, debe tener cuidado con el paciente antisocial que intenta convencerlo de que es un depresivo (en vez de un alcohólico) para obtener beneficios de discapacidad o una admisión psiquiátrica.



Cómo evaluar trastornos psicóticos

Preguntas de descarte

- ¿Ha tenido alguna experiencia en la que sueña mientras está despierto?
- ¿Has tenido alguna experiencia extraña o rara que no puedas explicar?
- ¿Ve u oye cosas que otras personas no pueden ver u oír?
- ¿Sientes que a veces la gente te está molestando o tratando de hacerte daño?
- ¿Siente que los extraños lo observan todo el tiempo o hacen comentarios sobre usted?

Tiempo recomendado: 2 minutos para descarte; 5 o 10 minutos para evaluar si el descarte resulta afirmativo.

Un cuerpo gravemente desequilibrado, bien sea consigo mismo o con su ambiente, muere por completo. No tanto la mente. La locura y el sufrimiento pueden no tener límites.

George Santayana

El primer punto importante que el entrevistador novato debe aprender es que la psicosis y esquizofrenia no son intercambiables. *Psicosis* es un término general que define el proceso desordenado del pensamiento y una comprensión incapacitada de la realidad. Como tal, la psicosis puede ocurrir como parte de muchos síndromes psiquiátricos que no sean esquizofrenia, incluyendo:

- Depresión.
- Manía.
- Estrés abrumador (*psicosis reactiva breve*).
- Trastorno disociativo.
- Demencia y delirium.
- Intoxicación por sustancias o abstinencia.
- Trastornos de personalidad (TP).

Lograr una evaluación de diagnóstico rápida significa que usted debe hacerle a cada paciente que entreviste preguntas de descarte sobre síntomas psicóticos, y no sólo a aquellos en quienes sospecha esquizofrenia.

El segundo punto de utilidad, relacionado con el primero, es que hay dos tipos de pacientes psicóticos: a) aquellos que obviamente son psicóticos y b) aquellos cuya psicosis no es obvia. En la mayoría de los casos de consulta externa, el paciente típico no parece psicótico a primera vista. Habla con coherencia, no comunica sus ideas delirantes a voluntad y no parece estar alucinando. Sin embargo, muchos de estos pacientes tienen una psicosis sutil o escondida, para cuyo descubrimiento se requiere cierto número de preguntas de descarte. Estas preguntas y técnicas de descarte se describen en la primera parte de este capítulo.

Por otro lado, los pacientes que *son* evidentemente psicóticos no necesitan preguntas de descarte sutiles. En cambio, usted tiene que hacer preguntas de evaluación para entender mejor el tipo preciso de psicosis con el que está lidiando. En la segunda parte de este capítulo, defino los trastornos de pensamiento más comunes y luego describo estrategias para asegurarse de cuáles están presentes en cada paciente.

PREGUNTAS GENERALES DE DESCARTE

Cuando está entrevistado a un paciente que habla de manera coherente y tiene un buen entendimiento de la realidad, es tentador pasar por alto preguntas sobre psicosis. Esto es un error, pues la psicosis escondida es común, en especial en la depresión mayor, la demencia y el abuso de sustancias. Además, los pacientes no psicóticos podrían tener un historial de psicosis, lo que a su vez podría influir en su diagnóstico o tratamiento.

Para empezar, hay dos buenas preguntas:

¿Has tenido alguna experiencia en la que sueñas mientras estás despierto?

¿Ha tenido alguna experiencia extraña o rara que no pueda explicar?

Los pacientes que responden: “No” a ambas preguntas todavía podrían resultar psicóticos y, si usted lo sospecha, debe hacer seguimiento con lo siguiente:

¿Ves u oyes cosas que otras personas no pueden ver u oír?

Esto indaga directamente sobre alucinaciones auditivas y visuales, pero es mejor que la vieja pregunta: “¿Oyes voces?”



SUGERENCIA

No todas las personas que oyen voces tienen un síndrome psiquiátrico. Estudios epidemiológicos han documentado que de 3 a 4% de la población general reporta una historia de alucinaciones auditivas, y menos de la mitad cumple con los criterios de esquizofrenia o trastorno disociativo. En un estudio que comparó pacientes que “escuchaban voces” con pacientes sin este síntoma, los que no las escuchaban reportaron el inicio de alucinaciones auditivas antes de los 12 años, y 93% de ellos pensó que las

voces eran predominantemente positivas (Honig et al. 1998).

¿Lo han estado hostigando las personas o han tratado de dañarlo?

Esta pregunta descarta ideas paranoicas de una forma que no se juzga al paciente. No le pregunta a su paciente si es paranoica, por el contrario, le pregunta si se siente amenazada por otros. Una paciente levemente paranoica podría aprovechar esta oportunidad para ventilar sus quejas sobre cómo el Buró Federal de Investigación (FBI) espía sus actividades.

¿Siente que los extraños la ven todo el tiempo o hacen comentarios sobre usted?

Esta es una forma de descartar ideas de referencia, un delirio psicótico común en el que la paciente cree que eventos aparentemente neutros tienen un significado o comunicación especial para ella. Las ideas de referencia pueden ser muy sutiles y difíciles de diagnosticar, como lo muestra el siguiente caso clínico.

CASO CLÍNICO

Un interno ingresó a una viuda de 63 años con una depresión mayor. La paciente se había estado deprimiendo cada vez más desde que su marido murió hacía un año y no había estado respondiendo a los antidepresivos hasta entonces, lo cual condujo a hospitalizarla para recibir una evaluación diagnóstica y un tratamiento más intensivo. Luego de establecer los criterios para una depresión mayor, el interno le hizo preguntas de descarte para ideas psicóticas:

Entrevistador: *¿Siente que la gente que no conoce la está viendo todo el tiempo o haciendo comentarios sobre usted?*

Paciente: No.

Entrevistador: *¿Ve u oye cosas que otras personas no pueden ver u oír?*

Paciente: No.

Entrevistador: *¿Ha estado alguien molestándola o acosándola?*

Paciente: Sólo los niños del barrio.

Entrevistador: *¿Qué han estado haciendo?*

Paciente: Lo que hacen los niños, gritar y hacer escándalo.

En este punto, el interno se vio tentado a pasar por alto este tema, y moverse a otra sección de la entrevista, pero tenía un sentimiento vago de que había algo más en esta historia que “las molestias” de los niños del barrio.

Entrevistador: *¿Qué tipo de cosas le han estado gritando los niños?*

Paciente: Dicen cosas malas de mí.

Entrevistador: ¿Qué tipo de cosas?

Paciente: Bueno, que soy una prostituta. Que soy la encargada de un prostíbulo. Me lo gritan día y noche.

Resultó que la paciente tenía una depresión mayor con síntomas psicóticos (alucinaciones auditivas e ideas de referencia) y requería una combinación de terapia con algún antidepresivo y un antipsicótico para mejorar.



SUGERENCIA

Usted también puede hacer que cualquiera de estas preguntas suene menos amenazante usando una transición delicada y técnicas de normalización, cubiertas en los capítulos 4 y 6.

Por ejemplo, una paciente puede haber dicho cuán deprimida está, entonces usted haría seguimiento:

Las depresiones profundas ocasionan que a veces las personas tengan experiencias extrañas, como escuchar voces o sentir que los demás están intentando dañarla. ¿Le ha pasado algo parecido?

Por supuesto, usted puede utilizar otros síntomas como trampolines para preguntar sobre psicosis, incluyendo las siguientes maneras:

- Ansiedad. ¿Ha llegado su ansiedad a un punto en el que su imaginación está trabajando demasiado, de tal forma que escucha voces o piensa que la gente está intentando hacerle daño?
- Abuso de sustancias. ¿Estas drogas le han ocasionado que su mente le juegue trucos como ...?
- Demencia. Cuando usted extravía las cosas en su casa, ¿sospecha a veces que alguien las ha estado robando?

PREGUNTAS DE EVALUACIÓN: CÓMO DIAGNOSTICAR ESQUIZOFRENIA

Hay noticias tanto buenas como malas al diagnosticar esquizofrenia. La buena noticia es que es bastante fácil; la mala es que hemos hecho que parezca complicado al crear una plétora de términos coloridos y confusos para describir la psicosis. Para ilustrar esto, a continuación hay una lista de términos de moda:

- Tangencialidad.

- Circunstancialidad.
- Distractibilidad.
- Descarrilamiento.
- Asociaciones laxas.
- Lenguaje apresurado.
- Fuga de ideas.
- Incremento en la velocidad del discurso.
- Ensalada de palabras.
- Incoherencia.
- Sin llegar a metas.
- Pensamiento ilógico.
- Lenguaje disgregado.
- Bloqueo de pensamiento.
- Pobreza de lenguaje.
- Pobreza de pensamiento.
- Pobreza de contenido.
- Conclusiones ilógicas e irrelevantes.
- Perseverancia.
- Ecolalia.
- Neologismos.
- Parafasias.
- Lenguaje artificial.
- Autorreferencia.
- Delirios de persecución (paranoides).
- Delirio celotípico.
- Erotomanía.
- Delirio de control.
- Delirio de culpa o pecado.
- Delirio de grandeza.
- Delirio de lectura de mente.
- Ideas de referencia.
- Delirio de reemplazo.
- Delirio nihilista.
- Delirio somático.
- Transmisión de pensamiento.
- Inserción de pensamiento.
- Robo de pensamiento.
- Pensamiento mágico.
- Prueba de la realidad alterada.
- Atención a los estímulos internos.

Para comenzar a simplificar este bombardeo semántico, es muy útil revisar los

criterios básicos de esquizofrenia.

ESQUIZOFRENIA

Los criterios *DSM-5* de esquizofrenia se enlistan en la [tabla 27.1](#).

TABLA 27.1. Criterios *DSM-5* de esquizofrenia

Se requieren dos síntomas durante un mes, más 5 meses de síntomas prodrómicos o residuales. Por lo menos un síntoma debe ser uno de los tres síntomas centrales sobresaltados (delirios, alucinaciones, discurso desorganizado)

Mnemotecnia: *el Anunciador de Delirios Provoca Cambios*

Negativos en el esquizofrénico

Alucinaciones

Delirios

Pensamientos/habla desorganizados

Comportamiento desorganizado

Síntomas Negativos

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Delirios (trastornos de contenido de pensamiento)

Es común y útil diferenciar entre contenido de pensamiento (CP) y proceso de pensamiento (PP). Ambos CP y PP están afectados en la psicosis. Al final de este capítulo cubro la afectación de PP bajo el criterio de desorganización del discurso en esquizofrenia. El *CP afectado* se refiere al pensamiento delirante. Un *delirio* es una creencia sobre el mundo que la mayoría de las personas considera imposible. La mayoría de los delirios encaja en dos categorías amplias: delirios paranoides y delirios de grandeza.

Delirios paranoides

De acuerdo con un estudio de la Organización Mundial de la Salud, de 811 individuos con esquizofrenia a nivel mundial (McKenna 1994), la paranoia es el delirio más común, pues afecta a 60% de los pacientes. Los pacientes paranoides creen que los demás los están acosando, persiguiendo, espiando, propagando rumores sobre ellos o tratando de matarlos. Con frecuencia organizaciones grandes están involucradas, como el FBI, la CIA o la mafia. Por ejemplo, un hombre joven llegó a creer que su esposa era una agente del FBI infiltrada y que estaba dispuesta a matarlo por haber “arruinado su estado encubierto”.

Un número de subcategorías de delirios paranoides puede o no estar presente en un paciente psicótico particular.

DELIRIOS (O IDEAS) DE REFERENCIA

Una paciente con delirios de referencia considera que hay eventos casuales con un significado especial (y por lo general peligroso) respecto de ella. En consecuencia, podría llegar a creer que unos individuos extraños que esperan en una estación de metro la están mirando o hablando de ella. En su manifestación más grave, dicha paciente podría llegar a creer que se habla de ella incluso por radio o televisión, o bien de manera directa.



NOTA

Los delirios de referencia también ocurren como característica de los delirios de grandeza, pero son más comunes en la paranoia. Por ejemplo, una mujer llegó a creer que era perseguida por un escuadrón de asesinos. En el trabajo se fijó que sus compañeros susurraban cosas sobre el complot para matarla. Mientras manejaba, percibió un sistema elaborado de comunicación entre los automóviles, en el que señales y movimientos eran utilizados para indicar su posición exacta para asesinarla.

Las siguientes preguntas abordan los delirios de referencia:

¿Te has percatado de que la gente en la calle te mira o habla de ti?

¿Has sentido que hablan de ti en reportajes de radio o televisión o que te envían algún mensaje especial?

¿Recibes algún tipo de mensaje de libros o periódicos?

Delirios de control o influencia

El paciente con delirios de control cree que una fuerza externa lo controla. Por ejemplo, un inmigrante de Latinoamérica llegó a creer que estaba siendo forzado a quedarse en Estados Unidos por el presidente, de quien creía que transmitía rayos de control a través del televisor.

Delirios de reemplazo (síndrome Capgras)

Un delirio de reemplazo es una creencia de que las personas importantes en la vida de uno mismo han sido reemplazadas por impostores. Por ejemplo, una mujer llegó a creer que su madre había sido reemplazada por una extraña que, aliada con un grupo religioso extremista, estaba intentando quitarle la posesión de su casa.

Delirio celotípico

Un delirio celotípico es la creencia de que la pareja de uno le es infiel, más allá de que no exista ninguna evidencia que apoye tal creencia.

Delirios somáticos

Una paciente que tiene delirios somáticos cree que sufre una enfermedad o que la están envenenando, incluso cuando no hay ninguna evidencia médica que sugiera lo anterior. Si usted sospecha la presencia de delirios somáticos, puede corroborarlos con las siguientes preguntas:

¿Te preocupa tu cuerpo?

¿Cree tener cáncer u otra enfermedad seria?

¿Sospechas que alguien te ha envenenado?

¿Alguien ha estado alterando sus medicamentos?

¿Hay alguna persona en particular que sea responsable de sus síntomas?



NOTA

Muchas de estas preguntas son igualmente útiles para abordar el trastorno de somatización, el cual no es un trastorno psicótico.

Con frecuencia, los delirios somáticos ocurren como característica asociada con la depresión.

CASO CLÍNICO

Una mujer casada de 38 años se presentó en la sala de urgencias con síntomas de ansiedad y depresión. En la entrevista dijo que tenía miedo de estar infectada de VIH y sífilis, incluso cuando había tenido varias pruebas de sangre normales recientemente. Estos miedos comenzaron luego de que su esposo tuviera una relación extramarital en la que no había utilizado condón. La paciente comenzó a considerar una y otra vez (*rumiar*) la posibilidad de estar infectada con alguna enfermedad venérea. Se convenció a sí misma de que todo su barrio lo sabía y que, por esto, había “condenado” a su familia. Estos miedos la habían llevado a considerar suicidarse con una sobredosis de medicamento.

Delirios de grandeza

Los delirios de grandeza con frecuencia se reportan durante episodios maníacos, implican la creencia de que se tienen poderes especiales y de que se están alcanzando (o se alcanzarán) objetivos extraordinarios. Existen dos tipos de grandiosidad: religiosos y tecnológicos.

Delirios religiosos

Un delirio religioso es un tipo de delirio de grandeza muy común en el que el paciente cree tener las cualidades de un dios. Un ejemplo de esto: se evaluó en la sala de urgencias a una mujer de 40 años, luego de haber sido encontrada parada en medio del tráfico con los brazos levantados y las palmas apuntando a los automóviles. Explicó este comportamiento diciendo que era el Mesías, y que estaba sanando a todas las personas en los vehículos durante la hora pico.

Las siguientes preguntas abordan los delirios religiosos:

- ¿Te consideras una persona religiosa?*
- ¿Tiene alguna relación especial con Dios?*
- ¿Tienes algún poder o habilidad religiosa especial?*

Delirios tecnológicos

Un paciente con delirios tecnológicos cree que está, de alguna manera, conectado con las computadoras u otros electrodomésticos, que le permiten blandir un poder enorme. Por ejemplo, un antiguo taxista de 30 años describió una de sus ideas de negocio. Propuso coordinar grandes flotas de taxistas que estarían vinculados con restaurantes, teatros y zonas de trabajo en una gran ciudad. En vista de que estos lugares implicaban un riesgo financiero a las personas que partían y llegaban, estarían felices en pagarle al paciente por sus servicios. “No necesitaría ningún personal”, continuó, “podría hacerlo todo por mí mismo, a través de las placas de los autos”. Su intención era que le insertaran un transmisor en su cerebro que pudiera enviar mensajes a cada auto por medio de receptores en las placas. En un esfuerzo para probar su conexión con la realidad, se le señaló que ese tipo de aparatos no existían. Respondió, “yo ya lo tengo”, señalando lo que parecía ser una espinilla en su frente.

Sugerencia general de entrevista para preguntar sobre delirios

Preguntas no juiciosas

La estrategia general al entrevistar a pacientes paranoicos es no juzgar. Si se le percibe como crítico, es probable que quizá usted pase a ser parte de su sistema de delirios.

- ¿Te ha maltratado o molestado alguien de forma inusual?*

¿Ha habido alguien que te haya estado prestando particular atención, como observándote o hablando de ti?

Estas dos preguntas transmiten la impresión de que usted quiere ser el aliado del paciente, no su enemigo.

Afirmaciones contratransferenciales

En algunos casos, su paciente podría ser tan paranoide como para llegar a desconfiar de usted, incorporándolo en su sistema de delirios. Una afirmación contratransferencial puede funcionar muy bien en este punto. En ella, usted reconoce y simpatiza explícitamente con la proyección de su paciente (Havens 1986; véase también el [capítulo 3](#)).

CASO CLÍNICO

Entrevistador: *¿Qué lo trajo al hospital?*

Paciente (con apariencia sospechosa): *Usted lo sabe, ¿no es así?*

Entrevistador: *No lo sé, por eso pregunto.*

Paciente: *Me obligaron a venir para que me observaran. El servicio secreto está involucrado. Eso es todo lo que quiero decir, pues conozco mis derechos.*

Entrevistador (empleando una afirmación contratransferencial): *Y es cuando entro yo, con apariencia oficial en mi bata de médico y mi corbata, diciéndole que soy un psiquiatra... Quizá usted piense que yo también soy del servicio secreto, lo cual es entendible.*

Paciente: *¿Acaso nos puede oír alguien?*

Entrevistador: *No. La puerta está cerrada.*

Paciente: *Muy bien, esto es lo que pasa. (El paciente se abre de manera significativa).*

Técnicas para realizar prueba de realidad

La evaluación de la realidad se refiere a sus esfuerzos de ver con qué vehemencia su paciente cree en sus delirios. Lo ayuda a determinar la gravedad del trastorno psicótico y también a vigilar la respuesta al tratamiento. Estudios sobre el curso natural de los delirios han revelado tres fases (Sacks et al. 1974):

1. Una fase inicial en la que el paciente está totalmente convencido de la creencia.
2. Una fase intermedia de “doble conciencia”, en la que el paciente empieza a cuestionar el delirio.

3. Una fase sin delirios.

Un cuestionamiento sensible ayuda a determinar con exactitud en cuál fase se encuentra su paciente. En vez de etiquetar sus creencias como delirantes, plantee los delirios de tal forma que se normalicen.



SUGERENCIA

Plantee los delirios en términos que se apeguen a la *imaginación* de su paciente:

¿Cree que su imaginación se ha estado burlando de usted?

¿Tu imaginación ha estado trabajando en exceso?

¿Ha estado imaginando cosas?

Culpe a la mente:

¿Tu mente te ha estado haciendo jugadas?

¿Cree que su mente lo ha engañado cuando tuvo esos pensamientos?

Pregunte sobre fantasías:

¿Crees que algo de esto sea una fantasía?

Alucinaciones

Las alucinaciones ocurren en la mitad de todos los pacientes con esquizofrenia aproximadamente (Flaum 1995), pero también suelen ocurrir en: depresión, trastorno bipolar, trastornos de abuso de sustancias, trastornos disociativos y demencia.

¿Ha tenido experiencias extrañas últimamente, como escuchar voces cuando no hay nadie alrededor?

Una vez que haya detectado la presencia de alucinaciones, pregunte con más detalle la calidad y el contenido de las voces. Con frecuencia, una actitud de curiosidad e interés rompe la guardia del paciente.

Nunca he escuchado voces, y me da curiosidad saber cómo se siente. Hábleme más de estas voces. ¿Se trata de una o de varias? ¿Es hombre o mujer? ¿Si pudiera poner un micrófono a la voz, qué escucharía?

Pregunte si el paciente está oyendo específicamente alucinaciones de comando.

¿Le dicen las voces que haga algo en particular?

¿Le dicen cosas malas sobre usted o le ordenan que se haga daño a usted o a otras personas?

Otra forma de preguntar sobre las alucinaciones es hacerlo en el contexto de sus preguntas sobre la depresión.

A veces, cuando la gente se deprime mucho, su mente le juega trucos y piensa que oye cosas que los demás no pueden oír: ¿Le ha pasado algo similar?

Esto disminuye la sensación vergonzosa de una respuesta positiva al normalizar la experiencia (véase el [capítulo 4](#)).

¿Ha escuchado, visto, oído o sentido cosas que otras personas no podían?

Aquí usted está preguntando sobre todos los tipos de alucinaciones mayores de un solo golpe: auditivo, visual, olfatorio, y táctil.

Discurso desorganizado

Lo que el *DSM-5* llama *discurso desorganizado* también es conocido como *trastorno de proceso de pensamiento* o *trastorno formal del pensamiento*, porque hay un trastorno de la forma de pensamiento, en vez de contenido.

Para entender cómo reconocer un trastorno de proceso de pensamiento, considere su propia forma de pensar. Cuando usted piensa o habla de algo, lo hace de forma lineal y lógica —es decir, un pensamiento lleva de manera natural a otro. Además, normalmente usted piensa a una velocidad cómoda, de tal forma que cuando habla, otras personas lo pueden entender. Los pacientes con trastorno formal del pensamiento dicen cosas que no tienen sentido, porque su pensamiento no es ni lineal ni lógico, y con frecuencia hay un trastorno en la velocidad de sus pensamientos.

Todo el argot referente al habla desorganizada encaja en dos grupos: el de pérdida de asociación y el de velocidad.

Grupo de pérdida de asociación

La pérdida de asociación se refiere a la desviación del tema en cuestión. Hay un rango en la severidad de la pérdida de asociación, con la circunstancialidad en un extremo y la ensalada de palabras en el otro. Un paciente que muestre cualquiera de estas cualidades en un grado significativo cumple con los criterios de discurso desorganizado en la esquizofrenia.

Aunque una serie de términos describen los diferentes grados de la pérdida de asociación, lo más útil clínicamente hablando es documentar que el paciente exhibe pérdida de asociación; descríballo como leve, moderado o severo y dé un ejemplo breve (palabra por palabra sacado de la entrevista) en sus notas. Esto posibilita rastrear las respuestas de su paciente al tratamiento, y le permite a otros clínicos leer sus notas y compararlas con sus propias observaciones.

Circunstancialidad

El paciente con pensamiento circunstancial hace muchas digresiones al hablar y añade

detalles extraños. Estas digresiones casi siempre se relacionan, por más lejano que parezca, con el tema en cuestión, y luego de un tiempo la persona va a volver al tema principal. Usted va a detectar la circunstancialidad porque se va a impacientar y va a querer interrumpir con frecuencia para redirigir la conversación y terminar la entrevista en un periodo razonable.

La circunstancialidad no es necesariamente patológica. Las personas normales que también son circunstanciales son catalogadas con el término popular de *prolijos*. Hay profesores universitarios y grandes cuenta-cuentos famosos por su circunstancialidad. Dentro del campo del *DSM-5*, los pacientes dementes o ansiosos presentan, con frecuencia, un estilo circunstancial.

Tangencialidad

Mientras que la circunstancialidad del habla es básicamente entendible, aunque tediosa, el habla tangencial ya se acerca a la incoherencia. Las digresiones son más abruptas y menos relevantes para el tema en cuestión. A diferencia del paciente circunstancial, el tangencial nunca va a retornar al tema en cuestión, no importa cuánto usted espere. Esto indica, por lo general, psicosis o demencia.

Ejemplo

Entrevistador: *¿Lo han hospitalizado alguna vez?*

Paciente: *Ingresé a un hospital en 1992 y luego en 1993. Soy un divagador, y a donde la gente me diga que vaya, para allá yo iré. Anoche, entré al cuarto al final del pasillo, aquí y allá volaban algunas moscas. Le dije a la enfermera pero no veía eso como su trabajo, así que las aplasté. ¿Tiene usted algún control en las circunstancias higiénicas de este lugar?*

En este caso, el paciente se desvió del tema en cuestión al de las moscas en el hospital. Sin embargo, el paciente es básicamente coherente, y con redirección frecuente va a poder dar información histórica relevante.

Término relacionado

Divagador: lo mismo que la tangencialidad, pero se reserva de manera clásica para los pacientes con demencia.

Pérdida de asociación

La pérdida de asociación es una versión más severa de la tangencialidad. El paciente dice cosas que lo llevan a otras de una forma muy vaga, de tal forma que los saltos de asociación no son claros. Sin duda hay asociaciones en la mente de su paciente, pero usted no las puede descifrar.

Ejemplo

Entrevistador: *¿Qué lo trae hoy a la clínica?*

Paciente: *No sé, podrían echarme. De hecho, Benito Mussolini vino a la vida en una sala de espera. Me di cuenta de eso. Había una fotografía en un libro. Si no es mi madre, pudo haber sido Hitler. Y si ese fue uno de sus guardias armados. ¡Mussolini estaba colgando de un árbol! Gracias por permitirme entenderlo. Oh, esa es otra cosa de la cual quería hablarle... tener la cabeza lavada. Yo nunca compré la cinta de los Beatles, nunca lo hice.*

El paciente está siguiendo una serie bastante inconexa de asociaciones en su cerebro, y es improbable que usted vaya a obtener una historia con significado. Sin embargo, las oraciones son gramaticalmente correctas e internamente coherentes.

Términos relacionados

Descarrilamiento: término equivalente.

Lenguaje incoherente: término equivalente.

Pérdida de la meta: se refiere al habla que no se dirige a ningún punto en particular, y que no responde ni de cerca a su pregunta; generalmente la causa es la asociación imprecisa.

Fuga de ideas: se refiere a la asociación imprecisa cuando los pensamientos se mueven con mucha rapidez.

Incremento en la velocidad del pensamiento: se refiere a pensamientos coherentes que se mueven demasiado rápido.

Ensalada de palabras

La ensalada de palabras es la versión extrema de la pérdida de asociación, en el cual los cambios de tema son tan extremos y las asociaciones tan inconexas que el resultado es un habla completamente incoherente. Se diferencia de la pérdida de asociación en que las digresiones ocurren dentro de una oración en particular, entre palabras, además de entre oraciones.

Ejemplo

Entrevistador: *¿Cómo terminaste en el hospital?*

Paciente: *Era una sección ocho día. No estoy diciendo que había un utilitario. Simplemente no tenía paciencia con un sistema de toque de queda.*

Entrevistador: *¿Por qué fuiste a la casa de rehabilitación?*

Paciente: *Soy inútil como un idiota erudito. Había una circulación de su publicidad. ¿Le gustaría?*

Entrevistador: *¿Qué tipo de trabajo hacías?*

Paciente: *Trabajaba en la electricidad de las computadoras. Era un bachillerato no muy extenso. Soy un bachillerato no diluido.*

En este caso, las oraciones individuales no tienen sentido. Usted casi siente que su paciente habla otro idioma.

Términos relacionados

Incoherencia: la consecuencia directa de la ensalada de palabras.

Incongruencias: palabras fuera de contexto que se introducen en las oraciones.

Neologismos: palabras inventadas de manera espontánea que con frecuencia acompañan la ensalada de palabras.

Asociaciones con sonidos: asociaciones con base en el sonido de las palabras.

Grupo de velocidad

Además de la incapacidad para asociar una idea con otra, los pacientes psicóticos muestran con frecuencia una anormalidad en la velocidad del habla o grado de producción de sus pensamientos. Esto tiene un rango que va del *mutismo*, en un extremo del espectro, hasta la *fuga de ideas*, en el otro extremo.

Mutismo

Un paciente exhibe mutismo cuando simplemente no habla. Esto puede significar que tiene pocos pensamientos o ninguno, lo que puede ocurrir como un síntoma negativo de la esquizofrenia. Sucede en la catatonia de los trastornos afectivos. El mutismo podría también ser la respuesta a un sistema delirante.

Ejemplo

Una mujer joven que fue hospitalizada en la unidad psiquiátrica permaneció callada por varios días hasta que empezó a responder a los medicamentos antipsicóticos. Luego contó que Dios le había dicho que quedarse callada era la única manera de impedir la colisión entre la materia y la antimateria, y la consiguiente destrucción del mundo.

Pobreza de pensamiento

Su paciente tiene *pobreza de pensamiento* si ofrece muy poca plática espontánea, y si sus respuestas a sus preguntas consisten en la cantidad mínima de palabras requeridas. Usted debe distinguir este tipo de pacientes psicóticos de los pacientes enojados o resistentes que fueron internados en el hospital en contra de su voluntad o que les obliga

a buscar terapia por orden de una corte. Por lo general, el paciente psicótico va a mostrar otros síntomas negativos de esquizofrenia, como una mala higiene, afecto plano o una historia de aislamiento social.

Ejemplo (de Andreasen 1979)

Entrevistador: *¿Tenía algún trabajo antes de venir al hospital?*

Paciente: *No.*

Entrevistador: *¿Qué tipo de trabajo ha tenido en el pasado?*

Paciente: *Oh, algunos trabajos como portero o pintando.*

Entrevistador: *¿Qué tipo de trabajo hace?*

Paciente: *No sé. No hago nada. Eso es tonto.*

Entrevistador: *¿Qué tanto avanzó en la escuela?*

Paciente: *Sigo en la prepa.*

Entrevistador: *¿Cuántos años tiene?*

Paciente: *18.*

Términos relacionados

Pobreza de habla: término equivalente.

Ausencia de plática espontánea: término equivalente.

Bloqueo mental: Su paciente comienza a decir algo, luego se detiene a mitad de pensamiento y se le olvida lo que iba a decir.

Estrategias de entrevista

Usted reconocerá la pobreza de pensamiento con mucha facilidad. Va a realizar muchas más preguntas de lo normal, en vista de que el paciente no le da más información que la mínimamente necesaria para cada pregunta. Con frecuencia es difícil descubrir en estos pacientes algún síntoma positivo de esquizofrenia, como delirios o alucinaciones. Una forma de motivar al paciente a que hable espontáneamente es hacer preguntas abiertas y provocativas sobre temas en general:

¿Qué piensa sobre la legalización de la marihuana?

¿Quién fue su maestro favorito en la escuela?

¿Qué tipo de persona es usted?

¿Cree en Dios?

Pobreza de contenido

Su paciente pudiera hablar de manera copiosa, y sin embargo comunicar muy poca información o significado discernible. Con frecuencia esto se debe a que el habla es

demasiado abstracta.

Entrevistador: *¿Por qué crees que sería mejor para ti mudarte de casa de tu mamá?*

Paciente: *Pues por exactamente las cosas que estábamos hablando antes, y por aquellas de las que estaba hablando con los demás terapeutas. Creo que hablábamos sobre hogar supervisado y eso está relacionado en la manera como yo podría encontrar otro lugar para vivir, lejos de mi madre, y eso cambiaría con quién me comunicaría. Por supuesto, mi madre es una persona y se quiere comunicar conmigo, y yo me comunico con ella todo el tiempo. Creo que la diferencia estaría en que sería una situación y un lugar diferentes. Tendría que hablar con mi trabajador social sobre mudarme. Estoy seguro que mi madre también lo quiere.*

De pronto usted se encuentra rascándose la cabeza. Su pregunta no ha sido respondida, pero no porque el paciente se haya desviado del tema de la mudanza, como es el caso de la pérdida de asociación. Su respuesta se ha mantenido en el tema, pero no ha dicho nada significativo al respecto.

Término relacionado

Perseveración: su paciente habla, pero se queda enfrascado en una sola idea o preocupación una y otra vez. Esto pudiera verse como trastorno obsesivo compulsivo o demencia, además de psicosis.

Incremento en la velocidad del pensamiento

Los “*pensamientos a la carrera*” se refieren a un sentimiento subjetivo de que los pensamientos van tan rápido que es difícil seguirlos, que podría o no estar relacionado con presión del habla. Algunos pacientes que no hablan mucho dicen tener pensamientos a la carrera, con frecuencia en compañía de ansiedad. Los pensamientos a la carrera también ocurren en pacientes con abuso de sustancias en medio de un proceso de desintoxicación. Para precisar el incremento en la velocidad del pensamiento pregunte:

¿Se te está haciendo difícil seguir tus pensamientos?

¿Se están moviendo tan rápido tus pensamientos que no eres capaz de seguirlos?

Término relacionado

Lenguaje apresurado: esta es una forma de hablar tan rápida que es difícil de interrumpir, y es con frecuencia alta e intensa. Cuando los pensamientos a la carrera se convierten directamente en habla, el resultado es un lenguaje apresurado, y el diagnóstico es casi siempre manía.

Ejemplo

Entrevistador: *¿Por qué ha venido al hospital?*

Paciente *(mientras camina a un lado y a otro en el consultorio):* Recuerdo poder encargarme de mis asuntos. Sentía que estaba aquí, allá y en todos lados. Sé que no estaba enfermo, porque un humano enfermo es incapaz de recordar todo lo que hay que recordar, como (chasquea los dedos), y yo podía, ¿y sabe por qué? Pregúntele al Maestro, el Maestro está en todos lados, el Maestro lo sabe todo, el Maestro es Dios, y es por ello que sigo aquí...

Fuga de ideas

La *fuga de ideas* es una forma especial de pérdida de asociación cuando las asociaciones incoherentes se suceden muy rápido. Por ende, no es del todo lo mismo que *lenguaje apresurado*, que puede referirse a un habla coherente, aunque acelerada, o a *incremento en la velocidad del pensamiento*, que también pueden ser coherentes.

Trastorno del comportamiento (conducta desorganizada)

La conducta desorganizada se diagnostica sobre todo por medio de observación durante la entrevista, aunque obtener información de una fuente externa es útil. Las pistas incluyen un mal aseo, mal olor corporal y combinaciones de ropa bizarras. Otra pista se adquiere pidiéndole a su paciente que concluya una tarea sencilla. Esto se realiza en el contexto de la examinación cognitiva (véase el [capítulo 21](#)) o tan sólo pidiéndole su tarjeta de seguros o carnet de citas. Un típico paciente desorganizado va a sacar una cartera rota y abultada, y rumiará entre una gran cantidad de material aparentemente aleatorio antes de encontrar cualquier cosa.

Escasez de pensamiento, afecto y conducta (síntomas negativos)

Los síntomas de esquizofrenia se han dividido de manera clásica como *positivos* (p. ej., delirios, alucinaciones) y *negativos* (p. ej., afecto plano, apatía, aislamiento social, pobreza de lenguaje) (Andreasen 1982). El paciente con síntomas negativos tiene una tendencia a decir poco, a hablar bajo, a mostrar poco afecto, a tener pocos movimientos espontáneos y a estar mal aseado. Su historia social va a reflejar una falta de motivación y una incapacidad para ser persistente en la escuela o en las actividades laborales. Los familiares podrían decir que pasa la mayor parte de su tiempo sentado, sin hacer nada, y que tiene pocos amigos o ninguno.



Evaluación de trastornos neurocognitivos: demencia y delirium

Preguntas de descarte

- Orientación.
 - ¿Cuál es tu nombre completo?
 - ¿Dónde estamos en este momento?
 - ¿Qué día es hoy?
- Memoria de corto plazo.

Repite estas tres palabras: pelota, silla, púrpura. Manténlas en la mente, porque te las voy a preguntar en algunos minutos.
- Información personal y general.

Nombre los últimos tres presidentes del país.

 - ¿Quién fue George Washington? ¿Abraham Lincoln? ¿Martin Luther King, hijo?
 - ¿Cuándo fue la Segunda Guerra Mundial?
 - ¿Cuándo fue asesinado el presidente estadounidense John F. Kennedy?
 - ¿Dónde vive y cuál es su número de teléfono? ¿Cómo se llama y cuándo cumple años su esposa/hijo/hermana/papá?
 - ¿Cuándo y dónde se casó?

Uno de los cambios más importantes del *DSM-5* es clasificar la demencia y el delirio como “trastornos neurocognitivos”. El delirium sigue llamándose delirium, pero la demencia ahora se denomina “trastorno neurocognitivo mayor”, mientras que una forma menos severa de demencia se llama “trastorno neurocognitivo leve”.

En el [capítulo 21](#) esboqué una exploración rápida de la cognición con componentes basados en estudios que muestran que son efectivos identificando pacientes con problemas cognitivos. En este capítulo muestro cómo adaptar sus preguntas al paciente que podría tener delirium o demencia. En el *delirium* la atención está deteriorada, y todos los procesos cognitivos están, en consecuencia, deteriorados. En la *demencia*, la atención está intacta, pero los procesos cognitivos, particularmente la memoria, están deteriorados.

Con esto en mente, echemos un vistazo a los criterios *DSM-5* para la demencia y el

delirio, y veamos técnicas de entrevista para hacer los diagnósticos.

DELIRIUM

Atención deteriorada

La clave para diagnosticar el delirium es establecer algún deterioro en la capacidad de atención de su paciente. A un paciente en delirium se le hace difícil mantener la atención por un periodo significativo. Igual que en el [capítulo 21](#), no recomiendo confiar en las pruebas tradicionales de atención, como la resta serial de siete; en cambio, confíe en la habilidad de su paciente de responder a preguntas de rutina ([Tabla 28.1](#)).

La mayoría de sus entrevistas con pacientes en delirium van a ocurrir en un hospital general, con frecuencia porque el médico de planta se lo pide. En este contexto hay dos tipos de pacientes en delirium: el agitado y el quieto. El paciente en delirium agitado divaga incoherencias y podría estar forcejeando con ataduras para escapar del hospital o para arrancarse las vías intravenosas.

TABLA 28.1. Criterios *DSM-5* de delirium

(Nota: El *DSM-5* especifica un número de tipos de delirium diferentes, pero los criterios de diagnóstico centrales que siguen no cambian.)

Alteración de la conciencia (p. ej., la claridad de conciencia sobre el exterior está reducida) con una reducida habilidad para enfocar, mantener o redirigir la atención

Un cambio en la cognición (p. ej., déficit de memoria, desorientación, alteración del lenguaje) o el desarrollo de una perturbación de la percepción que no se explica con una demencia preexistente.

Una alteración que se desarrolla en un periodo corto (usualmente de horas a días) y que fluctúa a lo largo del día

Hay una causa médica

Práctica médica (los cinco criterios)

Alteración del **P**ensamiento

Inicio **R**eciente

Incapacidad de **A**tención

Curso fluctuante

Causa **m**édica de la incapacidad cognitiva

Fuente: Tomado del American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

El paciente en delirium quieto, por otro lado, requiere que se le hagan pruebas verbales para hacer el diagnóstico. Con frecuencia es útil comenzar no diciendo nada –es decir, entrar al consultorio y observar la conducta del paciente–. Por lo general, una persona con habilidades cognitivas normales lo va a mirar, va a hacer algún tipo de

saludo y va a esperar a que usted responda. Un paciente en delirium podría verlo brevemente y luego prestarle poca atención. Podría incluso estar hablando bajito consigo mismo. Podría estar viendo a todos lados del cuarto, rastreando algún ave o insecto que alucine.

Hola, señor Brown. ¿Qué lo trae al hospital?

El paciente tiene que poder responder con coherencia. Si responde incoherentemente, usted debe evaluar la naturaleza de su incoherencia. En muchos trastornos mentales, la atención del paciente es normal, pero el proceso mental o el contenido del pensamiento está distorsionado de alguna manera.

De los siguientes tres casos clínicos, por ejemplo, sólo el tercero describe un delirium verdadero.

CASO CLÍNICO 1

Un paciente psicótico hospitalizado me dijo lo siguiente:

Me engañaron para venir aquí, pero no me voy a quejar, porque justo en este instante hay luces estereoscópicas entrando al cuarto a través de los transmisores y están enfocadas en mis neuronas. Por favor, manténgase quieto, porque las luces están rodeándolo en este momento.

Al preguntar un poco más, se hizo aparente que el paciente sufría de un delirio fijo, bizarro y paranoico, pero su atención estaba intacta.

CASO CLÍNICO 2

Otro paciente respondió de la siguiente manera:

Esto no es un hospital, es mi casa, porque puedo ver a mi nieta allá afuera. Estaba a punto de traerme algo de té. Oh, yo sé quién es usted. Usted es ese hombre que enviaron para ayudarme.

El paciente tiene una discapacidad profunda de memoria a corto plazo, secundaria a demencia de Alzheimer. No podía recordar que estaba en el hospital, pero su atención estaba intacta.

CASO CLÍNICO 3

Un paciente verdaderamente en delirium respondió:

¡Hola! (hablando mientras miraba al techo). Algo... ¿qué es eso? (pronto estaba inconsciente de mi presencia. Le pregunté de nuevo por qué estaba en el hospital.) Yo estoy en un hospital por...

(parecía confundido.) Hay algo aquí en el hospital, mi hijo dijo... (me miró de nuevo como investigándome, y luego miró a otro lado, de nuevo pareciendo haberse olvidado de mi presencia mientras fijaba la mirada en el techo.)

El paciente parecía entender mis palabras, pero no tenía la capacidad de sostener su atención en mí o continuar una sola línea de pensamiento. Resultó que el paciente pasaba por *delirium tremens*, luego de dejar de tomar abruptamente el alprazolam tres días antes.

Cambio en la cognición

A casi todos los pacientes en delirium se les hace muy difícil recodar la tarea de las tres palabras, en vista de que su atención está demasiado incapacitada como para registrar las tres palabras en primer lugar. Las alucinaciones visuales o auditivas son extremadamente comunes.

Inicio reciente y curso fluctuante

Usted debe obtener la historia de otras fuentes además de su paciente para asegurarse que el inicio de la incapacidad cognitiva ha sido relativamente reciente (días o semanas), excluyendo el diagnóstico de demencia. Respecto de las fluctuaciones en la atención, la mejor forma de determinarla es examinando al paciente por lo menos dos veces en un día. Si no puede verlo de nuevo, pídale a otros médicos que le informen si es capaz de responder coherentemente a preguntas simples (p. ej., “¿Por qué está aquí?”).

TRASTORNO NEUROCOGNITIVO

Entrevista a los familiares

Las entrevistas con familiares y otros informantes son vitalmente importantes al hacer el diagnóstico de trastorno neurocognitivo (TNC) ([Tabla 28.2](#)). Esto es porque, con frecuencia, los pacientes niegan o minimizan sus problemas de memoria y, en cualquier caso, la historia dicha por un paciente afectado no es de fiar. Por ende, la mejor forma de diagnosticar TNC es combinar el examen del estado mental con la entrevista de informantes. De hecho, estudios que comparan las dos aproximaciones (el examen de estado mental vs. cuestionarios de informantes) han encontrado que las entrevistas con los informantes son más sensibles (Harwood et al. 1997).

Cuando se entrevista a familiares, comience pidiéndoles que comparen las habilidades cognitivas actuales del paciente con sus habilidades hace 10 años. Esto pone el foco en el deterioro gradual del funcionamiento, que es lo que diferencia el TNC del delirium.

La forma general de preguntar debe seguir el formato del cuestionario para

informantes sobre el declive cognitivo en los adultos mayores (IQCODE; Jorm 1991), de donde proviene la mayoría de las siguientes interrogantes. Haga las siguientes preguntas:

Compare su desempeño actual con el de hace 10 años en cuanto a:

- ¿Recuerda cosas que han pasado recientemente?*
- ¿Recuerda dónde se guardan las cosas?*
- ¿Recuerda cosas sobre su familia y amigos, como nombres, ocupaciones, cumpleaños o direcciones?*
- ¿Toma decisiones en asuntos cotidianos?*
- ¿Maneja asuntos financieros?*
- ¿Encuentra la palabra correcta cuando habla?*

TABLA 28.2. Criterios *DSM-5* de demencia

(Nota: El *DSM-5* especifica un número de tipos diferentes de TNC, pero los criterios de diagnóstico centrales son los que se enlistan a continuación.)

Lapsus de memoria

1. Lenguaje
2. Atención (compleja)
3. Motor Perceptual
4. Cognición Social
5. FUnciones ejecutivaS
6. Memoria

Por lo menos uno de los seis criterios es necesario

Fuente: Tomado del American Psychiatric Association. 2013. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- ¿Sabe cómo hacer las cosas del hogar, como cocinar y limpiar?
- ¿Pesca pistas sociales, como hacer comentarios apropiados en conversaciones? ¿Ha habido un cambio en la personalidad?

Cómo entrevistar al paciente

Para diagnosticar un TNC, el *DSM-5* requiere que usted demuestre que su paciente está significativamente incapacitado en por lo menos uno de los seis “dominios neurocognitivos”. Estos dominios son los siguientes:

1. Memoria.
2. Atención compleja.
3. Funciones ejecutivas.
4. Lenguaje.
5. Perceptual-motriz.
6. Cognición social.

Aquellos que estén acostumbrados al *DSM-IV* se darán cuenta de que ahora diagnosticar la demencia es más complicado. Antes, la pieza clave del diagnóstico era detectar un impedimento de memoria, seguido de uno de cuatro impedimentos adicionales. Pero con el *DSM-5*, el impedimento de memoria ya no es requisito, y se deben evaluar los seis dominios, algunos de los cuales son un tanto confusos.

- 1. Memoria.** Aunque el *DSM-5* ya no requiere de pérdida de memoria para el diagnóstico, sería el paciente más raro si tuviera demencia y no tuviera también esta discapacidad. Sugerí una estrategia para evaluar la memoria en el [capítulo 21](#), que no repetiré aquí. Recuerde que antes de ir muy lejos en la evaluación, debe hacer su descarte básico de delirium (ver arriba). Si el paciente está en delirium, no podrá concluir nada sobre el TNC con base en el examen; si el paciente está despierto y atento, proceda con el resto del examen cognitivo como se explica en el [capítulo 21](#).
- 2. Atención compleja.** Los problemas de atención compleja son diferentes de la incapacidad de atención que se encuentra en el delirium. El paciente podría sostener su atención lo suficiente como para tener una conversación simple con usted (a diferencia del paciente en delirium). Pero al ponerlo en una situación con muchos estímulos al mismo tiempo, las habilidades de atención se estresan. Le será difícil establecer esto con sólo hablar con el paciente, pero las siguientes preguntas a los informantes aportan bastante:

¿Él o ella tiende a distraerse con facilidad cuando otras cosas están pasando en la habitación, como conversaciones, música o niños jugando?

¿Parece que le cuesta enfocarse en tareas simples, como repetir un número de teléfono que le acaban de decir o escribir algo al mismo tiempo que habla por teléfono?

- 3. Funciones ejecutivas.** Aquí, usted evalúa una habilidad compleja –la habilidad de planificar y pensar en abstracto. Con frecuencia, un déficit en las funciones ejecutivas surgirá en medio de la historia. Esto es especialmente cierto si la demencia comenzó mientras el paciente tenía empleo. Va a oír sobre dificultades laborales, incompetencia en el cumplimiento de funciones que alguna vez fueron fáciles y cosas parecidas. En ocasiones, podría ser difícil diferenciar esto de los cambios de personalidad que ocurren con la demencia –la indiferencia repentina e irritabilidad podría causar estragos con el desempeño laboral, sobre todo en trabajos en el área de servicios.

Para probar las funciones ejecutivas, puede usar el comando de tres pasos (descrito con anterioridad). Sin embargo, la prueba clásica de descarte para esto es la tarea de los relojes, en la que usted le da al paciente una hoja de papel con un círculo y un punto en el centro y le dice:

Me gustaría que dibujara todos los números de un reloj y que luego dibujara las manecillas señalando las 2:30.

Los pacientes con pobreza de funciones ejecutivas podrían exhibir cierto número de errores, como el agrupar los números muy cerca unos de otros, saltarse o repetir

números o equivocarse al dibujar las manecillas. Un problema potencial con esta tarea es que el rendimiento varía con la educación (Ainslie 1993). Por ende, usted debería asignar esta tarea sólo a pacientes con por lo menos un nivel alto de educación escolar. De otra forma, usted podría interpretar un reloj erróneo como un indicador de que el paciente está cognitivamente discapacitado, cuando en realidad simplemente ha recibido poca educación.

4. Problemas de lenguaje (también conocido como afasia). El problema de habla más común en la demencia es la dificultad de encontrar las palabras correctas para decir algo. Si esto está presente, la dificultad para hallar palabras se va haciendo aparente en el curso de una entrevista. En casos leves, la palabra correcta parece estar en la punta de la lengua del paciente:

Entrevistador: ¿Quién fue Benito Juárez?

Paciente: Oh, fue ese hombre que, el uh... el hombre importante de toda esta cosa.

Entrevistador: ¿Qué quiere decir con “el hombre importante”?

Paciente: Todo el país votó por él.

Entrevistador: ¿Quiere decir “presidente”?

Paciente: ¡Exacto, un presidente!

Una prueba de descarte de afasia es traer a colación objetos comunes al consultorio y pedirle al paciente que los mencione (p. ej., su bolígrafo, su reloj o su silla). Sin embargo, hacer esto sólo va a resaltar los casos severos de afasia. Entrevistar a los informantes es una manera excelente de detectar una afasia temprana.

5. Problemas perceptuales-motrices (con frecuencia llamado apraxia). Esto se refiere a dificultades para cumplir con actividades cotidianas y simples a pesar de un sistema nervioso intacto. A los pacientes apráxicos se les puede hacer difícil vestirse en la mañana porque se han olvidado cómo abotonarse o cómo amarrarse las agujetas. O bien, podrían tener problemas al conducir, cuando en el pasado, esta actividad era algo obvio. La mejor forma de determinar si esto ha sido un problema es valerse de los familiares, haciendo preguntas como:

¿Tú papá tiene problemas para vestirse por sí mismo? ¿Necesita que lo ayuden a afeitarse o ponerse una corbata? ¿Puede hacer un sándwich con facilidad?

A veces se puede evaluar la apraxia durante la entrevista con sólo observar al paciente hacer algo (p. ej., sacar el registro de hospital de su billetera) o puede dictarle al paciente el número de teléfono de su oficina y evaluar su habilidad de buscar una hoja de papel y una pluma y escribir correctamente el número.

El miniexamen de estado mental Folstein incluye un comando estandarizado de tres pasos para evaluar apraxia:

Ahora quiero ver qué tan bien puede seguir instrucciones. Le voy a dar un pedazo de papel. Tómelo

con la mano derecha, use las dos manos para doblarlo por la mitad y luego colóquelo en el piso.

- 6. Cognición social.** En el argot del *DSM-5* equivale a lo que a veces se denomina “cambios de personalidad”. A medida que se desarrolla la demencia y empeora, los pacientes tienen problemas al leer las pistas sociales y comportarse apropiadamente. Podrían alejarse de la conversación o decir cosas incómodas acerca de temas como sexo, política o religión. Usted podría observar esto durante la conversación con su paciente y podría preguntar a los informantes si esto se ha convertido en un problema.



Evaluación de los trastornos alimenticios y de síntomas somáticos

Preguntas de descarte

- Trastorno alimenticio: ¿Alguna vez has pensado que tienes un trastorno alimenticio, como anorexia o bulimia?
- Trastorno de síntomas somáticos: ¿Le preocupa mucho su salud?

TRASTORNO ALIMENTICIO



PUNTO CLAVE

Los trastornos alimenticios son relativamente fáciles de diagnosticar (Tablas 29.1, 29.2 y 29.3). El problema es que muchos clínicos no preguntan al respecto, y muchos que lo sufren no dicen de manera espontánea sus síntomas, bien sea porque los perturba, como en la anorexia, o porque están muy avergonzados de ellos, como en la bulimia o en el trastorno por atracón. Por ende, las preguntas de descarte para los trastornos alimenticios deben siempre incluir sus **PROS**.

Cuando el momento sea adecuado, comience con una pregunta directa:

¿Alguna vez has tenido un trastorno alimenticio, como anorexia o bulimia?

Sin embargo, si usted cree que su paciente podría estar particularmente avergonzado de la sospecha de sufrir un trastorno alimenticio, una aproximación tan directa podría deteriorar la alianza terapéutica. En estos casos, usted puede acercarse al tema indirectamente:

¿Has pensado que tienes sobrepeso?

Si la respuesta es “no”, es improbable que su paciente tenga anorexia o bulimia. Si la respuesta es sí, y usted sospecha de anorexia, pregunte:

TABLA 29.1. Criterios *DSM-5* de anorexia nerviosa

Mnemotecnia de anorexia nerviosa: Los anoréxicos se

Desesperan por el **M**iedo a subir de **P**eso (los tres criterios)

Distorsión de la imagen corporal

Miedo a engordar

Peso significativamente bajo

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

¿Has hecho dieta alguna vez?

Casi todo el mundo, y las mujeres en particular, se han puesto a dieta en algún momento de su vida. Usted evalúa aquí alguna dieta particularmente rígida, quizá una dieta por hambruna (p. ej., ayuno) o una en la que, por ejemplo, el paciente come sólo ensaladas o frutas.

¿Alguna vez has pesado mucho menos de lo que la gente piensa que deberías pesar? ¿Cuál ha sido tu peso más liviano? ¿Cuánto mides?

Usted debe determinar cuál ha sido el índice de masa corporal (IMC) más bajo que su paciente ha tenido. El IMC se calcula con el peso de una persona en kilogramos dividido entre la estatura en metros cuadrados. Hay muchos calculadores gratuitos de IMC en internet. En el *DSM-IV* se requería sólo que el peso del paciente fuera de hasta 85% del cuerpo ideal para su tamaño para calificar de anorexia; ya no es igual en el *DSM-5*. En éste, se sugieren puntos de referencia de IMC para juzgar la severidad del trastorno y que están impresos en el *DSM-5*.

¿Llegaste a pensar que sufrías de sobrepeso en el punto en que pesabas menos?

Los pacientes anoréxicos informarán que se sienten con sobrepeso, incluso obesos, aun cuando tengan un peso muy por debajo del ideal. Con frecuencia, el paciente se fija en una parte particular de su cuerpo, como sus muslos o su estómago.

TABLA 29.2. Criterios *DSM-5* de bulimia nerviosa

Mnemotecnia: En los **A**tracones **S**ientes **P**referencia por el **P**astel (los cuatro criterios)

Atracones (episodios recurrentes de atracones, por lo menos una vez a la semana durante 3 meses)

Sentimiento de ausencia de control al comer

Preocupación excesiva respecto de su imagen corporal y peso

Purgas, como vómito autoinducido; abuso de laxantes, diuréticos, enemas y otros medicamentos; ayunos o ejercicio excesivo

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

TABLA 29.3. Criterios DSM-5 de trastornos de atracones

Episodios recurrentes de atracones (por lo menos una vez a la semana por 3 meses) que se sienten fuera de control (requerido)

Una o más de las siguientes deben estar asociadas con los episodios de atracones:

Comer con mucha rapidez, comer hasta el punto de sentirse dolorosamente lleno, comer cuando realmente no tiene hambre, comer en soledad porque se siente avergonzado de su conducta, sentirse asqueado de sí mismo después.

Tomado de American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

¿Has tenido miedo de subir de peso?

Tanto para la bulimia como para el trastorno por atracón, las siguientes preguntas son buenas:

¿Has sentido alguna vez que tu forma de comer está fuera de control?

¿Tienes atracones, es decir cuando comes cantidades de comida mayores de las que deberías y sientes que no puedes parar de comer?



SUGERENCIA

Tiene que ser escéptico ante una respuesta afirmativa, porque lo que el paciente considera un atracón podría parecer una comida normal a cualquier otra persona. Pida a su paciente que describa los contenidos de un atracón típico y decida si parece una comida inusualmente grande.

Si come demasiado, pregúntele si después se purga.

Luego de haber tenido un atracón, ¿te has deshecho de la comida de alguna forma, como vomitar o tomar laxantes?

Establezca la frecuencia de la conducta con una pregunta que exagere el síntoma tipo:

En su máxima expresión, ¿con cuánta frecuencia tienes atracones de comida y te purgas? ¿Una vez al día?, ¿dos veces al día?, ¿más?

Si el paciente ha tenido atracones, pero nunca se ha purgado, entonces usted debe plantear alguna o todas las preguntas siguientes para descartar IMC.

Háblame un poco más de tus atracones. ¿Comes con rapidez? ¿Comes hasta el punto de sentirte demasiado lleno? ¿Te sientes mal contigo mismo luego? ¿Comes mucho incluso cuando no tienes hambre?

TRASTORNO DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS Y TRASTORNO DE ANSIEDAD POR ENFERMEDAD

En el *DSM-IV*, el trastorno somático o hipocondría se utilizaba para diagnosticar a pacientes que se preocupaban de manera excesiva de varios síntomas somáticos –que eran inexplicables desde el punto de vista médico–. El *DSM-5* abolió el trastorno somático y lo sustituyó con dos diagnósticos distintos que difieren de manera sutil:

El trastorno de síntomas somáticos (TSS) se refiere a las personas que de hecho tienen síntomas somáticos (cuya causa podría ser o no ser un problema médico establecido), pero que están tan excesivamente preocupadas con los síntomas que tienen problemas para funcionar (Tabla 29.4).

El trastorno de ansiedad por enfermedad se refiere a las personas que no tienen un síntoma somático pero que están extremadamente preocupados de tener una enfermedad – con la ausencia de cualquier evidencia médica que lo respalde (Tabla 29.5).

TABLA 29.4. Criterios *DSM-5* de trastorno de síntomas somáticos (TSS)

Hay uno o más síntomas somáticos que han persistido por lo menos durante 6 meses y que podrían o no tener un origen médico.

El paciente ha estado demasiado enfocado en los síntomas, como queda definido por uno de los siguientes:

Pensamientos excesivos sobre la seriedad de los síntomas

Niveles altos de ansiedad sobre los síntomas

Demasiado tiempo dedicado a pensar o responder a los síntomas

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

TABLA 29.5. Criterios *DSM-5* de Trastorno de ansiedad por enfermedad

El o la paciente cree que tiene una enfermedad grave, pero no se le ha diagnosticado, y no hay síntomas que lo acompañen (o si los hay, son mucho más leves de lo que usted esperaría de dicha enfermedad.)

El paciente ha estado muy ansioso por la enfermedad por lo menos por 6 meses y ha pasado cantidades excesivas de tiempo o energía enfocado en ella

Fuente: Tomado de American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Para cualquiera de los trastornos, una pregunta de descarte excelente es:

¿Tiende a preocuparse mucho por su salud?

Si el paciente dice que “no”, usted puede esquivar las preguntas de evaluación. Si

dice que “sí”, proceda de la siguiente manera. De hecho, un paciente con cualquiera de los trastornos ya da pistas de ello en la parte en que se obtiene el historial de la enfermedad presente, mucha de la cual se enfoca en discutir asuntos de salud.

Su siguiente tarea es determinar si hay síntomas actuales.

Dijo que a usted le preocupaba su salud. ¿Qué asuntos de salud le inquietan? ¿Qué tipo de síntomas tiene?

Un paciente con TSS lanzará una lista de síntomas somáticos, como dolores, fatiga, diarrea, palpitaciones y cosas por el estilo. Por otro lado, un paciente con trastorno de ansiedad por enfermedad no va a dar tanta información sobre síntomas específicos, y en cambio va a hacer alguna afirmación como: “Es vago, pero sólo sé que estoy enfermo y que es cáncer.”

Como se puede ver, puede ser difícil diferenciar entre estas dos condiciones. Por lo general, los pacientes que casi siempre calificaban para “trastorno de somatización” (que requerían de por lo menos siete síntomas somáticos) van a ser diagnosticados, probablemente, con un nuevo trastorno, TSS. Los pacientes con el nuevo trastorno de ansiedad por enfermedad podrían describir algunos síntomas, pero su descripción es más imprecisa y vaga.

Los trastornos somáticos no se reorganizaron de esta forma para confundirnos – aunque esto sin duda ocurre–. El ímpetu mayor fue eliminar el estigma que se ha formado alrededor del trastorno de somatización, así como también derogar la etiqueta “hipocondríaco”. A esos pacientes se les hace sentir que sus síntomas están “todos en su cabeza”, cuando de hecho sí los sienten, con una capa de ansiedad que hace que los sientan peor o que los sufran con mayor intensidad.



Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Preguntas de descarte

- Cuando usted era joven, ¿tenía problemas de hiperactividad o al poner atención en la escuela?

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

Los pacientes deben cumplir con el criterio 1 o el criterio 2 (deben tener seis de nueve síntomas de desorganización/inatención, o seis de nueve síntomas de impulsividad/hiperactividad –pero para los que tienen 17 años o más, el límite en el número de síntomas se reduce a cinco de nueve) más los criterios 3 y 4 ([Tabla 30.1](#)):

1. Organización/inatención.

Problemas de organización.

- No puede organizar las tareas.
- Pierde cosas necesarias para hacer las tareas.
- Tiene problemas para terminar las tareas.

Problemas de atención.

- Falta de atención.
- Se distrae con facilidad.
- No escucha.
- Se olvida con facilidad.
- Comete errores por descuido.
- Evita tareas que requieren concentración.

2. Síntomas de impulsividad/hiperactividad.

- Habla demasiado.
- Da respuestas bruscas.
- Interrumpe a otros.
- No puede jugar en silencio.

Exceso de movimiento.

- Se agita y se retuerce.
 - Se levanta de su asiento.
 - Es inquieto.
 - Siempre se está moviendo.
 - No puede esperar su turno.
3. Algunos de los síntomas tienen que haber estado presentes antes de los 12 años de edad.
 4. Los síntomas ocurren en dos o más lugares, como la escuela (o el trabajo) y el hogar.

TABLA 30.1. Criterios *DSM-5* para trastorno por déficit de atención por hiperactividad

Mnemotécnica: **MPAD** [Usted va a necesitar MPAD (**M**ucha **P**aciencia **A**ntes de **D**ar clase) a los niños hiperactivos]:

Movimiento en exceso (hiperactividad)

Problemas de organización (dificultad para terminar tareas)

AtenCIÓN

Discurso impulsivo

Fuente: Datos del American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), al igual que el de pánico, implica una lista larga de síntomas, de tal modo que resulta impráctico memorizarlos todos. Para hacer las cosas aún más confusas, muchos de los criterios son tan similares que parecieran redundantes (p. ej., ¿hay alguna diferencia real entre “con frecuencia no logra prestar atención?” y “¿con frecuencia tiene dificultades para prestar atención?”). Por ende, igual que en el trastorno de pánico, la estrategia más racional es agrupar los criterios en grupos significativos usando una mnemotécnica, en este caso MPAD.

Para cumplir con estos criterios, su paciente debe tener seis de nueve síntomas de atención/desorganización o seis de nueve síntomas de hiperactividad/impulsividad.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LOS NIÑOS

Aunque parezca un atentado contra la intuición, diagnosticar trastorno por déficit de atención con hiperactividad es por lo general más fácil en los niños que en los adultos. Esto es porque los niños y los adolescentes vienen a la cita acompañados de un adulto que (esperamos) es una fuente confiable de información sobre su conducta. Además, una

de las dificultades centrales al establecer el diagnóstico en adultos es documentar los síntomas que se presentaron en la niñez; ¡esto no es un tema relevante cuando usted tiene a un niño respirando en frente de usted!

Revise el [capítulo 10](#) para sugerencias respecto de cómo evaluar pacientes adolescentes. Generalmente, usted va a comenzar la cita con familiares en el consultorio. Los padres trajeron a su hijo para una evaluación de TDAH, así que vaya directo al grano:

¿Qué le hace pensar que Johnny tiene TDAH?

Los padres con frecuencia vienen con evaluaciones de la escuela y prejuicios sobre cuán fácil (o difícil) es diagnosticar la condición. (“No estamos seguros de que Johnny tenga TDAH, así que nos preguntábamos si usted puede evaluarlo. ¿Evalúa usted esta condición?”).

Este es el momento para un poco de psicoeducación respecto del TDAH. El diagnóstico se basa en una síntesis de los reportes de diferentes personas y observaciones sobre el niño, y no hay una “prueba” definitiva aparte de hacer buenas entrevistas y deducir.

Lo que vamos a hacer hoy es hablar sobre la conducta de Johnny, tanto en la escuela como en casa, y con base en eso, obtendremos conclusiones sobre si tiene TDAH.

La esencia del diagnóstico es preguntar sobre todos los criterios *DSM-5*, y la estrategia que funciona mejor para mí es simplemente fotocopiarlos y darlos a revisar a los padres y al paciente. Deben leer toda la lista, preguntando sobre cada uno por turnos. Usted puede leer los criterios de manera literal o parafrasearlos para hacerlos más entendibles, dependiendo de la sofisticación de los informantes.

Por ejemplo, por problemas de organización, usted va a decir algo como:

¿No presta Johnny atención a los detalles? o ¿comete errores por descuido en la escuela o en el hogar?

Para cada criterio, yo intento no sólo establecer qué sucede, sino qué sucede en dos lugares diferentes, y siempre pido ejemplos específicos para evaluar qué tan significativo es el síntoma. Recomendando escribir todos estos ejemplos; después, luego de que haya comenzado el tratamiento, ¡es muy útil revisar todos estos ejemplos para evaluar la mejoría en comparación con antes de que usted empezara la magia del tratamiento!

Una vez que haya terminado, diga:

Pues bien, parece que Johnny sí cumple con los criterios para ser diagnosticado con TDAH, porque como pueden ver, tiene casi todos los síntomas de la lista.

En ocasiones, usted observará una hiperactividad evidente (como un niño de 12 años vagando por su oficina y dañando esa adorada pintura de una jirafa que compró en

Oaxaca), pero no siempre es así. Con certeza, si el paciente tiene TDA sin la “H”, es difícil notar la falta de atención en un lugar recargado y especializado, como una oficina psiquiátrica.



PUNTO CLAVE

A medida que haga las preguntas *DSM-5*, recuerde que muchos trastornos psiquiátricos distintos al TDAH pueden causar problemas de impulsividad o concentración, incluyendo el abuso de sustancias, la depresión, la manía o el trastorno de ansiedad (Biederman 1991). Si el niño sólo cumple con algunos criterios de TDAH, pero le sigue causando a los padres ataques de histeria, guíe sus preguntas a estas otras categorías de diagnóstico.

DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD EN LOS ADULTOS

El TDAH en los adultos se ha convertido en el último grito de la moda en años recientes. Algunos días, parece como si cada paciente que entra a su consultorio terminara preguntándose si debería probar el metilfenidato, que parece funcionar tan bien para su hijo o hija. Desafortunadamente, es muy fácil imitar los síntomas de TDAH, y un estudio halló que una cuarta parte de los pacientes adultos exagera o finge los síntomas de TDAH, tal vez para adquirir una receta para estimulantes, de los que se puede abusar con facilidad (Marshall et al. 2000).

El *DSM-5* hizo más fácil que los adultos fueran diagnosticados de dos formas: primero, la edad de inicio de los síntomas fue movida de 7 a 12; segundo, el umbral mínimo de síntomas requeridos fue bajado de seis a cinco en el caso de los adultos, pero no en el de los niños. Revise el [capítulo 9](#) para sugerencias al identificar a los pacientes que simulan.

Como es usual, comience con algunas preguntas de descarte:

Cuando usted estaba en la primaria o en la preparatoria, ¿tuvo problemas con la hiperactividad o al prestar atención en clase?

Si la respuesta es afirmativa, pregunte:

¿Todavía tiene ese tipo de problemas?

Si la respuesta es negativa, es probable que no valga la pena continuar con las interrogantes de evaluación que verifican un diagnóstico tardío de TDAH. Si la respuesta es afirmativa, aborde las preguntas que establecen el diagnóstico. Usted puede sacar de repente los criterios del *DSM-5*, como recomendé con anterioridad o puede hacer preguntas de una forma menos estructurada, comenzando con aquellas relativas a la falta

de atención y luego avanzar con preguntas sobre impulsividad.

Falta de atención y desorganización

¿Le cuesta trabajo prestar atención a las cosas?

¿Le cuesta trabajo concentrarse?

Algunos pacientes son capaces de concentrarse en tareas interesantes, como ver un juego de fútbol o leer un tabloide, pero no en tareas que son menos divertidas, como escribir un reporte para el trabajo o estudiar para la escuela.

¿Se distrae fácilmente?

En vista de que mucha gente no entiende lo que esto significa, puede que usted deba hacer seguimiento con preguntas como esta:

¿Sabe lo que eso significa? Me refiero a que usted no puede escuchar al maestro si la persona al lado de usted está hablando, o si algo está pasando afuera de la ventana.

¿Se le hace difícil terminar las cosas?

Algunos pacientes podrían no creer que su problema sea la falta de atención, pero sí reconocen que se distraen en medio de una tarea y que no terminan sus proyectos. Si el padre o la madre del paciente está presente, pregunte:

¿Él era el tipo de niño que, cuando se le decía “ve a tu cuarto y trae tus zapatos”, no regresaba porque se había distraído con otra cosa y se le había olvidado llevar los zapatos?

Habla impulsiva e hiperactividad

¿Eras el payaso de la clase?

El típico paciente con TDAH sonríe y afirma: “Oh sí, déjeme contarle...” y podría describir alguna antigua travesura. Una variación de esta pregunta es:

Cuando estabas en clase, ¿el maestro constantemente te decía: “Eh, Johnny, deja de hacer esto o aquello”?

Algunos pacientes dicen que son hiperactivos cuando de verdad quieren decir que son demasiado enérgicos, como en un episodio maníaco o ansiosos. Pídale al paciente su propia definición:

¿Qué quieres decir cuando dices que eres hiperactivo?

Provea su propia definición, si es necesario.

Por hiperactivo, me refiero a un sentimiento de que no puedes quedarte tranquilo, casi como si tuvieras un motor dentro de ti andando todo el tiempo y que no puedes apagar.

Otras preguntas específicas incluyen:

¿Te cuesta trabajo mantenerte tranquilo?
¿Tiendes a contorsionarte?

Aunque la hiperactividad en los niños podría ser observable en la sesión inicial, en los adolescentes y los adultos se presenta con más sutileza. Usted podría detectar que agita los pies sin cesar o gestos manuales rápidos. El estilo de personalidad con frecuencia va a ser característico –simpático, conversador, enérgico– aunque esto difícilmente es diagnosticado como TDAH, y son reminiscentes de manía.

Para preguntar sobre un habla impulsiva, una buena pregunta es:

¿Te resulta fácil sentarte en silencio en reuniones o en clase, o tiendes a responder de manera impulsiva con mucha frecuencia?

Escalas formales de evaluar y entrevistar familiares

Entrevistar a los padres de un paciente (inclusive cuando se trata de un adulto) siempre facilitará el diagnóstico de TDAH. Con frecuencia, el padre o la madre dice: “Oh, sí, fue diagnosticado con TDAH en la escuela”, y cita reportes de evaluaciones psicológicas.

La escala de evaluación más común es la Conners, disponible a lo largo del sistema escolar y en la mayoría de los departamentos de psiquiatría infantil institucionales. Si el padre o la madre está presente, complete la escala con él o ella en la primera visita. Además, proporcione al paciente una copia para que su maestro o su empleador la complete. Recuerde que tiene que establecer que los síntomas de su paciente ocurren en por los menos dos lugares diferentes para diagnosticar TDAH.



Evaluación de trastornos de personalidad

Conceptos esenciales

- Use la técnica de abajo arriba para evaluar trastornos de personalidad (TP) desde los antecedentes personales no patológicos.
- Use la técnica de ventana de síntoma para evaluar los TP que podrían estar relacionados con síntomas específicos.
- Memorice autoverbalizaciones, preguntas de evaluación y mnemotecnias para cada trastorno.

El *DSM-5* enfatiza el modelo médico de trastornos psiquiátricos. Cada trastorno se presenta como si fuera un síndrome discreto que el paciente “tiene”, de la misma forma que el paciente podría “tener” diabetes o asma. La mayoría de los clínicos se da cuenta de que esta es una visión simplista y entiende que cada paciente tiene una personalidad de fondo que interactúa, y a veces contribuye a la formación de un síndrome psiquiátrico. Las versiones anteriores del *DSM* incluyen el “Eje II”, que era específico para trastornos de personalidad (TP), que servía para obligar por lo menos a pensar un poco en las características de personalidad del cliente. Mientras que el *DSM-5* elimina el eje de diagnóstico de todas formas, se extiende mucho explicando los TP e incluye una sección nueva para un modelo alternativo para los mismos. Aunque sea interesante, este modelo es complejo, todavía está en revisión y no es algo que usted deba saber (aún) al evaluar a sus pacientes.

Los TP son notoriamente difíciles de diagnosticar. Sólo un clínico fuera de lo común es capaz de concluir con confianza que un paciente tiene un TP, luego de una sola entrevista. Por ende, este capítulo no asume que usted va a poder diagnosticar un TP con rapidez, pero en cambio, sí supone que usted va a poder formular algunas buenas hipótesis. Ese tipo de hipótesis por lo común se anotan en una tabla de “descarte de trastorno de personalidad”.

DOS ESTRATEGIAS GENERALES

Hay dos estrategias generales útiles para evaluar TP en la entrevista. No son mutuamente excluyentes, y los clínicos suelen emplear ambas a lo largo de la evaluación.

Estrategia 1. La técnica de abajo arriba

En la técnica de abajo arriba, usted crea gradualmente una imagen de la personalidad de su paciente trabajando de abajo arriba —es decir, aprendiendo su historia de vida cronológicamente en el contexto de su historia social y familiar—. Como resumí en el [capítulo 18](#), los antecedentes no patológicos a menudo comienzan con una pregunta general sobre su vida familiar.

Cuénteme un poco sobre cómo fue su niñez y adolescencia.

A medida que haga preguntas cronológicas sobre la vida de su paciente, en especial de esos aspectos de la vida que involucran relaciones interpersonales, intente identificar patrones disfuncionales. Los patrones recurrentes son el sello distintivo de los TP. Memorice una o dos preguntas de prueba para cada TP (veánse los siguientes ejemplos) y hágalas en los momentos apropiados.

Un ejemplo típico es el paciente que tiene un patrón de haber tenido algunas amistades cercanas en los años tempranos de su vida. Dependiendo de la conducta del paciente hacia usted durante la entrevista (véase la sección sobre pistas de conducta), usted formulará algunas hipótesis sobre cuál TP es más probable. Quizá, el paciente parece ansioso y tímido en la entrevista, lo que podría hacer sospechar un trastorno evitativo de la personalidad. Entonces, usted haría una pregunta de prueba, como:

¿Ha tendido a tener pocos amigos en su vida porque no quería tener amigos o por miedo a acercarse a alguien que podría rechazarla?

Usando la técnica de abajo arriba casi siempre se llega a una buena hipótesis de TP o características de personalidad.

Considere el siguiente ejemplo.

CASO CLÍNICO

El entrevistador le pregunta al paciente sobre su historia de empleo:

Entrevistador: *¿Qué tipo de trabajos ha tenido?*

Paciente: *He tenido muchos trabajos diferentes. No me quedo en ningún empleo por mucho tiempo.*

Entrevistador: *¿Qué suele pasar con estos trabajos?*

Paciente: *Casi siempre renuncio, porque la gente con la que trabajo termina traicionándome.*

En este punto, el entrevistador sospecha de TP paranoide y hace preguntas de prueba.

Entrevistador: *¿Se ha percatado de que en su vida las personas le han dado la*

espalda por ninguna razón aparente?

Paciente: Claro, comenzando por mis padres.

Entrevistador: ¿Tiende a pensar que las personas son desleales o deshonestas?

Paciente: Bueno, me he dado cuenta de que simplemente no se puede confiar en nadie, porque siempre van a tratar de dañarte si bajas la guardia.

El entrevistador, habiendo establecido dos de los cuatro criterios requeridos para diagnosticar TP paranoide, procede a preguntar sobre otros criterios.

Estrategia 2. La técnica de ventana de síntoma

La técnica de ventana de síntoma implica comenzar con los síntomas mayores de su paciente y usarlos como “ventanas” para explorar las raíces posibles de TP. Esto se hace por lo general hacia el final de la parte de salud mental previa (SMP). Para este punto, usted ya debería haber identificado los síntomas mayores y delineado la historia de síndrome y de tratamiento. El próximo paso es hacer preguntas sobre eventos que pudieron haber ocurrido cada vez que los síntomas surgieron. ¿Fueron eventos interpersonales? ¿Se relacionaban con transiciones de vida? En su juicio, ¿parecen los síntomas respuestas razonables a los eventos o fueron exageraciones?

La naturaleza de los síntomas *per se* ayuda poco para señalar un TP, pero usar los síntomas como ventanas a la personalidad es, con frecuencia, productivo. Por ejemplo, una depresión mayor podría ser producto de virtualmente cualquier TP, pero cada paciente llegará a la depresión por una ruta distinta. Aquí hay unos ejemplos típicos:

- TP narcisista. El paciente considera que nadie cumple con sus altos estándares, por ende, aliena a amigos y familiares, lo que lo lleva al aislamiento social, lo cual puede causar depresión.
- TP evitativo. El paciente evita las amistades por miedo al rechazo, lo que lo lleva a la soledad y la depresión.
- TP dependiente. El paciente desarrolla un sentimiento de falta de valor en sí mismo y desmoralización, en vista de que es incapaz de tomar decisiones de vida sin depender de otra persona.
- TP límite. Un sentimiento crónico de vacío interior podría llevar a la depresión, a tendencias suicidas y otros problemas, como el abuso de sustancias, bulimia y trastorno de control impulsivo.

Como ejemplo, suponga que usted entrevista a una paciente con depresión mayor que hace poco ha considerado tomar una sobredosis de medicamentos, luego de haber sido rechazada por su novio. Usted sospecha de TP límite. Puede aproximarse al tema con una transición referida:

Antes hablamos de su depresión y de algunos de los pensamientos suicidas que tuvo luego de que su

novio la rechazara. ¿Ha reaccionado de esta misma forma a otros rechazos en su vida?

Luego de poner manos a la obra al usar la transición referida, usted puede proceder con el resto de los criterios, ayudando a su memoria con la mnemotecnia **ES CoN VACHo**. Usted puede introducir estas preguntas con una afirmación como:

Me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su personalidad y la manera como tiende a reaccionar a ciertas situaciones. Me interesa saber qué tipo de persona ha sido desde que fue una adolescente, no solamente cómo ha sido en las últimas semanas.

Esto ayuda a asegurar que su paciente responda en términos de las características de su personalidad duradera, en vez de en sus síntomas recientes.



PUNTO CLAVE

Este último punto merece repetirse. Un TP se refiere a un patrón *persistente* de estilos disfuncionales de relacionarse *a lo largo de los años*, por lo menos desde la adolescencia o desde la temprana adultez. Por ende, cuando usted pregunta por los criterios de TP, recuérdle al paciente que le interesa la visión de largo plazo. A los principiantes se les olvida esto con frecuencia y terminan diagnosticando erróneamente TP, cuando el paciente tiene en realidad un trastorno agudo de Eje I. Por ejemplo, por lo común los pacientes deprimidos parecen irritables, necesitados y suicidas, características que con facilidad pueden llevar a diagnosticar TP límite. Una vez que se calma la depresión, dichos pacientes se despojan de sus patologías de Eje II.

TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE PERSONALIDAD: AUTODECLARACIONES, PREGUNTAS DE PRUEBA Y PISTAS DE CONDUCTA

A continuación enlisto los diez TP del *DSM-5*. Para cada uno, hay una “autoevaluación” para el paciente, que es una descripción hipotética que un paciente con un trastorno haría de sí mismo. Las afirmaciones son simplistas y estereotipadas y sólo sirven con el propósito de ayudar a la memoria, de tal forma que usted pueda fijar de manera confiable las características principales de cada TP en la mente. Dos preguntas de prueba sugeridas, junto con pistas de conducta que podrían incrementar su sospecha de un trastorno particular, se enlistan bajo cada afirmación. Por último, proporciono una mnemotecnia para cada TP (con las adaptaciones necesarias al español), que (salvo el TP límite) fueron inventadas por Harold Pinkofsky (1997). Si usted obtiene respuestas afirmativas a sus preguntas de prueba, haga seguimiento con más preguntas relacionadas con criterios de diagnóstico específicos, utilizando las mnemotecnias como ayuda. Para fines ilustrativos, incluyo preguntas que pueden usarse en cada uno de los criterios de TP

límite.

Trastorno de personalidad límite

- Autoafirmación. “Necesito a las personas con desesperación, y cuando me rechazan me quiebro por completo. Las odio y me dan ganas de suicidarme”.
- Preguntas de prueba:

¿Lo decepcionan con frecuencia las personas en la vida? Cuando algo ha salido muy mal en su vida, como perder el empleo o ser rechazado, ¿ha hecho cualquier cosa para lastimarse a sí mismo, como cortarse o intentar una sobredosis?

- Pistas de conducta. Podría idealizarlo y devaluarlo a usted alternadamente a lo largo de la entrevista; podría ser inusual y emocionalmente lábil.

Mnemotecnia: **ES CoN VACIo.**

Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.

¿Cómo reacciona cuando alguien la rechaza o la abandona?

Patrón de relaciones inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.

¿Tienden sus relaciones a ser estables y calmadas o tormentosas e inestables, con muchos altibajos?

Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o comportamiento de automutilación.

En retrospectiva, cuando algo le ha salido muy mal en su vida, como perder el empleo o ser rechazado, ¿ha llegado a hacer algo para lastimarse, como cortarse o intentar tomar una sobredosis?

Enfado inapropiado e intenso o dificultad para controlar la ira.

¿Qué hace cuando se enoja?

¿Mantiene el enojo dentro de usted o lo suelta para que todo el mundo sepa cómo se siente?

Sensación crónica de Vacío.

¿Siente con frecuencia un vacío interior?

Alteración de la identidad.

¿Ha estado claro en la vida respecto de sus objetivos y el tipo de persona que es o tiene problemas para saber quién es (nombre del paciente)?

Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.

¿Es usted una persona emocional?

Ideas paranoides transitorias relacionadas con estrés o síntomas disociativos graves.

Cuando está bajo estrés, ¿siente que pierde control con el ambiente o con usted mismo? En estos momentos, ¿siente usted que la gente está conspirando en su contra?

Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.

¿Cree usted que es una persona excesivamente impulsiva? ¿Ha hecho cosas que lo hubieran podido meter en problemas, como gastar todo su dinero, manejar como un maniaco, consumir demasiadas drogas, abusar del sexo, etcétera?

Grupo A (“Raros”)

Paranoico

- Autoafirmación. “Los demás no son de fiar y tratan de aprovecharse de mí”.
- Preguntas de prueba.
¿Ha pensado que la gente en su vida no es de confianza?
¿Lo han traicionado sin razón aparente?
- Pistas de conducta. El paciente se comporta de manera reservada y sospechosa, contesta las preguntas renuientemente y con un aire de desconfianza.

Mnemotecnia: **SOSPECHosA** (cuatro de los siguientes siete criterios).

Sospechas de infidelidad de la pareja.

NO perdona (rencoroso).

Sospecha de otros.

Percibe ataques.

Ve a todo el mundo como **E**nemigo o amigo.

Teme **C**onfiar en los demás.

Percibe **A**menazas en eventos sin malicia.

Esquizoide

- Autoafirmación. “Prefiero estar solo; mi mundo está completamente vacío”.
- Preguntas de prueba.
¿Le gusta estar con la gente o prefiere estar solo? (prefiere estar solo.)
¿Dígame una cosa que en verdad disfruta hacer? (le gustan pocas actividades o ninguna.)
- Pistas de conducta. El paciente se muestra tímido y taciturno. Se le ve preocupado,

en su propio mundo.

Mnemotecnia: **DISTANTE** (cuatro de siete criterios).

Desapegado.

Indiferente a la crítica o al elogio.

Experiencias **Sexuales** de poco interés.

Tareas (actividades) hechas en solitario.

Ausencia de amigos cercanos.

No disfruta ni desea las relaciones cercanas.

Tiene placer con pocas actividades.

Esquizotípico

- Autoafirmación. “Me gustaría tener amigos, pero es difícil, porque la gente cree que soy raro”.
- Preguntas de prueba.
¿Tiende a sentirse incómodo en presencia de otras personas?
¿Ocasionalmente tiene ideas que los demás no entienden del todo o que les parecen inusuales?
- Pistas de conducta. El paciente se comporta extraño de muchas formas –por ejemplo, podría estar desarreglado, vestir ropa extraña o tener manierismos inusuales–. El paciente describe ideas extrañas que parecen casi psicóticas.

Mnemotecnia: **MI PECULIAR** (cinco de los primeros nueve criterios más especificador “descarte”).

Pensamiento **Mágico** o creencias extrañas.

Experimenta percepciones **Inusuales**.

Ideaciones **Paranoides**.

Conducta o apariencia **Excéntrica**.

Afecto **Constrinado** (o inapropiado).

Pensamiento y habla in**U**suales (raros).

No **L**ogra tener amistades cercanas.

Ideas de referencia.

Ansiedad en situaciones sociales.

Rrealizar descarte de trastornos psicótico y autista.

Grupo B (“Dramáticos”)

Personalidad límite

Véase en la sección anterior el tema sobre el trastorno de personalidad límite.

Antisocial

- Autoafirmación. “Me gusta aprovecharme de los demás y nunca me siento mal al respecto”.
- Preguntas de prueba.
¿Admira una buena estafa cuando la presencia?
¿Alguna vez ha hecho algo que lo haya podido meter en problemas con la ley?
- Pistas de conducta. El paciente es excesivamente engreído y arrogante. El paciente siempre habla de sí mismo como inocente y víctima de circunstancias violentas o criminales.

Mnemotecnia: **CORRUPTO** (tres de siete criterios).

Conformidad con romper las leyes.

Ignorar las **Obligaciones**.

Desatención imp**Rudente** por la seguridad de sí mismo y otros.

Falta de **Remordimiento**.

Ast**U**to (tramposo, mentiroso, estafador).

Planeamiento insuficiente (impulsivo).

Temperamental.

Histriónico

- Autoafirmación. “¡Soy una persona encantadora, emocional y atractiva y necesito ser el centro de atención!”
- Preguntas de prueba.
¿Le gusta ser el centro de atención? (sí).
¿Cuando siente una emoción, la expresa o la reserva para usted? (la expresa).
- Pistas de conducta. El paciente es extravagante y se viste de manera seductora. Se revela rápida y dramáticamente al punto de ser inapropiado, incluso en el contexto de una evaluación psiquiátrica.

Mnemotecnia: **ADMÍRAME**.

Acciones provocativas (o sexualmente seductoras).

Idilios (considerados mucho más íntimos de lo que realmente son).

Más atención para el paciente (se siente incómodo cuando no es el centro de atención).

Fácilmente **I**nfluenciable.

Estilo del discurso (impresionista, carece de detalles).

Ánimo (las emociones cambian rápidamente y son planas).

Vestido a la Medida (la apariencia física se usa para llamar la atención).

Emociones exageradas (teatrales).

Narcisista

- Autoafirmación. “Soy extremadamente talentoso y especial, mucho mejor que la mayoría de las personas, ¡y me enoja que no reconozcan lo grandioso que soy!”
- Preguntas de prueba.
¿Se frustra porque las demás personas no cumplen con sus estándares? (sí).
¿Qué ambiciona usted? (sus ambiciones son altamente irreales.)
- Pistas de conducta. El paciente se ve arrogante y crítico en exceso de las credenciales y experiencia de usted. Puede que comience la entrevista con una letanía de quejas furiosas sobre lo injustos que son los demás con él.

Mnemotecnia: **EsPEEECIAL** (cinco de estos nueve criterios).

Especial (cree que es especial y único).

Preocupado por fantasías (p. ej., éxito y poder ilimitados).

Envidioso.

Engreído.

Requiere de Excesiva admiración.

Convencido de su privilegio.

Explotación Interpersonal.

Arrogante.

Lejos de sentir empatía.

Grupo C (“Ansiosos”)

Evitativo

- Autoafirmación. “Me da mucho miedo lo que la gente vaya a pensar de mí, por eso evito hacer nuevos amigos, así no me expongo al rechazo”.
- Preguntas de prueba.
¿Evita conocer personas o estar cerca de ellas? (sí).
¿A eso se debe que prefiera estar solo? ¿O es porque lo han rechazado en el pasado y no quiere que esto se repita? (lo último.)
- Pistas de conducta. El paciente parece tímido y nervioso, pero con un deseo desesperado de establecer contacto. Podría iniciar la entrevista dudando si abrirse, pero adquirirá más confianza una vez que se establezca una buena relación.

Mnemotecnia: **ENCOGER** (cuatro de los siguientes siete criterios).

Evita relaciones íntimas.

Evita relaciones **Nuevas**.

Necesita la **Certeza** de que es apreciado antes de arriesgarse a involucrarse.

Obvia las actividades laborales que involucren contacto personal.

La ver**Güenza** potencial lo previene de actividades nuevas.

Se **vE** a sí mismo como poco atractivo, inepto o inferior.

Le preocupa la posibilidad del **Rchazo**.

Dependiente

- Autoafirmación. “Soy muy pasiva y dependiente de las indicaciones de otros, e intento de todo para no molestar a las personas que son importantes para mí”.
- Preguntas de prueba.
¿Se considera una persona completamente independiente, o tiende a recargarse en los demás para apoyo emocional y guía? (se recarga en los demás).
¿Quién ha tomado la mayor parte de las decisiones importantes de su vida, usted o su (esposa, padres u otros, dependiendo de la situación)? (otra persona y no el paciente.)
- Pistas de conducta. El paciente hace intentos extraordinarios para ganar su aprecio y afecto de forma inmediata.

Mnemotecnia: **DEPENDOO**.

Depende de la seguridad de otro para tomar decisiones.

Le cuesta trabajo **Expresar** desacuerdos (por miedo a perder apoyo o aprobación).

Las res**Ponsabilidades** de su vida las asumen otros.

Le resulta difícil iniciar o proy**Ectos**.

Cuando no hay **Nadie**, se desespera y se siente incómodo.

Se esfuerza **Demasiado** para obtener aceptación y apoyo.

Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia la compañía de **Otros**.

Preocupación **nO** realista de que lo dejen y tenga que cuidarse a sí mismo.

Obsesivo compulsivo

- Autoafirmación. “Soy perfeccionista. Mantengo listas, me presiono y me tomo la vida muy en serio”.
- Preguntas de prueba.
¿Se considera un perfeccionista?
¿Se presiona tanto en el trabajo, de tal forma que no le queda tiempo para

actividades recreativas?

- Pistas de conducta. El paciente está meticulosamente vestido. Con frecuencia hace un reporte detallado y preciso de sus síntomas.

Mnemotecnia: **OBCeZIVOA** (cuatro de estos síntomas).

Pierde el **O**bjetivo de la actividad.

El perfeccionismo **B**oicotea su habilidad para concluir tareas.

Demasiado **C**onsciente, inflexible y **e**scrupuloso.

Me**Z**quino.

Poco **d**ispuesto a delegar.

Objetos sin **V**alor (es incapaz de descartarlos).

Obsecado.

Amistades (y actividades recreacionales) excluidas (debido a preocupaciones en el trabajo).

CÓMO ENTREVISTAR PARA EL TRATAMIENTO

Cómo educar a su paciente

Conceptos esenciales

- Diga brevemente su diagnóstico.
- Descubra lo que su paciente sabe sobre el trastorno.
- Dé una pequeña clase sobre el trastorno, si es indicado.
- Pregúntele si tiene dudas.
- Proporcione a su paciente material educativo impreso.

¿Esto quiere decir que estoy loco?

¿Este medicamento me convertirá en un zombi?

¿Voy a padecer de esto por el resto de mi vida?

Las anteriores son ejemplos de preguntas que los pacientes le van a hacer, con frecuencia hacia el final de la entrevista diagnóstica. Con el tiempo los clínicos desarrollan estrategias efectivas para dar respuesta a estas inquietudes con un lenguaje común. Aunque el acto de educar a los pacientes rara vez se enseña en programas de entrenamiento, desde el punto de vista del paciente, es la parte más importante de la evaluación inicial.

Educar a su paciente sobre el trastorno es útil de varias formas. Primero, la educación disminuye la ansiedad. Como clínicos, tendemos a tomar las enfermedades mentales por sentado, pero con frecuencia a los pacientes les aterran sus trastornos. Al darle nombre a una enfermedad, mostrar el pronóstico y asegurarse que el tratamiento se entiende, y que millones de otras personas la han experimentado, podemos disminuir sustancialmente la ansiedad del paciente.

Segundo, la educación del paciente mejora su apego al tratamiento, tanto a los medicamentos como a la terapia. En nuestra sociedad abundan las concepciones erróneas respecto de los tratamientos psiquiátricos. La mayoría de las personas adquiere información sobre la psiquiatría de los shows de televisión, los periódicos e Internet, lo que lleva a un desajuste entre realidad y fantasía. Por ejemplo, muchos pacientes creen que la psicoterapia es un proceso de largo plazo en el que dinámicas familiares dolorosas son reactivadas una y otra vez por años. Este tipo de concepciones erróneas reduce la probabilidad de que los pacientes se sometan a la terapia. Cuando se les educa sobre el hecho de que la mayoría de las terapias hoy en día es breve y enfocada en problemas actuales, los pacientes se vuelven más receptivos a las referencias.

También abunda información errónea sobre los medicamentos. Los pacientes creen que, tan pronto se sientan mejor, los antidepresivos deben discontinuarse, contra la recomendación de que se continúe el tratamiento por 6 o 12 meses más. Otros pacientes creen que los antidepresivos levantan el ánimo rápidamente. Una paciente a la que le receté Prozac para la depresión regresó un mes después diciendo que sólo había “necesitado tomar” el Prozac unas cuatro o cinco veces. Su creencia había sido que sólo debía tomar el medicamento en esas mañanas en las que se levantaba sintiéndose deprimida.

En este capítulo, lo guío a través de una estrategia común para ofrecerle al paciente educación que puede aplicarse para una variedad amplia de trastornos.

DIGA BREVEMENTE SU DIAGNÓSTICO

Aunque esta idea se explica por sí misma, yo agregaría que usted no tiene por qué plantear el diagnóstico con la terminología *DSM-5*. Por ejemplo, con frecuencia le digo a los pacientes que tienen una “depresión clínica” en vez de “depresión mayor,” porque sé por experiencia que la mayoría de los pacientes han escuchado la primera expresión.

LO QUE SU PACIENTE SABE DEL TRASTORNO

La forma como yo descubro lo que el paciente sabe del trastorno es mediante una extensión al dar el diagnóstico:

Por ende, creo que usted ha estado sufriendo de una depresión mayor o clínica. ¿Sabe lo que es?

Si el paciente dice “sí”, le pido que profundice un poco más:

¿Cuál es su definición de depresión?

Como un prelude a la negociación del tratamiento, con frecuencia pregunto al paciente si tiene alguna expectativa del tratamiento:

¿Tiene algunas ideas sobre el tratamiento?

Algunos pacientes podrían insistir y demandar una forma particular de tratamiento, como psicoterapia o medicamentos, mientras que otros podrían decirle lo que *no* quieren.

MINICLASE SOBRE EL TRASTORNO

No todos los pacientes quieren que usted se sienta inspirado a hablar sobre sus trastornos. Por ejemplo, un paciente bien informado que acaba de delinear cada criterio

DSM-5 para trastorno obsesivo compulsivo podría ofenderse si lo oye a usted repetirlos. Otros pacientes podrían estar poco informados, pero asumir la actitud de que es usted, y no el paciente, el doctor, podría hacerlos sentir incómodos en sus intentos por educarlos e involucrarlos en el tratamiento. No hay ninguna regla que indique qué pacientes deben recibir una miniclase. Por ende, usted puede preguntarle al paciente algo como:

¿Le gustaría que le diera información sobre la depresión?

Aunque el paciente que responde con un simple “no” es raro, incluso si prefiere no saber la información, usted puede evaluar el grado de interés, según la respuesta que reciba y así ajustar el tiempo que le dedique a la miniclase.

Como guía para estructurar la miniclase, yo acudo a la experiencia de los investigadores de la Universidad de Pittsburgh, que usaron un programa psicoeducacional que les permitió alcanzar niveles sorprendentemente altos (90%) de pacientes que se adherían al tratamiento en un periodo de 3 años (Frank et al. 1995; Jacobs et al. 1987). Su programa estaba diseñado para enseñarle a los pacientes y a sus respectivas familias sobre depresión. Sus componentes incluyen lo siguiente:

- Defina la enfermedad. Pídale al paciente que identifique todos los síntomas que ha experimentado. Una pizarra o, siendo más realistas, un pedazo de papel sobre el que pueda escribir, es de ayuda. Defina el trastorno como una enfermedad con muchos síntomas, incluyendo los que su paciente ha identificado; trate de presentarla como cualquier otra enfermedad médica, como la diabetes o la hipertensión. Esto ayuda a reducir el estigma social de la enfermedad mental.
- Discuta la prevalencia y curso de la enfermedad. (Consulte en el apéndice A la tarjeta de bolsillo que enlista la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes.)
- Discuta las causas. Aunque no se saben las causas de la mayoría de las enfermedades mentales, usted puede referir algunas teorías diferentes.
- Discuta las opciones de tratamiento.
- Para los medicamentos, discuta los perfiles de efectos secundarios y enfatice el hecho de que las experiencias individuales difieren en los efectos secundarios. En las últimas décadas, una proporción grande de visitas psiquiátricas ha implicado administración de medicamentos, y con frecuencia nos enfrentamos a pacientes que son ambivalentes en tomar los tratamientos que se les prescriben. Como señala Shea (2006) en su excelente libro sobre la adherencia a los medicamentos, un truco útil para provocar a los pacientes reticentes a que tomen en consideración los medicamentos es pedir prestada una técnica de los pediatras llamada “investigación de sueños perdidos”. Como se cita en el libro de Shea, “me resulta útil con los niños asmáticos hacerles esta pregunta, o una variación de la misma: ‘¿Hay algo que tu asma te impida hacer y que en realidad quisieras volver a hacer?’ He descubierto que con este grupo de edad a menudo hay una respuesta rápida a esta pregunta, y la respuesta está muchas veces relacionada con un deporte, digamos,

como el fútbol o el soccer”.

Usted puede adoptar esta técnica rápidamente con asuntos psiquiátricos: “¿Hay alguna cosa que su ansiedad no le permita hacer y que a usted le gustaría volver a hacer?” La respuesta puede ayudar a su paciente a apreciar mejor los beneficios potenciales de los medicamentos.

A continuación, presento una miniclase para la depresión mayor:

Una depresión mayor es una ruptura en la habilidad de la persona para lidiar con el estrés. Aunque a veces todos nos entristecemos cuando las cosas salen mal, una persona con una depresión mayor se siente tan mal que las funciones básicas de vivir se ven afectadas. Igual que con las enfermedades médicas, la depresión causa síntomas específicos. En su caso, usted no ha podido dormir, ha perdido el apetito, no se puede concentrar en el trabajo y ha tenido algunos pensamientos suicidas que dan un poco de miedo. La depresión es bastante común: 10% de las personas la desarrolla en algún punto de su vida. Lo que la causa no está tan claro. Para algunos individuos, los estresores parecen causarla; este podría ser su caso, en vista de que se sintió mal luego de su divorcio. En otros casos, la depresión parece ser un trastorno biológico.

La buena noticia sobre la depresión es que es muy fácil de tratar. Hay dos técnicas, medicamentos o psicoterapia. Una combinación de las dos es por lo general lo más eficaz. En su caso, yo recomiendo el tratamiento combinado. ¿Tiene alguna pregunta sobre todo esto?

También le presento un ejemplo de una miniclase sobre el trastorno de personalidad límite, para demostrarle que usted puede discutir trastornos de personalidad con los pacientes sin sonar crítico.

Yo: *Usted está sufriendo de trastorno de personalidad límite. ¿Sabe lo que es?*

Paciente: *No, pero suena mal, como estar al borde.*

Yo: *No se aleja tanto de la realidad. Es un poco como estar al borde. La gente con trastorno de personalidad límite tiende a tener una autoestima baja, y esto causa que sean muy sentimentales, en especial cuando se trata de familiares y amigos. Por ejemplo, usted me dijo antes que cuando las personas lo rechazan, no simplemente se deprime, sino que se torna suicida. Y cuando usted se enoja con la gente, usted en verdad pierde el control.*

Paciente: *Simplemente así es como yo siempre he sido; no sabía que era un trastorno oficial.*

Yo: *Lo es y, créame, usted no está sólo. Hay estudios que muestran que 2% de toda la gente tiene el mismo problema. Nadie sabe con certeza qué lo causa, pero el ambiente familiar en etapas tempranas casi siempre juega un papel. El mejor tratamiento es terapia de largo plazo, con medicamentos de vez en cuando para tratar su depresión.*

Usted va a terminar desarrollando su propio estilo de educar al paciente, y sus clases variarán inevitablemente, dependiendo de él o ella. Tiene que hablar el lenguaje de su paciente lo más que pueda, lo cual variará, dependiendo del nivel de inteligencia y educación, antecedentes culturales, edad y otros factores.

PREGUNTAS

Incluso si está sintiendo la presión de que la hora está por terminar, dé al paciente suficiente tiempo para pensar en preguntas que quiera hacerle.

MATERIAL EDUCATIVO IMPRESO

Al proporcionar material educativo impreso, le brinda a su paciente la oportunidad de considerar la información en privado y con más detenimiento. Usted puede utilizar los folletos del [apéndice B](#), todos son documentos de dominio público que pueden ser reproducidos con o sin consentimiento.



Negociación del plan de tratamiento

Conceptos esenciales

- Obtenga el plan del paciente.
- Negocie un plan en el que usted y su paciente puedan estar de acuerdo.
- Ayude al paciente a implementar el plan acordado.

Una vez que usted haya establecido el diagnóstico, debe determinar un plan de tratamiento con base en él. Un plan de tratamiento es algo que debe acordar con su paciente, en vez de entregárselo como si fuera una prescripción. Cuanto más involucre al paciente en la planeación del tratamiento, más probable es que vaya a apegarse al plan.

Un término popular para describir un buen seguimiento era *cumplimiento*, pero ahora este término está siendo sustituido gradualmente por *adherencia*, pues implica menos pasividad. Un paciente *decide* adherirse, mientras que a cumplir se le *obliga*. Algunos investigadores han encontrado que cuando los clínicos y pacientes negocian un plan juntos, tanto la adherencia como los resultados clínicos mejoran (Eisenthal et al. 1979). Lazare y sus colaboradores (1975) han delineado una estrategia para negociar el plan de tratamiento, de tal forma que tenga sentido. El siguiente esquema es una adaptación de dicha estrategia.

OBTENGAMOS EL PLAN DEL PACIENTE

El plan de su paciente podría no ser tan obvio como parece. Usted puede comenzar a obtenerlo con una pregunta simple, por ejemplo:

¿Cómo espera que yo le ayude?

Note que esta es una forma que confronta menos al paciente al preguntarle acerca de sus planes.

¿Qué quisiera usted?
¿Qué es lo que espera?

En este punto, el paciente puede responder de manera vaga o ponerse en su contra.

*Quiero sentirme mejor:
No lo sé. Usted es el médico.*

Es importante aclarar qué tipo de información busca usted:

¿Cómo espera que yo lo pueda ayudar a sentirse mejor?



SUGERENCIA

Con frecuencia, los pacientes vienen a la entrevista con algunas peticiones específicas, como el deseo de ser medicados, recibir terapia, obtener una referencia comunitaria o una carta para su empleador y cosas por el estilo. A algunos pacientes podría avergonzarlos divulgar sus peticiones de manera tan directa, de modo que podrían necesitar algo de incentivo:

Algunas veces los pacientes tienen una idea bastante clara de lo que quieren, por ejemplo: medicamentos, terapia, alguna sugerencia sobre algo, una carta a alguien (una respuesta normalizadora).

Sin embargo, muchos pacientes que visitan a un clínico en realidad no tienen ninguna petición o plan específico. Con frecuencia este es el caso de los pacientes que son nuevos en el sistema de salud mental o que no están familiarizados con el modelo moderno de consumo de servicio de salud. No los presione; si dicen que quieren oír sus recomendaciones al respecto y que las van a seguir simplemente porque usted es un experto, así que siga adelante.

NEGOCIE UN PLAN

Recuerde que la adhesión eventual a un plan se incrementa cuando el paciente y el médico tratante se ponen de acuerdo en la naturaleza del problema. La siguiente fase de la negociación involucra llegar a un acuerdo. Si usted y su paciente se ponen de acuerdo respecto del plan desde el principio, vaya directo a la fase de implementación. Sin embargo, con frecuencia, usted se dará cuenta de que las peticiones de ciertos pacientes o no son realistas o no son clínicamente recomendables. Agradézcale a su suerte si usted obtiene las peticiones con tiempo de sobra, porque así usted podría negociar el objetivo y acordarlo de manera mutua. Cada negociación es diferente, dependiendo de la naturaleza de las peticiones. La creatividad es un plus.

A continuación, se presentan algunas peticiones problemáticas comunes, junto con posibles estrategias de negociación.

Petición. El paciente le pide medicamentos, pero usted no los puede prescribir.

Estrategia. Determine qué tan urgente es la necesidad de medicamentos. Si no es

urgente, haga una referencia a un psiquiatra, y enséñele al paciente un método psicológico para aliviar el dolor, como ejercicios de relajación, hipnosis o reestructuración cognitiva. Este es un buen momento para aprovechar los folletos para pacientes. Si la necesidad es urgente, refiera al paciente a una sala de urgencias o a una clínica de crisis, dejando suficiente tiempo para que usted pueda llamar a la clínica para informar al psiquiatra del diagnóstico y los medicamentos necesarios.

Petición. Su paciente le pide un medicamento inapropiado, como benzodiacepinas, teniendo un historial de abuso de benzodiacepinas o antidepresivos, cuando sus síntomas de depresión son leves o transitorios.

Estrategia. Dé una miniclase acerca del desorden del paciente y complémtela con folletos y recomendaciones de libros. Petición. El paciente busca hospitalización por un problema que puede ser tratado externamente.

Estrategia. Esto se ha convertido en un problema cada vez más grande en nuestro campo de salud, y los pacientes podrían necesitar alguna educación al respecto:

En nuestros días, las compañías de seguros rara vez pagan hospitalizaciones, a menos que el paciente sea suicida, porque existen muchos tratamientos externos que funcionan bastante bien.

Una cosa importante que hay que recordar es la posibilidad de que el paciente esté sufriendo mucho más de lo que indicó en primera instancia y que su forma de pedir una hospitalización es una manera oblicua de revelarlo. Usted podría reevaluar sus ideaciones suicidas en este punto. Si todavía sigue satisfecho con la idea de que la hospitalización no es necesaria, discuta otras opciones como las que se detallan a continuación.

Hospitalización por un día.

Cuidado de relevo.

Quedarse con un amigo o un familiar por un tiempo, si la situación en el hogar es intolerable.

Pedir algunos días libres en el trabajo.

Permitirle al paciente que lo llame (o a otro clínico) para revisiones diarias durante un periodo de crisis.

Programar citas con más frecuencia.

Un cursillo de medicamentos contra la ansiedad.

IMPLEMENTANDO EL PLAN ACORDADO

Es probable que el plan que usted haya acordado caiga en una de las siguientes dos categorías:

- Una cita de terapia de seguimiento con usted o con otra persona.
- Prueba terapéutica.

Cita de seguimiento

Su trabajo es incrementar las probabilidades de que su paciente se presente en la cita de seguimiento, independientemente de dónde sea. Usted ya debió de haber contribuido en esta dirección al involucrar al paciente en el proceso de decidir el plan. ¿Qué más puede hacer?

El estudio muestra que la probabilidad de adhesión al seguimiento ocurre en las siguientes circunstancias (Eisenthal et al. 1979):

- La espera para la cita de seguimiento es corta.
- Las referencias son a un clínico específico en vez de a una clínica.
- Citas específicas son programadas en tiempo disponible.
- El paciente habla directamente con alguien en la clínica referida durante su sesión de evaluación.

Cuanto más usted pueda implementar estos lineamientos con mayor precisión, mejor. Por supuesto, esto requiere de mucha preparación de preentrevista (veáse el [capítulo 2](#) sobre preparación logística), incluyendo lo siguiente:

- Que tenga un sistema eficiente para programar sus citas de seguimiento.
- Que tenga una lista de clínicos específicos que no tienen periodos excesivos de espera para citas.
- Que tenga una lista de clínicos referidos con sus números de teléfono, de tal forma que sus pacientes puedan llamarlos desde su consultorio para programar una cita.

Pruebas terapéuticas

Si realmente ha colaborado con su paciente al decidir la prueba terapéutica, usted ya ha avanzado un buen trecho en la adhesión al régimen. A continuación hay algunos asuntos prácticos respecto a medicamentos y sugerencias para lidiar con ellos:

1. Determine cómo su paciente va a pagar su medicamento. Mientras que la mayoría de las compañías de seguros paga los medicamentos, los deducibles varían mucho, dependiendo de lo que haya sido prescrito, y la generosidad de los beneficios de la aseguradora. Algunos pacientes no pueden pagar el deducible y, si es así, usted podría suministrar pruebas, dependiendo de la disponibilidad de su clínica.
2. Asegúrese que su paciente entiende los efectos secundarios de su medicamento.
3. La simplificación favorece recordarlo y cumplirlo. Por ende, en vez de decir: “Tome 20 mg de fluoxetina una vez al día y 50 mg de trazodona en las noches, según sea el insomnio,” diga: “Tome la cápsula verde todas las mañanas y la blanca todas las noches si le cuesta trabajo dormir.”
4. Pida al paciente que repita lo que usted dice, así incrementará las posibilidades de que recuerde sus instrucciones.



Cómo escribir los resultados de la entrevista

Yo he tenido una relación complicada con el temido reporte. En la escuela de medicina, el requisito de un reporte tan largo como una novela era un alivio momentáneo frente al estrés de agrupar a los pacientes y hacer una presentación oral. En la residencia, me molestaba hacer los reportes porque me parecía una innecesaria intromisión en el tiempo tan limitado que tenía con mis pacientes. Al final de un día largo, me sentaba con pesar junto a la grabadora (¿se acuerda de ellas?) y trataba de organizar mis ideas, con la esperanza de que la transcripción resultante fuera coherente.

No fue sino hasta que estuve algunos años en la práctica clínica que me reconcilié con el reporte. Habiendo dado la vuelta entera al círculo, me ha terminado gustando (o algo así), pues lo veo como unos minutos de reflexión y silencio, y como síntesis entre citas con los pacientes.

Espero que este capítulo lo ayude a trabajar con algunos de los momentos más dolorosos en su relación personal con el reporte. He delineado algunos formatos para que escoja entre ellos y doy algunas sugerencias para ayudarlo en el proceso.

Cada reporte representa un acto que equilibra tres objetivos:

1. Minuciosidad.
2. Eficiencia respecto del tiempo.
3. Legibilidad.

El reporte ideal incorpora los tres objetivos. Es lo suficientemente exhaustivo como para documentar las bases del diagnóstico y el plan de tratamiento; no requiere tanto tiempo como para que escribirlo resulte impráctico a los clínicos ocupados; y no es tan largo como para provocar suspiros entre los colegas ocupados que deban leerlo, porque están involucrados en el tratamiento del paciente.

En general, no debería tardarse más de 10 o 15 minutos en escribir un reporte, bien sea que lo dicte o que lo escriba usted mismo. No debería ser más largo de dos o tres cuartillas, si de verdad usted quiere que sus colegas lo lean. Si utiliza registros de salud electrónicos para documentación, usted podría verse limitado por el software particular que usted o su empleador hayan elegido. En el peor de los casos, los reportes electrónicos se convierten en festines de *clics* a lo largo de decenas de recuadros de respuestas para definir los diferentes aspectos del examen del estado mental. Yo recomiendo que usted use los espacios para escribir cuando sea posible, de tal forma que pueda construir una imagen escrita de su paciente, que será más instructiva para usted y

otros.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Los datos de identificación deben consistir en una cláusula semántica inicial bastante larga que establezca el criterio para toda la evaluación. Usted no sólo debe identificar quién es el paciente, sino también identificarlo en el contexto de las normas sociales y culturales. Esto incluye edad, sexo, estado marital y fuentes de referencias como mínimo, que pueden incluir más información como: ocupación, situación del hogar, así como la presencia de otros familiares.

Mujer de 45 años, casada dos veces, madre de dos hijos adultos, trabaja como contadora en la compañía de limpieza de alfombras de su esposo. Fue referida por su médico general primario, debido a su ansiedad creciente y a la posibilidad de que esté abusando de medicamentos para el dolor y la ansiedad.

O bien,

Hombre soltero de 29 años con incapacidad psiquiátrica, en la actualidad vive en un albergue en el centro de la ciudad, con una historia larga de esquizofrenia paranoica. Fue admitido en el hospital luego de que unos miembros del albergue lo encontraron bebiendo una botella de alcohol metílico en un intento aparente de suicidio.

MOTIVO DE CONSULTA

El motivo de consulta debe ser un enunciado literal que haya dicho el paciente, casi siempre como respuesta a su pregunta de por qué está buscando ayuda.

Mi esposa me hizo venir. Yo no tengo nada malo.

Mi madre acaba de morir. No puedo vivir con eso.

Me puse a pensar que quizá ya es hora de ver a un terapeuta para resolver mis problemas.

Cada una de estas oraciones refleja un sentido diferente de propósito y urgencia de tratamiento y, en consecuencia, esta información es útil para establecer las bases del reporte a continuación.

PADECIMIENTO ACTUAL

En el [capítulo 14](#) describo dos definiciones diferentes de la historia de la enfermedad presente, una referente al padecimiento actual (PA), que puede comenzar años antes de la entrevista (salud mental previa), y la otra hace referencia más estrechamente a los eventos de las semanas pasadas (padecimiento actual). Cuál definición usar es una

cuestión de preferencia personal o institucional. A continuación, hay ejemplos de ambas estrategias.

SALUD MENTAL PREVIA

El señor M. tiene una historia larga de trastorno bipolar que comenzó en su primer año en la universidad. Fue hospitalizado por conducta maníaca, que incluía sesiones de estudio por días corridos hasta el punto de la extenuación. Además, exhibió conductas grandilocuentes y desorganizadas cuando “tomó” la oficina exterior del canciller y declaró que era el canciller de la universidad. Comenzó con litio en ese momento y le fue bien durante varios años, hasta que sufrió una serie de hospitalizaciones en los primeros años de la década de 1990 por depresión y uso de alcohol, luego de divorciarse de su esposa.

Su última hospitalización fue por depresión hace 2 años, y le ha ido relativamente bien desde entonces, tomando medicamentos (venlafaxine y ácido valproico) y acudiendo a citas de terapia.

PADECIMIENTO ACTUAL

El señor M. tiene una historia larga de trastorno bipolar con varias hospitalizaciones, pero le había estado yendo bien en los últimos 2 años, hasta hace más o menos 2 semanas, cuando su novia se percató de cierta conducta maníaca, que inició al recibir una posición nueva en su compañía. Ha dormido un promedio de 3 horas por noche porque necesita “prepararse para su día”, ha estado hablando más rápido de lo usual y haciendo planes no realistas para convertirse en el presidente de su empresa. El señor M. estuvo de acuerdo en ser admitido por persuasión de su novia y de otros médicos externos.

TRATAMIENTOS PREVIOS

La sección sobre la naturaleza de los tratamientos previos (TP) de su reporte depende de qué tan completo ha sido usted en el PA. Por lo general, los TP son un momento para indagar a detalle qué tipo de tratamiento psiquiátrico ha recibido su paciente en el pasado. En el [capítulo 15](#) recomendé la mnemotecnia **Go CHaMP** como forma de organizar su cuestionario, y también puede utilizarla para elaborar su reporte. Puede comenzar con una afirmación general como la siguiente:

El paciente siente que ha recibido un tratamiento relativamente intenso, en general exitoso, para su depresión a lo largo de los años.

O bien,

El paciente ha iniciado tratamiento en momentos diferentes, pero ha confesado no haber cumplido.

En Go CHaMP, la **C** es de **c**uidadores médicos actuales, si es que los hay. Documentar las **H**ospitalizaciones es bastante directo y casi siempre los detalles se limitan a la memoria de su paciente. Es importante anotar la fecha de la última hospitalización, porque tiene implicaciones para la severidad del problema actual. Es muy útil tener un apartado titulado “pruebas terapéuticas” (en inglés, **M**edication trials), tanto para otros médicos, como para facilitar las referencias, si es que usted debe hacer cambios en los medicamentos varios meses o años después de la primera visita. Por último, la descripción de **P**sicoterapias pasadas debe incluir una nota sobre si el paciente la encontró útil y por qué; en su caso, aclarar por qué no le fue de ayuda.

CONSUMO DE SUSTANCIAS

¿En qué parte de la evaluación debe usted registrar la historia de consumo de sustancias? Eso varía en cada practicante, algunos lo incluyen en la TP; otros, en antecedentes personales no patológicos; otros más, en antecedentes personales patológicos, por lo común bajo el título “hábitos”. Mi preferencia es usar un subtítulo enfocado en este asunto, en vista de que es una parte importante de la historia psiquiátrica y que muchas veces se pasa por alto.

Bajo el título de “consumo de sustancias”, yo incluyo el tabaco y la cafeína, como también el rango usual de sustancias insidiosas, como el alcohol o la cocaína.

REVISIÓN DE SÍNTOMAS

En la revisión de síntomas usted puede impresionar de verdad a sus lectores con un diagnóstico exhaustivo. Simplemente pase todas las categorías de diagnósticos mayores, indicando si el paciente cumplía con los criterios y excluyendo aquellos que ya hayan sido mencionados en la SMP y en la sección de abuso de sustancias, si es que ha incluido alguna.

En la revisión de los síntomas psiquiátricos, la paciente negó toda historia de manía o hipomanía. Ella describió una historia de ataques de pánico frecuentes en el pasado, con algunas evasiones agorafóbicas acompañantes, pero dijo que estos eventos habían cedido de manera espontánea 2 años antes. Aunque se considera una “perfeccionista”, niega obsesiones o compulsiones. No hubo historia de trastorno alimenticio, TDAH, trastorno disociativo o fenómenos psicóticos. Respecto de trastornos de personalidad hubo una pista de características de dependencia en su descripción de sus relaciones con su esposo y su mejor amigo.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Si usted dibuja un genograma directamente en su formulario de evaluación, será suficiente como historia psiquiátrica familiar, aunque debe agregar un comentario de una línea para resaltar alguna faceta de la historia, por ejemplo:

El paciente tiene una tendencia genética fuerte al trastorno bipolar, como muestra el genograma.

Si usted está dictando la evaluación, le sugiero dibujar un genograma en una hoja blanca que pueda engrapar al texto transcrito, con una nota diciendo “veáse el genograma adjunto” en la sección de historia familiar.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

La profundidad y extensión de los antecedentes personales no patológicos dependen de la preferencia del clínico y del propósito de la evaluación. Obviamente, en una evaluación psicoterapéutica se necesita que los antecedentes personales no patológicos sean más extensos que en una evaluación psicofarmacológica. El TEPT, por ejemplo, siempre requerirá que éstos sean relativamente extensos, mientras que por lo común la esquizofrenia se desarrolla de manera independiente del contexto social.

Como mínimo, los antecedentes personales no patológicos incluyen esta información:

Dónde nació y se crió el paciente.

Número de hermanos.

Orden de nacimiento del paciente respecto de sus hermanos.

Quién estaba presente en el hogar durante los años formativos.

Nivel educativo.

Historia laboral.

Historial de crianza y marital.

Actividades típicas además del trabajo.

El paciente nació y se crió en Lowell, Massachusetts, es el más joven de tres niños, con un hermano de 50 años y una hermana de 53. Describió su niñez como “normal”, hasta que su padre murió en un accidente automovilístico, cuando el paciente tenía 10 años. Después de ese evento, su madre “siempre estuvo deprimida”. Sus calificaciones en la secundaria eran siete y ochos; asistió a una escuela técnica para estudiar reparación de automóviles durante 2 años. Con el tiempo abrió su propio taller mecánico, el cual todavía administra. Se casó con su esposa actual, Diane, cuando tenía 24; ahora tienen dos niñas, cuyas edades son: 21 (Laura) y 24 (Angie). Su relación es estrecha con ambas. Trabaja 6 días a la semana y, cuando no trabaja, suele mirar televisión mientras toma una cerveza y de vez en cuando se va de pesca con amigos hombres. Describió su relación con su

esposa de esta forma: “Nos llevamos bien”.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Puede usar la mnemotecnia **MIDAS** para organizar la historia médica. Casi siempre yo empiezo con un enunciado sobre la salud general del paciente, por ejemplo:

La paciente dice tener buena salud en términos generales.

La paciente ha sufrido cierto número de problemas médicos crónicos.

Enliste cualquier enfermedad, cirugías, medicamentos prescritos y alergias a medicamentos. Anote el nombre del médico general. Si usted hizo preguntas sobre la revisión médica de sistemas, anote cualquier respuesta relevante. Como mínimo, escriba si el paciente ha tenido algunas convulsiones o heridas de cabeza, ambas son pertinentes para los problemas psiquiátricos.

La paciente tiene buena salud general y niega cualquier historia de alguna enfermedad mayor; cirugía, heridas de cabeza, o convulsiones. No toma medicamentos aparte de pastillas para el control de embarazo y dice ser alérgica a la penicilina. Se examina ginecológicamente con regularidad con el doctor L.

La paciente tiene una historia médica significativa y complicada, incluyendo enfermedad del corazón, diabetes y problemas neurológicos producidos por la diabetes. Tuvo cirugía coronaria el año pasado. En la actualidad, tiene problemas de respiración cuando camina media cuadra y le duelen los pies constantemente. Recuerda haber tenido una contusión tras haberse caído de un caballo cuando era joven, pero niega tener una historia de convulsiones. Su médico general es el doctor R. y sus medicamentos incluyen insulina, captopril, furosemida, suplemento de potasio, hidrocodona, para el dolor, y paroxetina (20 mg al día). En una ocasión experimentó una reacción de tipo alérgico al bupropion, misma que se manifestó por medio de una erupción total en el cuerpo.

EXAMEN MENTAL

Al escribir o dictar la sección de su evaluación de diagnóstico, quítese un momento la bata de clínico y conviértase en un escritor creativo. Describa a su paciente tan bien que su lector pueda reconocerlo con tan sólo su descripción.

Compare las siguientes dos descripciones del mismo paciente:

El paciente era un hombre de 32 años que estaba cansado, pero cooperativo en la entrevista. Estaba desarreglado. El contacto visual estaba bien. Tenía un ánimo y afecto enojado e irritable.

El paciente fue entrevistado en el pabellón médico de una sala de urgencias. Estaba recostado en una camilla amarrado en cuatro puntos, vestía una bata de hospital. Había recibido 5 mg de haloperidol intramuscular poco antes de la

entrevista. Al entrar, levantó su cabeza y me miró intensamente diciendo: “¿Me va a quitar estas condenadas esposas?” Le aseguré que lo haría si no representaba un peligro para sí mismo ni para otros. Estuvo resignado y cooperativo desde ese momento.

La segunda versión ofrece un sentido más vívido del estado mental del paciente. Sí, está enojado e irritable, pero esto es una reacción a algo a su alrededor. Además, es capaz de modular su afecto en respuesta a las afirmaciones de la entrevista, lo que indica un nivel de control de su estado emocional que no se comunica en el primer resumen. La palabra “desarreglado” del primer resumen podía implicar la desidia característica de la esquizofrenia, pero de hecho es difícil parecer cualquier otra cosa que *no sea* desarreglado cuando se está sobre una camilla con los brazos y piernas amarradas.

Por ende, el argot profesional *sí* juega un papel en el reporte. Esto es especialmente verdadero en la descripción de la línea de pensamiento y contenido de pensamiento psicótico. Palabras y frases tipo *tangencialidad*, *asociación imprecisa* e *ideas de referencia* son tecnicismos con significados que son entendidos en el campo de la salud mental, y deben ser usados cuando convenga. La [tabla 34.1](#) enlista algunos argots comunes que contienen algunas sentencias y alternativas más frescas.

TABLA 34.1. Argot alternativo

<i>Argot de estado mental</i>	<i>Alternativas más descriptivas</i>
Era un informante cooperativo	Respondió todas las preguntas completamente, pero con cierta apatía e indiferencia
Estaba bien vestido	Tenía cabello corto, marrón, bien lavado y peinado y estaba bien afeitado
Estaba desarreglada	Tenía el cabello largo, negro y se veía rígido y sin lavar. Sus manos estaban embarradas de suciedad
Mostraba retraso psicomotor; escaso contacto visual	Estaba sentado como desplomado y miraba al piso; estuvo inmóvil la mayor parte de la entrevista
El habla era fluida y con volumen bajo	Hablaba con un tono acartonado y monótono, con un volumen tan bajo, que yo tenía que inclinarme hacia ella para poder entenderla
El afecto era plano y distímico	Parecía triste y taciturno a lo largo de toda la entrevista

Su EEM puede seguir el formato delineado en el [capítulo 21](#) (recuerde la mnemotecnía **ACLAPCC**: **A**parentemente la **C**on ducta de los pacientes **L**ímite se **A** semeja a **P**ersonajes **C**omplicados y **C**onflictivos). Una buena estrategia es limitar el argot a aquellos aspectos del EEM que son normales, y usar lenguaje más descriptivo para esas partes de la examinación que son directamente relevantes para el eventual

diagnóstico.

Mujer muy bien arreglada, hermosa, vestía un traje profesional y desprendía un fuerte olor a perfume. Se mostraba a sí misma como seria y comprometida. Su cuerpo estaba tenso; hablaba con rapidez y de manera articulada mientras contaba su historia psiquiátrica. Se veía bastante ansiosa, con los brazos cruzados y sus pies golpeando el piso. Su ánimo era: “Apenas estoy aguantando”, y “todo el tiempo tengo miedo de tener un ataque de pánico”. Su proceso mental era coherente en contenido y sin alucinaciones o delirios, pero con algunas elucubraciones excesivas sobre el tema del “medicamento correcto”. Negó ideaciones suicidas. En la prueba cognitiva, la concentración y la memoria resultaron normales.

El paciente se mostraba como un hombre algo desarreglado con cabello largo y negro, barba desaseada y ropa sucia. Usaba lentes de pasta y tenía la apariencia de un intelectual excéntrico. Se sentó en silencio la mayor parte del tiempo y ofreció muy poca información de manera voluntaria; se veía más que todo apático, en vez de a la defensiva. Su afecto era amable, en contraste chocante con su estado de ánimo (“Me aproximo a un colapso nervioso. Odio esta vida”). Su proceso mental era coherente y sin ninguna asociación imprecisa o fuga de ideas. El contenido del pensamiento estaba empobrecido. Negaba haber tenido alucinaciones, pero admitió haber oído una voz que lo llamaba “una o dos veces” la semana anterior. Dijo que quería estar muerto, pero negó cualquier plan para hacerse daño. En la prueba cognitiva, la concentración y la memoria resultaron normales.

EVALUACIÓN

La evaluación debe ser una recapitulación breve de la fotografía clínica en general y una discusión sobre diferentes diagnósticos. Recuerde que muchas personas a quienes dirige su reporte leerán sólo esta sección para ir directo al punto. Por ende, tómese la molestia de hacer la evaluación tanto concisa como informativa.

Hombre de 27 años, casado, con dos hijos, que presenta una historia consistente de trastorno bipolar y un panorama clínico de depresión mayor con síntomas neurovegetativos depresivos de hypersomnia, letargo, mala concentración y apetito incrementado de alimentos dulces. Además, presenta una ansiedad significativa, pero probablemente no cumple con los criterios para trastorno de ansiedad discreta, con la posible excepción de TAG. Conflictos familiares significativos han contribuido a su enfermedad actual.

Mujer afroamericana de 52 años que nunca se ha casado, tiene una historia larga y complicada de enfermedad mental crónica, diagnosticada entre trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia crónica. Se presenta ahora con un estado psicótico florido con alucinaciones auditivas, ideas de referencia, irritabilidad, ansiedad y falta de sueño por tres días. La situación actual es confusa y podría representar un

episodio de irritabilidad maníaca o una depresión agitada con psicosis. La falta de adherencia a los medicamentos podría ser un precipitante, aunque la pobreza crónica es un factor psicosocial relevante.

DIAGNÓSTICO *DSM-5*

Las versiones anteriores del *DSM* incluyen cinco ejes: Eje I, el diagnóstico psiquiátrico principal; Eje II, trastornos de personalidad y discapacidades desarrolladas; Eje III, problemas médicos; Eje IV, problemas psicosociales y Eje V, evaluación global del funcionamiento. El *DSM-5* descartó este sistema de múltiples ejes, de tal manera que simplemente se enlistan los diagnósticos, sin subcategorizarlos.

PLAN DE TRATAMIENTO

Un plan de tratamiento bueno y conciso debe incluir:

- Cualquier examen de diagnóstico planeado (p. ej., pruebas neuropsicológicas, pruebas de laboratorio).
- Planes de medicamentos, si usted puede hacer prescripciones.
- Planes de terapia, si es necesario.
- Las referencias a otros médicos, si aplica.
- Cuándo piensa usted volver a ver al paciente.

Por ejemplo:

El plan es obtener electrolitos, conteo sanguíneo completo, examen de función tiroidea, para descartar causas orgánicas de sus síntomas; empezar sertralina de 25 mg al día, incrementando a 50 mg al día, a medida que lo tolere (al paciente se le informó y entendió que hay riesgos potenciales de los beneficios y riesgos del medicamento); e iniciar terapia cognitiva conductual semanalmente. Lo volveré a ver en 8 días.

El plan es comenzar con la terapia psicodinámica para abordar su problema de dolor emocional y referirla a un psiquiatra para posibles medicamentos contra la ansiedad. La volveré a ver en una semana.



APÉNDICES



Tarjetas de bolsillo

Evaluación psiquiátrica

<i>Sección de evaluación</i>	<i>Información relevante</i>
Motivo de consulta	
Fuente	
Ficha de identificación/padecimiento actual	Cronología, precipitantes, síntomas neurovegetativos
Salud mental previa	Go CHaMP
Ideaciones suicidas/intentos suicidas	
Sustancias	Droga de preferencia, primera vez, última vez, sobriedad más larga, desintoxicación, historia de convulsiones, <i>delirium tremens</i>
Antecedentes legales	
Revisión psiquiátrica de síntomas	Depresión, manía, ansiedad, psicosis, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno emocional/perturbación, personalidad límite, esquizoide, antisocial
Antecedentes personales patológicos	MIDAS , traumatismo de cabeza, estudios cerebrales, revisión de sistemas
Antecedentes personales no patológicos	Crianza, abuso, educación, trabajo, relaciones
Antecedentes heredofamiliares	
Examen del estado mental	Apariencia, conducta, habla, ánimo, afecto, proceso de pensamiento, contenido de pensamiento, cognición
Exploración física	
Evaluación narrativa	
<i>Eje DSM-IV-TR</i>	
Plan	

DSM-5 Mnemotecnias

Depresión mayor	SIC-E-CAPS (4/8)
Distimia	ACHEWS (2/6)
Episodio maníaco	DIGFAST (3/7)
Esquizofrenia	El A nunciador de D elirios P rovoca C ambios N egativos en el esquizofrénico (2/5)
Abuso de sustancia	T entación A l C oñac (2/11)
Alcoholismo	CACE (2/4)
Ataque de pánico	C orazón (3), r espiración (5), m iedo (5) (4/13)
Trastorno obsesivo compulsivo	L avar y A comodar M antiene C asas A seadas (1/5)
Trastorno por estrés postraumático	R ecuerda E ventos N ucleares A troces
Trastorno de ansiedad generalizada	M acbeth se F lagela C onstantemente I ntentando I nhibir sus P ecados (3/6)
Bulimia nerviosa	En los A tracones S ientes P referencia por el P astel (4/4)
Anorexia nerviosa	Los anoréxicos se D esesperan por el M iedo a subir de P eso (3/3)
Demencia	LAPSUS de m emoria
Delirio	PRÁ Ctica m édica
Trastorno de déficit de atención con hiperactividad	MPAD (6/9)
Trastorno de personalidad límite	ES CoN VACIo

Nota: Los números entre paréntesis corresponden al número de criterios requeridos para el diagnóstico de un total de criterios posibles.

Mecanismos de defensa

Defensas maduras	Supresión Altruismo Sublimación Humor
Defensas neuróticas	Negación Represión Formación reactiva

Defensas inmaduras	Desplazamiento
	Racionalización
	Agresión pasiva
	Rebeldía (<i>acting out</i>)
	Disociación
Defensas psicóticas	Proyección
	Alternancia (idealización/devaluación)
	Negación de la realidad externa
	Distorsión de la realidad externa

Términos de apariencia

<i>Aspecto de la apariencia</i>	<i>Descriptor</i>
Cabellos	Calvo, volviéndose calvo, rapado, corto, largo, a la altura de los hombros, corte de soldado, liso, rulo, ondulado, tieso, trenzado, cola de caballo, afro, relajado, rastas, corte disparejo, rígido, grasiento, seco, enmarañado
Vello facial	Afeitado limpio, barba bien recortada, barba larga y desaseada, barba de chivo, sin afeitar
Rostro	Atractivo, bien parecido, placentero, sencillo, pálido, rojizo, enrojecido, huesudo, delgado, ancho, forma de luna, nariz roja, grueso
Ojos	(mirada) Contacto visual bueno o esquivo, movido, mirada alerta, penetrante, fija, dilatada, decaída, fuerte, intensa, agresiva, punzante
Cuerpo	Flaco, caquético, encorvado, frágil, raquítico, complexión normal, fornido, rechoncho, sobre peso, moderadamente obeso, mórbidamente obeso, pequeño, tamaño mediano, alto, brazos tatuados
Movimientos	Ningún movimiento anormal, nerviosos, rodillas temblorosas, tic en el rostro, se muerde los labios, se pellizca los labios; temblor, temblorosos, ansiosos, sujetándose las manos, estáticos, rígidos, cojea, tieso, desgano
Ropa	Ropa casual, limpia, apropiada, profesional, imaculada, a la moda, holgada, no le encaja, pasada de moda, extravagante, sexualmente provocativa, manchada, sucia, estrafalaria, con letreros o leyendas estampadas

Términos de afecto

<i>Afectos</i>	<i>Términos</i>
Normal	Apropiado, calmado, agradable, relajado, normal, amigable, cómodo, sin mayor expresión
Feliz	Alegre, brillante, enérgico, contento, satisfecho, gracioso, risueño, eufórico, extasiado, exaltado
Triste	Triste, decaído, taciturno, deprimido, pesimista, moroso, desesperanzado, descorazonado
Ansioso	Ansioso, preocupado, tenso, nervioso, aprehensivo, asustado, aterrorizado, abrumado, paranoico
Enojado	Enojado, irritable, desdeñoso, amargado, arrogante, defensivo, sarcástico, molesto, encolerizado, hostil
Indiferente	Indiferente, vacío, superficial, tranquilo, distante, apático, huraño, aburrido, ausente, sin emociones, desinteresado, cínico

Prueba rápida de IQ, Prueba rápida de inteligencia aproximada Wilson

<i>Inteligencia</i>	<i>Mejor esfuerzo</i>	<i>IQ (estimado general)</i>
Retrasado	2 × 6	<70
Límite	2 × 24	70–80
Tonto normal	2 × 48	80–90
Promedio	2 × 196	90–110

Fuente: Datos de Wilson IC. Prueba rápida de inteligencia aproximada. *American Journal of Psychiatry*. 123, 1967;1289-90.

Heredabilidad y prevalencia de trastornos psiquiátricos

<i>DSM-5 Trastorno</i>	<i>Riesgo relativo a lo largo de la vida si un pariente de primer grado tiene el trastorno^a</i>	<i>Frecuencia a lo largo de la vida de la población general^b</i>
Trastornos bipolar I-II	25	4
Esquizofrenia	19	1
Bulimia nerviosa	10	2 ^c

Trastorno de pánico	10	5
Abuso de alcohol	7	13
Trastorno de ansiedad generalizada	6	6
Anorexia nerviosa	5	1 ^c
Fobia específica	3	12
Trastorno de ansiedad social	3	12
Depresión mayor	3	17
Trastorno obsesivo-compulsivo	¿?	2 ^b
Agorafobia	3	5

^aLos datos del riesgo relativo son de Reider RO, Kaufmann CA, et al. Genetics. En: Hales RE, Yudofsky SC, Talbott JA (eds.). *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994. Ver texto para explicación.

^bLos datos de la frecuencia a lo largo de la vida de Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005;62:593-602.

^cDatos de Hudson JL, Hiripi E, Pope HG, et al. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*. 2007;61:348-58.

Diagnósticos *DSM-5* comunes

<i>Diagnóstico</i>	<i>ICD-9</i>	<i>ICD-10</i>
Trastorno de consumo de alcohol (moderado)	305.90	F10.20
Anorexia nerviosa (tipo restrictivo)	307.1	F50.01
Trastorno de ansiedad (no especificado)	300.00	F41.9
Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado	314.01	F90.2
Trastorno bipolar I, episodio depresivo	296.52	F31.32
Trastorno bipolar I, episodio maníaco	296.42	F31.12
Trastorno límite de la personalidad	301.83	F60.3
Bulimia nerviosa	307.51	F50.2
Delirium (debido a condición médica general)	293.0	F05
Trastorno neurocognitivo mayor debido a enfermedad de Alzheimer	294.10	F02.80
Trastorno depresivo persistente (distimia)	300.4	F34.1
Trastorno de ansiedad generalizada	300.02	F41.1
Depresión mayor, episodio único, moderado	296.22	F32.1

Depresión mayor, recurrente, moderado	296.32	F33.1
Trastorno obsesivo compulsivo	300.3	F42
Trastorno de pánico	300.01	F41.0
Trastorno de personalidad, no especificado	301.9	F60.9
Trastorno de estrés postraumático	309.81	F43.10
Trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar	295.70	F25.0
Trastorno esquizoafectivo, tipo depresivo	295.70	F25.1
Esquizofrenia	295.90	F60.1
Trastorno de ansiedad social	300.23	F40.10

Normas para examen minimal de Folstein ajustadas por edad y educación (media de resultados)

Nivel educativo (años)	Edad (años)													
	18-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	≥85
0-4	22	25	25	23	23	23	23	22	23	22	22	21	20	19
5-8	27	27	26	26	27	26	27	26	26	26	26	25	24	23
9-12	29	29	29	28	28	28	28	28	28	28	27	27	25	26
Universidad y posgrado	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	28	28	27	27

Fuente: Datos de Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Normas basadas en población para la miniexaminación de estado mental por edad y nivel educativo. *Journal of the American Medical Association*. 1993;269:2386-91.



Formularios de datos para la entrevista

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA INICIAL (FORMULARIO BREVE)

Nombre: _____	Número de unidad: _____
Fecha: _____	Fecha de nacimiento: _____
Seguro: _____	
Contactos: _____	
Padecimiento actual	Antecedentes personales patológicos
Salud mental previa	
Médicos actuales: _____	Medicamentos actuales: _____
Hospitalizaciones: _____	Enfermedades: _____
Pruebas de medicamentos: _____	Cirugías: _____
Psicoterapia: _____	Alergias: _____
Intentos suicidas: _____	Revisión de sistemas: Herida de cabeza
Historia de violencia/prisión: _____	Epilepsia de lóbulo temporal: _____
Abuso de sustancias: _____	

Antecedentes heredofamiliares

Antecedentes personales no patológicos

Revisión psiquiátrica de los sistemas

Depresión S I C-E-C A P S

Manía D I G F A S T

Trastorno de ansiedad: agorafobia, pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada

Psicosis

Trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastornos alimenticios

Personalidad

Examen del estado mental

A C L A P C C

Examen físico

Pruebas de laboratorio

EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA INICIAL

(FORMULARIO EXTENSO)¹

Nombre: _____	Referido por: _____
Fecha: _____	Núm. Seguridad Social: _____
Habitación: _____	_____
Fecha de nacimiento: _____	Ocupación: _____
Teléfono: _____	
Seguro: _____	
Información de identificación	

Síntomas presentes	

Padecimiento actual	

Salud mental previa	

Hospitalizaciones: _____	
Pruebas de medicamentos: _____	
Psicoterapia: _____	
Intentos/signos suicidas: _____	
Antecedentes legales: _____	

Historia de consumo de sustancias

Tabaco: _____

Cafeína: _____

Alcohol: _____

CACE: _____

Retiradas del consumo: _____

Consecuencias adversas: _____

Última copa: _____

Marihuana: _____

Cocaína/otros estimulantes: _____

Opiáceos: _____

Benzodiacepinas: _____

Alucinógenos: _____

Detoxification/rehabilitation: _____

Antecedentes personales patológicos

Médico general principal: _____

Medicamentos actuales: _____

Enfermedades: _____

Cirugías: _____

Alergias a medicamentos: _____

Interrogatorio por aparatos y sistemas

General: _____

Piel: _____

Cabeza, oídos, ojos, nariz y garganta: _____

Cardiovascular y respiración: _____

Gastrointestinal: _____

Genitourinario/ginecológico: _____

Neurológico: _____

Antecedentes heredofamiliares (elaborar genograma)

Antecedentes personales no patológicos

Revisión de síntomas psiquiátricos

Depresión: _____

Manía: _____

Ideación suicida: _____

Psicosis/esquizofrenia

- Síntomas (2/5, 1 mes): ___delirios
___alucinaciones___habla desorganizada
___conducta desorganizada/catatónica
___síntomas negativos
- Pródromo/residual (1/2, 6 meses):
___síntomas negativos
___dos síntomas positivos

Ansiedad

- TAG (3/6, 6 meses):___inquietud___fatiga
___conciencia___irritable___tensión muscular
___insomnio
- Pánico (4/13, recurrencia +1 mes de preocupaciones):
___falta de aire___desmayo___palpitaciones
___temblores___sudores___asfixia___náusea
___despersonalización/desrealización
___dolor de pecho
___miedo a la muerte___miedo a volverse loco
___escalofríos/fiebres

- TOC: __obsesiones__ compulsiones
__interferencia/conciencia de tiempo
- TEPT (1 mes):
Recurrencias (1/5): __memorias__ sueños __introspecciones (*flashbacks*)__ angustia/repetición
de exposición __recurrencia/reactividad fisiológica
Evasiones (3/7): __pensamientos/sentimientos__
__actividades/situaciones__ amnesia __menor interés__
__extrañamiento__ afecto restringido
__pensamiento de ausencia de futuro
Alerta (2/5): __sueño__ irritabilidad
__conciencia__ hipervigor __sobresaltos
Fobia social (3/3): __miedo/social__ expuesto/pánico
__evita/social

Cognitivo

- Demencia: problemas de memoria
Otros problemas cognitivos (1/4): __afasia__
__apraxia__ agnosia __funciones ejecutivas
- Delirio (5/5): __conciencia perturbada__
__cambio cognitivo__ inicio breve __fluctúa__
__causa de medicación/sustancia
- Trastorno de atención con hiperactividad:
Despistado (6/9): __detalles/errores__ atención
__escucha__ sigue pensamientos __es desorganizado__
__evita/le disgusta el esfuerzo mental__ pierde las cosas
__es distraído__ es olvidadizo
Hiperactivo/impulsivo (6/9): __agitado/contorsiona__
__le es difícil quedarse sentado__ corre/escala
__escupe respuestas

___andando/motor___difícil/juega en silencio

___habla en exceso___interrumpe/se entromete

___espera turno

Somatomorfo

- Somatización (3/7, inicia antes de los 30, dura varios años):___falta de aire___dismenorrea

___arden los órganos sexuales___hinchazón/garganta

___amnesia___vómito___dolor/extremidades

- Anorexia (4/4):___se niega/mantener peso
___miedo a la grasa___distorsión del cuerpo
___amenorrea
- Bulimia (5/5): ___se atraganta___pérdida del control
___conducta inapropiada de peso/pérdida
___>2 veces/semana por 3 meses
___autoevaluación de la figura corporal

Examen del estado mental

Síntomas neurovegetativos

Examen cognitivo

- Orientación: _____
- Concentración: _____

- Pruebas de memoria:

Tres objetos inmediatamente

Tres objetos a los 3 minutos

Información general

Presidentes

Segunda Guerra Mundial

Noticias actuales

Eventos personales

Fecha de matrimonio

Nombre de preparatoria/universidad

Formulación de evaluación y diagnóstico

Eje I: _____

Eje II: _____

Eje III: _____

Eje IV: _____

Eje V: _____

Evaluación global de funciones (EGF) actual:

EGF más alto del año pasado: _____

EGF más bajo del año pasado: _____

Plan de tratamiento

• Medicamentos: _____

• Terapia: _____

• Seguimiento: _____

CUESTIONARIO DEL PACIENTE²

Nombre: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Números de teléfono

Hogar: _____

Trabajo: _____

Ocupación: _____

Seguro: _____

¿Cuál es la principal preocupación que lo motivó a venir a verme? _____

¿Cuándo comenzó?

Historia psiquiátrica

Tratamientos ambulatorios

¿Alguna vez ha sido tratado fuera de un hospital para algún trastorno psiquiátrico? _____

Si fue así, ¿cuál fue el trastorno? _____

¿Cuándo y dónde recibió tratamiento? _____

¿Qué tipo de tratamiento fue (p. ej., psicoterapeuta, medicación, terapia conductual u otros)? _____

¿Cuál es el nombre de su terapeuta? _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Me autoriza para ponerme en contacto con su terapeuta?

Hospitalizaciones

¿Alguna vez ha sido hospitalizado por algún trastorno psiquiátrico? _____

Si fue así, ¿cuál fue el trastorno, en qué hospital(es) y en qué fechas? _____

Historia de medicamentos

¿Qué medicamentos está tomando en este momento (médicos o psiquiátricos)?

Dosis del fármaco	Frecuencia	Médico que lo receta

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Qué medicamentos ha tomado en el pasado?

Fármaco	Fecha	Razón para discontinuarlo

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Usa medicamentos no recetados?

Si es así, ¿cuáles? _____

¿Usa o ha usado drogas recreativas o ilegales?

Si es así, ¿qué drogas y en qué cantidad?

¿Bebe alcohol? _____

¿Le preocupa cuánto bebe? _____

¿Le fastidian los comentarios sobre su forma de beber?

¿Se ha sentido culpable sobre alguna cosa que haya hecho mientras bebía? _____

¿Bebe temprano en el día para calmar sus nervios o para quitarse una resaca? _____

¿Fuma? _____ Si es así, ¿qué fuma y qué cantidad? _____

Bebidas con cafeína:

Café: _____ Té: _____ Tazas al día: _____

Refrescos: _____ Otros: _____ Latas al día: _____

Antecedentes personales patológicos

¿Qué enfermedades o cirugías ha tenido?

¿Tiene alguna enfermedad en el presente? _____

Si es así, menciónela:

¿Se ha lesionado la cabeza? _____

¿Cuándo? _____

¿Cómo sucedió? _____

¿Le han hecho algún EEG de exploración o tomografía
computarizada de la cabeza?

Si es así, ¿cuándo y cuáles fueron los resultados?

Nombre de su médico general: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

¿Me autoriza a ponerme en contacto con su médico?

Breve revisión de síntomas				
<i>Síntomas o problemas</i>	<i>No</i>	<i>Si</i>	<i>Fecha de inicio</i>	<i>Descripción</i>
Dolores de cabeza frecuentes o intensos				
Mareo/vértigo				
Convulsiones o ataques epilépticos				
Problemas de visión				
Problemas de escucha				
Problemas del olfato o el tacto				
Problemas de tiroides				
Tos/asma				
Dolor en el pecho				
Falta de aire				
Náusea/vómito				
Diarrea				
Dolor abdominal				
Estreñimiento				
Problemas urinarios				
Artritis				
Diabetes				
Problemas para caminar				

Antecedentes personales no patológicos Estado marital: soltero(a)_____ casado(a) _____ viudo(a) _____ divorciado(a) _____ Si es casado(a), fecha de matrimonio: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____ Ocupación del cónyuge: _____

Si es viudo(a), fecha o causa de muerte del cónyuge:

Si es divorciado(a), fecha y razón del divorcio: _____

Hijos

Nombre	Edad	Lugar donde se encuentran

Otras personas que actualmente viven en su hogar y la relación que tienen con usted:

Nombre	Relación

Antecedentes heredofamiliares

Nombre de la madre: _____

Edad: ____ Si ya falleció, fecha y causa de muerte: _____

¿Tiene alguna enfermedad? _____

Nombre del padre:

Edad: ____ Si ya falleció, fecha y causa de muerte: _____

¿Tiene alguna enfermedad?

Hermanos o hermanas:

Nombre	Edad	Enfermedades

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos

¿Ha habido alguien en su familia que haya tenido un trastorno psiquiátrico (por ejemplo, depresión, manía, esquizofrenia, abuso de drogas o alcohol, problemas de ansiedad, intentos de suicidio)? _____

Si sí, por favor indique la naturaleza del problema y la relación de dicho familiar con usted:

¿Alguna vez ha sufrido abuso? _____

Si sí, ¿fue físico? _____ ¿sexual? _____
¿emocional? _____

¿Quién estuvo implicado? _____

Antecedentes académicos

Nombre de la escuela	Lugar	Fechas

Preparatoria: _____

Universidad: _____

Posgrado: _____

Antecedentes laborales

Fechas	Puestos de trabajo	Razón de término de contrato (si aplica)

Servicio militar:

Antecedentes de adaptación al estrés

¿Qué tipo de situaciones estresantes ha tenido que superar en el pasado?

¿Cómo lo logró?

¿Cuál ha sido el mejor periodo de su vida?

¿Cuáles son sus fortalezas personales?

Firma del paciente:

¹ Adaptado del formulario de evaluación de Anthony Erdmann, M.D.

²Adaptado del cuestionario de Edward Messner, M.D.



Folletos educativos para el paciente

DEPRESIÓN MAYOR¹

Folleto informativo para pacientes

¿Quién se deprime?

El trastorno depresivo mayor, conocido como *depresión clínica*, es una enfermedad común que puede afectar a cualquier persona. Cada año, 6.7% de los adultos en Estados Unidos experimentan un trastorno depresivo mayor. Las mujeres son 70% más propensas que los hombres a experimentar depresión a lo largo de sus vidas.

¿Qué es la depresión?

La depresión no es sólo “sentirse triste”, tener poca energía o “sentirse *bajoneado*”. Es más que estar triste o que sentirse adolorido tras una pérdida. La depresión es una enfermedad (igual que la diabetes, la presión alta y las enfermedades cardiovasculares) que afecta los pensamientos, sentimientos, salud física y conductas día tras días.

Muchas cosas pueden causar depresión, incluyendo las siguientes:

- Eventos de vida estresantes o depresivos.
- Historia familiar y genética.
- Enfermedades mentales específicas.
- Ciertas medicinas.
- Drogas y alcohol.
- Otras condiciones psiquiátricas.

Ciertas condiciones de vida (por ejemplo, estrés extremo o dolor emocional) pueden causar una depresión o impedir una recuperación completa. En algunas personas, la depresión ocurre inclusive cuando les va bien en la vida. La depresión no es su culpa, ni tampoco es una debilidad. Es una enfermedad y es tratable.

¿Cómo sé si estoy deprimido?

Las personas con depresión mayor muestran cierto número de síntomas casi todos los

días, por lo menos durante dos semanas. Éstos siempre incluyen uno de los siguientes:

- Pérdida de interés en las cosas que anteriormente les gustaban.
- Se sienten tristes, decaídos o *bajoneados*.

Podrían tenerse tres de los síntomas siguientes:

- Sentirse decaído(a) o inquieto(a) e incapaz de tranquilizarse de ninguna manera.
- Sentir que no vale nada o sentirse culpable.
- Aumento o disminución de apetito o peso.
- Pensamientos sobre la muerte o suicidio.
- Problemas para concentrarse, pensar, recordar o tomar decisiones.
- Problemas para dormir o dormir demasiado.
- Pérdida de energía o sentirse cansado(a) todo el tiempo.

Junto con la depresión se presentan otros síntomas físicos y psicológicos, incluyendo los siguientes:

- Dolores de cabeza.
- Otras molestias y dolores.
- Problemas digestivos.
- Problemas sexuales.
- Pesimismo y desesperanza.
- Ansiedad y preocupación.

¿Cómo se trata la depresión?

La depresión se trata con un psicoterapeuta (proceso de psicoterapia) o con medicamentos, o con los dos tratamientos combinados.

Psicoterapia

Las mejores psicoterapias para la depresión son:

- Terapia cognitiva, en la que el terapeuta señala formas en las que el pensamiento del paciente es negativo, lo que de hecho puede causar que se deprima más.
- Terapia interpersonal, en la que el enfoque está en mejorar la calidad de sus relaciones con personas importantes en su vida.

La psicoterapia puede tardarse un mes o más para curar la depresión.

Medicamentos

Existen muchos fármacos efectivos para la depresión. Los medicamentos más comúnmente recetados son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), cuyos nombres comerciales son: Prozac[®], Altruline[®], Seroptram[®], entre otros. Otros antidepresivos populares son Effexor[®], Cymbalta[®] y Wellbutrin[®]. Estos medicamentos nuevos tienen menos efectos secundarios, comparados con los más antiguos, como los tricíclicos y los IMAO.

Cuando alguien comienza a tomar antidepresivos, las mejoras no van a verse inmediatamente. Todos estos medicamentos toman de 1 a 3 semanas antes de que los cambios comiencen a ocurrir. Algunos síntomas disminuyen al principio del tratamiento; otros, más tarde. Por ejemplo, el nivel de energía de una persona o sus patrones de sueño y alimentación pueden mejorar antes que el ánimo deprimido se reponga. Si hay poco o ningún cambio en los síntomas luego de 5 o 6 semanas, puede intentarse con otro medicamento. Algunas personas responden mejor que otras a cada uno de ellos. Como no hay forma de determinar por adelantado cuál medicamento será efectivo, el doctor podría tener que recetar primero uno, luego otro, hasta que se encuentre un medicamento eficaz. El tratamiento continúa por un mínimo de varios meses y podría durar hasta un año o más.

TRASTORNO BIPOLAR²

Folleto informativo para pacientes

¿Qué es el trastorno bipolar?

El trastorno bipolar, también conocido como *enfermedad maníaco depresiva*, es una enfermedad mental que implica episodios serios de manía y depresión. El estado anímico por lo general gira de muy exaltado e irritable a triste y desesperanzado, y luego a la inversa, con periodos intermedios de ánimo normal. El trastorno bipolar comienza casi siempre en la adolescencia o en la adultez temprana, y continúa a lo largo de la vida. Por lo menos 2 millones de americanos sufren de la enfermedad maníaco-depresiva. El trastorno bipolar tiende a aparecer en las familias y se cree que es hereditario en muchos casos.

Características centrales del trastorno bipolar

El trastorno bipolar implica ciclos de manía y depresión.

*Los signos y síntomas de **manía** incluyen periodos discretos de:*

- Incremento de energía, actividad, ansiedad, aumento en la velocidad de los pensamientos y habla acelerada.

- Aumento de la autoestima o ánimo persistentemente elevado.
- Irritabilidad extrema y distraibilidad.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Creencias no realistas sobre las habilidades y poderes de uno mismo.
- Pobreza de juicio extrema.
- Un periodo sostenido de conducta que es diferente de lo usual.
- Incremento del deseo sexual.
- Abuso de drogas, particularmente cocaína, alcohol y medicamentos para dormir.
- Conducta provocadora, intrusiva o agresiva.
- Negación de que cualquier cosa esté mal.

Los signos y síntomas de **depresión** incluyen periodos discretos de:

- Ánimo triste, ansioso o sentimiento de vacío.
- Sentimiento de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, de inutilidad o impotencia.
- Pérdida del interés o del placer en actividades ordinarias, incluyendo el sexo.
- Disminución de la energía, fatiga o sentirse *bajoneado*.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Ansiedad o irritabilidad.
- Alteraciones en el sueño.
- Pérdida del apetito y del peso, o aumento de peso.
- Dolor crónico y otros síntomas corporales persistentes, cuya causa no son enfermedades físicas.
- Pensamientos sobre la muerte o el suicidio; intentos de suicidio.

¿Cómo se trata el trastorno bipolar?

El tratamiento más efectivo para el trastorno bipolar pertenece a una variedad de medicamentos para estabilizar el estado anímico. El más conocido de ellos es el **litio**, que fue el primer medicamento introducido para este padecimiento. Los nombres comerciales de estabilizadores del ánimo son Tegretol® y Epival®, entre otros. Además, hay muchos antipsicóticos que también son eficaces para el trastorno bipolar. Aunque todos los medicamentos para el trastorno bipolar son efectivos, pueden tener efectos secundarios como sedación, incremento de peso y aturdimiento. Los psiquiatras pueden minimizar los efectos colaterales ajustando la dosis y la fórmula del medicamento.

Además de los medicamentos, la psicoterapia es útil, sobre todo en la fase deprimida del trastorno bipolar. El tratamiento combinado (medicamentos en conjunto con terapia) logra los mejores resultados en los pacientes.

TRASTORNO DE PÁNICO³

Folleto informativo para pacientes

- “Empezó hace 10 años. Estaba sentado en un seminario en un hotel cuando apareció de la nada. Sentí que me moría”.
- “Para mí, un ataque de pánico es casi una experiencia violenta. Siento que me estoy volviendo loco. Siento que estoy perdiendo el control de una forma muy extrema. Mi corazón palpita con mucha fuerza, las cosas parecen irreales, y surge este sentimiento fuerte de una desgracia inminente”.
- “Entre ataque y ataque hay esta sensación fatal de ansiedad de que va a suceder de nuevo. Puede ser realmente debilitante el tratar de escapar esos sentimientos de pánico”.

¿Qué es el trastorno de pánico?

Las personas con trastorno de pánico tienen sentimientos de terror que las atacan de pronto y repetidas veces sin previo aviso. No pueden predecir cuándo les va a dar el ataque de pánico, y muchos desarrollan una ansiedad intensa entre episodios, preocupados de cuándo y dónde va a atacar el próximo. Entre episodios, sienten una preocupación persistente y fija de que otro ataque puede surgir en cualquier minuto. Cuando un ataque de pánico se presenta de golpe, su corazón palpita, y podrían sentir que sudan, que están débiles, que se desmayan o que se marean. Podrían sentir que sus manos se entumecen u hormiguean, y podrían experimentar escalofríos o rubor. Podría dolerles el pecho o sentir sofocación, un sentimiento de irrealidad o un miedo inminente de desgracia o pérdida de control. Podrían creer de manera genuina que les está dando un ataque al corazón (infarto agudo de miocardio) o un derrame cerebral (evento vascular cerebral), que se están volviendo locos o que están al borde de la muerte. Los ataques pueden suceder en cualquier momento, inclusive mientras duermen, sin estar soñando. La mayoría de los ataques dura 2 minutos en promedio pero, en ocasiones, pueden prolongarse hasta por 10 minutos. En casos raros, pueden durar una hora o más.

Con frecuencia, otras condiciones acompañan al trastorno de pánico, como depresión o alcoholismo, y favorecer el desarrollo de fobias, que podrían manifestarse en lugares o situaciones donde hayan ocurrido ataques de pánico. Por ejemplo, si un ataque de pánico invade al individuo mientras esté en un elevador, podría desarrollar un miedo a los elevadores y comenzar a evitarlos. La vida de algunas personas se hace muy restringida – pues evitan actividades diarias normales como ir de compras, manejar o incluso salir de su casa. Estos pacientes llegan a confrontar una situación temida sólo si se encuentran acompañados de su esposo(a) o de otra persona de confianza. Básicamente, evitan cualquier situación en la que temen estar sin ayuda si llegara a ocurrir el ataque de pánico. Cuando la vida de las personas se restringe tanto por el trastorno, como sucede en un tercio de todas las personas con trastorno de pánico, la condición se llama *agorafobia*. La tendencia al trastorno de pánico y a la agorafobia se mantiene en las familias. No obstante eso, el tratamiento temprano del trastorno de pánico puede evitar la

progresión a la agorafobia.

Los síntomas del ataque de pánico incluyen:

- Palpitaciones fuertes.
- Dolores de pecho.
- Mareos.
- Náusea o problemas de estómago.
- Escalofríos.
- Falta de aire o sentimiento de asfixia o ahogo.
- Hormigueo o manos entumecidas.
- Temblores.
- Sentimiento de irrealidad.
- Terror.
- Un sentimiento de perder el control o volverse loco.
- Miedo a morir.
- Sudoración.

¿A quién le da trastorno de pánico?

El trastorno de pánico le da a por lo menos 1.6% de la población y es el doble de común en las mujeres que en los hombres. Puede aparecer a cualquier edad, pero con más frecuencia ocurre en los adultos jóvenes. No todos los que experimenten un ataque de pánico desarrollarán un trastorno de pánico –por ejemplo, muchas personas tienen un ataque, pero no vuelven a tener otro. Es importante que aquellos que sí tienen trastorno de pánico, en cambio, busquen tratamiento.

¿Cómo se trata el trastorno de pánico?

Hay estudios que han mostrado que un tratamiento apropiado –un tipo de psicoterapia llamado *terapia cognitivo-conductual*, medicamentos o una combinación de ambos– ayuda de 70 a 90% de las personas con el trastorno de pánico. En las primeras 6 a 8 semanas se ven mejoras significativas. Las estrategias cognitivo-conductuales les enseñan a los pacientes a ver la situación de pánico con ojos diferentes y brinda estrategias para reducir la ansiedad (por ejemplo, mediante el uso de ejercicios de respiración o técnicas para enfocar la atención). Con frecuencia, la *terapia de exposición*, una técnica usada en la terapia cognitivo-conductual, ayuda a aliviar fobias que podrían dar como resultado el trastorno de pánico. En la terapia de exposición la gente es expuesta con lentitud a la situación temida, hasta que se desensibilizan respecto de ella. Algunas personas encuentran un gran alivio de los síntomas del trastorno de pánico cuando toman ciertos medicamentos prescritos. Éstos, como la terapia cognitivo-conductual, pueden prevenir ataques de pánico o reducir su frecuencia o gravedad. Se ha demostrado que dos tipos de medicamentos son seguros y eficaces en el tratamiento del trastorno de pánico: los

antidepresivos y las benzodiacepinas.

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO⁴

Folleto informativo para pacientes

¿Qué es el trastorno obsesivo compulsivo?

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), uno de los trastornos de ansiedad, es una condición que potencialmente discapacita a una persona a lo largo de su vida. La persona que sufre de TOC se entrapa en pensamientos repetitivos y conductas angustiosas y que no tienen sentido, pero son muy difíciles de superar. El TOC ocurre en un espectro de leve a grave; si es severo y no se ha tratado, puede destruir la capacidad de una persona de funcionar en el trabajo, la escuela o incluso en el hogar.

¿Qué tan común es el trastorno obsesivo compulsivo?

Por muchos años, los profesionales de la salud mental pensaron que el TOC era una enfermedad rara, porque sólo una minoría de sus pacientes la tenía. El trastorno pasó desapercibido con frecuencia porque muchos de los que padecían TOC no buscaban tratamiento, debido a sus esfuerzos por mantener sus pensamientos y conductas repetitivas en secreto. Sin embargo, un sondeo llevado a cabo a principios de la década de 1980 por el National Institute of Mental Health mostró que el TOC afectaba a más de 2% de la población, haciéndolo mucho más común que enfermedades mentales graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el trastorno de pánico. El TOC afecta a personas de todos los grupos étnicos. Mujeres y hombres son igualmente afectados.

Características clave del trastorno obsesivo compulsivo

Obsesiones

Las obsesiones son ideas o impulsos no deseados que se repiten en la mente de una persona con TOC. Algunas obsesiones comunes son los miedos persistentes a que algún tipo de daño recaiga sobre uno mismo o sobre un ser querido, una preocupación irracional de quedar contaminado, o bien la necesidad excesiva de hacer las cosas de manera correcta o perfecta. Una y otra vez, el individuo experimenta pensamientos perturbadores, por ejemplo: “Mis manos podrían estar contaminadas, debo lavármelas”, “Tal vez dejé abierto el gas” o “Voy a lastimar a mi hijo”. Estos pensamientos son intrusivos, desagradables y producen un nivel alto de ansiedad. A veces, las obsesiones son de naturaleza violenta o sexual, o se refieren a enfermedades.

Compulsiones

En respuesta a sus obsesiones, la mayoría de la gente con TOC cae en conductas repetitivas llamadas *compulsiones*. Las más comunes son lavarse y revisar. Otras conductas compulsivas son: contar (con frecuencia al mismo tiempo que otra acción compulsiva tipo lavarse las manos), repetir, acumular y reacomodar objetos sin parar hasta que queden perfectamente alineados. Problemas mentales, como la repetición mental de frases, hacer listas o verificar, también son comunes. Por lo general, estas conductas tienen la intención de alejar de peligros a uno mismo o a otros. Algunas personas con TOC establecen rituales fijos; otros tienen rituales complejos y cambiantes. Efectuar rituales puede aliviar un poco la ansiedad de las personas con TOC, pero es sólo temporal.

¿Cómo se trata el trastorno obsesivo compulsivo?

El TOC es tratado tanto con psicoterapia (proceso psicoterapéutico) como con medicamentos, o con ambos tratamientos combinados.

Psicoterapia

La psicoterapia más efectiva para el TOC es la terapia cognitivo-conductual. En esta técnica, el terapeuta pone a practicar al paciente exponiéndolo a las situaciones que le causan ansiedad y que lo hacen actuar de manera compulsiva (como verificar y lavar). El terapeuta ayuda a prevenir las respuestas de TOC. Algunas de las prácticas de exposición se llevan a cabo en la oficina del terapeuta, pero la mayoría se hace en el hogar en forma de “tareas”.

La terapia cognitivo-conductual es muy efectiva, en especial para esos pacientes que sufren primordialmente de compulsiones. En ellos, la terapia es, con frecuencia, más eficaz que los medicamentos.

Medicamentos

Existen muchos medicamentos efectivos para el TOC. Los más comúnmente recetados son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), que tienen nombres comerciales como: Prozac[®], Altruline[®], Paxil[®] y Luvox[®]. Son populares porque tienen pocos efectos secundarios, en comparación con otros anteriores. Otro medicamento efectivo es Anafranil[®], que tiende a tener más efectos secundarios que los otros ISRS.

Cuando alguien comienza a tomar medicamentos para TOC, por lo general, las mejoras no se ven inmediatamente. La mayoría de estos medicamentos toma entre una a 3 semanas antes de que los cambios comiencen a ocurrir. Si hay pocos o ningún cambio luego de 5 o 6 semanas, puede probarse un medicamento diferente. En vista de que no hay forma de determinar por adelantado qué fármaco va a ser efectivo, el doctor podría

tener que recetar primero uno, luego otro, hasta dar con el medicamento eficaz. El tratamiento debe continuar por un mínimo de varios meses y puede prolongarse hasta un año o más.

¹Este folleto es una adaptación de información de dominio público suministrada por el National Institute of Mental Health y la Agency for Health Care Policy and Research (una agencia del Public Health Service de Estados Unidos).

²Este folleto es una adaptación de información de dominio público suministrada por el National Institute of Mental Health.

³Este folleto es una adaptación de información de dominio público suministrada por el National Institute of Mental Health y la National Institute of Mental Health.

⁴Este folleto es una adaptación de información de dominio público suministrada por el National Institute of Mental Health y la National Institute of Mental Health.

Referencias

- Ainslie, N. K., & Murden, R. A. (1993). Effect of education on the clock-drawing dementia screen in non-demented elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(3), 249–252.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. C. (1979). Thought, language, and communication disorders. I. Clinical assessment, definition of terms, and evaluation of their reliability. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1315–1321.
- Andreasen, N. C. (1982). Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39, 784–788.
- Andreasen, N. J., Tsuang, M. T., and Canter, A. (1974). The significance of thought disorder in diagnostic evaluations. *Comprehensive Psychiatry*, 15, 27–34.
- Anthony, J. C., LeResche, L., Niaz, U., et al. (1982). Limits of the ‘Mini-Mental State’ as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychological Medicine*, 12, 397–408. doi: 10.1017/S0033291700046730.
- Asnis, G. M., Kaplan, M. L., van Praag, H. M., et al (1994). Homicidal behaviors among psychiatric outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 127–132.
- Azar, B. (1997). Poor recall mars research and treatment. *The APA Monitor*, 28, 1.
- Baekeland, F., and Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738–783.
- Barlow, D. (Ed.). (2014). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, 5th ed. New York, NY: The Guilford Press.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., et al. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529–2536.
- Basco, M. R., Bostic, J. Q., Davies, D., et al. (2000). Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1599–1605.
- Beckman, H. B., and Franckel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101, 692–696.
- Biederman, J. (1991). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 9–22.
- Binder, R. L., and McNiel, D. E. (1996). Application of the Tarasoff ruling and its effect

- on the victim and the therapeutic relationship. *Psychiatric Services*, 47, 1212–1215.
- Blacker, D., and Tsuang, M. T. (1992). Contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1473–1483.
- Bradburn, N. M., Sudman, S., and Wansink, B. (2004). *Asking Questions: The Definitive Guide to Questionnaire Design*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., et al. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585–599.
- Chang, J., and Nylund, D. K. (2013). Narrative and solution-focused therapies: A twenty-year retrospective. *Journal of Systemic Therapies*, 32(2), 72–88.
- Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M., et al. (1997). Are you depressed? Screening for depression in the terminally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154, 674–676.
- Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., and Bohman, M. (1996). Type I and type II alcoholism: An update. *Alcohol Health & Research World*, 20, 18–23.
- Cox, A., Holbrook, D., and Rutter, M. (1981a). Psychiatric interviewing techniques. VI. Experimental study: Eliciting feelings. *British Journal of Psychiatry*, 139, 144–152.
- Cox, A., Hopkinson, K., and Rutter, M. (1981b). Psychiatric interviewing techniques. II. Naturalistic study: Eliciting factual information. *British Journal of Psychiatry*, 138, 283–291.
- Cox, A., Rutter, M., and Holbrook, D. (1988). Psychiatric interviewing techniques. A second experimental study: Eliciting feelings. *British Journal of Psychiatry*, 152, 64–72.
- Crook, T., Ferris, S., McCarthy, M., et al. (1980). Utility of digit recall tasks for assessing memory in the aged. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 228–233.
- David, A., and Fleminger, S. (2012). *Lishman's Organic Psychiatry: A Textbook of Neuropsychiatry*. Boston, MA: Wiley-Blackwell.
- Eisenthal, S., Emery, R., Lazare, A., et al. (1979). “Adherence” and the negotiated approach to patienthood. *Archives of General Psychiatry*, 36, 393–398.
- Elstein, A. S., Shulman, L. S., and Sprafka, S. A. (1978). *Medical Problem-Solving: An Analysis of Clinical Reasoning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905–1907.
- Felthous, A. R. (1991). Duty to warn or protect: Current status for psychiatrists. *Psychiatric Annals*, 21, 591–598.
- First, M. (2013). *DSM-5 Handbook of Differential Diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Flaum, M. (1995). The diagnosis of schizophrenia. In C. Shrikui, and H. Nasrallah (Eds.), *Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E., and McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state." A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189–198.
- Frank, J. D., and Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Frank, E., Kupfer, D. J., and Siegel, L. R. (1995). Alliance not compliance: A philosophy of outpatient care. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(suppl 1), 11–16.
- Hall, R. C., Gardner, E. R., Stickney, S. K., et al. (1980). Physical illness manifesting as psychiatric disease. II. Analysis of a state hospital inpatient population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 989–995.
- Harwood, D. M., Jr., Hope, T., and Jacoby, R. (1997). Cognitive impairment in medical inpatients. I. Screening for dementia—Is history better than mental state? *Age and Ageing*, 26, 31–35.
- Havens, L. (1986). *Making Contact*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Hinton, J., and Withers, E. (1971). The usefulness of clinical tests of the sensorium. *British Journal of Psychiatry*, 119, 9–18.
- Honig, A., Romme, M. A. J., and Ensink, B. J. (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and nonpatients. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 186, 646–651.
- Isaacs, B., and Kennie, A. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry*, 123, 467–470.
- Jacobs, M., Frank, E., Kupfer, D. J., et al. (1987). A psychoeducational workshop for depressed patients, family, and friends: Description and evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 968–972.
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *British Journal of Psychiatry*, 202, s5–s10.
- Jorm, A., Scott, R., Cullen, J. S., et al. (1991). Performance of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) as a screening test for dementia. *Psychological Medicine*, 21, 785–790.
- Kaplan, C. (2011). Hypothesis testing. In M. J. Lipkin, S. M. Putnam, and A. Lazare (Eds.), *The Medical Interview*. New York, NY: Springer-Verlag.
- Keller, M. B., and Manschreck, T. C. (1989). The mental status examination. II. Higher intellectual functioning. In A. Lazare (Ed.), *Outpatient Psychiatry: Diagnosis and Treatment*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Klein, D. N., Riso, L. P., and Anderson, R. L. (1993). DSM-III-R dysthymia: Antecedents and underlying assumptions. *Progress in Experimental Perspectives in Psychopathologic Research*, 16, 222–253.
- Lam, R. W., and Stewart, J. N. (1996). The validity of atypical depression in DSM-IV.

- Comprehensive Psychiatry*, 37, 375–383.
- Lazare, A., Eisenthal, S., and Wasserman, L. (1975). The customer approach to patienthood—Attending to patient requests in a walk-in clinic. *Archives of General Psychiatry*, 32, 553–558.
- Lejoyeux, M., Ades, J., Tassain, V., et al. (1997). Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1524–1529.
- Lipkin, M. L. (2002). The medical interview and related skills. In W. T. Branch, Jr. (Ed.), *Office Practice of Medicine*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Llark, C. M., Sheppard, L., Fillenbaum, G. G., et al. (1999). Variability in annual Mini-Mental State Examination score in patients with probably Alzheimer disease. *Archives of Neurology*, 56, 857–862.
- Manly J. J., Jacobs D. M., Sano M., et al. (1999). Effect of literacy on neuropsychological test performance in nondemented, education-matched elders. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5(3), 191–202.
- Marshall, P., Schroeder, R., O'Brien, J., et al. (2010). Effectiveness of symptom validity measures in identifying cognitive and behavioral symptom exaggeration in adult attention deficit hyperactivity disorder. *The Clinical Neuropsychologist*, 24, 1204–1237.
- McKenna, P. J. (1994). *Schizophrenia and Related Syndromes*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Meagher, J., Leonard, M., Donoghue, L., et al. (2015). Months backward test: A review of its use in clinical studies. *World Journal of Psychiatry*, 22, 305–314.
- Miller, G. A. (1957). The magical number seven, plus or minus: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review*, 63, 81–97.
- Milstein, V., Small, J. G., and Small, I. F. (1972). The subtraction of serial sevens test in psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry*, 26, 439–441.
- Morrison, J. (2014). *The First Interview*. New York, NY: The Guilford Press.
- Morrison, J., and Munoz, R. A. (2009). *Boarding Time: A Psychiatry Candidate's Guide to Part II of the ABPN Examination*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Mueser, K. T., and Glynn, S. M. (1999). *Behavioral Family Therapy for Psychiatric Disorders*, 2nd ed. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Murden, R. A., McRae, T. D., Kaner, S., et al (1991). Mini-Mental State exam scores vary with education in blacks and whites. *Journal of the American Geriatric Society*, 39, 149–155.
- Norton, G. R., Dorward, J., and Cox, B. J. (1986). Factors associated with panic attacks in nonclinical subjects. *Behavior Therapy*, 17, 239–252.
- Othmer, E., and Othmer, S. C. (2001). *The Clinical Interview Using DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., et al. (1983). Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24, 343–349.

- Payne, S. L. (1951). *The Art of Asking Questions*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Pekarik, G. (1993). Beyond effectiveness: Uses of consumer-oriented criteria in defining treatment success. In T. Giles (Ed.), *Handbook of Effective Psychotherapy*. New York, NY: Plenum Press.
- Pilowsky, I., and Boulton, D. M. (1970). Development of a questionnaire-based decision rule for classifying depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 116, 647–650.
- Pinkofsky, H. B. (1997). Mnemonics for DSM-IV personality disorders. *Psychiatric Services*, 48, 1197–1198.
- Platt, F. W., and McMath, J. C. (1979). Clinical hypocompetence: The interview. *Annals of Internal Medicine*, 91, 898–902.
- Posternak, M. A., and Zimmerman, M. (2003). How accurate are patients in reporting their antidepressant treatment history? *Journal of Affective Disorders*, 75, 115–124.
- Rapp, M. S. (1979). Re-examination of the clinical mental status examination. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 773–775.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., et al. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511–2518.
- Reider, R. O., Kaufmann, C. A., and Knowles, J. A. (1994). Genetics. In R. E. Hales, S. C. Yudofsky, and J. A. Talbott (Eds.), *American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rudd, M. D., Berman, A. L., Joiner, T. E., et al. (2006). Warning signs for suicide: Theory, research, and clinical applications. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 36, 255–262.
- Sacks, M. H., Carpenter, W. T., Jr., and Strauss, J. S. (1974). Recovery from delusions. Three phases documented by patient's interpretation of research procedures. *Archives of General Psychiatry*, 30, 117–120.
- Shea, S. C. (1998). *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding*. Philadelphia, PA: W. B. Saunders.
- Shea, S. C. (2006). *Improving Medication Adherence*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Shea, S. C. (2007). Clinical interviewing: Practical tips from master clinicians. *Psychiatric Clinics of North America*, 30, 219–225.
- Shea, S. C. (2011). *The Practical Art of Suicide Assessment*. Stoddard, NH: Mental Health Presses.
- Smith, A. (1967). The serial sevens subtraction test. *Archives of Neurology*, 17, 78–80.
- Solomon, S. D., and Davidson, J. R. T. (1997). Trauma: Prevalence, impairment, service use, and cost. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(suppl 9), 5–11.
- Steinweg, D. L., and Worth, H. (1993). Alcoholism: The keys to the CAGE. *The American Journal of Medicine*, 94, 520–523.
- Stunkard, A. J., Fernstrom, M. H., Price, A., et al. (1990). Direction of weight change in

- recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 857–860.
- Sullivan, H. S. (1970). *The Psychiatric Interview*. New York, NY: W. W. Norton and Co.
- Tangalos, E. G., Smith, G. E., Ivnik, R. J., et al. (1996). The Mini-Mental State Examination in general medical practice: Clinical utility and acceptance. *Mayo Clinic Proceedings*, 71, 829–837.
- Tardiff, K. (1992). The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Archives of General Psychiatry*, 49, 493–499.
- Tsoi, K. K., Chan, J. Y., Hirai, H. W., et al. (2015). Cognitive tests to detect dementia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175, 1450–1458.
- Turner, C. F., Ku, L., Sonenstein, F. L., et al. (1996). Impact of audio-CASI on bias in reporting of male–male sexual contacts. In R. B. Warnecke (Ed.), *Health Survey Research Methods*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Vaillant, G. E. (1988). Defense Mechanisms. In A. M. Nicholi, Jr. (Ed.), *The New Harvard Guide to Psychiatry*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaillant, G. E. (1995). *The Natural History of Alcoholism Revisted*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Weissenburger, J., Rush, A. J., Giles, D. E., et al. (1986). Weight change in depression. *Psychiatry Research*, 17, 275–283.
- White, M., and Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Wilson, I. C. (1967). Rapid approximate intelligence test. *American Journal of Psychiatry*, 123, 1289–1290.
- Winokur, G. (1981). *Depression: The Facts*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Índice alfabético de materias

Notas: Los números de páginas seguidos por una “f” denotan figuras; los números de páginas seguidos por una “t” denotan tablas.

A

- AA. *Ver* Alucinaciones auditivas (AA)
- Abuso de drogas y dependencia de alcohol, [200-207](#)
 - técnicas de evaluación, [200-207](#)
 - cuestionario CACE, [200-202](#)
 - diagnóstico dual, [206-207](#)
 - preguntas de prueba, [202-206](#)
- Abuso de sustancias, [210](#)
 - DSM-5, [126](#)
 - preguntas de descarte, [210-211](#)
 - transiciones ilustrativas, [135](#)
- Afasia, [234-235](#)
- Afecto, términos de, [141t](#), [288t](#)
- Afirmaciones reflexivas, [19](#)
- Afirmaciones contratransferenciales, [218](#)
- Agitación psicomotora. *Ver* Retardo psicomotor o agitación psicomotora
- Agorafobia, [128](#), [190-191](#), [190t](#), [314](#)
- AI. *Ver* asociación imprecisa
- Alcohol, técnicas con, [206](#)
- Alergias, preguntas de descarte, [103-104](#)
- Alianza terapéutica, [17-24](#)
 - afirmaciones de apertura del paciente, [22-24](#)
 - afirmaciones empáticas/simpáticas, [19](#)
 - afirmaciones reflexivas, [19](#)
 - buen entrevistador, [17-18](#)
 - competencia, [24](#)
 - preguntas directas sobre sentimientos, [19](#)
 - situación clínica, [20-22](#)
- Alucinaciones, [219-220](#)
- Alucinaciones auditivas (AA)
 - historia de, [210](#)
 - pacientes simuladores, [46](#)
- Ánimo, trastornos de
 - depresión atípica, [176](#)
 - distimia, [175-176](#)
 - DSM-5
 - depresión mayor, [124](#)
 - distimia, [124-125](#)

- DIGFAST, [180](#)
- episodio hipomaniaco, [184-185](#)
- episodio maniaco, [180-184](#)
 - DIGFAST, [180-181](#)
 - distraibilidad, [181](#)
 - DSM-5, [178](#), [179t](#)
 - falta de sueño, [183](#)
 - fuga de ideas, [182-183](#)
 - grandiosidad, [182](#)
 - hospitalizaciones, historia de, [184](#)
 - incremento de actividad, [183](#)
 - indiscreción, [181-182](#)
 - paciente platicador (*talkativeness*), [184](#)
 - preguntas de descarte, [179-180](#)
 - preguntas de descarte, [170](#)
 - SIC-E-CAPS, preguntas, [168](#), [170-175](#)
 - síntomas de, [168-170](#)
 - trastorno afectivo estacional (TAE), [176-177](#)
- Anorexia nerviosa, [129](#)
- Ansiedad generalizada, trastorno (TAG)
 - DSM-5, [129](#)
 - trastornos de ansiedad, [191-192](#), [192t](#)
- Antecedentes personales no patológicos
 - actividades actuales y relaciones, [120](#)
 - educación y trabajo, [117](#)
 - genograma, [112-114](#), [113f](#), [114f](#)
 - relaciones íntimas (historia sexual), [118-119](#)
 - reporte, resultados de la entrevista, [276-277](#)
 - vida familiar temprana, [116-117](#)
 - y desarrollo, [117-120](#)
 - y entrevista, [276-277](#)
- Antecedentes personales patológicos
 - alergias, [103-104](#)
 - descarte, [101](#)
 - medicamentos, [102](#)
 - médico tratante, [102-103](#)
 - reporte, resultados de entrevista, [277-278](#)
 - salud mental previa, historia médica, [102](#)
- Antecedentes personales patológicos quirúrgicos, [104](#)
- Antecedentes heredofamiliares, [112](#)
 - genograma, [112-114](#), [113f](#), [114f](#)
 - reporte, resultados de la entrevista, [276](#)
- Aparatos y sistemas, [105-106](#)
 - revisión breve de los sistemas, [105](#), [105t](#)
 - revisión extendida de los sistemas, [105](#), [105t](#)
 - cardiovascular y respiratorio, [106](#)
 - COONG (cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta), [106](#)
 - gastrointestinal, [107](#)

- general, [105-106](#)
- genitourinarios y ginecológicos, [107](#)
- sistemas neurológicos, [108](#)
- VIH, evaluación del riesgo de, [108-109](#)
- síntomas, revisión breve vs. completa o extendida, [104](#), [105f](#)
- Apariencia, términos de, [140t](#), [287t](#)
- Apetito, trastorno de, [124](#)
- Apraxia, [235](#)
- Aproximación básica, [110-112](#), [112t](#)
- Asegurar un espacio, preparaciones logísticas para, [7-9](#)
- Asociación imprecisa (AI), [220-221](#)
- Ataques de pánico, [126-128](#)
- Atención compleja, [233-234](#)

B

- Barbara Walters, estrategia de, [88](#)
- Bulimia nerviosa, [129](#)

C

- CACE, aproximación, [161-164](#)
- CACE, cuestionario, [200-201](#)
- Cambio de tema con estilo, [33](#)
 - transición introductoria, [34](#)
 - transición referida, [34](#)
 - transición sutil, [33](#)
- Capgras, síndrome, [215](#)
- Citas perdidas, preparación logística, [16](#)
- Cognición social, [136](#)
- Conducta antisocial, [29](#)
- Conducta desorganizada, [227](#)
- Consumo de drogas, [27](#)
- Consumo de sustancias, historia de, [275-276](#)
- Contratransferencia, diagnósticos, [83-84](#)
- Corazón, bloque del, [127](#)
- Cuestionario del paciente, [12](#), [299-307](#)
- Culpa, [124](#)

D

- Declaraciones referidas, [19](#)
- Defensas inmaduras, [80-81](#)
- Defensas maduras, [79](#)
- Defensas neuróticas (transicionales)

- Déficit, [224-247](#)
 - de atención, TDAH, [247](#)
 - de concentración, [124](#)
 - de energía, [124](#)
 - de interés (anhedonia), [124](#)
- Delirios, [215-221](#)
- Delirios de grandeza, [216-217](#)
- Delirios paranoicos, [214](#)
- Delirium, [229-231](#)
 - atención deteriorada, [229-231](#)
 - cambio en la cognición, [231](#)
 - curso fluctuante, [231](#)
- Demencia, [231](#)
 - cómo entrevistar a miembros de la familia, [231-233](#), [232t](#)
 - cómo entrevistar al paciente, [233-236](#)
 - preguntas de descarte, [212](#)
- Depresión, [124](#), [135](#), [168](#), [308-310](#)
 - atípica [176](#)
 - SIC-E-CAPS, [124](#)
 - síntomas, cómo preguntar sobre, [168-170](#)
 - transiciones ilustrativas, [135](#)
- Depresión atípica, trastornos del estado anímico I, [176](#)
- Depresión mayor, [124](#), [135](#), [168](#), [308-310](#)
 - folletos educativos para el paciente, [308-310](#)
 - SIC-E-CAPS, [124](#)
- Desesperanza, [124](#)
- Desorganización, TDAH, [247](#)
- DIGFAST, episodio maníaco, [125](#)
- Distimia, [124-175](#)
 - DSM-5, [124-125](#)
 - trastornos del estado anímico I, [175-176](#)
- Distorsión de la realidad, psicodinámicas, [73-75](#)
- Distraibilidad, [125](#)
- DSM-5, [3](#), [4](#)
 - agorafobia, [190-191](#), [190t](#)
 - anorexia nerviosa, [237](#), [238t](#)
 - bloqueo de la respiración, [127](#)
 - bloqueo del corazón, [127](#)
 - bloqueo del miedo, [127-128](#)
 - bulimia nerviosa, [237](#), [238t](#)
 - categorías de diagnóstico, [122-123](#)
 - criterios positivos
 - abuso de sustancias, [126](#)
 - trastornos de ansiedad, [126-128](#)
 - trastornos del estado anímico, [124-125](#)
 - trastornos psicóticos, [125](#)
 - delirium, [229](#), [229t](#)
 - demencia, [232](#), [232t](#)

- diagnóstico, [290t](#)
- episodio depresivo, [168t](#)
- episodio hipomaniaco, [184-185](#), [184t](#)
- episodio maniaco, [178](#), [179t](#)
- esquizofrenia, [13t](#), [213](#)
- fobia social, [192-193](#), [193t](#)
- habla desorganizada, [220](#)
- mnemotecnias, [285t](#)
- reporte, resultados de la entrevista, [280-281](#)
- revisión de síntomas psiquiátricos, [136](#)
- trastorno de alimentación, [129](#)
- trastorno de ansiedad generalizada (TAG), [191-192](#), [192t](#)
- trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), [243](#), [244t](#)
- trastorno de pánico, [187-190](#)
- trastorno de somatización, [240](#), [240t](#)
- trastorno obsesivo compulsivo (TOC), [194-195](#), [195t](#)
- trastorno por estrés postraumático (TEPT), [195-198](#), [196t](#)
- trastornos de personalidad, [131](#)

E

- Educación del paciente, [263-266](#)
 - diagnóstico, información, [263](#)
 - lo que el paciente sabe sobre el trastorno, [263](#)
 - materiales educativos escritos, [266](#)
 - miniclase acerca del trastorno, [264-266](#)
 - preguntas, [266](#)
- EEM. *Ver* Examen del estado mental (EEM)
- Enfermedad psiquiátrica, descubrir causas médicas generales de, [101](#)
- Enfermedades médicas, [102](#)
 - historia, [102](#)
 - preguntas de descarte, [101](#)
- Enfoque en la historia de la crisis presente, [87](#)
- Enfoque en la historia del síndrome, [87](#)
- Ensalada de palabras, [223](#)
- Entrevista a familiares. *Ver* Informantes de pacientes
- Entrevista de diagnóstico
 - fases
 - cuerpo de la entrevista (de 30 a 40 minutos), [6](#)
 - fase de apertura (de 5 a 10 minutos), [5](#)
 - fase de cierre (de 5 a 10 minutos), [5](#)
 - psicodinámicas
 - distorsión de la realidad, [73-75](#)
 - estilos de afrontamiento, [82-83](#)
 - mecanismos de defensa y respuestas de afrontamiento, [78-82](#), [78t](#)
 - transferencia negativa, [75-78](#)
 - uso diagnóstico de la contratransferencia, [83-84](#)

- tareas
 - alianza terapéutica [4](#)
 - base de datos psiquiátrica, [4](#)
 - habilidad para entrevistar, [4](#)
 - plan de tratamiento y comunicación, paciente, [5](#)
- Entrevista individual, pacientes adolescentes
 - cómo preguntar sobre drogas y alcohol, [54](#)
 - cómo preguntar sobre la escuela y otras actividades, [53-54](#)
 - cómo preguntar sobre problemas de conducta, [56](#)
 - cómo preguntar sobre sexo, [54-56](#)
 - síndrome “no sé”, [51-53](#)
 - preguntas iniciales y estrategias, [50-51](#)
- Entrevista psiquiátrica, [11](#), [292-299](#)
 - formulario breve, [11](#), [292-293](#)
 - formulario extenso, [11](#), [294-299](#)
- Entrevista, resultados. *Ver* Reporte, evaluación de los resultados de la entrevista
- Entrevistas con la familia
 - pacientes adolescentes, [48-51](#)
 - trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), [248](#)
- Epival, [312](#)
- Escalas de evaluación formal, TDAH, [248](#)
 - miniexamen Folstein de estado mental, [157](#), [291t](#)
- Esquizofrenia
 - afirmaciones contratransferenciales, [218](#)
 - alucinaciones, [219-220](#)
 - celos, [215](#)
 - delirios de control o influencia, [215](#)
 - delirios de grandeza
 - delirios religiosos, [216-217](#)
 - delirios tecnológicos, [217](#)
 - delirios de referencia, [214-215](#)
 - delirios paranoicos, [214](#)
 - delirios somáticos, [215-216](#)
 - DSM-5*, [125](#), [213](#), [213t](#)
 - evaluar la realidad, técnicas para, [218-219](#)
 - habla desorganizada, [220](#)
 - preguntas de prueba, [212-213](#)
 - preguntas no juzgadoras, [217](#)
 - síndrome Capgras, [215](#)
 - trastorno de contenido de pensamiento, [213-214](#)
- Estilos de afrontamiento, [82-83](#)
- Estrés postraumático, trastorno por. *Ver* Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
- Evaluación cronológica de eventos suicidas, [161](#)
- Evaluación de resultados. *Ver* Reporte, evaluación de los resultados de la entrevista
- Evaluación psiquiátrica, [284t](#)
- Evaluación psiquiátrica inicial
 - formulario breve, [292-293](#)
 - formulario extenso, [294-299](#)

Examen del estado mental (EEM)

- actitud, [141-142](#), [141t](#)
- afecto, [142-145](#)
- afirmación personal, apariencia, [139](#)
- ánimo, [142-145](#)
- apariencia (aspecto), [140](#), [140t](#)
- aspectos memorables, apariencia, [139](#)
- atención, [149](#)
- autoestima, apariencia, [139](#)
- calidad general, del habla, [142](#), [143t](#)
- concentración, [149](#)
- conducta, [141-149](#)
- conocimiento de cultura general, [152-154](#)
- conocimiento personal, [154](#)
- contenido de pensamiento (CP), [147](#)
- cualidades del afecto, [146](#)
- estabilidad de afectos, [146](#)
- examinación cognitiva, [147-148](#)
- habla [142](#), [143t](#)
- inteligencia, [154-155t](#)
- intensidad de afectos, [146](#)
- juicio, [156](#)
- latencia de respuesta, habla, [142](#)
- memoria, [150-151](#)
- Minexamen de estado mental Folstein, [157](#)
- Mini-Cog, [158](#)
- nivel de conciencia o estado de alerta, [148-149](#)
- proceso de pensamiento (PP), [146](#)
- rango de afectos, [146](#)
- recuerdo de tres objetos, [151-152](#)
- reporte, resultados de la entrevista, [278-280](#), [279t](#)
- sentido de la propiedad, afectos, [146](#)
- velocidad del habla, [142](#)
- volumen del habla, [142](#)

F

- Falta de sueño, [125](#)
- Familia, historia psiquiátrica
 - aproximación básica, [110-112](#), [112t](#)
 - genograma, [112-114](#), [113f](#), [114f](#)
- Fatiga, [129](#)
- Fobia social, trastornos de ansiedad, [192-193](#), [193t](#)
- Folletos educativos para el paciente
 - depresión mayor, [308-310](#)
 - trastorno bipolar, [311-312](#)
 - trastorno de pánico, [313-315](#)

trastorno obsesivo compulsivo, [316-318](#)
ventajas y desventajas, [13](#)
Funciones ejecutivas, [134](#)

G

Genograma, [112-114](#), [113f](#), [114f](#)

H

Habla desorganizada, *DSM-5*, [220](#)
Habla impulsiva, TDAH, [247-248](#)
Hiperactividad, TDAH, [247](#)
Hipótesis de prueba
 periodo de libertad de expresión, [133-136](#)
 preguntas de prueba y descarte, [134-135](#)
 revisión psiquiátrica de los síntomas, [136](#)
 transiciones ilustrativas, [135-136](#)
Historia de enfermedades médicas, [102](#)
Historia de hospitalizaciones, [96-97](#)
Historia psicoterapéutica, [99-100](#)
Historia de síndrome, [94-95](#)
 edad de inicio, [94](#)
 episodios subsecuentes, [94-95](#)
 funcionamiento premórbido/funcionamiento de línea base, [94](#)
Historia del tratamiento, [95-100](#)
 cuidadores (médicos) actuales, [96](#)
 Go CHaMP, mnemotecnia, [95](#)
 historia de hospitalización, [96-97](#)
 historia de medicamentos, [97-98](#)
 historia de psicoterapia, [99-100](#)
 preguntas generales, [96](#)
Historia psiquiátrica, [4](#)
Historia sexual, [118-119](#)
Historial médico. *Ver* Antecedentes personales patológicos
Hospitalizaciones psiquiátricas múltiples, [92](#)

I

Ideación homicida, [164-166](#)
Ideación suicida, [161-164](#)
Informantes de pacientes
 antimedicamentos, [60-61](#)
 asuntos con, [57-58](#)
 confrontacionales, [60](#)

- HIPAA, [62](#)
- lista de preguntas, [58-60](#)
- pensamientos y preocupaciones, [61-62](#)
- trabajo con pacientes hospitalizados, [63-64](#)
- Informantes, entrevista a. *Ver* Informantes de pacientes
- Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), [172](#), [310](#)
- Insomnio, [129](#)
- Interrupción cordial, [41-42](#)
- Interrupción empática, [41-42](#)
- Interrupciones educativa, [42](#)
- Irritabilidad, [129](#)
- ISRS. *Ver* Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)

L

- Litio, [312](#)

M

- Manía, [184](#). *Ver también* Trastorno bipolar
- Mecanismos de defensa
 - clasificaciones de, [78t](#)
 - defensas inmaduras, [80-81](#)
 - actuaciones, [81](#)
 - agresión pasiva, [80](#)
 - alternancia (idealización/devaluación), [81](#)
 - disociaciones, [81](#)
 - proyecciones, [81](#)
 - defensas maduras, [79](#)
 - altruismo, [79](#)
 - humor, [79](#)
 - sublimación, [79](#)
 - supresión, [79](#)
 - defensas neuróticas (transicionales)
 - desplazamiento, [80](#)
 - formación reactiva, [80](#)
 - negación, [80](#)
 - racionalización, [80](#)
 - represión, [80](#)
 - defensas psicóticas
 - distorsión de la realidad externa, [81-82](#)
 - negación de la realidad externa, [81](#)
 - tarjetas de bolsillo, [286t](#)
- Mecanismos de defensa
 - inmaduros, [80-81](#)
 - maduros, [79](#)

- psicóticos, [81-82](#)
- transicionales, [79-80](#)
- Medicamentos
 - condiciones médicas, [102](#)
 - folletos de educación del paciente, [310](#)
 - historia de tratamiento, [97-98](#)
 - pruebas, [271](#)
- Médico de atención primaria, [102-103](#)
- Memoria, [233](#)
- Miedo, bloque del, *DSM-5*
 - agorafobia, [128](#)
 - trastorno de ansiedad generalizada (TAG), [129](#)
 - trastorno de pánico, [187-190](#), [188t](#)
 - trastorno obsesivo compulsivo (TOC), [128](#)
 - trastorno por estrés postraumático (TEPT), [128-129](#)
- Minexamen de estado mental Folstein, [157](#), [291t](#)
- Mutismo, [223-224](#)

N

- Neurocognitivos, trastornos, [231-236](#)
- No juiciosas, preguntas, [217](#)
- No juicioso, [199](#)

P

- PA. *Ver* Padecimiento actual (PA)
- Paciente deprimido, situaciones de reto, [68](#)
- Paciente que simula, [43-47](#)
- Pacientes adolescentes
 - entrevista individual
 - cómo preguntar sobre drogas y alcohol, [54](#)
 - cómo preguntar sobre la escuela y otras actividades, [53-54](#)
 - cómo preguntar sobre problemas de conducta, [56](#)
 - cómo preguntar sobre sexo, [54-56](#)
 - entrevistas a familiares de, [48-50](#)
 - síndrome “no sé”, [51-53](#)
- Pacientes irritables, situaciones de reto, [68](#)
- Pacientes paranoicos, situaciones de reto, [67-68](#)
- Pacientes que lloran, situaciones de reto, [71-72](#)
- Pacientes que se expresan demasiado
 - interrupción educativa, [42](#)
 - interrupciones cordiales, [41-42](#)
 - preguntas cerradas y de selección múltiple, [40-41](#)
- Pacientes reticentes
 - preguntas y comandos abiertos, [35-36](#)

- segunda entrevista, [38](#)
- técnicas de continuación, [36-37](#)
- terreno neutral, [37](#)
- Pacientes seductores, situaciones de reto, [69-71](#)
- Padecimiento actual (PA)
 - aproximación de la crisis presente, [87](#)
 - énfasis en los disparadores, [88-90](#), [89t](#)
 - enfoque Barbara Walters, [88](#)
 - enfoque en la historia del síndrome, [87](#)
 - funcionamiento, niveles actuales y premórbidos del, [90-91](#)
 - hospitalizaciones psiquiátricas múltiples, [92](#)
 - narrativa cronológica, [88-90](#)
 - preguntas de diagnóstico, [90](#)
 - reporte, resultados de la entrevista, [274](#)
- Pérdida de la asociación, [220-221](#), [222](#)
- Plan de tratamiento
 - negociación, [268-270](#)
 - plan acordado
 - citas de seguimiento, [270](#)
 - pruebas con medicamentos, [271](#)
 - plan del paciente, [267-268](#)
 - reporte, resultados de entrevista, [281-282](#)
- Platicador, paciente (*talkativeness*), [125](#)
- Preguntas abiertas y comandos, [35-36](#)
- Preguntas amenazantes
 - conducta antisocial, [29](#)
 - conductas, uso de lenguaje familiar, [29](#)
 - culpa, reducción de, [28](#)
 - exageración de síntomas, [27-28](#)
 - expectativas de síntomas, [26-27](#)
 - normalización, [26](#)
 - violencia doméstica, [28](#)
- Preguntas cerradas, pacientes platicadores, [40-41](#)
- Preguntas de prueba
 - antisocial, [256-257](#)
 - esquizofrenia, [212-213](#)
 - esquizoide, [255](#)
 - esquizotípico, [256](#)
 - histriónico, [257](#)
 - narcisista, [257-258](#)
 - obsesivo compulsivo, [259-260](#)
 - paranoico, [255](#)
 - técnicas de evaluación, [202-206](#)
 - trastorno de personalidad límite, [253-257](#)
 - y descarte, [134-135](#)
- Preguntas de selección múltiple, pacientes que se expresan demasiado, [40-41](#)
- Preparaciones logísticas
 - asegurar un lugar, [7-9](#)

- cuestionario de pacientes, [12](#)
- entrevista psiquiátrica, formulario breve, [11](#)
- entrevista psiquiátrica, formulario extenso, [11](#)
- entrevista psiquiátrica, tarjetas de bolsillo, [12](#)
- folletos de pacientes, [12-13](#)
- material impreso efectivo, [11-13](#)
- momento y lugar correcto
- pérdida de asociación, [220-221](#)
- políticas, desarrollo de sugerencias e ideas, [13](#)
- vigilar el tiempo, [9-10](#)
- Problemas de lenguaje, [134-135](#)
- Prueba de inteligencia aproximada rápida Wilson, [155](#), [155t](#), [288t](#)
- Psicodinamia, [74-78](#)
 - contratransferencia diagnóstica, [83-84](#)
 - distorsión de la realidad, [73-75](#)
 - estilos de afrontamiento, [82-83](#)
 - mecanismos de defensa y respuestas de afrontamiento, [78-82](#), [78t](#)
 - transferencia negativa, [75-78](#)
- Psicosis, transiciones ilustrativas, [136](#)
- Psicoterapia
 - folletos educativos para el paciente, [306](#), [309](#)
 - historia psicoterapéutica, [99-100](#)

R

- Reporte, evaluación de los resultados de la entrevista, [280-281](#)
 - datos de identificación, [273](#)
 - examinación de estado mental, [278-280](#)
 - historia de consumo de sustancias, [275-276](#)
 - historia de la enfermedad actual, [274-275](#)
 - historia familiar, [276](#)
 - historia médica, [277-278](#)
 - historia psiquiátrica pasada, [275](#)
 - historia social, [276-277](#)
 - plan de tratamiento, [281-282](#)
 - queja principal, [273-274](#)
 - revisión de síntomas, [276](#)
- Respiración, bloque de la, [127](#)
- Retardo psicomotor o agitación psicomotora, [124](#)
- Revisión de síntomas
 - problemas médicos, [104](#), [105](#)
 - reporte, resultados de la entrevista, [276](#)
- Revisión psiquiátrica de síntomas
 - DSM-5, [136](#)
 - reporte, resultados de la entrevista, [276](#)

S

SAD PERSONS, factores de riesgo de suicidio, 160

Salud mental previa (SMP), 93, 94

 reporte, resultados de la entrevista, 275

Sentencias empáticas/simpáticas, 19

Sentencias normalizadoras, 26

Sentido de irrelevancia, 125

Sentimiento directo, preguntas, 19

SIC-E-CAPS, depresión mayor, 124

Simuladores, entrevista a, 44-47

Síndrome “no sé”, 51-53

Síntomas

 exageración de, 27-28

 expectativas de, 26-27

 revisión breve vs. completa o extendida, 104, 105f

 somáticos, trastorno de, 240-242, 240t-241t

Situaciones de reto

 trastorno de personalidad límite, 69

 paciente deprimido, irritable, 68

 paciente hostil, 67

 paciente paranoico, 67-68

 paciente seductor, 69-71

 paciente que llora, 71-72

SMP. *Ver* Salud mental previa (SMP)

Suicidio, factores de riesgo de, 159-160

T

TAE. *Ver* Trastorno afectivo estacional (TAE)

Tarjeta de bolsillo de entrevista psiquiátrica

 DSM-5

 diagnósticos, 290t,

 mnemotecnias, 285t

 evaluación psiquiátrica, 284t

 mecanismos de defensa, 286t

 prueba de inteligencia aproximada rápida Wilson, 288t

 términos de afecto, 288t

 términos de apariencia, 287t

 trastornos psiquiátricos, tendencia hereditaria y prevalencia de, 289t

 ventajas y desventajas, 12

TCC. *Ver* Terapia cognitivo-conductual (TCC)

TDAH. *Ver* Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

Técnica de ventana de síntoma, 251-252

Técnicas de abajo arriba, 250-251

Técnicas de continuación, 36-37

Tegretol, 312

Tendencia suicida
 depresión mayor, [124](#)
 temas amenazadores, [27](#)
 transiciones ilustrativas, [135](#)

Tensión muscular, [129](#)

TEPT. *Ver* Trastorno por estrés postraumático (TEPT)

Terapia cognitivo-conductual (TCC), [189](#)

Términos técnicos, técnicas para que el paciente recuerde, [32](#)

Transferencia negativa, psicodinamia, [75-78](#)

Transiciones introducidas, [34](#)

Transiciones referidas, [34](#)

Transiciones sutiles, [33](#)

Trastorno afectivo estacional (TAE), [176-177](#)

Trastorno bipolar,
 DIGFAST, [180-181](#)
 distrabilidad, [181](#)
 episodio hipomaniaco, [184](#), [184t](#)
 episodio maniaco, [178-179](#), [179t](#)
 falta de sueño, [183](#)
 folletos de educación de pacientes, [308-310](#)
 fuga de ideas, [181-183](#)
 grandiosidad, [182](#)
 hospitalización, historia de, [184](#)
 incremento de actividades, [183](#)
 indiscreción, [181-182](#)
 paciente platicador, habla apresurada (*talkativeness*), [184](#)
 preguntas de descarte, [179-180](#)

Trastorno de ansiedad
 agorafobia, [190-191](#)
 DSM-5, [126-128](#)
 fobia social, [192-193](#)
 por enfermedad, [240](#), [241t](#)
 preguntas de descarte, [211](#)
 trastorno de ansiedad generalizada (TAG), [191-192](#)
 trastorno de pánico, [187-190](#)
 trastorno obsesivo compulsivo (TOC), [194-195](#)
 trastorno por estrés postraumático (TEPT), [195-198](#)

Trastorno de conducta, [227](#)

Trastorno de la personalidad límite
 preguntas de prueba, [253-254](#)
 situaciones de reto, [69](#)
 transiciones ilustrativas, [136](#)

Trastorno de síntomas somáticos (TSS), [240](#), [240t](#)

Trastorno de sueño, [124](#), [125](#)

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), [128](#), [194](#), [308](#)
 DSM-5, [128](#)
 folletos educativos para el paciente, [308-310](#)
 transiciones ilustrativas, [135](#)

- trastornos de ansiedad, [194-195](#), [194t](#)
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)
 - DSM-5*, [129](#), [130t](#), [243](#), [244t](#)
 - en adultos
 - escalas de evaluación formal y entrevistas con familias, [248](#)
 - falta de atención y desorganización, [247](#)
 - habla impulsiva e hiperactividad, [247-248](#)
 - en niños, [244-246](#)
- Trastorno por estrés postraumático (TEPT), [128](#), [195](#)
 - DSM-5*, [128-129](#)
 - trastornos de ansiedad, [195-198](#), [196t](#)
- Trastornos cognitivos, *DSM-5*
 - delirio, [130](#)
 - demencia, [130](#)
 - trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), [129](#), [130t](#)
- Trastornos de ansiedad, fobia social, [192-193](#), [193t](#)
- Trastornos de la alimentación, [129](#), [237-240](#), [239t](#)
- Trastornos de la personalidad,
 - ansioso, [258-259](#)
 - antisocial, [256-257](#)
 - DSM-5*, [131](#)
 - esquizoide, [255](#)
 - esquizotípico, [256](#)
 - histriónico, [257](#)
 - narcisista, [257-258](#)
 - paranoide, [255](#)
 - técnica de abajo arriba, [250-251](#)
 - técnica de ventana de síntoma, [251-252](#)
 - trastorno de personalidad límite, [253-254](#)
- Trastornos de pánico
 - folletos educativos para el paciente, [308-310](#)
 - trastornos de ansiedad, [187-190](#), [188t](#)
- Trastornos depresivos
 - depresión mayor, [124](#), [308](#)
 - folleto educativo para el paciente [308-310](#)
 - SIC-E-CAPS, [124](#)
 - trastornos del estado anímico
 - depresión atípica, [176](#)
 - distimia, [175-176](#)
 - preguntas de descarte, [170](#)
 - SIC-E-CAPS, [168](#), [170-175](#)
 - síntomas de, [168-170](#)
 - trastorno afectivo estacional (TAE), [176-177](#)
- Trastornos neurocognitivos
 - entrevista a miembros de la familia, [231-233](#)
 - entrevista al paciente, [233-236](#)
- Trastornos psicóticos
 - delirios de referencia

- celos, [215](#)
- de control o influencia, [215](#)
- delirios de grandeza, [216-217](#)
- delirios de reemplazo (síndrome Capgras), [215](#)
- delirios somáticos, [215-216](#)
- DSM-5*, [125](#)
- ensalada de palabras, [223](#)
- esquizofrenia
 - delirios paranoicos, [214](#)
 - delirios (trastornos de contenido de pensamiento), [213-214](#)
 - DSM-5*, [213](#), [213t](#)
- estilo de pensamiento circunstancial, [221](#)
- fuga de ideas, [226](#)
- mutismo, [223-224](#)
- pensamientos a la carrera, [226](#)
- pérdida de asociación, [222](#)
- pobreza de contenido, [225-226](#)
- pobreza de pensamiento, [224-225](#)
- preguntas de descarte, [209-212](#)
- preguntas de prueba, [212-213](#)
- tangencialidad, [221-222](#)
- Trastornos psiquiátricos
 - transmisión familiar, [111](#), [112t](#)
 - herencia y prevalencia de, [289t](#)
 - evaluación psiquiátrica, [284t](#)
- Trucos para hacer que el paciente recuerde
 - anclaje de preguntas a eventos memorables, [30-31](#)
 - etiquetar preguntas con ejemplos específicos, [31](#)
 - términos técnicos, [31](#)

V

Violencia doméstica, [28](#)

Índice

Titlepage	3
Copyright	5
Dedication	7
Presentación	8
Prefacio	11
Introducción a la cuarta edición	16
Agradecimientos	19
Sección I. Principios generales de entrevistas eficaces	23
1. La entrevista inicial: introducción	26
2. Preparación logística: qué hacer antes de la entrevista	31
3. La alianza terapéutica: qué es, por qué es importante y cómo establecerla	40
4. Hacer preguntas I: cómo abordar los temas amenazantes	47
5. Hacer preguntas II: trucos para hacer recordar al paciente	52
6. Hacer preguntas III: cómo cambiar de tema con estilo	55
7. Técnicas para pacientes reticentes	57
8. Técnicas para pacientes que hablan demasiado	61
9. Técnicas para pacientes que simulan	65
10. Técnicas para pacientes adolescentes	70
11. Entrevistas a familiares y otros informantes	78
12. Técnicas para otras situaciones de reto	86
13. Psicodinámicas prácticas en la entrevista de diagnóstico	91
Sección II. La historia clínica psiquiátrica	102
14. Obtención de la historia del padecimiento actual	104
15. Obtención de la salud mental previa	110
16. Descarte de condiciones médicas generales	117
17. Antecedentes heredofamiliares psiquiátricos	125
18. Obtención de antecedentes personales no patológicos	130
Sección III. Entrevista de diagnóstico: la revisión psiquiátrica de los síntomas	136
19. Cómo memorizar los criterios del DSM-5	139
20. Entrevistar para el diagnóstico: el arte de evaluar hipótesis	149

21. Examen del estado mental	154
22. Cómo evaluar la ideación suicida y homicida	173
23. Cómo evaluar trastornos del ánimo I: trastornos depresivos	180
24. Cómo evaluar trastornos del ánimo II: trastorno bipolar	190
25. Evaluación de los trastornos de ansiedad, obsesivos y relativos al trauma	197
26. Cómo evaluar el trastorno de abuso de alcohol	208
27. Cómo evaluar trastornos psicóticos	216
28. Evaluación de trastornos neurocognitivos: demencia y delirium	234
29. Evaluación de los trastornos alimenticios y de síntomas somáticos	242
30. Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad	247
31. Evaluación de trastornos de personalidad	253
Sección IV. Cómo entrevistar para el tratamiento	264
32. Cómo educar a su paciente	267
33. Negociación del plan de tratamiento	272
34. Cómo escribir los resultados de la entrevista	277
Apéndices	286
A Tarjetas de bolsillo	289
B Formularios de datos para la entrevista	295
C Folletos educativos para el paciente	313
Referencias	322
Índice alfabético de materias	330